

LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

Eugênio Vilaça Mendes



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*



110° ANIVERSARIO



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

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

LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

Eugênio Vilaça Mendes

Edición en español

Brasília-DF

2013

© 2011 Organización Panamericana de la Salud – Representación Brasil

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

Elaboración, distribución e informaciones:

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

Sector de Embajadas Norte, Lote 19

CEP: 70800-400 Brasilia/DF – Brasil <http://www.paho.org>

Elaboración:

Eugênio Vilaça Mendes

Diagramación:

Ct. Comunicação Ltda.

Impreso en Brasil / Printed in Brazil

- El proyecto gráfico y la edición de esta publicación fueron financiados por el Acuerdo de Cooperación n° 43 firmado entre la Secretaría de Atención de Salud del Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud.
- La impresión de este libro fue financiada por el Acuerdo de Cooperación n° 60 firmado entre el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud con la mediación del Consejo Nacional de Secretarios de Salud (Conass).

Ficha Catalografica

Mendes, Eugênio Vilaça.

Las redes de atención de salud / Eugênio Vilaça Mendes. - ed. en espanhol -
Brasilia : Organización Panamericana de la Salud, 2013.

549 p. : il.

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

CDD 362.1

Suzana Dias da Silva - CRB1/1964

ÍNDICE

LISTA DE FIGURAS, CUADROS, GRÁFICOS, TABLAS Y BOXES	5
PRESENTACIÓN DE LA PRIMERA EDICIÓN	11
PRESENTACIÓN DE LA SEGUNDA EDICIÓN	13
LISTA DE ACRÓNIMOS Y SIGLAS	15
INTRODUCCIÓN.	17
CAPÍTULO 1 – LAS SITUACIONES DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD	25
LAS CONDICIONES DE SALUD	25
LAS SITUACIONES DE LAS CONDICIONES DE SALUD EN EL MUNDO Y EN BRASIL	28
LA SITUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD.	45
LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD: LOS SISTEMAS FRAGMENTADOS Y LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD	50
CAPÍTULO 2 – LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA, FUNDAMENTOS, CONCEPTO Y ELEMENTOS CONSTITUTIVOS	61
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.	61
LOS FUNDAMENTOS DE LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD	71
EL CONCEPTO DE REDES DE ATENCIÓN DE SALUD	78
LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD	85
CAPÍTULO 3 – LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE SALUD	209
LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE LAS CONDICIONES AGUDAS	210
LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE LAS CONDICIONES CRÓNICAS	218
CAPÍTULO 4 – LOS CAMBIOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y LA GESTIÓN DE LA CLÍNICA.	293
UNA NUEVA CLÍNICA: LOS CAMBIOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD	293
LA GESTIÓN DE LA CLÍNICA.	348

CAPÍTULO 5 – UNA EXPERIENCIA EXITOSA DE RED DE ATENCIÓN DE SALUD	
EN EL SUS: EL PROGRAMA MADRE CURITIBANA (PMC)	439
EL PROGRAMA MADRE CURITIBANA EN LA PERSPECTIVA DE LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD.	440
LOS PROCESOS DEL PMC	455
LOS RESULTADOS DEL PMC	467
CONCLUSIÓN.	470
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	473

LISTA DE FIGURAS, CUADROS, GRÁFICOS, TABLAS Y BOXES

FIGURAS

Figura 1:	La lógica de diseño de los componentes de las redes de atención de salud en los territorios sanitarios	75
Figura 2:	El cambio de los sistemas piramidales y jerárquicos para las redes de atención de salud	84
Figura 3:	La estructura operacional de las redes de atención de salud	86
Figura 4:	Los atributos y las funciones de la atención primaria de salud en las redes de atención de salud	97
Figura 5:	El modelo institucional del SUS	164
Figura 6:	Los <i>déficits</i> de la atención de salud	185
Figura 7:	El ciclo de la contratación en salud	190
Figura 8:	Las diferencias entre las redes de atención de condiciones agudas y crónicas	214
Figura 9:	El modelo de atención crónica (CCM) (*)	221
Figura 10:	El modelo de los cuidados innovadores para condiciones crónicas	232
Figura 11:	El modelo de la pirámide de riesgo de kaiser permanente	238
Figura 12:	Modelo de Atención de las Condiciones Crónicas (MACC)	246
Figura 13:	El modelo de determinación social de Dahlgren y Whitehead	248
Figura 14:	La atención de salud según el modelo de atención crónica (CCM)	294
Figura 15:	Tiempo del cuidado profesional en la vida de un portador de condición crónica	338
Figura 16:	Las tecnologías de gestión de la clínica	369
Figura 17:	La gestión de la condición de salud	387
Figura 18:	El ciclo de la auditoría clínica	414
Figura 19:	El modelo de mejora	423

CUADROS

Cuadro 1:	Las diferencias entre las condiciones agudas y crónicas	28
Cuadro 2:	Las características diferenciales de los sistemas fragmentados y de las redes de atención de salud	56
Cuadro 3:	El sentido de los cambios en la implementación de la reforma de la atención primaria de salud	95
Cuadro 4:	Las diferencias entre los centros de especialidades médicas y los puntos de atención secundaria de una red	103
Cuadro 5:	Diferencias entre las historias clínicas con y sin informatización	141
Cuadro 6:	Sistema Manchester de clasificación de riesgo	212
Cuadro 7:	Las etapas de cambio y las formas para motivar los cambios	265
Cuadro 8:	Principales características diferenciadoras de la persona-paciente y la persona-agente en la atención de las condiciones crónicas	297
Cuadro 9:	Distribución de la función y sus tareas por el equipo de salud	316
Cuadro 10:	Base territorial, niveles de atención y puntos de atención de salud del Programa Madre Curitibana	441

GRÁFICOS

Gráfico 1:	Pirámides etarias de la población brasileña, años 2005 y 2030.	32
Gráfico 2:	Población total, según grandes grupos etarios, Brasil, 1940 a 2050	33
Gráfico 3:	Proporción de personas que declararon ser portadoras de enfermedad crónica por edad. Brasil, 1998 e 2003	34
Gráfico 4:	Evolución de la mortalidad proporcional, según causas, Brasil, 1930 a 2003.	35
Gráfico 5:	Tasas de mortalidad ajustadas por edad por cada cien mil habitantes por enfermedades crónicas, en personas de 30 años o más, en países seleccionados, 2005	40
Gráfico 6:	Tasas de mortalidad estandarizada por edades por cada cien mil habitantes por enfermedades cardiovasculares en hombres de 30 años o más, en países seleccionados, 1950/2002	41
Gráfico 7:	Pérdidas de ingreso como porcentajes del PIB por enfermedades cardiovasculares y diabetes, en países seleccionados, 2005/2015.	43
Gráfico 8:	La lógica de la atención de las condiciones agudas	48
Gráfico 9:	Los años potenciales de vida perdidos (APVP) con relación a la calidad de la atención primaria de salud en 18 países de la OCDE, período de 1970 a 2000	91
Gráfico 10:	Eficiencia total, de escala e interna de los hospitales del SUS en Minas Gerais, 2006	109

TABLAS

Tabla 1:	Mortalidad proporcional por categoría de causas de óbitos, con redistribución de las causas externas, Brasil, 2002 a 2004	36
Tabla 2:	Mortalidad proporcional por enfermedades crónicas con redistribución de las causas mal definidas, por región, Brasil, 2004	36
Tabla 3:	Las principales causas de hospitalizaciones en el SUS en valores porcentuales, Brasil, 2005.	37
Tabla 4:	Carga de enfermedades en años de vida ajustados por discapacidad (AVADs), Brasil, 1998	38
Tabla 5:	Las diez principales causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVADs), Brasil, 1998.	38
Tabla 6:	Porcentaje de adultos con factores de riesgo en capitales de los estados brasileños y Distrito Federal, VIGITEL, 2007	39
Tabla 7:	Años de vida ajustados por discapacidad (AVADs), tasas por cada mil habitantes, Brasil y Grupo América A	42
Tabla 8:	Estimativa de gastos hospitalarios y ambulatorios del SUS con enfermedades crónicas, 2002	42
Tabla 9:	Diez principales factores de riesgo para mortalidad atribuible en los países del Grupo B de América Latina y el Caribe	268
Tabla 10:	Evolución de la participación relativa (%) de grupos de alimentos en el total de calorías determinado por la adquisición de alimentos en el hogar	276
Tabla 11:	Porcentaje de gestantes inscritas en el PMC antes del 4º mes de gestación, período de 2001 a 2008	458
Tabla 12:	Consultas prenatales ofrecidas a gestantes de bajo riesgo por el PMC, período de 2003 a 2008	459

Tabla 13:	Número de consultas de puerperio y puericultura para recién nacidos ofrecidas por el PMC, período 2001 a 2008	460
Tabla 14:	Número absoluto y porcentaje de embarazo en mujeres de 10 a 19 años, Curitiba, período de 1999 a 2008	463
Tabla 15:	Razón de incidencia de gestantes inscritas en el PMC, período de 2000 a 2008	464
Tabla 16:	Porcentaje de partos cesáreos con relación a los partos totales realizados por el SUS en Curitiba, período de 1999 a 2007	466
Tabla 17:	Cobertura de vacunación de niños menores de 1 año, por tipo de vacuna. Curitiba, período 2002 a 2008	467
Tabla 18:	Coficiente de mortalidad infantil en menores de 1 año por cada mil nacidos vivos, Curitiba, años seleccionados	468
Tabla 19:	Razón de mortalidad materna por cada cien mil nacidos vivos en Curitiba, períodos de 1994 a 2009	469

RECUADROS

Recuadro 1:	El control de la hipertensión arterial sistémica en el SUS	53
Recuadro 2:	El Programa de Fortalecimiento y Mejora de la Calidad de los Hospitales del SUS en Minas Gerais, PRO-HOSP	11
Recuadro 3:	La matriz de puntos de atención de salud de la Red Viva Vida	114
Recuadro 4:	El sistema de patología clínica en Curitiba	119
Recuadro 5:	<i>Checklist</i> sobre el uso de las informaciones en las organizaciones	132
Recuadro 6:	El Sistema Estatal de Transporte de Salud de Minas Gerais (SETS)	154
Recuadro 7:	La cartera de servicios sanitarios de España	183
Recuadro 8:	La acreditación de RASs por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations	199
Recuadro 9:	Las redes de atención de urgencias y emergencias en Minas Gerais	216
Recuadro 10:	El modelo de atención crónica (CCM) en Health Disparities Collaboratives	225
Recuadro 11:	El sistema integrado de salud de Kaiser Permanente (KP)	240
Recuadro 12:	El Proyecto Travesía	261
Recuadro 13:	Monitoreo de los comportamientos y estilos de vida en los Estado Unidos	269
Recuadro 14:	Derechos y deberes más encontrados en las Cartas de las Personas Usuarios de los Sistemas de Atención de Salud	301
Recuadro 15:	Una sesión de atención en grupo	332
Recuadro 16:	El Programa Paciente Experto del Instituto Catalán de Salud, en España	335
Recuadro 17:	Curso para el autocuidado de la artritis	341
Recuadro 18:	Un ejemplo de plan de autocuidado apoyado	345
Recuadro 19:	Viviendo una vida saludable con condiciones crónicas: un manual de desarrollo del autocuidado apoyado	347
Recuadro 20:	Las líneas-guía de la Secretaría de Salud del Estado de Espírito Santo	375
Recuadro 21:	El instrumento AGREE de evaluación de las directrices clínicas	380
Recuadro 22:	El Programa de Educación Permanente de los Médicos de Familia de la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais (PEP)	396

Recuadro 23:	La gestión de la condición de salud en la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba	404
Recuadro 24:	La selección de personas mayores para la gestión de caso en el Centro de Salud Castlefields, en Runcorn, Reino Unido	407
Recuadro 25:	La gestión de caso en UNIMEDs en Minas Gerais	411
Recuadro 26:	Un ejemplo de utilización de un ciclo de PDCA en el Centro de Salud Rocky Road	425

A mi padre, Joaquim Mendes Júnior, cuyo fascinante trabajo como director del Centro de Puericultura Odete Valadares, en Pará de Minas, alimenta, de forma permanente, mi vida profesional.

A Carlyle Guerra de Macedo, José Maria Paganini y Roberto Capote Mir, por el apoyo y por las enseñanzas recibidas durante mi trabajo en la Organización Panamericana de la Salud. Sin esos maestros, este libro tal vez no existiera.

LAS REDES EN LA POÉTICA DE JOÃO CABRAL DE MELO NETO:

TEJIENDO LA MAÑANA

“Un gallo solo no teje una mañana:
precisará siempre de otros gallos.
De uno que recoja ese grito y lo lance a otro;
de otro gallo que recoja el grito de un gallo antes
y lo lance a otro; y de otros gallos
que con muchos otros gallos se crucen
los hilos de sol de sus gritos de gallo,
para que la mañana, desde una tela tenue,
se vaya tejiendo, entre todos los gallos.

Y haciéndose cuerpo en tela, entre todos,
Irguiéndose en tienda, donde entren todos,
se entretendiendo para todos, en el toldo
(la mañana) que planea libre de armazón.
La mañana, toldo de un tejido tan aéreo
que, tejido, se eleva por sí: luz balón”.

PRESENTACIÓN DE LA PRIMERA EDICIÓN

Marcus Pestana

Ex-Secretario de Salud del Estado de Minas Gerais, Economista y Diputado Federal

Todas las grandes transformaciones sociales parten necesariamente de un cuerpo de ideas que desafía las bases que sustentan una determinada realidad que obstaculiza avances y da señales de agotamiento. Todo cambio profundo de la realidad implica la construcción de consensos y convergencias que conquisten corazones y mentes, movilizandando las fuerzas políticas y sociales necesarias para sustentación del proceso de transformación. La práctica, sin una buena teoría, es ciega. La teoría, desvinculada de la acción transformadora, es estéril. La buena teoría cuando se transforma en fuerza social gana la capacidad de revolucionar la vida. La práctica militante, armada con una buena teoría, gana profundidad y dimensión estratégica.

La lucha por la construcción de un sistema público de salud en Brasil de acceso universal, con cobertura integral y calidad, forma parte de los sueños y conquistas de una generación forjadora de los valores de equidad y democracia. El SUS es la expresión, en el campo de la salud, de la aspiración de un país justo y del compromiso con la ciudadanía.

Esa profunda transformación introducida en el sistema público de salud tiene su historia y sus actores. Todo gran conjunto de ideas transformadoras, antes de convertirse en patrimonio colectivo y de diluir las digitales que impregnaron su nacimiento, surge a partir de la reflexión crítica de algunos pocos “intelectuales orgánicos” que organizan el pensamiento, profundizan en el diagnóstico y el conocimiento sobre límites y potencialidades presentes en la realidad, levantan estrategias, proponen desafíos, lanzan las bases del proceso transformador.

En la reforma sanitaria brasileña no fue diferente. El amplio movimiento social, político y comunitario que acompaña la historia del SUS, fue permanentemente alimentado por el trabajo militante y cualificado de un conjunto de intelectuales sanitaristas. Uno de los pilares incontestables del éxito relativo del SUS hasta hoy es la solidez de su marco teórico y conceptual.

En ese escenario, algunos grandes formuladores e intelectuales se destacan. Eugênio Vilaça Mendes es uno de ellos. Eugênio concentra una rara combinación de cualidades.

Su rigor y calidad intelectual, su inquietud existencial, espíritu público, experiencia acumulada, creatividad, integridad personal, agudo sentido crítico, compromiso social, espíritu militante, capacidad de trabajo – son algunas de las características que lo convierten en uno de los más importantes pensadores de la salud pública brasileña y uno de sus autores más leídos.

Toda la trayectoria transitada, de la OMS a decenas de municipios brasileños, del Banco Mundial a Ceará y Minas Gerais, de la OPS a la permanente interlocución con el Ministerio de Salud, ha sido marcada por el compromiso permanente de transformar las políticas públicas de salud en herramientas de mejora de la calidad de vida de las personas, especialmente de los más pobres.

Con su extremo rigor analítico y su vigorosa capacidad crítica, no contemporiza frente a las abstracciones sin base en evidencias, retóricas inconsistentes, simplismos teóricos, ufanismos necios o atajos desacertados. Nos alerta permanentemente para que no durmamos sobre los laureles de nuestras provisorias e incompletas victorias en el SUS y continuemos en el trabajo de transformación permanente que la ruptura de paradigma introducida en 1988 nos impone.

En “Las Redes de Atención de Salud”, una vez más, Eugênio Vilaça Mendes ofrece su inestimable colaboración para que enfrentemos con audacia nuestra utopía inacabada. Propone una extensa y profunda reflexión sobre la necesidad de superar la fragmentación del sistema, de organizarnos correctamente frente a la presencia hegemónica de las condiciones crónicas, de priorizar definitivamente la cualificación de la atención primaria de salud como base y centro organizador de las redes de atención integral de salud.

Con este libro, Eugênio renueva su compromiso con una salud pública de calidad y reafirma su papel central como intelectual sanitarista militante. Ciertamente no es teoría estéril. En cada página las palabras y letras parecen saltar del papel para interpelar la realidad y sus actores en la perspectiva de la permanente y necesaria transformación social.

Espero que todos nosotros, como los gallos de João Cabral de Melo Neto, multipliquemos las semillas aquí lanzadas por Eugênio Vilaça Mendes, tejiendo las nuevas mañanas de nuestro sistema público de salud.

PRESENTACIÓN DE LA SEGUNDA EDICIÓN

Feliz aquél que transfiere lo que sabe y aprende lo que enseña (Cora Coralina)

Brasil es uno de los grandes países que surgen como líderes mundiales en este nuevo siglo. Además del progreso económico y la reducción de la pobreza, observados hoy por todos, podemos decir también, con orgullo, que tal conquista trae en su equipaje la defensa de un sistema de salud universal, integral, público y gratuito. En un contexto mundial, en el que la mercantilización de la salud ha sido difundida como precepto de ajuste económico, Brasil se mantuvo fiel a lo que también preconiza la Organización Panamericana de la Salud, defendiendo el Estado como responsable por la garantía del acceso universal a la salud para sus ciudadanos.

El Sistema Único de Salud es una concepción victoriosa, cuya implantación en las dos décadas pasadas exigió serio compromiso de los gestores, trabajadores y usuarios del SUS. Sin embargo, el notable progreso alcanzado hasta aquí, nos recuerda también lo que todavía tenemos por hacer. Uno de esos grandes desafíos son las redes integrales de atención de salud con base en la Atención Primaria (APS). Al mismo tiempo, necesitamos cualificar la atención primaria para el ejercicio del atributo de coordinación del cuidado y también organizar puntos de atención especializada integrados, intercomunicantes, capaces de garantizar que la línea de cuidado integral sea plenamente articulada con la APS y proporcione a los usuarios del SUS una respuesta adecuada. Todo eso planificado a partir de un correcto diagnóstico de necesidades de salud que considere la diversidad y la extensión del territorio brasileño.

La segunda edición de esta obra consigue abordar brillantemente las cuestiones anteriormente citadas. Su contenido cohesivo, basado en la mejor evidencia disponible en esta área de conocimiento, trae inestimable contribución al nuevo proceso de regionalización solidaria iniciándose. El SUS, como sistema dinámico, necesita incorporar nuevos procesos organizativos que permitan su adaptación a las transiciones epidemiológicas, demográficas, económicas y sociales que permean la población brasileña.

Por último, resaltamos la capacidad e intelecto del autor de esta obra, Eugênio Vilaça Mendes, una de las mayores referencias científicas actuales en Brasil para el tema de redes y APS. Nos sentimos honrados al poder comprobar el valor de la con-

tribución de ese egresado de la OPS, no solamente para la construcción del SUS, sino también para la ordenación de diversos otros sistemas de salud de las Américas.

La OPS/OMS Representación de Brasil se siente honrada en presentar esta obra e invita a todos a disfrutar del conocimiento y las informaciones aquí contenidos.

Diego Victoria
Representante de la OPS/OMS en Brasil

LISTA DE ACRÓNIMOS Y SIGLAS

ACIC: *Assessment of Chronic Illness Care*
ACISPES: Consorcio Intermunicipal de Salud Pé da Serra
ACS: Agente Comunitario de Salud
AGREE: *Appraisal of Guideline Research and Evaluation*
AIH: Autorización de Hospitalización
ANVISA: Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria
APAC: Autorización de Procedimientos de Alta Complejidad
APS: Atención Primaria de Salud
APVP: Años Potenciales de Vida Perdidos
AVAD: Años de vida ajustados por discapacidad
BPA: Boletín de Producción Ambulatoria
BSC: *Balanced Score Card*
CCM: Modelo de Atención Crónica (*Chronic care model*)
CES: Centro de Educación en Salud
CIB: Comisión Intergestores Bipartita
CICC: El modelo de Cuidados Innovadores para Condiciones Crónicas
CMUM: Centro Médico de Urgencia Municipal
CONASEMS: Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud
CONASS: Consejo Nacional de Secretarios de Salud
CNES: Registro Nacional de Establecimientos de Salud
CQS: Tarjeta Calidad SUS
DATASUS: Departamento de Informática del SUS
DEA: Análisis Envolvente de Datos
DN: Declaración de Nacidos Vivos
DO: Declaración de Óbitos
DRG: *Diagnostic-Related Groups* o Grupos Relacionados por Diagnóstico
HMO: Organización de Mantenimiento de la Salud
IDQ: Incentivo al Desarrollo de la Calidad de los Servicios
INAMPS: Instituto Nacional de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social
KP: Kaiser Permanente
MBE: Medicina Basada en Evidencia
MACC: Modelo de Atención de las Condiciones Crónicas
NHS: Servicio Nacional de Salud del Reino Unido
NOAS: Norma Operacional de Asistencia Sanitaria
NOB: Norma Operacional Básica
OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

ONA: Agencia Nacional de Acreditación
PACE: *The Program of All-Inclusive Care for the Elderly*
PACIC: *The Patient Assessment of Chronic Illness Care*
PAM: Puesto Médico de Salud
PDI: Plan Director de Inversiones
PDR: Plan Director de Regionalización
PEP: Programa de Educación Permanente de Médicos de Familia
PIB: Producto Interno Bruto
PMC: Programa Madre Curitibana
PMDI: Plan Mineiro de Desarrollo Integrado
PNAD: Encuesta Nacional de Muestreo por Domicilios
PPI: Programación Pactada e Integrada
PRO-HOSP: Programa de Fortalecimiento y Mejora de la Calidad de los Hospitales del SUS en Minas Gerais
PSF: Programa de Salud de la Familia
RAS: Red de Atención de Salud
REDE U&E: Red de atención de urgencias y emergencias
RENAME: Relación Nacional de Medicamentos
RIPSA: Red Interagencial de Informaciones para la Salud
SAMU: Servicio Móvil de Urgencia
SESMG: Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais
SESP: Servicios Especiales de Salud Pública
SETS: Sistema Estatal de Transporte en Salud
SIAB: Sistema de Información de Atención Básica
SIA SUS: Sistema de Informaciones Ambulatorias del SUS SIH
SUS: Sistema de Informaciones Hospitalarias del SUS
SIM: Sistema de Informaciones de Mortalidad
SINAN: Sistema de Informaciones de Enfermedades de Notificación
SIOPS: Sistema de Informaciones sobre Presupuestos Públicos en Salud
SUS: Sistema Único de Salud
UAPS: Unidad Atención Primaria de Salud
UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

INTRODUCCIÓN

Las reformas del sector salud emprendidas en los años 90, como expresión temática de las reformas económicas liberales originadas en el Consenso de Washington, fracasaron. La razón del fracaso está en que esas reformas se concentraron en ideas-fuerza, tales como privatización, separación de funciones, nuevos modelos organizativos e introducción de mecanismos de competición que no fueron capaces de generar valor para los ciudadanos comunes que utilizan los sistemas de atención de salud. En función de esto, hay quien hable de una tercera generación de reformas sanitarias que se centrará en la búsqueda de la equidad, en la integración de los sistemas de atención de salud, en la valorización de la APS, en la introducción de la evaluación tecnológica en salud y de la medicina basada en evidencia y en el empoderamiento de los ciudadanos (HAM, 1997).

Las reformas sanitarias continúan siendo necesarias, pero una nueva agenda deberá imponerse y tendrá como principales objetivos generar valor para las personas usuarios de los sistemas de atención de salud y reducir las inequidades. Para ello, los cambios deben ocurrir a través de algunos grandes movimientos: de la decisión basada en opinión para la decisión basada en evidencia; de los sistemas fragmentados, centrados en la atención de las condiciones y eventos agudos, para las redes de atención de salud, centradas en la atención de las condiciones agudas y crónicas; de la gestión de los medios, recursos humanos, materiales y financieros, para la gestión de los fines, la gestión de la clínica; de una visión estrecha de intervenciones sobre condiciones de salud establecidas, a través de acciones curativas y rehabilitadoras, para una concepción integral de sistemas de atención de salud que actúe armónicamente sobre los determinantes sociales de la salud y sobre las condiciones de salud establecidas; y del financiamiento basado en el volumen de recursos para el financiamiento basado en la generación de valor para las personas.

Este libro busca examinar algunos de estos movimientos, verificar como se han dado internacionalmente y como podrían ser implantados en el SUS. Por lo tanto, el foco del trabajo está en el sistema público de atención de salud brasileño.

El SUS es una propuesta generosa de una política pública que se construyó y se institucionalizó a partir de un amplio debate en la sociedad brasileña, estimulado por el movimiento sanitario y acogido por la Constitución Federal de 1988. Es un experimento social que está funcionado y sus logros son incuestionables, pero enfrenta enormes desafíos que deben ser superados.

Sin embargo, en los últimos años, su agenda ha sido restringida y empobrecida por una fijación desproporcional en la cuestión del volumen de financiamiento. Es verdad que el SUS funciona con un significativo subfinanciamiento y que necesita de más recursos financieros, pero como se constata crecientemente, en países desarrollados y en desarrollo, el simple aumento de los recursos financieros, aisladamente, no contribuye para la resolución de la crisis contemporánea de los sistemas de atención de salud. Recursos adicionales para hacer más de lo mismo significa tirar el dinero. Como afirma el profesor indio Ramalingaswani: *“es necesario más dinero para la salud, pero es necesario, especialmente, más salud para cada unidad de dinero invertida”* (FRENK, 2006).

El aumento imprescindible de los recursos públicos para la salud en Brasil, para producir impacto sanitario, tiene que venir junto con reformas profundas en el SUS.

Los sistemas de atención de salud son respuestas sociales producidas a partir de las necesidades de salud de los ciudadanos y, como tal, deben operar en total coherencia con la situación de salud de las personas usuarias. Resulta que la situación de salud brasileña ha venido cambiando y, hoy está marcada por una transición demográfica acelerada que se expresa por una situación de triple carga de enfermedades: una agenda no superada de enfermedades infecciosas y carenciales, una carga importante de causas externas y una presencia hegemónica fuerte de condiciones crónicas. No podrá responderse a esta situación de salud adecuadamente, con un sistema de atención de salud totalmente fragmentado, reactivo, episódico y centrado, prioritariamente, en el enfrentamiento de las condiciones agudas y las agudizaciones de las condiciones crónicas. Eso no funcionó en otros países, eso no está funcionando aquí. Por eso, es necesario restablecer la coherencia entre la situación de salud y el SUS, lo que envolverá la implantación de las redes de atención de salud (RASs), una nueva forma de organizar el sistema de atención de salud en sistemas integrados que permitan responder, con efectividad, eficiencia, seguridad, calidad y equidad, a las condiciones de salud de la población brasileña.

La implantación de las RASs conlleva cambios radicales en el modelo de atención de salud practicado en el SUS y apunta para la necesidad de implantación de nuevos modelos de atención de condiciones agudas y crónicas, algunos ya experimentados con éxito en otros países y que deben y pueden ser adaptados a la realidad de nuestro sistema público.

El aumento necesario de los recursos financieros para el SUS debe venir junto con cambios que permitan alinear los incentivos económicos con los objetivos sanitarios. Aquí y en otros lugares, el sistema de pago, fuertemente centrado en el pago por procedimientos, induce a los prestadores de servicios a ofrecer más servicios y servicios más caros para maximizar así sus ganancias. Ese sistema de incentivos es perverso porque estimula

los prestadores a ofrecer, no el cuidado necesario, sino el máximo de cuidado posible, al mismo tiempo desestimulándolos en relación a la oferta de intervenciones centradas en la promoción y manutención de la salud. Es decir, fortalece un sistema de enfermedad en detrimento de un sistema de salud. Ese desalineamiento entre los objetivos del sistema de atención de salud y sus mecanismos de financiamiento explica el hecho de que una gran parte de los procedimientos de salud ofrecidos sean innecesarios desde el punto de vista sanitario (en los Estados Unidos ese valor varía de 30% a 50%). Por eso, el sistema de pago por procedimientos ha sido considerado como el uso de queroseno para apagar el incendio de los costos de salud (CHRISTENSEN et al, 2009). Una necesaria reglamentación de la Enmienda 29 – que es insuficiente para garantizar una atención pública universal y de calidad – sin el alineamiento de los incentivos económicos mediante la superación del sistema de pago por procedimientos y sin la alteración de los modelos de atención de salud practicados en el SUS, hará con que esos recursos adicionales sean absorbidos rápidamente, por prestadores de servicio mejor posicionados en la arena política de la salud, sin generar necesariamente valor para los ciudadanos.

Este libro pretende, modestamente, contribuir con la ampliación del debate sobre el SUS, colocando esas cuestiones centrales que se articulan en torno a una propuesta moderna de implantación de las RASs. Para ello, su estructura cuenta con cinco capítulos.

El Capítulo 1 parte de la consideración de los sistemas de atención de salud como respuestas sociales, deliberadamente instituidas, para responder a las necesidades de salud de las poblaciones. Por eso, está centrado inicialmente, en el análisis de las situaciones de salud en el mundo y en Brasil, partiendo de un referencial teórico diferente de la concepción convencional de enfermedades transmisibles y enfermedades y daños no transmisibles, para un nuevo enfoque que tipifica las condiciones de salud como condiciones agudas y crónicas, más que como enfermedades. La razón para esa nueva tipología está en ser más apropiada para la organización de los sistemas de atención de salud. Puede ser constatado, en este capítulo, que las situaciones de salud, aquí y en otros lugares, están caracterizadas por la presencia hegemónica de condiciones crónicas. En los países en desarrollo, las condiciones crónicas conviven con causas externas y con enfermedades infecciosas, formando así un mosaico epidemiológico que ha sido denominado de doble o triple carga de enfermedades. Esto tiene lugar en un ambiente de transición demográfica acelerada, lo que apunta para un incremento prospectivo de las condiciones crónicas. La brecha entre una situación de salud de dominio relativo de las condiciones crónicas y los sistemas de atención de salud estructurados, prioritariamente, para responder a las condiciones agudas y a los momentos de agudización de las condiciones crónicas de forma fragmentada, episódica y reactiva, ha sido diagnosticada como el principal problema contemporáneo de los sistemas de atención de salud en todo el mundo y, también, en Brasil. Además, esos sistemas de atención de salud centrados en las condiciones y eventos agudos están (des)organiza-

dos bajo la forma de sistemas fragmentados en los que no hay articulaciones orgánicas y sistémicas entre los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria de salud, ni con los sistemas de apoyo y los sistemas logísticos. Esos sistemas fragmentados son reactivos, no son capaces de ofrecer una atención continuada, longitudinal e integral y funcionan con ineficiencia, ineffectividad y baja calidad. Ellos deben ser substituidos por las RASs, sistemas integrados, que pretenden proporcionar una atención de salud en el lugar apropiado, en el momento oportuno, con la calidad necesaria, al costo adecuado y con responsabilización sanitaria y económica por una población adscrita. Este capítulo se concentra en el análisis de los problemas de salud que solicitan la respuesta social de las RASs y busca delinear, a diferencia de los sistemas fragmentados, la estructura interna de los sistemas integrados.

El Capítulo 2 detalla la propuesta de las RASs. Hace una revisión bibliográfica sobre las redes en diferentes áreas geográficas: Europa, Estados Unidos, Canadá, América Latina y Brasil. Busca extraer las evidencias sobre los resultados económicos y sanitarios de la implantación de las RASs y discute su viabilidad en países en desarrollo y en Brasil. Considera los fundamentos de la construcción social de las RASs: economía de escala, disponibilidad de recursos, calidad y acceso; integración horizontal y vertical; proceso de substitución; territorios sanitarios; y niveles de atención de salud. A partir de la definición de las RASs, anclada en las concepciones de redes sociales y de sistemas integrados de atención de salud, establece los elementos constitutivos de esos sistemas: la población, la estructura operacional y los modelos de atención de salud. El primer elemento, la población, es visto como elemento esencial y la razón de ser de las RASs y, por esta razón, se discute la atención de salud basada en la población. El segundo elemento es la estructura operacional que está compuesta por cinco componentes: la atención primaria de salud: el centro de comunicación de las redes, los puntos de atención secundaria y terciaria de salud, especialmente para los nuevos papeles que serán desempeñados por los ambulatorios secundarios y por los hospitales, en la perspectiva de las redes; los sistemas de apoyo: el sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico, el sistema de asistencia farmacéutica y los sistemas de información sanitaria; los sistemas logísticos: la tarjeta de identificación de las personas usuarias, la historia clínica, los sistemas de acceso regulado a la atención de salud; el sistema de transporte en salud; y el sistema de gobernanza de las redes, discutido en términos de su institucionalidad, de sus sistemas gerenciales y de su sistema de financiamiento. Este capítulo comienza a delinear la solución para el gran problema del SUS que es su manera de proporcionar asistencia sanitaria de manera fragmentada, episódica, reactiva y centrada en las condiciones y eventos agudos.

El Capítulo 3 desarrolla el tercer elemento constitutivo de las RASs que son los modelos de atención de salud. Aborda los modelos de atención de las condiciones agudas y las condiciones crónicas. Por su complejidad, profundiza en la discusión sobre los modelos de atención de las condiciones crónicas, a partir de un modelo seminal,

el modelo de atención crónica desarrollado en los Estados Unidos, el cual presenta evidencias sólidas de resultados económicos y sanitarios favorables al ser aplicado en países desarrollados y en desarrollo. Propone, basado en este modelo de atención crónica, un modelo de atención de las condiciones crónicas para ser utilizado en el SUS, articulado al modelo de determinación social de la salud de Dahlgren y Whitehead, y que engloba cinco niveles de intervenciones: el primer nivel, las intervenciones de promoción sobre los determinantes distales e intermediarios de la salud, en relación con la población total adscrita a la red; el segundo nivel, las intervenciones de prevención de las condiciones de salud sobre los determinantes proximales de comportamiento y estilos de vida, relativos a subpoblaciones en situación de riesgo asociado a los comportamientos y los estilos de vida; y el tercero, cuarto y quinto nivel, las intervenciones de gestión de la clínica sobre subpoblaciones con condiciones de salud establecidas, estratificadas por riesgos. Este capítulo detalla los niveles 1 y 2 del modelo de atención de las condiciones crónicas relacionados a la promoción de la salud y la prevención de las condiciones de salud.

El Capítulo 4 considera las respuestas a las condiciones crónicas en los niveles 3, 4 y 5 del modelo de atención de las condiciones crónicas. Para eso, se adentra en el campo de la clínica y propone cambios profundos en la atención de salud que establecen una nueva clínica compatible con el manejo de las condiciones crónicas. Además de proponer una nueva clínica, detalla una nueva forma de gestión de los sistemas de atención de salud, la gestión de la clínica. La gestión de la clínica representa un movimiento de cambio de la gestión convencional de medios (recursos humanos, materiales y financieros) para la microgestión de los fines, la gestión de la intimidad del encuentro clínico. Considera los fundamentos de los sistemas de atención de salud que convocan, de forma definitiva, la gestión de la clínica. Muestra sus orígenes en la atención gestionada norteamericana y en la gobernanza clínica del Reino Unido. Define lo que es gestión de la clínica y apunta sus principales tecnologías. Las directrices clínicas constituyen la tecnología-madre de la cual se derivan cuatro otras herramientas de gestión de la clínica: la gestión de la condición de salud, la gestión de caso, la auditoría clínica y las listas de espera. Esas cinco tecnologías son desarrolladas en términos de concepto, importancia, indicaciones, proceso de implantación y evidencias sobre sus aplicaciones. En este capítulo se establecen los niveles 3, 4 y 5 del modelo de atención de las condiciones crónicas que implica la utilización de la gestión de la condición de salud en los niveles 3 y 4 y la gestión de caso en el nivel 5. Se aborda, en este capítulo, una metodología de implantación del modelo de atención de las condiciones crónicas a través de intervenciones de aprendizaje colaborativo entre diferentes proyectos. Los participantes de un proyecto colaborativo de implantación del modelo de atención de las condiciones crónicas operan con un modelo de mejora similar a los programas de calidad. Es presentado un sistema de evaluación de las RASs que permite monitorear y evaluar la situación de esas redes desde un sistema fragmentado hasta una red integrada.

El Capítulo 5 contiene un relato detallado sobre el caso del Programa Madre Curitibana, que representa, probablemente, la experiencia más exitosa y sostenible de RAS construida en el SUS. Una de las razones para este éxito está en su concepción, desde el inicio, como una red integrada de atención materno-infantil.

El libro está construido en la perspectiva de visitar las experiencias y las evidencias de otros países y de confrontarlas con la realidad del SUS. Para eso, son utilizados casos relevantes, internacionales y nacionales, que son mostrados en diversos boxes.

Este es un libro-proceso. Refleja la madurez del autor y de sus ideas a lo largo de la última década. De un autor-actor que ha tenido la feliz posibilidad de conocer las experiencias internacionales, especialmente por haber trabajado 11 años en la Organización Panamericana de la Salud, y de observar, por dentro, las realidades del SUS, a partir de su trabajo como consultor en salud pública y su presencia en casi todas las Secretarías de Salud de los Estados y en más de doscientos municipios brasileños, del extremo norte al extremo sur del país.

En el trabajo de consultor, participé, como coactor, de experiencias prácticas de construcción de innovaciones en el SUS. No fui solamente un observador externo. Vi, íntimamente, instituciones de salud, públicas y privadas, ambulatorios y hospitales, de diferentes tamaños y complejidades, en los diferentes brasiles. Dialogué en cursos, seminarios, talleres y conferencias con miles de profesionales de salud, políticos, gestores, académicos, líderes comunitarios y hombres y mujeres comunes usuarios del SUS. Acompañé la discusión y la implantación de experimentos de RASs en diferentes partes del País.

En realidad, este libro se inició con el descubrimiento de las propuestas producidas en la segunda mitad de los años 90, en países desarrollados, principalmente en los Estados Unidos y Canadá, sobre los sistemas integrados de salud. Esos elementos conceptuales y operacionales fueron traducidos en una propuesta, muy incipiente, de cambio de la gestión de la atención de salud en el SUS (MENDES, 1998).

Esas reflexiones teóricas sirvieron de base para la concepción del proyecto de sistema integrado de atención de salud en la Microrregión de Alto Rio Grande, en Minas Gerais, que envolvió ocho municipios de aquella región y que fue desarrollado, a partir de 1998, por la Escuela de Salud Pública de Minas Gerais, con apoyo técnico y financiero de la Fundación W. K. Kellogg. Las ideas allí plantadas constituyeron uno de los insumos para la experiencia pionera de implementación del Sistema Microrregional de Salud de la Microrregión de Baturité, conducida por la Secretaría de Salud del Estado de Ceará, en 1999, y que, sin dudas, influyó de forma significativa, en las propuestas posteriores de regionalización del SUS. En el ámbito municipal, las concepciones de los sistemas integrados de salud fueron puestas a prueba en el Proyecto Integrar, en la Región de São Pedro, en Vitória, Espírito Santo, en

2001, por la Secretaría Municipal de Salud de aquella ciudad. En el año siguiente, en 2002, la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba implantó el Sistema Integrado de Servicios de Salud en aquel municipio, un experimento que encontró un buen ambiente político e institucional para el desarrollo de RASs y que, en una evaluación externa del Banco Mundial, presentó buenos resultados para la población de aquel municipio. Por último, la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais, en los últimos años, ha sido un laboratorio importante de implantación de las RASs, en conjunto con los municipios del estado.

Todos esos movimientos que incluyeron elaboraciones teóricas y experimentaciones concretas en el SUS, en diferentes partes del País, se unieron para dar origen y consolidar este libro sobre las RASs.

Esta es la segunda edición del libro publicado por la Escuela de Salud Pública de Minas Gerais, en 2009, institución a la que soy muy agradecido por el éxito de la primera edición.

Esta segunda edición surge gracias al interés y al estímulo de dos grandes amigos, Renato Tasca, Coordinador de la Unidad Técnica de Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Representación de Brasil, y Ricardo Scotti, Coordinador de Desarrollo Institucional del Consejo Nacional de Secretarios de Salud.

Renato es un italiano-brasileño (¿o brasileño-italiano?), compañero de muchas batallas por el SUS, en diferentes partes del País. Más una vez estamos juntos, ahora con las RASs, y le estoy muy agradecido por haberme dado la oportunidad de editar este libro a través de la OPS/Brasil, institución en la que tuve el privilegio de trabajar y con la cual tengo una deuda enorme por las posibilidades que me ofreció de crecer como profesional de salud y de conocer experiencias de sistemas de atención de salud de diversos países y de muchos brasileños. Esta segunda edición es una forma de agradecer la OPS por tanta generosidad conmigo.

Scotti es un militante de la salud pública que se transformó en uno de los más importantes líderes nacionales en la gestión del SUS en los estados. Convivimos juntos desde que inició su brillante carrera sanitarista, en la década del 70, en la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais, pudiendo compartir con él momentos importantes de la construcción y la consolidación del SUS en nuestro estado y en Brasil. Le estoy agradecido a ese estimado amigo por la oportunidad de contar también con el patrocinio del CONASS en esta segunda edición.

Agradezco a la Dra. Eliane Regina da Veiga Chomatas, Secretaria Municipal de Salud de Curitiba, por la autorización para utilizar el estudio de caso del Programa Madre Curitbana en este libro y, especialmente, por las enseñanzas que, a lo largo de los años, vengo recibiendo de las autoridades y los servidores de aquella institución y que me ayudaron mucho en la construcción de este trabajo.

CAPÍTULO 1 - LAS SITUACIONES DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD

LAS CONDICIONES DE SALUD

Las condiciones de salud pueden ser definidas como las circunstancias en la salud de las personas que se presentan de forma más o menos persistente y que exigen respuestas sociales reactivas o proactivas, eventuales o continuadas y fragmentadas o integradas de los sistemas de atención de salud.

La categoría condición de salud es fundamental en la atención de salud porque, conforme señalan Porter y Teisberg (2007), sólo se agrega valor para las personas en los sistemas de atención de salud cuando se enfrenta una condición de salud mediante un ciclo completo de atención a ella.

Tradicionalmente se trabaja en salud con una división entre enfermedades transmisibles y enfermedades crónicas no transmisibles. Esa tipología es ampliamente utilizada, en especial por la epidemiología. Es verdad que esa tipología ha sido muy útil en estudios epidemiológicos, sin embargo, ella no es una referencia adecuada para la organización de los sistemas de atención de salud. La razón es simple: del punto de vista de la respuesta social a los problemas de salud – el objeto de los sistemas de atención de salud – determinadas enfermedades trasmisibles, durante el largo período de su curso natural, están más próximas de la lógica de enfrentamiento de enfermedades crónicas que de enfermedades transmisibles de curso rápido. Por eso, ha sido considerada una nueva categorización, basada en el concepto de condición de salud, desarrollada inicialmente por teóricos relacionados a modelos de atención de las condiciones crónicas (VON KORFF et al , 1997; HOLMAN Y LORIG, 2000), y posteriormente acogida por la Organización Mundial de la Salud (2003): las condiciones agudas y las condiciones crónicas.

Esa tipología está orientada, principalmente, por algunas variables claves que hacen parte del concepto de condición de salud: primera, el tiempo de duración de la condición de salud, si breve o largo; segunda, la forma de enfrentamiento por el sistema de atención de salud, si episódica, reactiva y realizada sobre la queja principal, o si continuada, proactiva y realizada mediante cuidados, más o menos permanentes, dentro de un plan de cuidado elaborado conjuntamente por el equipo de salud y por las personas usuarias; y por último, el modo como se estructura el sistema de atención de salud, si fragmentado o integrado.

Las condiciones agudas, en general, presentan un curso corto de duración, inferior a tres meses, y tienden a autolimitarse; ya las condiciones crónicas, por el contrario, tienen un período de duración más o menos largo y en los casos de algunas enfermedades crónicas, tienden a presentarse de forma definitiva y permanente (VON KORFF *et al.*, 1997; SINGH, 2008).

Las condiciones agudas, en general, son manifestaciones de enfermedades transmisibles de curso corto, como dengue y gripe, o de enfermedades infecciosas, también de curso corto, como apendicitis o amigdalitis, o de causas externas, como los traumas. Las enfermedades infecciosas de curso largo son consideradas condiciones crónicas.

Los ciclos de evolución de las condiciones agudas y crónicas son muy diferentes.

Las condiciones agudas, en general, se inician súbitamente; presentan una causa simple y fácilmente diagnosticada; son de corta duración; y responden bien a tratamientos específicos, como los tratamientos medicamentosos o las cirugías. Existe, tanto para los médicos como para las personas usuarias, una incertidumbre relativamente pequeña. El ciclo típico de una condición aguda consiste en sentirse mal por algún tiempo, ser tratado y mejorar. La atención de las condiciones agudas depende de los conocimientos y experiencias profesionales, fundamentalmente de los médicos, para diagnosticar y prescribir el tratamiento correcto. Tómese, como ejemplo de condición aguda, una apendicitis. Ella comienza rápidamente, con quejas de náuseas y dolor en el abdomen. El diagnóstico, realizado en el examen médico, lleva a una cirugía para remoción del apéndice. Le sigue un período de recuperación y, luego la persona vuelve a la vida normal con la salud restablecida. Las condiciones crónicas, especialmente las enfermedades crónicas, son diferentes. Ellas se inician y evolucionan lentamente. Comúnmente, presentan múltiples causas que varían con el tiempo, incluyendo hereditariadad, estilos de vida, exposición a factores ambientales y a factores fisiológicos. En general, faltan patrones regulares o previsibles para las condiciones crónicas. Al contrario de las condiciones agudas en las que, en general, puede esperarse una recuperación adecuada, las condiciones crónicas llevan a más síntomas y a la pérdida de la capacidad funcional. Cada síntoma puede llevar a otros, en un ciclo vicioso de síntomas: condición crónica lleva a tensión muscular que lleva a dolor que lleva a estrés y ansiedad que lleva a problemas emocionales que lleva a depresión que lleva al agotamiento que lleva a la condición crónica (LORIG *et al.*, 2006).

Muchas condiciones agudas pueden evolucionar para condiciones crónicas. Es el caso de ciertos traumas que dejan secuelas de larga duración, determinando algún tipo de discapacidad que exigirá cuidados, más o menos permanentes, del sistema de atención de salud. Por otro lado, las condiciones crónicas pueden presentar períodos de agudización y, en esos momentos tópicos de transformación en eventos agudos, deben ser enfrentadas por el sistema de atención de salud, con la misma lógica episódica y reactiva de las condiciones agudas.

Las condiciones crónicas van, por lo tanto, más allá de las enfermedades crónicas (diabetes, enfermedad cardiovascular, cáncer, enfermedad respiratoria crónica, etc.), al envolver las enfermedades infecciosas persistentes (lepra, tuberculosis, VIH/SIDA, hepatitis virales, etc.), las condiciones asociadas a la maternidad y al período perinatal (acompañamiento de gestantes y atención al parto, a las puérperas y a los recién nacidos); las condiciones asociadas al mantenimiento de la salud por ciclos de vida (puericultura, hebiatría y monitoreo de la capacidad funcional de los ancianos); los disturbios mentales de largo plazo; las deficiencias físicas y estructurales continuas (amputaciones, cegueras, deficiencias motoras persistentes, etc.); las enfermedades metabólicas; y la gran mayoría de las enfermedades bucales.

Por último, si de un lado las condiciones agudas se manifiestan inequívocamente por eventos agudos, percibidos subjetiva y/o objetivamente, las condiciones crónicas pueden presentar en determinados períodos, eventos agudos, derivados de su agudización, muchas veces, causados por el mal manejo de los sistemas de atención de salud de esas condiciones crónicas. Por lo tanto, los eventos agudos son diferentes de condiciones agudas y es común que ocurran, también, en las condiciones crónicas. Las condiciones agudas se manifiestan, generalmente, por eventos agudos; las condiciones crónicas pueden manifestarse, en momentos discretos y de forma exuberante, en forma de eventos agudos.

El cuadro a continuación intenta sintetizar las características que diferencian las condiciones agudas y crónicas y las diferentes repuestas de los sistemas de atención de salud.

Cuadro 1: Las diferencias entre las condiciones agudas y crónicas

VARIABLE	CONDICIÓN AGUDA	CONDICIÓN CRÓNICA
Inicio	Rápido	Gradual
Causa	Usualmente única	Usualmente múltiples
Duración	Corta	Indefinida
Diagnóstico y pronóstico	Comúnmente precisos	Usualmente inciertos
Exámenes diagnósticos	Frecuentemente decisivos	Frecuentemente de valor limitado
Resultado	Generalmente, cura	Generalmente, cuidado sin cura
Papel de los profesionales	Seleccionar y prescribir el tratamiento	Educar y hacer alianzas con las personas usuarias
Naturaleza de las intervenciones	Centrada en el cuidado profesional	Centrada en el cuidado multiprofesional y en el autocuidado
Conocimiento y acción clínica	Concentrados en el profesional médico	Compartidos por los profesionales y personas usuarias
Papel de la persona usuaria	Seguir las prescripciones	Corresponsabilizarse por su salud en colaboración con el equipo de salud
Sistema de atención de salud	Respuesta reactiva y episódica	Respuesta proactiva y continuada

Fuentes: Von Korff (1997); Holman y Lorig (2000); Organización Mundial de la Salud (2003); Lorig *et al.* (2006)

LAS SITUACIONES DE LAS CONDICIONES DE SALUD EN EL MUNDO Y EN BRASIL

Las situaciones de las condiciones de salud revelan una importancia relativa creciente de las condiciones crónicas en el cuadro epidemiológico.

Los principales factores determinantes del aumento de las condiciones crónicas son los cambios demográficos, los cambios en los patrones de consumo y en los estilos de vida, la urbanización acelerada y las estrategias mercadológicas.

En todo el mundo, las tasas de fecundidad disminuyen, las poblaciones envejecen y las expectativas de vida aumentan. Eso lleva al incremento de las condiciones crónicas por el aumento de los riesgos de exposición a los problemas crónicos. Lo que varía entre los países es la velocidad con la que ese proceso se desarrolla. Hay que resaltar que hay una correlación directa entre los procesos de transición demográfica y epi-

demiológica (CHAIMOVICZ, 1997). A principio, la disminución de la mortalidad está concentrada selectivamente entre las enfermedades infecciosas y beneficia los grupos más jóvenes que pasan a convivir con factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas y, en la medida que crece la población anciana, incrementando la expectativa de vida, las enfermedades crónicas se hacen más prevalentes.

La modificación de los patrones de consumo repercute en los comportamientos y en los estilos de vida. Patrones de consumo y de comportamientos no saludables se van imponiendo e incrementando las condiciones crónicas. Entre ellos, se destacan el tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, el sexo inseguro, la inactividad física, el exceso de peso, la alimentación inadecuada y el estrés social.

Entre 1950 y 1985, la población urbana de los países desarrollados se ha duplicado y la de los países en desarrollo se ha cuadruplicado. Ese fenómeno de urbanización, por un lado, aceleró la transición demográfica, pero, por otro, aumentó la presión en los servicios de salud, especialmente por parte de las poblaciones pobres que viven en las periferias de los grandes centros urbanos. Por eso, se dice que las condiciones crónicas son enfermedades de la urbanización.

En paralelo con el proceso de urbanización, se desarrollaron estrategias mercadológicas eficaces de productos nocivos para la salud, especialmente aquellos procedentes de las industrias de cigarro, alcohol y alimentos industrializados. Las estrategias mercadológicas se basan en las privaciones sociales y combinan privación social y exposición precoz a los productos perjudiciales para la salud.

Como resultado de la acción concomitante de esos factores determinantes, las condiciones crónicas aumentan en ritmo acelerado.

Las enfermedades crónicas y los disturbios mentales representan 59% del total de óbitos en el mundo. Se presume que ese porcentaje alcanzará 60% hasta el año 2020 y las mayores incidencias serán de enfermedades cardíacas, accidente cerebrovascular y cáncer. Hasta el año 2020, las condiciones crónicas serán responsables por 78% de la carga global de enfermedades en los países en desarrollo (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003).

En 2005, de los 58 millones de óbitos ocurridos en el mundo por todas las causas, se estima que 35 millones (60,3%) ocurrieron por enfermedades crónicas (25 millones por enfermedades cardiovasculares y cáncer), el doble de muertes causadas por enfermedades infecciosas, incluyendo VIH/SIDA, tuberculosis y malaria; 80% de esos óbitos ocurrieron en países de ingresos bajos o medios. En los próximos diez años, 388 millones de personas morirán en el mundo, por enfermedades crónicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). En 1995, había 135 millones de portadores de diabetes en el

mundo, con 3/4 de ellos en los países en desarrollo. Proyecciones indican que habrán 300 millones de portadores de diabetes en el año 2025 (KING *et al.*, 1998). En relación a los trastornos mentales existen, actualmente, más de 400 millones de personas portadoras de esas condiciones en el mundo (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003).

En los Estados Unidos, la situación epidemiológica está fuertemente marcada por las condiciones crónicas: 133 millones de americanos presentan, por lo menos, una enfermedad crónica; las enfermedades crónicas son responsables por 70% de las muertes y representan un tercio de la carga de enfermedad antes de los 65 años de edad; los gastos con la atención a las enfermedades crónicas representan más de 75% de un total de 2 billones de dólares gastados anualmente en salud; las enfermedades crónicas son responsables por 1/3 de los años potenciales de vida perdidos en la población de menos de 65 años de edad; los costos directos e indirectos de diabetes suman 174 mil millones de dólares anuales, los de artritis 128 mil millones de dólares anuales, los de enfermedades cardiovasculares 448 mil millones de dólares anuales y los costos directos con cáncer son de 89 mil millones de dólares anuales (HEALTH DISPARITIES COLLABORATIVES, 2004; INSTITUTE OF MEDICINE, 2008).

En el Reino Unido, seis de cada diez adultos presentan una enfermedad crónica que exige cuidados de larga duración y que no puede ser curada. Esas personas, frecuentemente, tienen más de una enfermedad crónica, haciendo más compleja la atención. Además, 80% de las consultas en la atención primaria de salud son por enfermedades crónicas y 2/3 de las hospitalizaciones en el Reino Unido son causadas por estas enfermedades (SINGH y HAM, 2006).

En los Estados Unidos, a cada día, son diagnosticadas 4.100 personas con diabetes y, como consecuencia de esta enfermedad, son realizadas 230 amputaciones, 120 personas presentan insuficiencia renal y 55 personas se quedan ciegas, una situación semejante puede ser observada en Europa (BENGOA, 2008). En los Estados Unidos se estima que en 2015, 73% de los hombres y 68% de las mujeres tendrán sobrepeso; que las muertes por enfermedades crónicas aumentarán 15%; que las muertes por diabetes aumentarán 44% (SPASOFF, 2011).

Las enfermedades crónicas determinan impactos fuertes: tienen grandes efectos adversos en la calidad de vida de los individuos, causan muertes prematuras y generan grandes efectos económicos negativos para las familias, las comunidades y los países.

El costo económico de las condiciones crónicas es enorme. Esto se debe a que: las personas portadoras de las enfermedades reducen sus actividades de trabajo y pierden empleos; los prestadores de servicios gastan cada vez más con los costos crecientes de esas enfermedades; los gestores de salud se sienten incómodos con los pobres resultados en relación al manejo de esas condiciones; y la sociedad en general sufre una enorme pérdida de productividad y de calidad de vida impuestas por esas condiciones.

Existen muchos estudios que muestran el costo económico de las condiciones crónicas en diferentes países. Coeficientes de prevalencia de VIH/SIDA de 10 a 15%, que son bastante comunes actualmente, pueden resultar en una reducción en la tasa de crecimiento del PIB *per capita* de hasta 1% al año; la tuberculosis produce gastos equivalentes a US\$ 12 mil millones por año; los costos del tratamiento del asma en Singapur constituyen 1,3% de los costos totales de salud en ese país; la pérdida de productividad por enfermedades cardíacas en los Estados Unidos está estimada en US\$ 6,45 mil millones por año; el costo de la diabetes es de, aproximadamente, US\$ 2,2 mil millones por año, en India; el costo anual estimado de VIH/SIDA llega a 1% del PIB en India; los gastos médicos con hipertensión en los Estados Unidos fueron, en 1998, de US\$ 108,8 mil millones, lo que representó 12,6% del gasto sanitario del país (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003). En el período de 2005 a 2015, las pérdidas económicas de China, como consecuencia de muertes prematuras causadas por enfermedades cardiovasculares y diabetes serán de, aproximadamente, 558 mil millones de dólares; en Rusia, debe llegar a los 300 mil millones de dólares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

La relación entre condiciones crónicas y pobreza está bien establecida y forman un círculo vicioso. Por un lado, la pobreza favorece el apareamiento de las enfermedades crónicas; por otro, las condiciones crónicas agravan la pobreza.

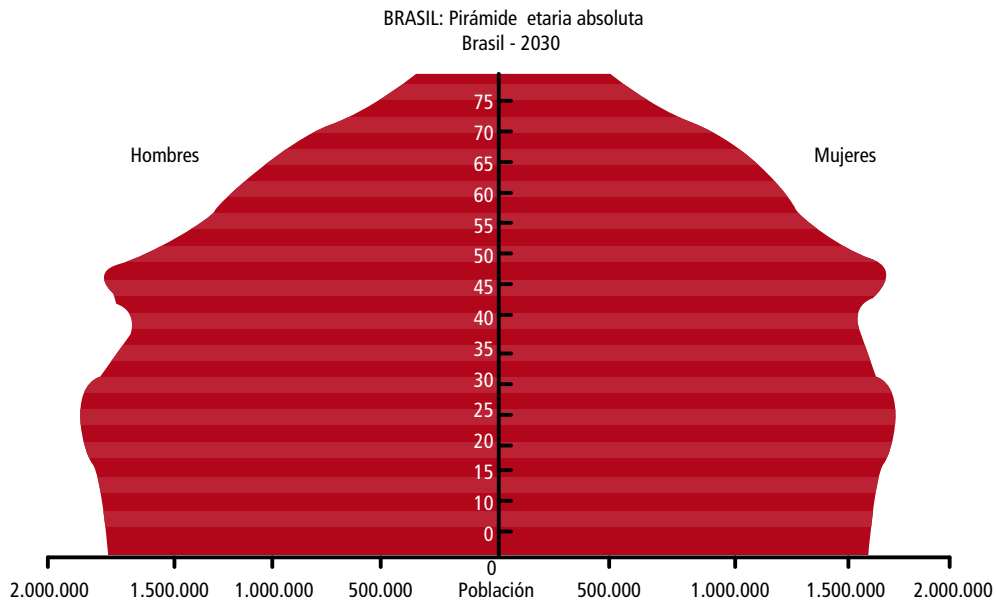
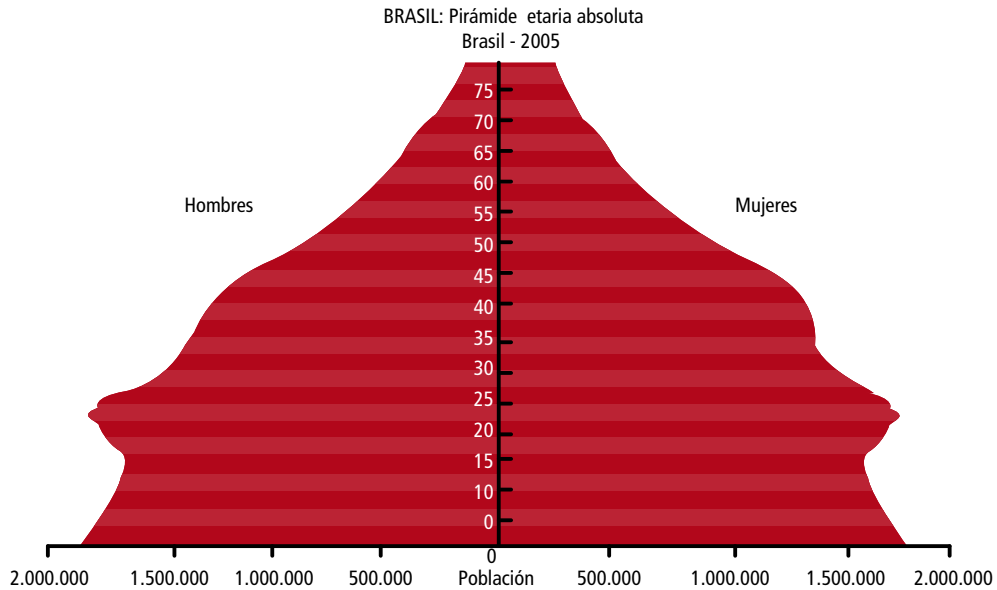
Esta amenaza de las enfermedades crónicas está aumentando. Las muertes causadas por enfermedades transmisibles, por condiciones maternas y perinatales y por deficiencias nutricionales, combinadas, deben disminuir 3% en los próximos 10 años. Se estima que, en el mismo período, las muertes por enfermedades crónicas deben aumentar un 17%. Esto significa que de la estimativa de 64 millones de óbitos, en el mundo, en 2015, 41 millones (64,0%) serán por alguna enfermedad crónica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Por todas estas razones, un importante epidemiólogo afirma que las enfermedades crónicas constituyen un problema considerable que tiende a ser mayor en el futuro y que constituyen la real epidemia (SPASOFF, 2011).

La situación de las condiciones de salud en Brasil no es muy diferente, aunque singular, como puede analizarse a través de los cambios de las situaciones demográfica y epidemiológica.

En Brasil, la transición demográfica es muy acelerada. Como puede ser observado en el Gráfico 1, el efecto combinado de la reducción de los niveles de fecundidad y de mortalidad resulta en una transformación de la pirámide etaria de la población. Su forma triangular, con una base extensa al inicio de los años 2000, dará lugar en 2030, a una pirámide con la parte superior más ancha, típico de sociedades envejecidas.

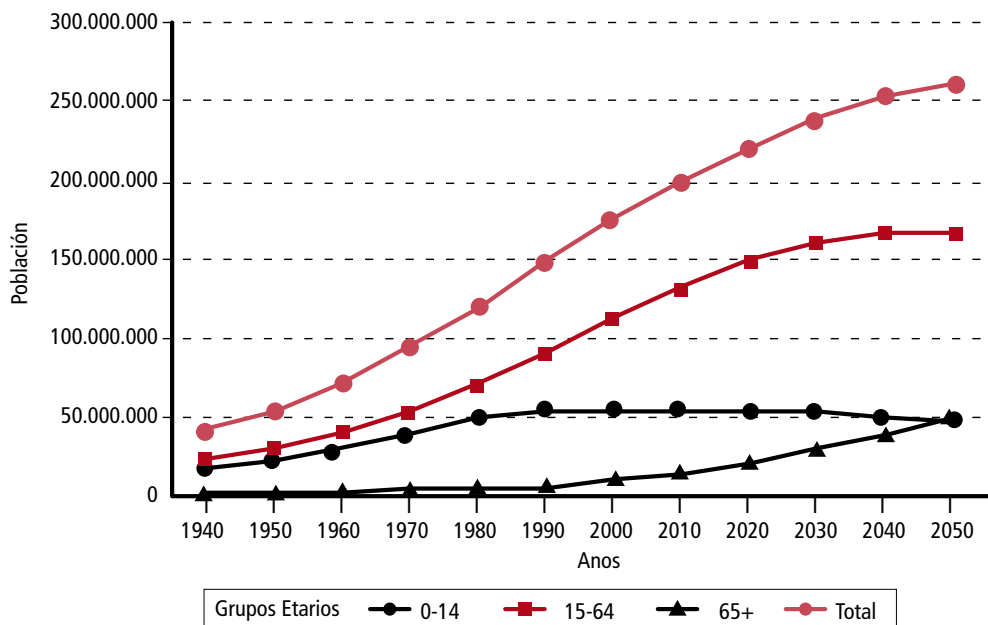
Gráfico 1: Pirámides etarias de la población brasileña, años 2005 y 2030.



Fuente: IBGE (2004)

Tal como demuestra el Gráfico 2, la población brasileña, a pesar de bajas tasas de fecundidad, continuará creciendo en las próximas décadas, como resultado de los patrones de fecundidad anteriores. Sin embargo, como en el Gráfico 1, muestra un envejecimiento de la población debido a la disminución de la fecundidad y al aumento de la expectativa de vida. El porcentaje de jóvenes de 0 a 14 años que era de 42% en 1960 pasó para 30% en 2000 y debe caer para 18% en 2050. Mientras que el porcentaje de personas mayores de 65 años que era de 2,7% en 1960 pasó para 5,4% en 2000 y debe alcanzar 19% en 2050, superando el número de jóvenes.

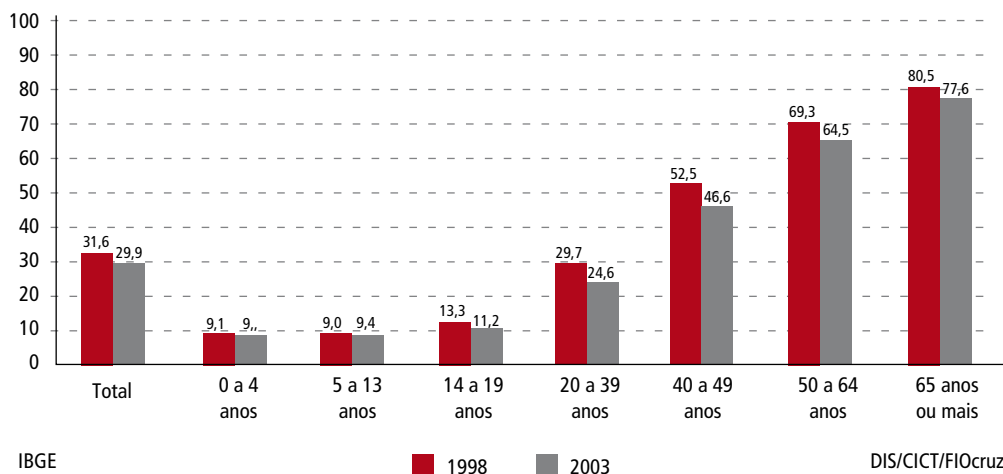
Gráfico 2: Población total, según grandes grupos etarios, Brasil, 1940 a 2050



Fuente: Brito (2007)

Una población en proceso rápido de envejecimiento significa un creciente incremento relativo de las condiciones crónicas y, especialmente, de las enfermedades crónicas, porque ellas afectan más los segmentos de mayor edad, conforme se observa en el Gráfico 3.

Gráfico 3: Proporción de personas que declararon ser portadoras de enfermedad crónica por edad. Brasil, 1998 e 2003



Fuente: Travassos et al. (2005)

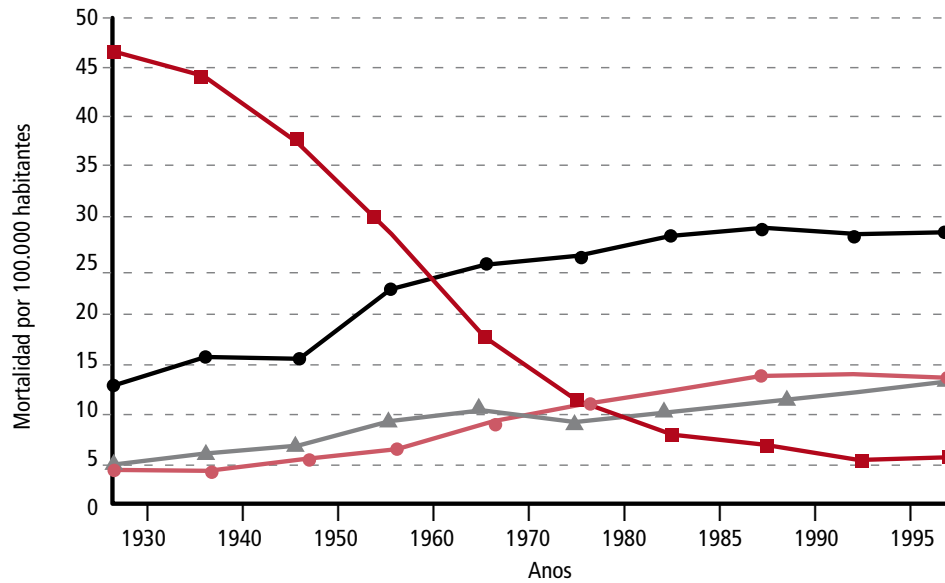
Los datos del Gráfico 3, resultantes de la Encuesta Nacional de Muestreo por Domicilio (PNAD/2003) muestran que en 2003, 77,6% de los brasileños de 65 o más años de edad declararon ser portadores de enfermedades crónicas, siendo que un tercio de ellos, de más de una enfermedad crónica. Los resultados de la PNAD 2008, mostraron que 71,9% de las personas de 65 años o más declararon tener, por lo menos, uno de los 12 tipos de enfermedades crónicas seleccionadas. Del total de personas, 31,3% reportaron enfermedades crónicas, lo que significa 59,5 millones de brasileños. 5,9% de la población declaró tener tres o más enfermedades crónicas (IBGE, 2010).

Se puede suponer, por lo tanto, que en el futuro una transición demográfica muy rápida podrá determinar una elevación progresiva de la morbilidad por condiciones crónicas en Brasil, tanto en términos absolutos como relativos.

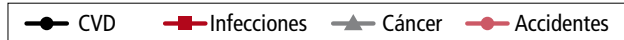
La situación epidemiológica brasileña puede ser analizada por varias vertientes: la mortalidad, la morbilidad, los factores de riesgo y la carga de enfermedades.

La singular transición epidemiológica del país, observada por el lado de la mortalidad, como se ve en el Gráfico 4, indica que, en 1930 las enfermedades infecciosas representaban 46% de las muertes y que ese valor disminuyó para un valor próximo a 5% en 2000; al mismo tiempo, las enfermedades cardiovasculares que representaban alrededor de 12% de las muertes en 1930, pasaron a ser en el año 2000, la causa de casi 30% de todos los óbitos.

Gráfico 4: Evolución de la mortalidad proporcional, según causas, Brasil, 1930 a 2003.



* Hasta 1970 datos sólo de capitales
Fuente: Barbosa Silva *et alii*



Fuente: Silva *et al.* (2006)

La Tabla 1 demuestra que la mortalidad proporcional, en 2004, fue determinada en 13,1% por las enfermedades infecciosas y maternas, perinatales y nutricionales; en 12,6% por causas externas; y en 74,3% por enfermedades no transmisibles. Esto significa que si sumamos las causas maternas y perinatales (3,2%) y las enfermedades no transmisibles, 77,5% de las muertes fueron por condiciones crónicas.

Tabla 1: Mortalidad proporcional por categoría de causas de óbitos, con redistribución de las causas externas, Brasil, 2002 a 2004

CAUSAS	2002	2003	2004	TOTAL
Infecciosas, maternas, perinatales y nutricionales	129.795 (13,2%)	131.774 (13,2%)	132.000 (12,9%)	393.569 (13,1%)
No transmisibles	725.628 (73,9%)	743.902 (74,2%)	764.603 (74,7%)	2.234.133 (74,3%)
Externas	126.241 (12,9%)	126.657 (12,6%)	127.470 (12,4%)	380.368 (12,6%)
TOTAL	981.664 (100%)	1.002.333 (100%)	1.024.073 (100%)	3.008.070 (100%)

Fuente: Ministerio de Salud (2008e)

La Tabla 2 muestra que la mortalidad proporcional por enfermedades crónicas, cuando las muertes mal definidas son redistribuidas, es alta en todas las regiones del país, incluso en aquellas más pobres.

Tabla 2: Mortalidad proporcional por enfermedades crónicas con redistribución de las causas mal definidas, por región, Brasil, 2004

REGIONES	%
Norte	65,3
Noreste	74,4
Centro-Oeste	69,5
Sureste	75,6
Sur	78,5

Fuente: elaboración del autor

Desde el punto de vista de la morbilidad, en su vertiente de morbilidad hospitalaria, se ve en la Tabla 3 que, de las 13 principales causas de hospitalización en el SUS, en el año 2005, nueve fueron por condiciones crónicas, considerándose las causas maternas y perinatales como condiciones crónicas.

Tabla 3: Las principales causas de hospitalizaciones en el SUS en valores porcentuales, Brasil, 2005.

CAUSA DE HOSPITALIZACIÓN	%
Parto Normal	13,5
Neumonía	6,9
Parto Cesáreo	4,9
Enteroinfección	3,1
Insuficiencia cardíaca	2,9
Legrado post-aborto	2,1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1,5
Accidente vascular cerebral	1,5
Crisis asmática	1,5
Herniorrafia inguinal	1,3
Crisis hipertensiva	1,3
Pielonefritis	1,2
Diabetes	1,0

Fuente: SIH SUS (2005), elaboración del autor

Una otra forma de analizar la situación epidemiológica es a través de la carga de enfermedades.

El análisis de la carga de enfermedades en Brasil, expuesto en la Tabla 4, muestra que la suma de las enfermedades crónicas y las condiciones maternas y perinatales que constituyen condiciones crónicas – representan 75% de la carga global de enfermedades en el país, medidas en años de vida ajustados por discapacidad (AVADs). Mientras tanto, las condiciones agudas, expresadas en enfermedades infecciosas, parasitarias, desnutrición y causas externas, representan 25% de la carga de enfermedad. Debe observarse además, que una parte significativa de las enfermedades infecciosas, aquellas de largo curso, deben ser consideradas como condiciones crónicas, lo que aumenta, en más de dos tercios, la presencia relativa de las condiciones crónicas en la carga de enfermedades.

Tabla 4: Carga de enfermedades en años de vida ajustados por discapacidad (AVADs), Brasil, 1998

GRUPOS DE ENFERMEDADES	TASA POR MIL HABITANTES	%
Infecciosas, parasitarias y desnutrición	34	14,7
Causas externas	19	10,2
Condiciones maternas y perinatales	21	8,8
Enfermedades crónicas	124	66,3
Total	232	100,0

Fuente: Schramm *et al.* (2004)

El análisis de la Tabla 5 muestra que de las diez principales causas de AVADs en el país, apenas tres, violencia, infecciones de vías aéreas superiores y accidentes de tránsito, no son condiciones crónicas. Y que las seis principales causas de AVADs son, todas, condiciones crónicas.

Tabla 5: Las diez principales causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVADs), Brasil, 1998.

CONDICIÓN DE SALUD	%
Diabetes mellitus	5,1
Enfermedad isquémica del corazón	5,0
Enfermedades cerebro vasculares	4,6
Trastorno depresivo recurrente	3,8
Asfixia y traumatismo al nacimiento	3,8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3,4
Violencia	3,3
Infecciones de vías aéreas inferiores	2,9
Accidentes de tránsito	2,7
Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central	2,6

Fuente: Schramm *et al.* (2004)

La prevalencia de los factores de riesgo en Brasil apunta en el sentido de una producción social de condiciones crónicas, ya que ellos son responsables por la gran mayoría de las muertes por enfermedades crónicas y por una fracción significativa de la

carga de enfermedades debido a esas condiciones de salud. Se observa en la Tabla 6, resultado de una investigación del Ministerio de Salud, que los factores de riesgo están significativamente presentes en la población de las capitales brasileñas y del Distrito Federal.

Tabla 6: Porcentaje de adultos con factores de riesgo en capitales de los estados brasileños y Distrito Federal, VIGITEL, 2007

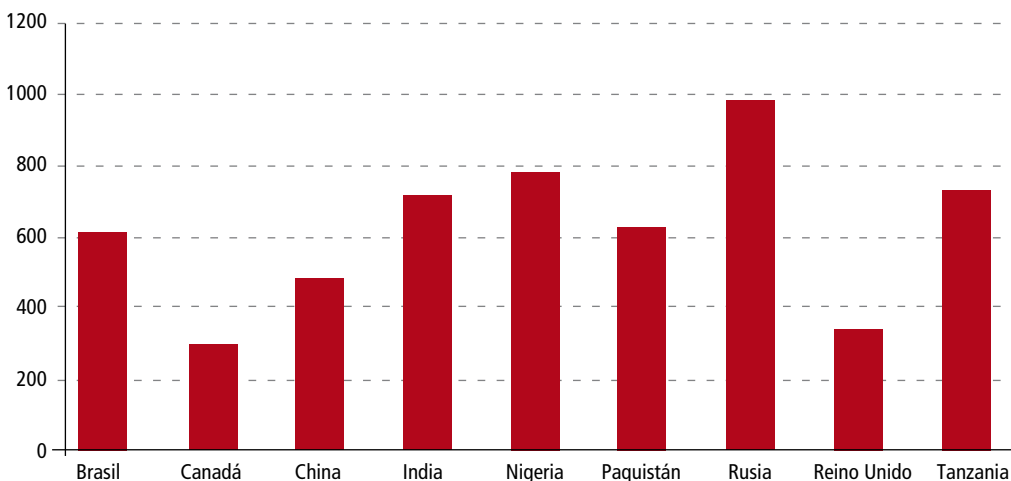
FACTOR DE RIESGO	% (VALOR MÍNIMO Y VALOR MÁXIMO)
Tabaquismo	11,5 – 21,7
Exceso de peso	33,4 – 49,7
Consumo regular de frutas y hortalizas	16,8 – 40,0
Actividad física durante el tiempo libre	11,3 – 20,5
Consumo excesivo de alcohol	13,4 – 23,1
Hipertensión arterial	13,8 – 26,9

Fuente: Ministerio de Salud (2009)

Se observa, en Brasil, un proceso de transición nutricional como resultado de cambios substanciales en la alimentación, con la creciente oferta de alimentos industriales, la facilidad de acceso a alimentos calóricamente densos y más baratos y la reducción generalizada de la actividad física. Esa transición nutricional favorece el incremento de las condiciones crónicas.

La situación epidemiológica brasileña esconde una epidemia silenciosa: la epidemia de las enfermedades crónicas, lo que puede ser constatado al examinar el Gráfico 5.

Gráfico 5: Tasas de mortalidad ajustadas por edad por cada cien mil habitantes por enfermedades crónicas, en personas de 30 años o más, en países seleccionados, 2005

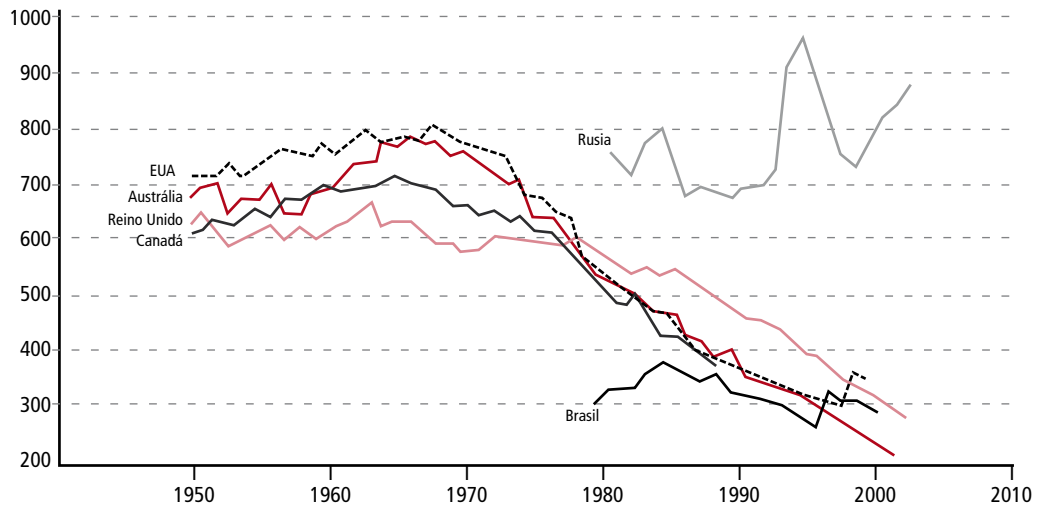


Fuente: World Health Organization (2005)

La tasa de mortalidad estandarizada por edad por enfermedades crónicas en Brasil, en personas de 30 años o más, es de 600 muertes por cada cien mil habitantes, lo que representa el doble de la tasa de Canadá y 1,5 veces la tasa del Reino Unido (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Como consecuencia, se estima que mueran a cada día, en Brasil, casi 500 personas debido a infartos agudos del miocardio y accidentes vasculares cerebrales.

Considerando las enfermedades cardiovasculares, como se ve en el Gráfico 6, las tasas de mortalidad estandarizadas por edad por cada cien mil habitantes, por enfermedades cardiovasculares, en personas con más de 30 años, caen de forma sostenida en los países desarrollados, mientras que en Brasil, ha presentado una tendencia descendente en años recientes, aunque a niveles muy altos en términos de comparación internacional. Por otro lado, existe un aumento de la mortalidad asociada a la diabetes (MINISTERIO DE SALUD, 2005).

Gráfico 6: Tasas de mortalidad estandarizadas por edades por cada cien mil habitantes por enfermedades cardiovasculares en hombres de 30 años o más, en países seleccionados, 1950/2002



Fuente: World Health Organization (2005)

Grande parte de las muertes por enfermedades crónicas podría ser evitada. La estimativa es de que podrían evitarse, en el mundo, en 2015, con medidas de prevención de enfermedades crónicas, 36 millones de muertes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

La Tabla 7 compara los años de vida ajustados por discapacidad (AVADs) de Brasil con los países del Grupo América A que incluye los países americanos que presentan tasas muy bajas de mortalidad infantil y de adultos (Canadá, Cuba y Estados Unidos).

Tabla 7: Años de vida ajustados por discapacidad (AVADs), tasas por cada mil habitantes, Brasil y Grupo América A

ENFERMEDADES CRÓNICAS	AVADs BRASIL	AVADs AMÉRICA A
Cánceres	154	100
Diabetes	12	3
Enfermedades neuropsiquiátricas	43	42
Enfermedades cardiovasculares	31	14
Enfermedades respiratorias crónicas	19	8
Otras enfermedades crónicas	34	20

Fuente: Banco Mundial (2005)

El análisis de los datos de la Tabla 7 revela la existencia de una significativa carga de enfermedades crónicas potencialmente evitable, especialmente relacionada con las enfermedades cardiovasculares, con la diabetes, con las enfermedades respiratorias crónicas y con algunos tipos de cáncer. Debe ser observado además que, incluso en esos países con mejores niveles de salud, los del grupo América A, existe todavía un amplio margen de carga evitable de enfermedades crónicas.

La fuerte prevalencia de condiciones crónicas en Brasil tiene repercusiones económicas significativas para el país.

La Tabla 8 revela que en 2002, los gastos del SUS con enfermedades crónicas, fueron 69,1% de los gastos hospitalarios y ambulatorios de nuestro sistema público de atención de salud.

Tabla 8: Estimativa de gastos hospitalarios y ambulatorios del SUS con enfermedades crónicas, 2002

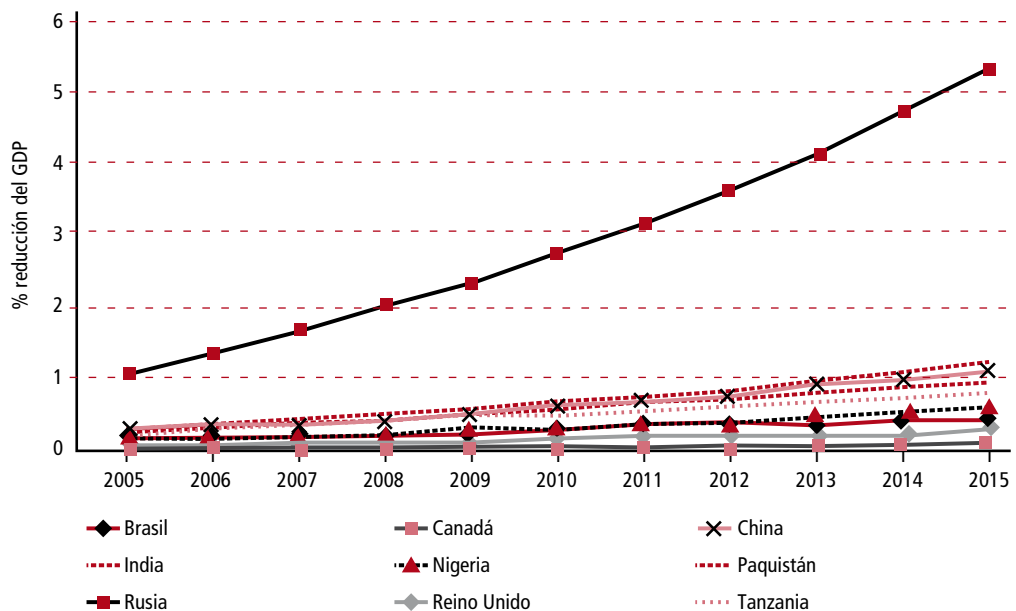
TIPO DE GASTO	VALOR EN R\$	%
Gasto ambulatorio	3.824.175.399	35,0
Gasto hospitalario	3.738.515.448	34,2
Gasto total con enfermedades crónicas	7.562.690.848	69,2
Gasto total hospitalario y ambulatorio	10.938.741.553	100,0

Fuente: Ministerio de Salud (2005)

Las consecuencias económicas de un enfrentamiento inadecuado de las condiciones crónicas en Brasil, en el período de 2005 a 2015, son estimadas en pérdidas financieras

de, aproximadamente 50 mil millones de dólares, derivadas de muertes prematuras causadas por enfermedades cardiovasculares y diabetes. La pérdida estimada en 2005 fue 2,7 mil millones de dólares y podrá alcanzar en 2015, 9,3 mil millones de dólares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Eso significará, como se ve en el Gráfico 7, que esas pérdidas podrán alcanzar 0,5% del PIB nacional en 2015.

Gráfico 7: Pérdidas de ingreso como porcentajes del PIB por enfermedades cardiovasculares y diabetes, en países seleccionados, 2005/2015.



Fuente: World Health Organization (2005)

Concluyendo, puede afirmarse que, a partir de las informaciones analizadas, el mundo y Brasil pasan por un proceso de envejecimiento de su población y una situación de transición de las condiciones de salud. Es decir, el fenómeno de transición epidemiológica se manifiesta, universalmente, a través de la disminución relativa de las condiciones agudas y el aumento de las condiciones crónicas.

Se entiende por transición epidemiológica los cambios ocurridos, temporalmente, en la frecuencia, en la magnitud y en la distribución de las condiciones de salud y que se expresan en los patrones de muerte, morbilidad e invalidez que caracterizan a una población específica y que, generalmente, ocurren concomitantemente, con otras transformaciones demográficas, sociales y económicas (SANTOS-PRECIADO *et al.*, 2003; SCHRAMM *et al.*, 2004).

Existen, sin embargo, patrones diferentes de transición epidemiológica, especialmente verificables en los países desarrollados y en desarrollo. En los países desarrollados la transición ha sido, clásicamente, por etapas secuenciales, según el modelo de Omram (1971). Sin embargo, esta transición, en los países en desarrollo en general, y en Brasil, en particular, presenta características específicas en relación a los países desarrollados, al superponer una agenda tradicional y una nueva agenda de salud pública.

Por eso, en vez de decirse transición epidemiológica en los países en desarrollo, es mejor decir acumulación epidemiológica o modelo prolongado y polarizado (FRENK *et al.*, 1991) o de doble carga de enfermedades o duplo riesgo, caracterizada por la persistencia de enfermedades infecciosas y desnutrición y por la rápida escalada de las enfermedades crónicas (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003).

Esta situación epidemiológica singular de los países en desarrollo – que se manifiesta claramente en Brasil – se define por algunos atributos fundamentales: la superposición de etapas, con la persistencia concomitante de las enfermedades infecciosas y carenciales y las enfermedades crónicas; las contra-transiciones, movimientos de resurgimiento de enfermedades que se creían superadas, las enfermedades reemergentes como el dengue y la fiebre amarilla; la transición prolongada, la falta de resolución de la transición en un sentido definitivo; la polarización epidemiológica, representada por la agudización de las desigualdades sociales en salud; y el surgimiento de las nuevas enfermedades emergentes (MENDES, 1999; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003).

Esta compleja situación epidemiológica ha sido definida, recientemente, como triple carga de enfermedades, porque envuelve, al mismo tiempo: primero, una agenda no concluida de infecciones, desnutrición y problemas de salud reproductiva; segundo, el desafío de las enfermedades crónicas y de sus factores de riesgo, como tabaquismo, sobrepeso, inactividad física, uso excesivo de alcohol y otras drogas y alimentación inadecuada; y tercero, el fuerte crecimiento de la violencia y de las causas externas (FRENK, 2006).

La emergencia de una situación de condiciones de salud, caracterizada por la triple carga de enfermedades, con fuerte predominio relativo de condiciones crónicas, demanda cambios profundos en los sistemas de atención de salud.

LA SITUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SALUD Y LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD

Los sistemas de atención de salud son definidos por la Organización Mundial de la Salud como el conjunto de actividades cuyo propósito primario es promover, restaurar y mantener la salud de una población para alcanzar los siguientes objetivos: un óptimo nivel de salud, distribuido de forma equitativa; la garantía para todos los ciudadanos de una protección adecuada frente a los riesgos; la acogida humanizada de los ciudadanos; la prestación de servicios seguros y efectivos; y la prestación de servicios eficientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; MENDES, 2002b).

Los sistemas de atención de salud constituyen respuestas sociales, deliberadamente organizadas, para responder a las necesidades, demandas y preferencias de las sociedades. En ese sentido, ellos deben ser articulados a partir de las necesidades de salud de la población, expresadas en gran parte, en situaciones demográficas y epidemiológicas singulares.

Existe, por lo tanto, una relación estrecha entre la transición de las condiciones de salud y la transición de los sistemas de atención de salud, ya que ambas, constituyen la transición de la salud (SCHRAMM *et al.*, 2004).

La transición de las condiciones de salud, junto con otros factores como el desarrollo científico, tecnológico y económico, determina la transición de la atención de salud (FRENK *et al.*, 1991). Por esa razón, en cualquier tiempo y en cualquier sociedad, debe haber una coherencia entre la situación de las condiciones de salud y el sistema de atención de salud. Cuando esa coherencia se rompe, como ocurre, en este momento, en escala global, se instala una crisis en los sistemas de atención de salud.

La crisis contemporánea de los sistemas de atención de salud refleja, por lo tanto, la falta de correspondencia entre una situación epidemiológica dominada por las condiciones crónicas – en los países desarrollados de manera más contundente y en los países en desarrollo debido a la situación de doble o triple carga de enfermedades – y un sistema de atención de salud centrado predominantemente en las respuestas a las condiciones agudas y a los eventos agudos, derivados de agudizaciones de las condiciones crónicas, de forma reactiva, episódica y fragmentada. Esa crisis ha sido caracterizada por los proponentes del modelo de atención crónica, como resultado de la dictadura de las condiciones agudas (COLEMAN y WAGNER, 2008). Esto no está funcionando en los países desarrollados, esto no funcionará en los países en desarrollo.

Esa crisis neurálgica de los sistemas de atención de salud se explica por factores históricos, culturales y técnicos.

Ham hace un análisis histórico de los sistemas de atención de salud, mostrando que hasta la primera mitad del siglo XX, ellos habían sido direccionados para las enfermedades infecciosas y, en la segunda mitad de ese siglo, para las condiciones agudas. Y afirma que en el inicio del siglo XXI, los sistemas de atención de salud deben ser reformados profundamente para conseguir atender las condiciones crónicas. Las razones están resumidas en la siguiente cita: *“El paradigma predominante de la enfermedad aguda es un anacronismo. Éste fue formateado por la noción del siglo XIX de la enfermedad como ruptura de un estado normal determinada por un agente externo o por un trauma. Bajo este modelo la atención de la condición aguda es el que enfrenta directamente la amenaza. Sin embargo, la epidemiología moderna muestra que los problemas de salud prevalentes hoy, definidos en términos de impactos sanitarios y económicos, giran alrededor de las condiciones crónicas”* (HAM, 2007a).

En la misma línea, la Organización Mundial de la Salud afirma que, históricamente, los problemas agudos, como ciertas enfermedades infecciosas y los traumas, han constituido la principal preocupación de los sistemas de atención de salud. Los avances de la ciencia biomédica y la salud pública, especialmente en el siglo pasado, permitieron reducir el impacto de inúmeras enfermedades infecciosas. Por otro lado, hubo un aumento relativo de las enfermedades crónicas. Y advierte: “Debido al hecho de que los sistemas de salud actuales fueron desarrollados para tratar los problemas agudos y las necesidades urgentes de los pacientes, ellos fueron diseñados para funcionar en situaciones de presión. Por ejemplo, la realización de exámenes, el diagnóstico, el alivio de los síntomas y la expectativa de cura son características del tratamiento ofrecido actualmente. Además, esas funciones se ajustan a las necesidades de pacientes que presentan problemas de salud agudos o episódicos. Sin embargo, se observa una gran disparidad cuando se adopta el modelo de tratamiento agudo para pacientes con problemas crónicos. El tratamiento de las condiciones crónicas, por su naturaleza, es diferente del tratamiento de los problemas agudos. En este sentido, los sistemas de salud predominantes en todo el mundo están fallando, pues no están consiguiendo acompañar la tendencia de disminución de los problemas agudos y de aumento de las condiciones crónicas. Cuando los problemas de salud son crónicos, el modelo de tratamiento agudo no funciona. De hecho, los sistemas de salud no evolucionaron, de manera perceptible, más allá del enfoque usado para tratar y diagnosticar enfermedades agudas. El paradigma del tratamiento agudo es dominante y, actualmente, prevalece entre los tomadores de decisión, trabajadores de salud, administradores y pacientes. Para enfrentar el aumento de las condiciones crónicas, es imprescindible que los sistemas de salud superen ese modelo predominante. El tratamiento agudo será siempre necesario, ya que incluso las condiciones crónicas presentan episodios agudos; sin embargo, los sistemas de salud deben adoptar el concepto de tratamiento de problemas de salud de largo plazo” (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003).

La razón cultural para la crisis contemporánea de los sistemas de atención de salud está en las concepciones vigentes sobre las condiciones crónicas y sobre las formas de enfrentarlas, lo que implica la negligencia en el cuidado de éstas. La Organización Mundial de la Salud sintetiza en diez equívocos generalizados, las ideas equivocadas o los mitos de que las enfermedades crónicas son una amenaza distante o menos importante que las condiciones agudas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

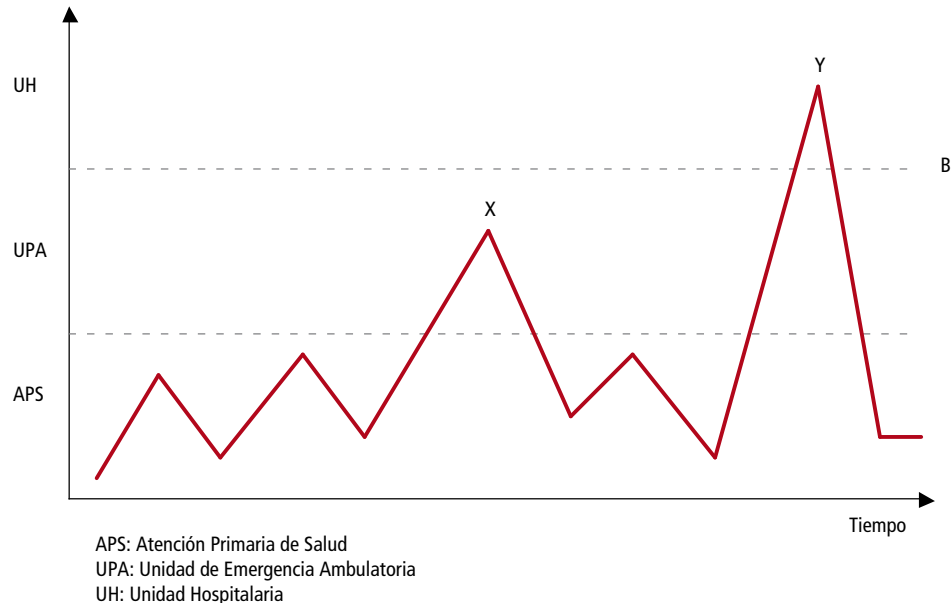
- Mito 1 – Las enfermedades crónicas afectan principalmente los países con ingresos altos. Eso no es verdad porque cuatro de cada cinco muertes por enfermedades crónicas ocurren en países de ingresos bajos y medios.
- Mito 2 – Los países de ingresos bajos y medios deberían controlar las enfermedades infecciosas antes de las enfermedades crónicas. Eso no es verdad porque esos países presentan una doble o triple carga de enfermedades y están en el centro de antiguos y nuevos desafíos de salud pública.
- Mito 3 – Las enfermedades crónicas afectan principalmente las personas ricas. Eso no es verdad porque, generalmente, las personas más pobres, probablemente más que las ricas, desarrollan enfermedades crónicas y es más posible que mueran como consecuencia de ellas.
- Mito 4 – Las enfermedades crónicas afectan las personas de edad. Eso no es verdad porque casi mitad de las muertes causadas por enfermedades crónicas ocurren prematuramente, en personas con menos de 70 años de edad, y un cuarto de las muertes son en personas de menos de 60 años de edad.
- Mito 5 – Las enfermedades crónicas afectan primordialmente los individuos del sexo masculino. Eso no es verdad porque las enfermedades crónicas, incluso las enfermedades cardiovasculares, afectan mujeres y hombres casi de igual manera.
- Mito 6 – Las enfermedades crónicas son resultados de estilos de vida no saludables. Eso no es verdad porque lleva a una victimización de las personas portadoras de enfermedades crónicas y la responsabilización individual sólo puede tener total efecto donde las personas tienen igual acceso a una vida saludable y reciben apoyo para tomar decisiones saludables.
- Mito 7 – Las enfermedades crónicas no pueden ser prevenidas. Eso no es verdad porque las principales causas de las enfermedades crónicas son conocidas y, si estos factores de riesgo fueran eliminados, por lo menos 80% de todas las enfermedades cardíacas y diabetes de tipo 2 podrían ser evitadas y 40% de los cánceres podrían ser prevenidos. La Tabla 7 confirma ese mito.
- Mito 8 – La prevención y el control de las enfermedades crónicas son demasiado caros. Eso no es verdad porque existen diversas intervenciones en las enfermedades crónicas que son económicamente viables y proporcionan un óptimo retorno para las inversiones, incluso en las regiones más pobres.
- Mito 9 – Mi abuelo fumó y vivió con exceso de peso hasta los 90 años de edad. Eso no es verdad porque en cualquier población existirá un cierto número de personas

que no presentan los patrones típicos observados en la gran mayoría, lo que no significa que tabaquismo y exceso de peso no sean factores de riesgo importantes en las enfermedades crónicas.

- Mito 10 – Todo el mundo tiene que morir de alguna cosa. Ciertamente todos tendrán que morir un día, pero la muerte no tiene que ser lenta, ni prematura, ni con sufrimiento prolongado. La muerte es inevitable, pero no el sufrimiento innecesario.

Por último, la razón técnica para la crisis de los sistemas de atención de salud consiste en el enfrentamiento de las condiciones crónicas con la misma lógica de las condiciones agudas, es decir, a través de tecnologías destinadas a responder a los momentos de agudización de las condiciones crónicas – normalmente auto-percibidos por las personas – mediante el cuidado de la demanda espontánea, principalmente en unidades de emergencia ambulatoria u hospitalaria. Y desconociendo la necesidad urgente de una atención continuada en los momentos silenciosos de las condiciones crónicas, cuando éstas evolucionan de manera insidiosa y silenciosa. Es lo que se ve en el Gráfico 8.

Gráfico 8: La lógica de la atención de las condiciones agudas



Fuente: Adaptado, por el autor, de Edwards et al. (1998)

Este gráfico muestra el curso hipotético de la severidad de una enfermedad, en una persona portadora de una condición crónica. La región inferior, de la base del gráfico hasta la línea A, representa, en un determinado tiempo, el grado de severidad

de la condición crónica que puede ser gestionada rutinariamente por los equipos de atención primaria de salud; el espacio entre la línea A y B representa, en determinado tiempo, el grado de severidad de la condición crónica que puede ser respondido por una unidad de emergencia ambulatoria; y por último, el espacio encima de la línea B representa, en determinado tiempo, el grado de severidad de la condición crónica que necesita de cuidados en una unidad hospitalaria. Supóngase que se represente la atención a un portador de diabetes de tipo 2. Por la lógica de la atención de las condiciones agudas, esa persona cuando se siente mal o cuando su enfermedad se agudiza, busca el sistema y es atendida en la unidad de emergencia ambulatoria (punto X); en un segundo momento, presenta una descompensación metabólica y es internada en una unidad hospitalaria (punto Y). Sin embargo, en los intervalos entre esos momentos de agudización de su condición crónica no recibe una atención continuada y proactiva, bajo la coordinación del equipo de atención primaria de salud. Ese sistema de atención de salud que atiende las condiciones crónicas en la lógica de la atención de las condiciones agudas, al final de un período largo de tiempo, determinará resultados sanitarios y económicos desastrosos. El portador de diabetes caminará, con los años, fatalmente, para una retinopatía, para una nefropatía, para la amputación de extremidades, etc. La razón es que ese sistema sólo actúa sobre las condiciones de salud ya establecidas, en momentos de manifestaciones clínicas exuberantes, autopercebidas por los portadores, desconociendo los determinantes sociales distales, intermediarios y proximales, los factores de riesgos biosicológicos y la gestión de la condición de salud basada en una atención primaria de salud de calidad. Esa forma de atención centrada en las condiciones agudas, concentrada en unidades de emergencia ambulatoria y hospitalaria, no permite intervenir adecuadamente en los portadores de diabetes para promover el control glicémico, reducir el tabaquismo, disminuir el sedentarismo, controlar el peso y la presión arterial, promover el control regular de los pies y ofrecer exámenes oftalmológicos regulares. Sin ese monitoreo continuo de las intervenciones sanitarias no es posible controlar la diabetes y mejorar los resultados sanitarios y económicos relacionados a esta enfermedad.

Los resultados de esa forma de atención de las condiciones crónicas a través de sistemas de atención de salud centrados en el cuidado de eventos agudos, son dramáticos. No obstante, son muy valorizados por los políticos, por los gestores, por los profesionales de salud y por la población que es su gran víctima.

Por todas estas razones, es imprescindible cambiar, radicalmente, esa lógica, implantándose un nuevo modelo de atención de salud que, además de responder a las condiciones agudas y a los momentos de agudización de las condiciones crónicas en las unidades de emergencia ambulatoria y hospitalaria, haga un seguimiento continuo y proactivo de los portadores de condiciones crónicas, bajo la coordinación del equipo de atención primaria de salud, y con el apoyo de los servicios de atención secundaria y

terciaria de la red de atención, actuando de forma equilibrada, sobre los determinantes sociales de salud distales, intermediarios y proximales, sobre los factores de riesgos biosicológicos y, también, sobre las condiciones de salud y sus secuelas.

LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD: LOS SISTEMAS FRAGMENTADOS Y LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

Además de organizarse para atender las condiciones agudas y crónicas, los sistemas de atención de salud pueden presentarse, socialmente, en un continuo que va desde la fragmentación hasta la integración.

Esas dos maneras de analizar los sistemas de atención de salud no aparecen, en la práctica social, de forma independiente; al contrario, los sistemas fragmentados tienden a centrarse principalmente en la atención de las condiciones y eventos agudos, mientras que los sistemas integrados tienden a actuar, equilibradamente, sobre las condiciones agudas y crónicas.

Los sistemas fragmentados de atención de salud, fuertemente hegemónicos, son aquellos que se organizan a través de un conjunto de puntos de atención de salud, aislados e incomunicados entre sí, y que, por lo tanto, son incapaces de proporcionar una atención continuada a la población. En general, no hay una población adscrita de responsabilización. En ellos, la atención primaria de salud no se comunica fluidamente con la atención secundaria de salud y, estos dos niveles, también no están articulados con la atención terciaria de salud, ni con los sistemas de apoyo, ni con los sistemas logísticos. A diferencia de los sistemas integrados de atención de salud, las RASs, son las que se organizan a través de un conjunto coordinado de puntos de atención de salud para proporcionar una asistencia continuada e integral a una población definida.

Además de la organización por componentes aislados o por una red integrada – lo que caracteriza más fuertemente los nombres de fragmentación y de redes de atención de salud – esas formas alternativas de organización de los sistemas de atención de salud presentan otras diferencias considerables, dada por los fundamentos teórico-conceptuales que las sustentan.

En los sistemas fragmentados de atención de salud, prevalece una visión de estructura jerárquica, definida por niveles de “complejidades” crecientes, y con relaciones de orden y grados de importancia entre los diferentes niveles, lo que caracteriza una jerarquía. Esa concepción de sistema jerarquizado prevalece en el SUS. El sistema público brasileño de atención de salud se organiza, según sus normativas, en atención básica,

atención de media y alta complejidad. Tal visión presenta serios problemas teóricos y operacionales. Ella se fundamenta en un concepto de complejidad equivocado, al establecer que la atención primaria de salud es menos compleja que la atención en los niveles secundario y terciario. Ese concepto distorsionado de complejidad lleva, consciente o inconscientemente, a una banalización de la atención primaria de salud y a una sobrevalorización, ya sea material o simbólica, de las prácticas que exigen mayor densidad tecnológica y que son ejercidas en los niveles secundario y terciario de atención de salud.

Los sistemas de atención de salud se mueven en una relación dialéctica entre factores contextuales (como el envejecimiento de la población, transición epidemiológica y avances científicos y tecnológicos) y los factores internos (como cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estructura organizacional y estilo de liderazgo y gestión). Los factores contextuales que son externos al sistema de atención de salud se modifican en un ritmo más rápido que los factores internos que están bajo la gobernabilidad sectorial. Esto hace que los sistemas de atención de salud no tengan la capacidad de adaptarse, a tiempo, a los cambios contextuales, especialmente demográficas y epidemiológicos. Aquí reside la crisis universal de los sistemas de atención de salud que fueron concebidos y desarrollados con una presunción de continuidad de una actuación centrada en las condiciones y eventos agudos y desconsiderando la epidemia contemporánea de las condiciones crónicas. Como consecuencia, tenemos una situación de salud del siglo XXI siendo respondida por un sistema de atención de salud desarrollado en el siglo XX, cuando predominaban las condiciones agudas, lo que obviamente no puede funcionar.

El Ministro da Salud del País Vasco, en España, apunta con propiedad: *“El paciente está cambiando, el patrón de enfermedades está cambiando, las tecnologías han cambiado, pero el sistema de salud no está cambiando. Existe evidencia creciente de que la forma actual de organización, financiamiento y prestación de servicios de salud no es compatible con un control óptimo de las enfermedades crónicas”* (BENGOA, 2008).

Los resultados de sistemas fragmentados de atención de salud, centrados en la atención de las condiciones agudas y los eventos de agudización de las condiciones crónicas, son muy negativos. Tómese el ejemplo de la diabetes en los Estados Unidos. En 2007, habían 23,6 millones de personas portadoras de diabetes, 17,9 millones con diagnóstico y 5,7 millones sin diagnóstico, lo que corresponde a 32% del total (NATIONAL INSTITUTE OF DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES, 2007). Un estudio mostró que: 35% de los portadores de diabetes desarrollaron nefropatías, 58% enfermedades cardiovasculares y de 30% a 70% neuropatías; los portadores de diabetes tuvieron cinco veces más chances que los no portadores de diabetes de sufrir un accidente cerebrovascular; aproximadamente 15% de los portadores de diabetes sufrieron algún tipo de amputación de las extremidades; con 144.000 muertes

prematuras de portadores de diabetes, una pérdida de 1,5 millones de años de vida productiva y un total de 951 mil personas discapacitadas; la productividad anual era 7 mil dólares menor en los portadores de diabetes en comparación con los no portadores de diabetes; un portador de diabetes tenía el doble de posibilidades de jubilación precoz que un no portador de diabetes; y un portador de diabetes costaba anualmente al sistema de atención de salud, 11.157 dólares frente a 2.604 dólares con no portadores de diabetes (BARR *et al.*, 1996). Un estudio del National Committee for Health Assurance (2006), sobre el cuidado de la diabetes con los seguros médicos americanos, concluyó que, a pesar de los altos costos del control de esta enfermedad, la hemoglobina glicosilada era usada en menos de 90% de las personas usuarias para control glicémico; que 30% de los portadores de diabetes no eran controlados; que menos de 70% de los portadores de diabetes presentan valores de LDL inferiores a 130mg/dl; y que un poco más de 50% de los portadores de diabetes realizan el examen oftalmológico anual. Otros programas de control de condiciones crónicas norteamericanos presentaron serias deficiencias. En el control del asma, 48% de los portadores de la enfermedad tomaron medicamentos regularmente y 28% inhalaron esteroides; 65% de las personas que tuvieron infarto agudo de miocardio usaron estatinas y 33% supieron el resultado de su último examen de colesterol; una investigación con 16 mil personas mostró que 27% tenían hipertensión, que 15 a 24% tenían la hipertensión controlada, que 27 a 41% no sabían que tenían hipertensión, que 25 a 32% estaban tratando la hipertensión, pero sin contralarla, y que 17 a 19% sabían que eran hipertensos, pero no buscaban tratamiento (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008). Esos resultados muestran una situación negativa y costosa en el control de las condiciones crónicas en los Estados Unidos.

Esa es la situación del país que más gastó recursos financieros en salud, en 2005: 15,2% del PIB y un valor *per capita* anual de US\$6.350 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008c). El contraste entre los recursos invertidos y los resultados sanitarios llevó a una importante institución académica de ese país a concluir que el sistema de atención de salud americano no funciona y que la solución de hacer más de lo mismo no es la salida. Al contrario, es necesario cambiar radicalmente la forma como el sistema ha venido funcionando (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Los resultados de la fragmentación no son diferentes en el sistema público de atención de salud brasileño y eso explica los pobres resultados sanitarios obtenidos por el SUS en el control de las condiciones crónicas. Es el caso, entre otros, del control de la hipertensión arterial sistémica, que ha sido descrito en el Recuadro 1.

Recuadro 1: El control de la hipertensión arterial sistémica en el SUS

La hipertensión arterial sistémica es un grave problema de salud pública en Brasil, alcanzando alrededor de 20% de la población adulta. Eso significa que hay, aproximadamente, 20 millones de portadores de hipertensión en el país. La prevalencia de hipertensión arterial sistémica varía de 5% en la población de 18 a 24 años a 58% en la población de más de 65 años.

El análisis de la mortalidad indica que las tres principales causas de muerte en Brasil, son, por orden, infartos agudos de miocardio, accidentes vasculares cerebrales e insuficiencia cardíaca, todas relacionadas al factor de riesgo hipertensión arterial. Las tasas de mortalidad por hipertensión arterial han permanecido estables en los últimos años, alrededor de 150 óbitos por cada cien mil habitantes en la población de más de 60 años y de 20 óbitos por cada cien mil habitantes en la población de 40 a 59 años de edad. La tasa de mortalidad por accidente vascular cerebral se estabiliza a partir de 2001, con alrededor de 45 óbitos por cada cien mil habitantes y la tasa de mortalidad por infarto agudo de miocardio de 35 óbitos por cada cien mil habitantes.

En cuanto a la morbilidad hospitalaria, de las diez principales causas de hospitalizaciones en el SUS, cuatro de ellas están representadas por enfermedades cardiovasculares: insuficiencia cardíaca, 4,3%; accidente vascular cerebral, 1,9%; insuficiencia coronaria aguda, 1,0%; y crisis hipertensiva, 1,3%. Las hospitalizaciones por crisis hipertensiva suman 135.000 por año y cuestan 25 millones de reales al año; en general, esas hospitalizaciones son consideradas, internacionalmente, como condiciones sensibles a la atención ambulatoria. Las hospitalizaciones por enfermedades cardiovasculares, en general asociadas a las hipertensiones arteriales sistémicas, representan 7,4% del total de hospitalizaciones y consumen 13% de los recursos hospitalarios del SUS (900 millones de reales por año).

El estudio de la carga de enfermedades realizado en el país mostró que las enfermedades cardiovasculares son responsables por 14% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVADs).

Estudios poblacionales muestran que los factores de riesgo están fuertemente presentes en la población brasileña.

Frente a esa situación epidemiológica, el país ha venido hace años, desarrollando una política de control de la hipertensión arterial sistémica con gastos significativos y crecientes, pero sin producir resultados sanitarios satisfactorios, ya que las tasas de mortalidad por hipertensión arterial sistémica no han presentado una tendencia descendente.

En cuanto a la organización del sistema de atención de salud en el SUS, puede observarse que, en general, no hay directrices clínicas para el control de la hipertensión arterial sistémica, formuladas a partir de la medicina basada en evidencias. Eso significa que la implementación del programa de hipertensión arterial sistémica se lleva a cabo con gran variabilidad, ya que no existen parámetros definidos en directrices clínicas que sean de conocimiento de los profesionales de salud encargados de ejecutar el programa en las unidades de salud. Además, no existe, como norma, la clasificación de portadores de hipertensión arterial sistémica por estratos de riesgo.

El número de cirugías cardíacas ha crecido en los últimos tres años en 21%. Existen muchos centros de cirugías cardíacas que ofrecen alrededor de 50 cirugías por año y existe, también, una enorme presión para la acreditación de nuevos centros. Las tasas de mortalidad por cirugías cardíacas están estables y son muy superiores a las existentes en los países desarrollados, lo que se explica, en gran parte, por el bajo volumen de cirugías realizadas en los diversos centros. Los gastos con cirugías cardíacas han sido crecientes y llegan a 420 millones de reales al año.

Recuadro 1: control de la hipertensión arterial sistémica en el SUS

La oferta de consultas especializadas de cardiología es de 50 consultas por mil habitantes/año, lo que corresponde al patrón mínimo del Ministerio de Salud. Sin embargo, en varios estados brasileños esa oferta está arriba de ese patrón, pero como no existe estratificación de riesgos de las hipertensiones arteriales sistémicas y como esa estratificación no es un criterio incorporado en la PPI asistencial, se puede deducir que la mayor parte de las consultas especializadas esté siendo ofrecidas a portadores de hipertensiones arteriales sistémicas de bajo y medio riesgo. Además, la comunicación entre la atención especializada y la APS, en el manejo de los portadores de hipertensión arterial sistémica, es precaria o inexistente. Muchas veces, cuando una persona usuaria es remitida al médico especialista, ese profesional asume definitivamente el cuidado en vez de actuar como interconsultor, lo que ocurre en sistemas de salud más maduros, donde la mayor parte de las hipertensiones son manejadas en la atención primaria de salud. Eso se debe, en gran parte, al hecho de que los centros de especialidades médicas son unidades abiertas, con entrada directa de portadores de hipertensión arterial sistémica, y que funcionan sin coordinación con la atención primaria de salud.

El control de la hipertensión arterial sistémica en la APS es definido como una prioridad. Sin embargo, los portadores de hipertensión registrados en el sistema hiperdia en relación a la población de hipertensos estimada epidemiológicamente, es bajo. No se hace un plan de cuidado para cada portador de hipertensión arterial sistémica. En general, no existen acciones rutinarias de promoción de la salud y de enfrentamiento de factores de riesgo como la alimentación inadecuada, el sobrepeso y la obesidad, la inactividad física, el consumo excesivo de alcohol, el estrés social y el tabaquismo, en las unidades de atención primaria de salud.

La atención a los portadores de hipertensión arterial sistémica está centrada en el cuidado profesional dado por médicos; el trabajo multiprofesional, esencial para la atención de esa enfermedad crónica, se resume a una actuación complementaria del enfermero. Profesionales como nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas, asistentes sociales, farmacéuticos clínicos y educadores de salud, haciendo parte, orgánicamente, de un equipo de APS, son raros.

El manejo clínico está centrado, fuertemente, en el tratamiento farmacológico. El número de unidades de medicamentos antihipertensivos aumentó significativamente en los últimos 3 años. El consumo de captopril, tabletas de 25 mg, creció 300% y el de propanolol, tabletas de 40 mg, subió 370%. En general, no se indica, para el 40% de los portadores de hipertensión arterial sistémica leve y de bajo riesgo, intervenciones medicamentosas. Sin embargo, generalmente, millones de esos portadores de hipertensión arterial sistémica están siendo medicalizados, utilizando, frecuentemente, asociaciones medicamentosas. Generalmente, no existe un programa efectivo de uso racional de medicamentos antihipertensivos, estando la asistencia farmacéutica dirigida, fundamentalmente, a la logística de los medicamentos. Por eso, no existe un cuidado farmacéutico, realizado por farmacéuticos clínicos que, ni siquiera hacen parte de los equipos de atención primaria de salud. Tampoco, existe un programa eficaz de farmacovigilancia de la medicación antihipertensiva.

Apenas 38% de los médicos de atención primaria de salud recibieron algún tipo de capacitación en hipertensión arterial sistémica; ese porcentaje cae para 35% entre los enfermeros. En general, no existen programas de educación permanente para los profesionales de salud que trabajan con la APS. Tampoco existe, como norma, programas eficaces de educación de salud, desarrollados con base en directrices clínicas, para empoderar y capacitar los portadores de esa condición de salud, posibilitando un comportamiento proactivo en el autocuidado. El autocuidado apoyado, un instrumento fundamental de manejo efectivo de las condiciones crónicas, no existe debido a la carencia de equipos multiprofesionales.

Recuadro 1: control de la hipertensión arterial sistémica en el SUS

La APS no se comunica eficazmente con los niveles de atención secundaria y terciaria. En general, no existen historias clínicas informatizadas, que posibiliten tener un plan de cuidado para cada persona usuaria, llevado a cabo de forma colaborativa entre los profesionales de salud y el portador de la condición crónica, así como el envío de recordatorios y la entrega de *feedbacks* al equipo de salud y las personas usuarias.

No es posible para el equipo de atención primaria de salud marcar directamente las consultas con los especialistas y las hospitalizaciones, lo que imposibilita el desempeño de la función de coordinación del sistema de salud de la APS. La ausencia de una APS efectiva que pueda contener el riesgo evolutivo de la enfermedad lleva a que una respuesta común a la hipertensión arterial sistémica sea dada en los momentos de agudización, por las unidades de emergencia ambulatoria u hospitalaria.

Con el tiempo, esa forma de enfrentamiento de la hipertensión arterial sistémica, centrada en sus momentos de agudización, a través de unidades de emergencia ambulatoria u hospitalaria, conducirá fatalmente, a enfermedades cardiovasculares, enfermedades renales crónicas y diabetes.

Además, la ausencia de una concepción sistémica de red de atención de salud genera soluciones económicas inaceptables.

COSTO/EFFECTIVIDAD, MEDIDO EN AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD (AVADs) PARA INTERVENCIONES EN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

INTERVENCIÓN	COSTO POR AVAD (en US\$)	AVADs EVITADOS POR US\$ 1 MILLÓN de US\$
Impuestos al cigarro	3-50	20.000 – 330.000
Tratamiento del infarto con aspirina y betabloqueantes	10 – 25	40.000 – 100.000
Tratamiento continuado del infarto y del AVC con la combinación de 4 medicamentos genéricos	700 – 1.000	1.000 – 1.400
Cirugía de revascularización miocárdica	Más de 25.000	Menos de 40

Se observa en la tabla que el costo por año de vida ganado para el aumento del impuesto sobre cigarrillos es de 3 a 50 dólares y para cada millón de dólares invertido en esa tecnología se ganan de 20 a 330 mil años de vida de calidad. En el otro extremo, el costo por año de vida ganado por cirugía de revascularización miocárdica es de más de 25 mil dólares y para cada millón de dólares invertido en esa tecnología se ganan menos de 40 años de vida de calidad. Por lo que, el modelo de acción del SUS frente a las enfermedades cardiovasculares, con alta concentración de gastos en la atención terciaria hospitalaria, además de producir resultados sanitarios pobres, produce también, resultados económicos negativos.

Estudio realizado en Rio Grande do Sul mostró que la prevalencia de la hipertensión arterial en adultos fue de 33,7%, siendo que 49,2% desconocían ser hipertensos; 10,4% tenían conocimiento de ser hipertenso, pero no seguían el tratamiento; 30,1% seguían el tratamiento, pero sin un control adecuado y 10,4% seguían tratamiento antihipertensivo con un control adecuado.

La razón principal de esos precarios resultados sanitarios y económicos en el control de la hipertensión arterial sistémica, está en el enfrentamiento de una condición crónica con un sistema de atención de salud fragmentado y centrado en la atención de las condiciones y eventos agudos.

Fuentes: Noronha *et al.* (2003); Schramm (2004); Gus *et al.* (2004); Banco Mundial (2005); Ministerio de Salud (2005)

Los resultados del control de hipertensión arterial sistémica en Brasil muestran que el sistema actual, fragmentado y centrado en las condiciones y eventos agudos, episódico y reactivo no funciona y que son necesarios cambios profundos.

Las diferencias más notables entre los sistemas de atención de salud están presentes en las categorías de organización fragmentación/integración y de foco de la atención de las condiciones agudas/condiciones crónicas. Pero existen muchas otras características que diferencian los sistemas fragmentados de las redes de atención de salud. Es lo que se muestra en el Cuadro 2 a continuación.

Cuadro 2: Las características diferenciales de los sistemas fragmentados y las redes de atención de salud

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	RED DE ATENCIÓN DE SALUD
Forma de organización	Jerarquía	Poliarquía
Coordinación de la atención	Inexistente	Realizada por la APS
Comunicación entre los componentes	Inexistente	Realizada por sistemas logísticos eficaces
Foco	En las condiciones agudas a través de unidades de emergencia	En las condiciones agudas y crónicas a través de la RAS
Objetivos	Objetivos parciales de diferentes servicios y resultados no medidos	Objetivos de mejora de la salud de una población con resultados clínicos y económicos medidos
Población	Dirigido a personas aisladas	Dirigido a una población adscrita estratificada por subpoblaciones de riesgo y bajo responsabilidad de la RAS
Sujeto	Paciente que recibe prescripciones de los profesionales de salud	Agente corresponsable de su propia salud
La forma de acción del sistema	Reactiva y episódica, accionada por la demanda de las personas usuarias	Proactiva y continua, basada en un plan de cuidados para cada persona usuaria, realizado conjuntamente por los profesionales y por la persona usuaria y con búsqueda activa
Énfasis de las intervenciones	Curativas y rehabilitadoras y sobre condiciones establecidas	Promocionales, preventivas, curativas, cuidadoras, rehabilitadoras o paliativas, actuando sobre determinantes sociales de salud intermediarios y proximales y sobre las condiciones de salud establecidas

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

Fuentes: Mendes (2001b); Fernandez (2004)

Concluyendo, el problema central de los sistemas de atención de salud, en todo el mundo, está en la incongruencia entre una situación de salud de transición epidemiológica completa en los países desarrollados o de doble o triple carga de enfermedades en los países en desarrollo, y una respuesta social inscrita en un sistema fragmentado

de atención de salud centrado en las condiciones agudas y los eventos agudos de las condiciones crónicas.

No es diferente en Brasil. A partir de las experiencias internacionales y nacional, se puede afirmar que el problema principal del SUS reside en la incoherencia entre la situación de salud brasileña de triple carga de enfermedades, con el fuerte predominio relativo de las condiciones crónicas, y el sistema de atención de salud practicado, fragmentado y centrado en las condiciones y eventos agudos. Ese desajuste configura la crisis fundamental del sistema público de salud en el país, que podrá ser superada sólo mediante la substitución del sistema fragmentado por las redes de atención de salud.

Uno de los más importantes documentos de la salud pública contemporánea, la Carta de Liubliana, firmada por los Ministros de Salud europeos afirma: *“Autocuidado, atención familiar y otros cuidados informales, así como el trabajo de una variedad de instituciones sociales, deben ser puestos en estrecho contacto con los servicios formales de salud. Eso requiere comunicación continua y sistemas de referencia e información apropiados. Estrategias bien diseñadas son necesarias para llevar la atención hospitalaria aguda para la atención primaria de salud, la atención comunitaria, el hospital/día y la atención domiciliaria, donde sea necesario”* (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1996).

El fracaso de la fragmentación de la atención sanitaria parece ser una expresión matemática de ese tipo de organización en el conjunto de los sistemas económicos y sociales. Existen evidencias de que la organización en silos, es decir, un sistema de administración incapaz de operar recíprocamente con otros sistemas con los cuales se relaciona, ha sido un fracaso en todos los campos y en todos los países (FRIEDMAN, 2007).

Un documento de posición de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud afirma que el enfrentamiento de las condiciones crónicas exige un cambio en los sistemas de atención de salud a través de un plan estratégico con acciones de corto, mediano y largo plazo. A corto plazo, las acciones principales son: la creación de una conciencia general sobre los problemas de las condiciones crónicas; el desarrollo de políticas de salud pública que aborden los determinantes sociales de salud distales, intermediarios y proximales; la institución de incentivos para la integración de la atención primaria, secundaria y terciaria de salud; el estímulo de las acciones de promoción de salud y de prevención de las enfermedades a través de procesos educacionales e incentivos financieros; el reconocimiento de las personas usuarias como miembros de los equipos de salud; el incentivo para acciones de autocuidado; la utilización de directrices clínicas basadas en evidencia para indicar las relaciones entre los diferentes servicios; la implantación de tecnologías de información que permitan compartir las informaciones entre los diversos servicios; la estratificación de la población por riesgos; y la

integración con servicios comunitarios. A mediano plazo, las acciones principales son: la definición de políticas nacionales de control de las condiciones crónicas; la definición de políticas e instrumentos relacionados a los factores de riesgo; el uso de indicadores de desempeño y de programas de calidad; la utilización de herramientas basadas en evidencias, como la gestión de caso y el trabajo multiprofesional; la introducción de incentivos financieros vinculados al desempeño; la definición de políticas para aumento de la equidad; y el estímulo de relaciones colaborativas entre los profesionales de salud y los prestadores de servicios. A largo plazo, las acciones principales son: el ofrecimiento a los profesionales de salud de instrumentos de apoyo a las decisiones; el empoderamiento de grupos comunitarios; la asignación de recursos financieros con base en la carga de enfermedades; la mejora de los equipos de salud para manejar las condiciones crónicas; y la educación permanente de los profesionales de salud. Esas acciones presentan fuerzas de evidencias diferentes y algunas pueden ser aplicadas con mayor facilidad que otras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

El corazón de las propuestas de nuevos diseños para la atención de las condiciones crónicas es un sistema coordinado y continuo, basado en la cooperación entre gestores, prestadores y personas usuarias. Existe evidencia de que las personas usuarias de los servicios de salud valorizan mucho la coordinación de los cuidados de salud y reivindican recibirla (SCHOEN *et al.*, 2007; TURNER *et al.* 2007).

Esa agenda de enfrentamiento de las condiciones crónicas está enteramente dentro de las propuesta de las RASs. Es lo que se considera en los capítulos siguientes.

Debe reconocerse que los sistemas de atención de salud son muy resistentes a los cambios, pero la situación es más seria y exige cambios profundos y urgentes (SINGH, 2008). El precio de no cambiar será muy alto, ya sea económico o sanitario.

CAPÍTULO 2 - LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA, FUNDAMENTOS, CONCEPTO Y ELEMENTOS CONSTITUTIVOS

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Esta revisión bibliográfica no es una revisión sistemática, aunque abarca trabajos realizados en los Estados Unidos, Canadá, Europa, América Latina y Brasil, estando una buena parte, constituida por revisiones sistemáticas. Se trata de un resumen de una revisión bibliográfica extensa realizada por Mendes (2007a).

Las propuestas de RASs son recientes, originadas en las experiencias de sistemas integrados de salud, surgidas en la primera mitad de los años 90 en los Estados Unidos. Luego, pasaron por los sistemas públicos de Europa Occidental y Canadá, llegando posteriormente, a algunos países en desarrollo.

En realidad, la propuesta de RASs es casi centenaria, ya que fue presentada, por primera vez, en el Informe Dawson, publicado en 1920 (DAWSON, 1964).

En el contexto de los Estados Unidos, el trabajo seminal es de Shortell *et al.* (1993) que propone superar la fragmentación existente en los sistemas de atención de salud mediante la institución de sistemas integrados de servicios de salud que configuraran un continuo coordinado de servicios para una población definida. Su propuesta estaba basada en el análisis empírico de 12 sistemas en los cuales había identificado los obstáculos para la integración y sugirió formas de superación de la fragmentación. Shortell *et al.* (1995) avanzaron a partir del examen de las experiencias exitosas de algunos hospitales comunitarios con un conjunto de características que conformaban organizaciones integradas de atención de salud: dirigidas al continuo de los cuidados, la promoción y el mantenimiento de la salud de una población definida y para la gestión de una red de servicios. Todd (1996) identificó tres etapas en la integración de los sistemas de atención de salud americanos: en la etapa 1, las unidades funcionaban de manera fragmentada y compitiendo entre sí; en la etapa 2, hubo un movimiento de fusión de unidades de salud buscando economía de escala; y en la etapa 3, se llegó a una integración vertical con el surgimiento de un sistema integrado de atención de salud. Los factores clave en la integración de los sistemas fueron: eficacia de los sistemas de información, fortalecimiento de la APS, la integración clínica, aumento de la productividad de los servicios hospitalarios y realineamiento de los incentivos financieros, especialmente la superación del pago por procedimientos. Además, el autor redefinió el concepto de cadena de valor en la atención de salud, quitando el foco de las condiciones agudas y dirigiéndolo para las condiciones crónicas, lo que significó dar

centralidad a las acciones promocionales y preventivas. Griffith (1997) analizó el movimiento de transformación de hospitales comunitarios en organizaciones integradas de atención de salud e identificó los factores de éxito: la combinación de liderazgo interno y externo, la mayor participación de los médicos, el fortalecimiento de la APS y la introducción de la gestión de la clínica, a partir de la implantación de directrices clínicas. Pointer *et al.* (1997) hicieron una síntesis histórica de los sistemas integrados de salud e identificaron los elementos centrales en esos sistemas: la responsabilización por una población, el foco en la mejora de los niveles de salud de esa población, la oferta de un continuo de servicios, la coordinación de los cuidados por la APS, la integración clínica y el pago por capitación. Coile (1997) sostuvo que el futuro de los sistemas de atención de salud está en integrarse en RASs, basadas más en la cooperación que en la competición, y en una cooperación que se expresara operacionalmente en: la visión compartida de red, la eliminación de redundancias, la implantación de directrices clínicas, la integración horizontal y vertical de los servicios y el foco en la calidad. Robinson y Steiner (1998) produjeron una revisión sistemática, incluyendo 70 trabajos, que mostró que los cambios producidos por la atención gestionada alteraron los patrones de cuidados sin perjudicar los resultados sanitarios y que las tecnologías de gestión de la clínica fueron, generalmente efectivas, siempre que utilizadas en esas organizaciones. Byrnes *et al.* (1998) analizaron las relaciones entre los sistemas integrados de salud y la gestión de la clínica mostrando, a partir de un estudio de caso, que en sistemas bien diseñados, hubo una sinergia positiva entre estos dos elementos. Young y McCarthy (1999) recuperaron la definición clásica de sistemas integrados de salud para, a partir de ella, definir sus componentes fundamentales, que son: la participación de más de un hospital, la participación de unidades de cuidados subagudos, la integración clínica, el pago prospectivo incluyendo la capitación y los sistemas de información potentes estructurados en redes. En relación a la integración clínica, dieron énfasis al acceso a registros clínicos uniformizados, la programación hecha a partir de las directrices clínicas y el intercambio de sistemas de apoyo a la clínica. Enthoven (1999) defendió los sistemas integrados de salud como forma de superar la crisis del sistema de atención de salud americano y afirmó que, del punto de vista económico, las ventajas de la integración se derivaron del sistema basado en poblaciones definidas, de la eficiencia de la atención en el lugar apropiado, de la integración entre diferentes profesionales de salud y la coordinación de la APS. El Institute of Medicine (1999) constató que las muertes por iatrogenia médica son la tercera causa de fallecimiento en los Estados Unidos y que esas muertes son, en su mayoría, evitables. En secuencia, el Institute of Medicine (2001) produjo un trabajo sobre la calidad de la atención de salud en los Estados Unidos y concluyó que el sistema, tal como está organizado, no es probable que mejore. El sistema está fragmentado, faltan informaciones clínicas, los procesos de atención están pobremente diseñados, con una duplicación innecesaria de servicios. Ese sistema caro produjo un número creciente de ciudadanos sin cobertura médica, aproximadamente 46 millones de personas. Los cambios en el sistema de atención

de salud deben llevarse a cabo en las siguientes direcciones: direccionar el sistema para la atención de las condiciones crónicas, usar la tecnología de la información con intensidad, eliminar los registros clínicos hechos a mano, promover la educación permanente de los profesionales de salud, coordinar la atención en toda la red de atención, incentivar el trabajo multidisciplinario y monitorear los procesos y los resultados del sistema. Wan *et al.* (2002) verificaron que los sistemas más integrados presentaron mayor potencial de prestar un continuo de cuidados coordinado y mayor eficiencia en el ámbito hospitalario. Las razones fueron la integración de procesos y servicios, la estructura de gobernanza, el trabajo multidisciplinario, la coordinación del cuidado, la integración clínica y los sistemas integrados de información. Lee *et al.* (2003) analizaron hospitales comunitarios que se estructuraron en redes y verificaron que ese tipo de organización atendió mejor a las necesidades de las poblaciones que otros hospitales del sistema Medicare. Palmer y Somers (2005) trabajaron a partir del concepto de revolución de la longevidad que implica la duplicación del número de personas mayores en 2030 y concluyeron que los sistemas integrados de salud representaron una oportunidad importante para la obtención de mejores resultados sanitarios y mayor costo/efectividad para ese grupo de personas que demandan servicios de mayor costo. Enthoven y Tollen (2005) afirmaron que el sistema de atención de salud americano, basado en la competición, no está funcionando, ya que los costos continúan elevándose y la calidad está lejos de ser aceptable. Mostraron que una de las soluciones propuestas, la de estimular los consumidores a estar más informados y ser más responsables financieramente, agravará el problema. Sugirieron que la salida está en la implantación de sistemas integrados de salud a través de servicios basados en directrices clínicas construidas con base en evidencias, de equipos de salud que compartan objetivos comunes, de la oferta de un continuo de servicios bien coordinados, del uso de historias clínicas integradas, de la obtención de economía de escala y del alineamiento de los incentivos financieros. Shi *et al.* (2008) describieron cuatro tipos de organizaciones de atención integrada: la práctica clínica en equipos multiprofesionales que combina un grupo médico con un seguro; la práctica clínica en equipos o sistemas de prestación de servicios integrados que combina un grupo de médicos o de hospitales, pero sin un seguro; redes de médicos independientes con incentivos alineados para compartir directrices, monitorear los resultados y dividir los servicios administrativos; y redes de médicos o de clínicas financiadas por los gobiernos. Shortell y Casalino (2008) propusieron la creación de sistemas de atención responsables, definidos como entidades que implementan procesos organizados para mejorar la calidad y controlar los costos y que se responsabilicen por los resultados.

En el sistema público de atención de salud de Canadá, la experiencia de redes de atención de salud se desarrolló, de manera general, bajo la forma de sistemas integrados de salud. Leat *et al.* (1996) hicieron un diagnóstico del sistema de atención de salud de diversas provincias canadienses y constataron la fragmentación. Propusieron

entonces la integración de esos sistemas mediante la definición de una población de responsabilidad, del pago por capitación, del establecimiento de médicos de familia como puerta de entrada, de la oferta de servicios integrales, del fortalecimiento de las informaciones en salud y de la planificación con base en las necesidades de la población. Girard (1999) describió la experiencia de implantación de las redes de atención de salud en la provincia de Ontario y definió sus etapas: la institucionalización de un comité, la definición de los puntos de atención de salud y la formulación de las modalidades de atención. El Canadian Institute for Health Information (2003) evaluó la participación de los hospitales en la provincia de Ontario y concluyó que 70% de los hospitales participaron de una o más experiencias de integración, 64% reportaron pertenecer a una alianza estratégica y 59% mostraron estar integrados con centros de salud comunitarios y unidades de salud mental. Champagne *et al.* (2003) dieron repercusión a las conclusiones del Comité Clair para la mejora del sistema de atención de salud de Canadá: el sistema basado en la necesidad de los ciudadanos, la población adscrita por equipo de salud, la integración de la prevención y la cura, la integración de la salud con la asistencia social, la valorización de la clínica y la creación de corredores de servicios. Marchildon (2005) mostró los cambios hechos con la integración de los sistemas de atención de salud con base en la APS: la delegación de procedimientos a enfermeros, las inversiones en tecnología de la información, la introducción del pago por capitación, el establecimiento de puntos de atención de salud no convencionales y el desarrollo de la telemedicina en regiones de baja densidad demográfica.

En los sistemas públicos de atención de salud de Europa Occidental, las RASs han sido introducidas cada vez más. El trabajo precursor fue el clásico Informe Dawson (DAWSON, 1964), cuyos puntos esenciales fueron: la integración de la medicina preventiva y curativa, el papel central del médico generalista, la puerta de entrada en la APS, la atención secundaria prestada en unidades ambulatorias y la atención terciaria en los hospitales. Saltman y Figueras (1997) analizaron las reformas de salud en Europa y dedicaron un capítulo al proceso de sustitución que reorganiza las relaciones entre los diferentes puntos de atención de salud de los sistemas. Ese proceso de reorganización de la atención de salud, a través de la sustitución, se consolidó a partir del Informe Dekker, en Holanda (DEKKER, 1988). Esos procesos tuvieron un gran impacto en la atención hospitalaria, lo que resultó en menos hospitales, con mayor escala y menos camas por habitante. Ese proceso ha llevado a los tomadores de decisiones a escoger entre: cerrar camas o cerrar hospitales, siendo lo más correcto cerrar hospitales. Los principales elementos de la sustitución hospitalaria fueron: el uso de hospitales/día, la introducción de tecnologías mínimamente invasivas, la reducción de las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria, la introducción de la gestión de la clínica en los hospitales y el uso de las tecnologías de revisión del uso de los servicios. Edwards *et al.* (1998) ratificaron los descubrimientos del trabajo anterior sobre cambios profundos en la atención hospitalaria en Europa: la subcontratación de

servicios de apoyo, la reingeniería de procesos, los programas de calidad y los contratos internos. Eso se derivó de una visión sistémica que procuró integrar la atención hospitalaria y ambulatoria y la institucionalización de nuevos puntos de atención como la atención domiciliaria, los centros de enfermería, los hospitales/ día y los centros de asistencia social. Suñol *et al.* (1999) describieron la implantación de planes de atención integral en España con la siguiente estructura: la atención a la población saludable, la atención a los factores de riesgo, el diagnóstico y el primer tratamiento, la fase inicial de tratamiento de la enfermedad, la fase avanzada de tratamiento de la enfermedad y la fase terminal. Micaleff (2000) estudió las RASs que en Francia trabajaban con algunos problemas como VIH/SIDA, drogadicción, diabetes y hepatitis C. La introducción de las redes fue hecha con algunos límites: un límite ideológico por su origen en el sistema americano, un límite cultural por la tradición de fragmentación y un límite financiero por la dificultad de superar el pago por procedimientos. Hildebrandt y Rippman (2001) abordaron las RASs en Alemania que se implantaron para superar la enorme fragmentación del sistema de atención de salud tradicional. A partir de enero del 2000, la legislación sanitaria promovió la constitución de RASs, caracterizadas por: integración médica y económica de los servicios, integración de los servicios ambulatorios y hospitalarios, integración de los servicios farmacéuticos y de enfermería, continuidad de los cuidados y los incentivos para las acciones promocionales y preventivas. Esa legislación hizo obligatoria la adopción de la tecnología de atención gestionada para algunas condiciones crónicas. Warner (2001) se centró en el examen de las cadenas de cuidados introducidas en Suecia, Holanda y Reino Unido y definió sus factores críticos: la atención centrada en las personas usuarias, el control activo de los flujos dentro del sistema, los sistemas logísticos articulados por los intereses de las personas usuarias, los sistemas de información altamente integrados, la entrada única en la cadena, la ausencia de barreras económicas y la colocación de los servicios bajo gestión única. Healy y McKee (2002) abordaron la evolución de los hospitales en los países europeos, con fuerte presencia de la integración horizontal mediante las fusiones o cierres de hospitales, en busca de mayor eficiencia de escala y de mayor calidad de los servicios. Alemania cerró 7% de sus camas entre 1991 y 1999, Inglaterra e Irlanda cerraron 1/3 de sus hospitales entre 1980 y 1990, Bélgica definió por ley que los hospitales deben tener, por lo menos, 150 camas, en Dinamarca hubo fusiones de pequeños hospitales y en Francia un plan estratégico previó la reducción de 4,7% de las camas. Esos autores constataron que en los lugares donde se introdujeron cambios a través de las políticas de mercado, la competición llevó al aumento de hospitales y del número de camas. Fernandez (2004), con base en la experiencia española, mostró la imperativa necesidad de implantación de sistemas integrados de salud para superar los graves problemas derivados de los sistemas fragmentados vigentes en las diversas Comunidades Autónomas del país. Fue producido un cuadro de diferenciación entre los sistemas fragmentados y los sistemas integrados en las siguientes dimensiones: racionalización de los servicios, oferta de los servicios, modelo de atención, proceso de

atención, financiamiento y distribución de los recursos, estructura organizativa, organización del trabajo, papel de la comunidad, relación público/privada e información y tecnología de salud. Peray (2003) describió el modelo de integración en redes de la Cataluña, España, realizado en tres niveles: la APS, la atención especializada y la atención sociosanitaria. Además, las redes de atención de salud se construyeron a través de los mecanismos de integración horizontal y vertical y utilizaron varios mecanismos de integración como la fusión de hospitales, la coordinación de los laboratorios clínicos, la utilización de directrices clínicas, la medicina familiar, las historias clínicas únicas y la relación estrecha entre médicos de familia y especialistas. Giovanella (2004) examinó el proceso de RASs en Alemania llevado a cabo a partir de mediados de los años 90 a través de redes de consultorios médicos, el modelo del clínico general coordinador, los programas de atención gestionada y los programas de atención integrada. Vázquez *et al.* (2005) mostraron el surgimiento de las organizaciones sanitarias integradas en Cataluña, España, que se estructuraron alrededor de un hospital y que se responsabilizaron por la cobertura de servicios integrados de APS, la atención especializada y sociosanitaria de una población definida. Erskine (2006) afirmó que la organización de la salud en Europa debe pasar por la constitución de redes regionales de atención con el fortalecimiento de la APS para que se encargue de la coordinación del sistema, con la disminución de los hospitales y con mayor escala, con el uso intensivo de tecnología de la información, con el fortalecimiento de la atención domiciliaria y de los centros de enfermería, con el uso de directrices clínicas basadas en evidencias y con integración gerencial. Vargas *et al.* (2007), analizando la experiencia de redes de atención de salud en Cataluña, llevada a cabo a través de organizaciones sanitarias integradas a partir de hospitales (integración hacia atrás), mostraron que ese modelo parece tener contradicciones, porque si de un lado los hospitales presentan mayor capacidad organizativa, por otro inducen una visión hospitalocéntrica que genera ineficiencia en la asignación y limita las innovaciones. Ham (2007b) analizando la reforma reciente del sistema de atención de salud del Reino Unido mostró que ésta estuvo concentrada en instrumentos inductores de la competición, pero que la próxima fase de la reforma debe llevarse a cabo con mecanismos de colaboración a través de la implantación de RASs. En Noruega, el Norwegian Directorate of Health (2008) constató que el sistema de atención de salud fue importante para la creación de un Estado de bienestar, pero que debe adaptarse a las nuevas necesidades de salud, dominadas por las condiciones crónicas, implantando modelos de atención crónica articulados en sistemas más integrados. Bengoa (2008) analizó la crisis de los sistemas de salud europeos, con foco en España, determinada por la emergencia de las condiciones crónicas y propuso nuevos modelos de atención de salud que se caracterizan por: personas usuarias activas y conectadas con el sistema de atención de salud; la adopción de modelos de atención de las condiciones crónicas como el modelo de la pirámide de riesgo de Kaiser permanente y el modelo de atención crónica del MacColl Institute for Healthcare Innovation; el alineamiento de las políticas de salud pública con la reforma de los servicios de salud; y la recuperación de la visión de sistema.

En América Latina las redes de atención de salud son incipientes. Existen relatos de experiencias en Perú (MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ, 1999), en Bolivia (LAVADENZ *et al.*, 2001), en Colombia (CAJIGAS, 2003; VÁZQUEZ Y VARGAS, 2006), en la República Dominicana (SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y DE ASISTENCIA SOCIAL, 2006), en México (ESTRADA *et al.*, 2006), pero la experiencia más consolidada parece ser la de Chile, donde las RASs han sido discutidas hace tiempo y constituyen una política oficial del Ministerio de Salud (MINISTERIO DE SALUD DE CHILE, 2005; FÁ-BREGA, 2007). La Organización Panamericana de la Salud elaboró un documento de posición sobre redes integradas de servicios de salud que hace un análisis crítico de los sistemas fragmentados y de sus causas; conceptúa los sistemas integrados de servicios de salud e identifica sus diferentes modalidades; establece sus atributos esenciales; define los instrumentos de política pública y los mecanismos institucionales para configurarlos; y propone una ruta para la implantación de esos sistemas en la Región de las Américas (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010).

En Brasil, el tema ha sido tratado, recientemente, pero con una evolución creciente. Mendes (1998), sin hablar explícitamente de las RASs, mencionó movimientos imprescindibles para su concretización en la forma de una reingeniería del sistema de atención de salud. La Secretaría de Salud del Estado de Ceará (2000) relató una experiencia pionera de constitución de sistemas microrregionales de salud que tenía como objetivo integrar el sistema público y superar las fragilidades de la fragmentación determinada por el proceso de municipalización. Mendes (2001b) habló sobre una propuesta sistemática de construcción de RASs en el SUS. Hizo un análisis crítico de la fragmentación del sistema público brasileño y propuso como alternativa la construcción procesual de sistemas integrados de salud que articulen los territorios sanitarios, los componentes de la integración y la gestión de la clínica. La Secretaría Municipal de Salud de Vitória (2001) implantó un sistema integrado de salud en la región de São Pedro, proyecto que fue evaluado por Silva (2004). Jimenez *et al.* (2001) describieron el surgimiento y la consolidación de una experiencia pionera de una red temática de atención a la mujer y al niño, el Programa Madre Curitibana, que ha venido presentando en sus 12 años de vida, resultados extremadamente favorables. A partir de esa matriz y por decisión de la VI Conferencia Municipal de Salud, se instituye en el municipio, el Sistema Integrado de Servicios de Salud (SECRETARÍA MUNICIPAL DE SALUD DE CURITIBA, 2002). Hartz y Contandriopoulos (2004) afirmaron que la integralidad de la atención es un eje prioritario de la investigación y evaluación de los servicios y de los sistemas de atención de salud, estructurados como redes asistenciales interorganizacionales que articulan las dimensiones clínicas, funcionales, normativas y sistémicas en su operacionalización, reconociendo que ninguna organización reúne la totalidad de los recursos y las competencias necesarias para la solución de los problemas de salud de una población, en sus diversos ciclos de vida. Se hace, por lo tanto, indispensable desarrollar mecanismos de cooperación y coordinación propios de una gestión eficiente y responsable de los

recursos colectivos, la cual responda a las necesidades de salud individuales en ámbitos local y regional. Eso se hará a través de un sistema sin muros, eliminando las barreras de acceso entre los diversos niveles de atención del domicilio al hospital, especialistas y generalistas, sectores público y privado ligados por corredores virtuales que trasciendan, de hecho, las fronteras municipales con el objetivo de optimizar recursos y ampliar las oportunidades de cuidados adecuados. El Banco Mundial (WORLD BANK, 2006) hizo una evaluación del Sistema Integrado de Servicios de Salud de Curitiba que permitió identificar los puntos fuertes de la experiencia de RAS implantada, especialmente en su componente de atención primaria de salud, muchos de ellos relacionados a las redes de atención de salud. El Gobierno de Minas Gerais, en sus planes de gobierno 2003/2010, colocó las redes de atención de salud como prioridad, identificando e implantando, en el estado, cuatro redes temáticas principales: la red de atención a la mujer y al niño (Red Viva Vida), la red de atención de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes (Red Hiperdia), la red de atención de los ancianos (Red Más Vida) y la red de atención de urgencias y emergencias (MARQUES *et al.*, 2010). El Instituto Nacional del Cáncer (2006) sugirió una atención en redes para las enfermedades oncológicas, estructurando líneas de cuidado que integren la atención primaria, secundaria y terciaria. LaForgia (2006) discutió la temática de las RASs e hizo una crítica a la fragmentación del SUS y la falta de alineación del sistema. Para superar esos problemas, propuso RASs que coordinen el sistema, reduzcan las redundancias, alineen los objetivos con los incentivos financieros, promuevan la integración clínica y coordinen los mecanismos de gobernanza. La Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais (2006) elaboró y aplicó, interna e externamente, en las microrregiones sanitarias, un taller de redes de atención de salud. El Consejo Nacional de Secretarios de Salud (2006a), en un documento de posición, colocó como uno de los desafíos del SUS promover el alineamiento de la situación epidemiológica brasileña con el modelo de atención de salud del SUS, mediante la implantación de RASs. Posteriormente, desarrolló y ha venido aplicando, en las Secretarías de Salud de los Estados, talleres de redes de atención de salud (CONSEJO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SALUD, 2006b). Fleury y Ouverney (2007) lanzaron un libro sobre la gestión de redes en el que tratan los fundamentos conceptuales del tema y exploran, en profundidad, las estrategias de regionalización y los patrones de gobernanza del SUS. El Ministerio de Salud (2008a) analizó la evolución histórica de las RASs en el SUS, estableció las razones para su adopción, definió su concepto y sus principios, formuló un proceso de transición para las RASs a través de los territorios integrados de atención de salud y las líneas de cuidado y propuso las directrices para su implantación. Silva *et al.* (2008) presentaron una propuesta de construcción de RASs en el SUS que puede ser considerada una posición oficial del Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud (CONASEMS) y que envolvió: consideraciones sobre el marco legal; concepto, modelo y directrices; redes y pacto por la salud; y directrices operacionales de implantación. Kuschnir y Chorny (2010) hicie-

ron una contextualización del debate sobre las RASs, con base en la discusión sobre la integración/coordinación del cuidado, desde su origen dawsoniana, examinaron las experiencias británicas y de los Estados Unidos y discutieron el documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. La Organización Panamericana de la Salud, Representación de Brasil, lanzó un documento, con sus fundamentos en el documento de posición regional, que trae contribuciones sobre las RASs coordinadas por la APS. El documento aborda: las RASs como respuesta a la crisis global de los sistemas de salud; la crisis contemporánea de los sistemas de salud; el desafío de la implantación de las RASs en Brasil; las RASs y las relaciones interfederativas; el papel del Ministerio de Salud en la promoción de las RASs; y el papel de coordinación de las RASs por la APS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2011). En los últimos años, se han producido experiencias de RASs en diversos estados brasileños, generalmente bajo la coordinación de las Secretarías de Salud de los Estados y en forma de redes temáticas: Bahía, Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul, São Paulo, Santa Catarina y otros. Varios municipios, con la coordinación de las Secretarías Municipales de Salud, han implantado RASs: Aracaju, Belo Horizonte, Curitiba, Diadema, Florianópolis, Guarulhos, Joinville, Rio de Janeiro, São Paulo, municipios de la Región de Campinas y muchos otros. A combinación de esos movimientos y de otras iniciativas propició, en la Comisión Intergestores Tripartita, un posicionamiento consensuado del Ministerio de Salud, del CONASS y del CONASEMS sobre RASs, el cual está materializado en la Ordenanza 4.279, de 30 de diciembre del 2010, que establece directrices para la organización de la Red de Atención de Salud en el ámbito del SUS (MINISTERIO DE SALUD, 2010).

Ese movimiento universal en busca de la construcción de RASs está sustentado por evidencias de que esas redes constituyen una salida para la crisis contemporánea de los sistemas de atención de salud.

Existen evidencias, procedentes de diversos países, de que las RASs mejoraron los resultados sanitarios y económicos de los sistemas de atención de salud.

Weingarten *et al.* (1985) evidenciaron que la atención integrada a niños portadores de asma promovió la mejora de la capacidad respiratoria. McInnes y McGhee (1995), en un ensayo aleatorio realizado con 554 portadores de hipertensión, mostraron que la integración de la atención primaria y especializada proporcionó servicios más costo/efectivos que la forma convencional. Osman *et al.* (1996) mostraron que la atención integrada disminuyó las remisiones de portadores de asma para los especialistas. Bernabei *et al.* (1998), en un ensayo aleatorio realizado con 200 ancianos frágiles, constataron que la atención integrada resultó en menos hospitalizaciones, menos consultas en la atención primaria de salud, mejor capacidad funcional de esas personas

y un sistema más costo/efectivo. McCulloch *et al.* (1998) analizaron 200 sistemas de atención de la diabetes que atendían 15.000 usuarios y verificaron que la provisión de apoyo integrado a la APS mejoró la satisfacción de las personas usuarias y el uso de los recursos. Byng *et al.* (1998) verificaron que los sistemas integrados determinaron una mayor satisfacción de las personas usuarias con los servicios de salud mental. Llewellyn-Jones *et al.* (1999), en un ensayo clínico realizado con 220 personas mayores, verificaron que la integración del cuidado contribuyó a la reducción de los cuadros depresivos. Reuben *et al.* (1999), en un ensayo aleatorio realizado con 363 personas mayores, mostraron que la integración disminuyó la discapacidad funcional y mejoró la calidad de vida esas personas. Wagner *et al.* (1999) evaluaron 72 sistemas que utilizaron alguna forma de integración y concluyeron que los programas que integran la atención primaria de salud con los otros niveles y que tenían una población adscrita fueron más efectivos y que sus usuarios estaban más satisfechos. Malcom *et al.* (2000) sugirieron que la integración entre la atención primaria y especializada permitió la identificación de personas con alto riesgo de hospitalización y redujo el uso de servicios especializados. Simon *et al.* (2001), en un ensayo clínico aleatorio, mostraron que la integración de los cuidados de la depresión crónica, mejoró la calidad de la atención con costos moderados. Wagner *et al.* (2001) estudiaron el cuidado de la diabetes en 23 centros y concluyeron que la integración del cuidado propició mejoras en los procesos y en los resultados de la atención. Doughty *et al.* (2002), en un ensayo clínico aleatorio realizado con 197 portadores de insuficiencia cardíaca, concluyeron que la integración de la atención primaria y secundaria permitió reducir las readmisiones hospitalarias. Unutzer *et al.* (2002), en un ensayo clínico aleatorio realizado en 18 servicios integrados, concluyeron que la integración contribuyó a la reducción de los síntomas depresivos y su severidad, mejoró la adhesión a los tratamientos, aumentó la satisfacción con la atención recibida e incrementó la calidad de vida. Gilbody *et al.* (2003), en una revisión sistemática de 36 estudios, identificaron que la integración de la APS en red mejoró el cuidado de la depresión. Polonsky *et al.* (2003), en un ensayo aleatorio, realizado en 167 portadores de diabetes con pobre control glicémico, verificaron que el grupo que recibió atención integrada obtuvo mejores resultados que los que fueron manejados de forma fragmentada. Griffin y Kinmonth (2004), en una revisión Cochrane, realizada en 1.058 personas, verificaron que una atención integrada de la diabetes, con base en la APS, disminuyó los índices glicémicos con más fuerza que la atención centrada en el hospital. Katon *et al.* (2004), en un ensayo clínico realizado en 329 portadores de diabetes y depresión, concluyeron que los modelos de atención integrada mejoraron resultados seleccionados en personas portadoras de co-morbilidades. Smith *et al.* (2004), en un estudio aleatorio en 30 sistemas de atención a la diabetes, verificaron que los mecanismos de integración determinaron mejoras significativas en los servicios y en los resultados sicosociales. Vetter *et al.* (2004), en un ensayo clínico, constataron que el efecto de

la integración entre los enfermeros y los trabajadores comunitarios produjo mejores resultados clínicos en la diabetes. Singh (2005a), analizando 14 revisiones sistemáticas y 29 ensayos aleatorios, encontró evidencias de que las RASs mejoraron el uso de los recursos y algunos resultados clínicos seleccionados y redujeron los costos de la atención. Nuño (2008) afirmó que existen evidencias sólidas de que los enfoques e intervenciones de los sistemas integrados mostraron resultados positivos en diversos ámbitos y patologías. Rosen y Ham (2008) afirmaron que la integración de gestores y prestadores de servicios mejoró la cooperación entre ellos, dio una mayor atención a la gestión de caso, incentivó la utilización de tecnología de información y tuvo algún impacto sobre los costos de la atención de salud.

LOS FUNDAMENTOS DE LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

Las RASs, como otras formas de producción económica, pueden ser organizadas en modelos productivos híbridos que combinan la concentración de ciertos servicios con la dispersión de otros. Generalmente, los servicios de menor densidad tecnológica como los de APS deben ser dispersos; al contrario de los servicios de mayor densidad tecnológica, como hospitales, unidades de procesamiento de exámenes de patología clínica, equipamientos de imagen etc., que tienden a ser concentrados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

El modo de organizar las RASs define la singularidad de sus procesos descentralizadores frente a otros sectores sociales. Los servicios de salud se estructuran en una red de puntos de atención de salud, compuesta por equipamientos de diferentes densidades tecnológicas que deben ser distribuidos, espacialmente, de forma óptima.

Para que la organización de las RASs, sea realizada de forma efectiva, eficiente y con calidad, tiene que estructurarse con base en los siguientes fundamentos: economía de escala, disponibilidad de recursos, calidad y acceso; integración horizontal y vertical; procesos de sustitución; territorios sanitarios; y niveles de atención.

ECONOMÍA DE ESCALA, CALIDAD Y ACCESO

Economía de escala, calidad y acceso a los diferentes puntos de atención de salud determinan, dialécticamente, la lógica fundamental de la organización racional de las RASs. Los servicios que deben ser ofertados de forma dispersa son aquellos que se benefician menos de economías de escala, para los cuales existen recursos suficientes y en relación a los cuales la distancia es un factor fundamental para la accesibilidad; mientras que los servicios que deben ser concentrados son aquellos que se benefician

de economías de escala, para los cuales los recursos son más escasos y en relación a los cuales la distancia tiene menor impacto sobre el acceso (MENDES, 2002b).

Las economías de escala se producen cuando los costos medios a largo plazo disminuyen, a medida que aumenta el volumen de las actividades y los costos fijos se distribuyen por un mayor número de esas actividades, siendo el largo plazo un período de tiempo suficiente para que todos los insumos sean variables. Es más probable que se produzcan economías de escala cuando los costos fijos son altos en relación a los costos variables de producción, lo que es común en los servicios de salud. La teoría económica supone que las relaciones entre costos medios y tamaño de ciertos equipamientos de salud tienden a asumir una forma de U. De este modo, aumentos de escala implican fuentes adicionales de costos, de tal forma que además de un determinado volumen crítico, los costos medios de largo plazo comienzan a elevarse, configurando una situación de deseconomía de escala.

La búsqueda de escala es una condición imprescindible para un sistema de atención de salud eficiente. Un examen de la literatura universal identificó, aproximadamente, cien estudios que mostraron evidencias de economías de escala en hospitales. Y revelaron que las economías de escala son encontradas en hospitales de más de 100 camas, que el tamaño óptimo de los hospitales puede estar entre 100 a 450 camas y que las deseconomías de escala adquirirán importancia en hospitales de más de 650 camas (ALETRAS *et al.*, 1997; ANDRADE *et al.*, 2007).

Otro factor importante para el desarrollo de las RASs es el grado de escasez de recursos. Recursos muy escasos, ya sean humanos o físicos, deben ser concentrados; al contrario de recursos menos escasos que deben ser desconcentrados. Por ejemplo, es común encontrar concentrados los médicos subespecialistas y desconcentrados los médicos de familia, quienes generalmente, son o deberían ser más numerosos.

Uno de los objetivos fundamentales de los sistemas de atención de salud es la calidad. Los servicios de salud tienen calidad cuando son prestados en conformidad con patrones óptimos predefinidos; son sometidos a medidas de performance en los niveles de estructura, procesos y resultados; son ofertados para atender las necesidades de las personas; envuelven programas de control de calidad; son ofertados en el momento oportuno; son seguros para los profesionales de salud y para las personas usuarias; se realizan de forma humanizada; satisfacen las expectativas de las personas usuarias; y son equitativos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; DLUGACZ *et al.*, 2004).

Una singularidad de los servicios de salud es que suele haber una relación estrecha entre escala y calidad, es decir, entre cantidad y calidad. Esa relación podría estar vinculada a una creencia generalizada de que los servicios de salud ofertados en mayor

volumen suelen tener mejor calidad; en esas condiciones, entre otras, los profesionales de salud estarían mejor capacitados para realizar los servicios de salud (BUNKER *et al.* 1982). Por eso, los compradores públicos de salud, deben analizar el tamaño de los servicios y el volumen de sus operaciones como un *proxy* de calidad. En Holanda, la búsqueda por escala y calidad llevó a la regionalización y concentración de ciertos servicios de salud. Por ejemplo, cirugías cardíacas abiertas sólo pueden ser realizadas en hospitales que hagan, al menos, 600 operaciones anuales (BANTA Y BOS, 1991). En Reino Unido, así como en la mayoría de los países ricos, existe una creciente concentración de hospitales, en busca de escala y calidad (FERGUSON *et al.*, 1997). En los Estados Unidos, se verificó que la escala, en una determinada condición de salud, permitió mejores resultados económicos y sanitarios, como es el caso St. Luke's Episcopal Hospital que ya realizó más de 100 mil cirugías de revascularización del miocardio, y que el efecto combinado de escala, experiencia y aprendizaje generaron un círculo virtuoso que aumentó el valor de los servicios para las personas (PORTER Y TEISBERG, 2007). Esas relaciones entre escala y mortalidad son fuertes en cirugías de revascularización del miocardio, angioplastias coronarias, aneurisma de aorta abdominal y cirugía de cáncer de esófago. Lo mismo parece ocurrir en el campo del diagnóstico como muestran Smith-Bindman *et al.* (2005) al verificar que los diagnósticos de cáncer de mama son más precisos cuando el radiólogo lee un mayor número de mamografías por año. Un seminario realizado para examinar las relaciones entre escala y calidad concluyó que en 2/3 de los trabajos examinados hubo una asociación entre volumen y calidad y que el volumen de servicios realizados es el mejor *proxy* disponible para la calidad en gran parte de los servicios de salud (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000). En Rio de Janeiro, se observó una asociación inversa entre el volumen de cirugías cardíacas y las tasas de mortalidad por esas cirugías (NORONHA *et al.*, 2003).

Ante estas evidencias, las RASs deben configurarse en diseños institucionales que combinen elementos de concentración y de dispersión de los diferentes puntos de atención de salud y de los sistemas de apoyo. Sin embargo, esos factores deben estar en equilibrio con el criterio de acceso a los servicios.

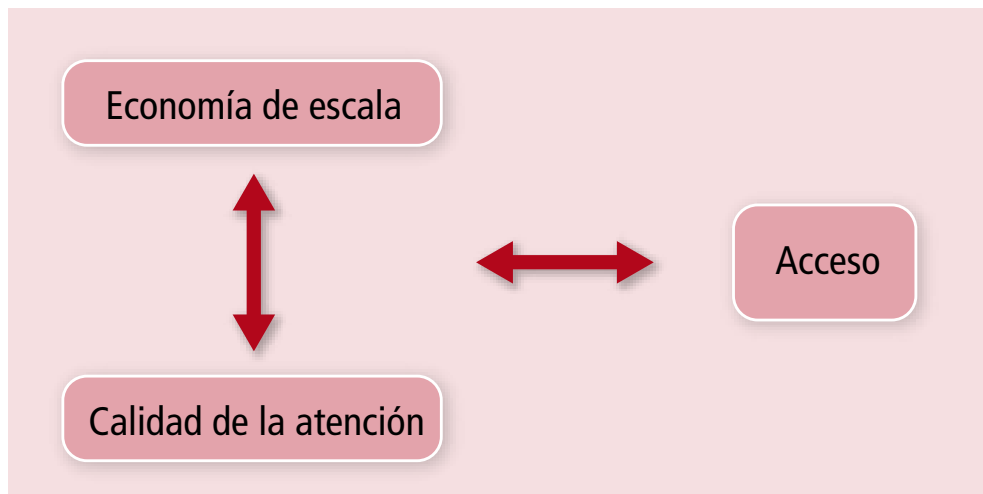
Para Donabedian (1973), el acceso, entendido como accesibilidad a los servicios de salud, es la capacidad de un sistema de atención de salud para responder a las necesidades de salud de una población. El autor distinguió dos tipos de accesibilidad: la socio-organizacional, que incluye las características de la oferta de servicios, y la geográfica que está relacionada al espacio y que puede ser medida por la distancia y el tiempo de locomoción, costos de transporte, etc. Penchansky y Thomas (1981) definieron el acceso como el ajuste entre las personas usuarias y los sistemas de atención de salud e identificaron varias dimensiones del acceso: la disponibilidad de los servicios; la accesibilidad geográfica; el grado de acogida; la capacidad de compra de las personas usuarias; la aceptabilidad recíproca entre los profesionales de salud

y las personas usuarias. Frenk (1985) desarrolló el concepto de acceso a través de la complementariedad entre las características de la oferta y de la población, donde la accesibilidad es una relación formal entre un conjunto de obstáculos para buscar y obtener atención (resistencia) y la capacidad de la población para procesar y alcanzar esa atención (poder de uso), suponiendo que varios ajustes entre el poder de uso de la población y las resistencias de la oferta son posibles, en un mismo nivel de accesibilidad. Para el Institute of Medicine (1993) la importancia del acceso está centrada en el uso de procedimientos de salud con potencial para alterar, positivamente, el estado de salud de las personas. El acceso se refiere al uso, en el momento adecuado, de servicios/tecnologías de efectividad reconocida, siendo importante saber si oportunidades de buenos resultados (alteración positiva en las condiciones de salud) están siendo perdidas por problemas de acceso. Andersen (1995) consideró el acceso como un elemento del sistema de atención de salud que se refiere a las entradas en los servicios y a la continuidad de la atención. El acceso es definido por factores individuales como: los factores predisponentes que son anteriores a los problemas de salud, como género; los factores capacitantes, los medios por los cuales las personas obtienen los cuidados de salud; y las necesidades de salud, las condiciones de salud percibidas por las personas o por diagnósticos de profesionales de salud. Para Carr-Hill *et al.* (1997), el acceso a los servicios de salud está en función de cuatro variables: el costo de oportunidad de la utilización de los servicios de salud; la severidad percibida de la condición que genera la necesidad de buscar los servicios; la efectividad esperada de los servicios de salud; y la distancia de los servicios de salud. Siendo otras condiciones iguales, cuanto mayor el costo de oportunidad, menor la severidad de la condiciones, menos clara la percepción de la efectividad y mayor la distancia, menor será el acceso a los servicios de salud. Una revisión sobre el acceso a los servicios de salud mostró algunas evidencias: la utilización de la APS es sensible a la distancia, tanto para poblaciones urbanas como rurales, siendo esto particularmente importante para servicios preventivos o para el manejo de enfermedades en fases no sintomáticas; existe evidencia de una asociación negativa, también para servicios de urgencia y emergencia; no hay evidencia de asociación entre distancia y utilización de servicios de radioterapia y de seguimiento de cáncer de mama; no existe asociación entre distancia y accesibilidad a servicios hospitalarios agudos. La Organización Mundial de la Salud propuso un concepto de acceso basado en la cobertura efectiva, entendida como la proporción de la población que necesita una determinado procedimiento de salud y que lo consigue efectivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Travassos y Martins (2004) argumentaron que el concepto de accesibilidad es más común que el de acceso y que prevalece la idea de que el acceso es una dimensión del desempeño de los sistemas de atención de salud asociada a la oferta. En cuanto al alcance del concepto, observaron una tendencia de ampliación de su objetivo, cambiando su foco en la entrada en los servicios para los resultados de los cuidados recibidos. A pesar de la tendencia reciente de utilización del concepto basado en resultados, resaltaron la importancia de mantener las distinciones

entre acceso y uso de servicios de salud; acceso y continuidad del cuidado; y acceso y efectividad de los cuidados prestados. La principal razón es que cada uno de esos procesos corresponde a un modelo explicativo distinto.

Las RASs tienen que incorporar, como un punto central, el criterio del acceso. De ese modo, el diseño de las redes de atención de salud se logra combinando, dialécticamente, por un lado, economía de escala y calidad de los servicios y, por otro, el acceso a los servicios de salud, tal como se muestra en la Figura 1 a continuación.

Figura 1: La lógica de diseño de los componentes de las redes de atención de salud en los territorios sanitarios



La situación óptima en las redes de atención de salud está dada por la concomitancia de economías de escala y servicios de salud de calidad fácilmente accesibles para los ciudadanos. Cuando acontezca - como suele ocurrir en regiones de baja densidad demográfica - el conflicto entre escala y acceso, prevalecerá siempre, el criterio de acceso. Así, del punto de vista práctico, en algunas regiones brasileñas, algunos territorios sanitarios estarán definidos por poblaciones subóptimas; así, ciertos servicios serán operados en deseconomías de escala porque no se puede sacrificar el derecho del acceso a los servicios de salud a criterios económicos.

INTEGRACIÓN HORIZONTAL Y VERTICAL

En la construcción de RASs deben ser observados los conceptos de integración horizontal y vertical. Son conceptos provenientes de la teoría económica y que están asociados a concepciones referentes a las cadenas productivas.

La integración horizontal se da entre unidades productivas iguales, con el objetivo de engrosar la cadena productiva y, de esa forma, obtener economías de escala y, consecuentemente, mayor eficiencia y competitividad. Es el caso de las fusiones de bancos o de proveedores de Internet. La integración vertical, al contrario, se da entre unidades productivas diferentes para configurar una cadena productiva con mayor agregación de valor. Es el caso de una empresa que comienza con la minería de hierro, después agrega la producción de arrabio, después la producción de acero, etc. En el desarrollo de las redes de atención de salud los dos conceptos se aplican.

La integración horizontal que tiene como objetivo promover el engrosamiento de la cadena productiva de la salud, se realiza por dos modos principales: la fusión o la alianza estratégica. La fusión se produce cuando dos unidades productivas se funden, por ejemplo, dos hospitales, aumentando la escala por la suma de las camas de cada uno y disminuyendo costos al unificar algunos servicios administrativos anteriormente duplicados, como la unidad de gestión, la cocina, la lavandería, etc. La alianza estratégica se produce cuando, manteniéndose las dos unidades productivas, los servicios son coordinados de manera que cada unidad se especialice en una cartera de servicios, eliminándose la competición entre ellas. Por ejemplo, cuando dos hospitales entran en un acuerdo para que sus carteras de servicios no compitan entre sí y se complementen, de manera que lo que uno hace el otro no lo hará. Generalmente, con la alianza estratégica se obtendrá también economía de escala y mayor productividad.

La integración vertical, en las redes de atención de salud, se realiza a través de una completa integración, como en las redes de propiedad única (por ejemplo, la red de Kaiser Permanente en los Estados Unidos) o en redes de diversos propietarios (lo más común en el SUS, donde pueden ser articulados servicios federales, estatales, municipales y privados, lucrativos y no lucrativos), mediante una gestión única, basada en una comunicación fluida entre las diferentes unidades productivas de esa red. Eso significa colocar bajo la misma gestión todos los puntos de atención de salud, los sistemas de apoyo y los sistemas logísticos de una red, desde la APS a la atención terciaria de salud, y comunicarlos a través de potentes sistemas logísticos. En la integración vertical de la salud, se manifiesta una singular forma de generación de valor en la red de atención, el valor en salud, lo que se aproxima al concepto económico de valor agregado de las cadenas productivas.

EL PROCESO DE SUSTITUCIÓN

Los procesos de sustitución son importantes para que se pueda alcanzar el objetivo de las RASs de proporcionar la atención adecuada, en el lugar apropiado, al costo adecuado y en el momento oportuno. La propuesta de sustitución surgió en Holanda, con el Relatorio Dekker, como un instrumento básico de reforma sanitaria propuesto en aquel país (DEKKER, 1988).

La sustitución es definida como el reagrupamiento continuo de recursos entre y dentro de los servicios de salud para explorar soluciones mejores y de menor costo, en función de las demandas y las necesidades de la población y de los recursos disponibles. En otros términos, en una RAS, unidades de salud, equipos y procesos pueden ser reorganizados para producir mejores resultados sanitarios y económicos (SALTMAN e FIGUERAS, 1997).

La sustitución puede ocurrir en las RASs, en las dimensiones de localización, competencias clínicas, tecnología y clínica (HAM *et al.*, 2007a). La sustitución locacional cambia el lugar en el que la atención es prestada, por ejemplo, del hospital para el domicilio; la sustitución tecnológica cambia la tecnología ofertada, como por ejemplo, la utilización de medicamentos efectivos en casos de úlceras de estómago en vez de cirugía; la sustitución de competencias clínicas cambia el mix de habilidades, como en la delegación de funciones de médicos para enfermeros; la sustitución clínica hace la transición del cuidado profesional para el autocuidado apoyado. Esas formas de sustitución pueden ocurrir aisladamente o en conjunto.

Existen evidencias de que la sustitución locacional a través de la atención domiciliaria, del uso de equipamientos comunitarios, del uso de centros de enfermería, del uso de hospitales/día, del uso de la APS como puerta de entrada y del uso de teleasistencia, presenta resultados clínicos positivos y reduce los costos de la atención (PARKER, 2006; JOHNSTON, 2008). Las evidencias sobre los efectos positivos de la sustitución clínica por la introducción del autocuidado apoyado son abundantes. Una evaluación de cinco experiencias de sustitución realizadas en Reino Unido mostró que los proyectos presentaron, en general, resultados positivos (HAM *et al.*, 2007b).

LOS TERRITORIOS SANITARIOS

Las RASs pueden estar, o no, articuladas con territorios sanitarios. Las redes de organizaciones privadas, incluso cuando dirigidas a una población definida, generalmente prescinden de territorios sanitarios. También los sistemas públicos de salud basados en el principio de la competición gestionada, como se organizan por una forma singular de competición, no necesitan una base poblacional/territorial (ENTHOVEN,

1988). Es el caso, por ejemplo, del sistema de atención de salud de Colombia. En cambio, los sistemas públicos de atención de salud que se estructuran por el principio de la cooperación gestionada (CHRISTIE, 1996), como es el caso del SUS, requieren necesariamente una base poblacional/territorial. Es decir, en esos sistemas públicos de cooperación gestionada se hace necesario instituir los territorios sanitarios.

El análisis de los territorios sanitarios se hace, detalladamente, más adelante en este capítulo, en la discusión sobre la gobernanza de las RASs.

LOS NIVELES DE ATENCIÓN DE SALUD

Otro concepto fundamental en la construcción de las redes de atención de salud es el de nivel de atención de salud.

Los niveles de atención de salud se estructuran en modelos productivos conformados de acuerdo con las densidades tecnológicas singulares, variando del nivel de menor densidad, la APS, al de densidad tecnológica intermedia, la atención secundaria de salud, hasta el de mayor densidad tecnológica, la atención terciaria de salud.

Los niveles de atención de salud son fundamentales para el uso racional de los recursos y para establecer el foco de gestión de los entes de gobernanza de las RASs.

En la práctica social, al construir las RASs, hay que combinar los territorios sanitarios con los niveles de atención de salud.

EL CONCEPTO DE REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

El concepto de red ha sido desarrollado en diversos campos como la sociología, la psicología social, la administración y la tecnología de información.

Para Castells (2000), las redes son nuevas formas de organización social, del Estado o de la sociedad, intensivas en tecnología de información y basadas en la cooperación entre unidades dotadas de autonomía. Diferentes conceptos coinciden en elementos comunes de las redes: relaciones relativamente estables, autonomía, inexistencia de jerarquía, existencia de objetivos comunes, cooperación, confianza, interdependencia e intercambio constante y duradero de recursos.

Tapscott (2011) entiende que las redes son una característica fundamental de las sociedades postindustriales: *“En la era industrial, todo es hecho para la masa. Creamos la producción de masa, la comunicación de masa, la educación de masa, la de-*

mocracia de masa. La característica central de la sociedad industrial es que las cosas comienzan con uno (aquél que posee el conocimiento) y llegan a muchos (aquéllos que no poseen el conocimiento)... El flujo es siempre en este sentido de uno para muchos. En el sistema de salud yo soy el médico, porque tengo el conocimiento, y los otros son los pacientes, no apenas porque están enfermos, sino porque no tienen el conocimiento. Nuevamente, es de uno para muchos... En la sociedad postindustrial, el conocimiento no será más transmitido de uno para muchos, sino de uno para uno o de muchos para muchos. Será la era de la inteligencia en red, en un sistema de colaboración de masa”.

Las propuestas de redes como base para las políticas públicas han sido adoptadas cada vez más, a partir de la década del 90, para superar el modelo burocrático y jerárquico hegemónico, en un contexto de creciente complejidad de las cuestiones sociales, de procesos de privatización, de descentralización acelerada, de globalización, de proliferación de organizaciones no gubernamentales y de fortalecimiento del control público. Las organizaciones jerárquicas rígidas caracterizadas por pirámides jerárquicas y por un modo de producción regido por los principios del taylorismo y del fordismo tienden a ser sustituidas por redes estructuradas en tesituras flexibles y abiertas con intercambio e interdependencia de objetivos, informaciones, compromisos y resultados (CAPRA, 2002; INOJOSA, 2008; OUVÉNEY, 2008).

Las redes han sido propuestas para administrar políticas y proyectos en los que los recursos son escasos y los problemas complejos; donde interactúan agentes públicos y privados, centrales y locales; donde se manifiesta una creciente demanda por beneficios y participación ciudadana (FLEURY y OUVÉNEY, 2007). La gestión eficaz de las redes implica: trabajar rutinariamente en la producción de consensos; operar con situaciones en las que todos los actores ganen; armonizar los decisores políticos y administrativos; negociar las soluciones; y monitorear y evaluar permanentemente los procesos (AGRANOFF y LINDSAY, 1983).

Las redes no son, simplemente, un arreglo poliárquico entre diferentes actores dotados de cierta autonomía, sino un sistema que busca, deliberadamente, en el plan de su institucionalidad, profundizar y establecer patrones estables de interrelaciones.

Las principales ventajas de las redes son: la capacidad de aprendizaje, el funcionamiento como canales de difusión de conocimiento y la utilización de las informaciones existentes para producir nuevos conocimientos; la legitimación y *status*, la creación de vínculos diversificados entre actores y organizaciones permite reducir la inseguridad en las políticas y en los programas; y beneficios económicos porque relaciones de intercambio posibilitan economías de escala, con reducción de costos y mejora de la calidad (PODOLNY y PAGE, 1998). Por otro lado, ciertas características de las redes limitan su

eficacia o crean dificultades para su gestión: la participación de numerosos actores dificulta la rendición de cuentas (*accountability*); el proceso de negociación y de formación de consensos puede ser lento; la dilución de responsabilidades puede afectar el alcance de los objetivos; puede ocurrir la exclusión de actores sociales o regiones importantes en función de la fragilidad de los criterios de participación; y las dificultades de control y coordinación de las interdependencias tienden a generar problemas en la gestión (FLEURY y OUVREY, 2007).

Todos esos elementos conceptuales y operacionales considerados para las redes en general deben estar presentes, en el plan sectorial, en las RASs.

Existen, en la literatura internacional, varias definiciones de RASs.

Una definición muy conocida es la de un grupo pionero de sistemas organizados de prestación de servicios de salud en los Estados Unidos y que caracteriza esas redes por la presencia de los siguientes atributos: foco en la necesidades de salud de la población; coordinación e integración del cuidado a través de un continuo de atención; sistemas de información que relacionan las personas usuarias, los prestadores de servicios y los gestores en ese continuo de cuidados; informaciones sobre costos, calidad y satisfacción de las personas usuarias; uso de incentivos financieros y estructuras organizacionales para alinear gobernanza, gestores y profesionales de salud en busca de los objetivos; y continua mejora de los servicios prestados. Con base en esos elementos se definen los sistemas organizados de prestación de servicios de salud como *“redes de organizaciones que prestan un continuo de servicios a una población definida y que se responsabilizan por los resultados clínicos, financieros y sanitarios de esa población”* (SHORTELL et al., 1996).

La Organización Mundial de la Salud considera que las RASs contienen seis modalidades de integración: un conjunto amplio de intervenciones preventivas y curativas para una población; los espacios de integración de varios servicios; cuidados de salud continuos, a lo largo del tiempo; la integración vertical de los diferentes niveles de atención; la vinculación entre la formulación de la política de salud y la gestión; y el trabajo intersectorial. A partir de esas modalidades produce una concepción de servicios integrados de salud como *“la gestión y la oferta de servicios de salud de manera que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo con sus necesidades, a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles de atención de salud”* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008b).

La Organización Panamericana de la Salud sugiere que las redes integradas de servicios de salud requieren algunos atributos para su funcionamiento: la población/territorio definida, con amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en servicios

de salud que deben determinar el perfil de oferta de las redes de atención de salud; la oferta extensa de servicios de salud que incluyan intervenciones de salud pública, de promoción de la salud, de prevención de las enfermedades, de diagnóstico y tratamiento oportunos, de rehabilitación y cuidados paliativos, bajo un único paraguas institucional; la APS, que actúa de hecho como puerta de entrada del sistema de atención de salud, que integra y coordina la atención de salud y que resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población; la prestación de servicios especializados en los lugares apropiados, especialmente en ambientes extrahospitalarios; la existencia de mecanismos de coordinación de la atención a lo largo de todo el continuo de cuidados; la atención centrada en las personas, en las familias y en la comunidad; el sistema de gobernanza participativo y único para toda la red de atención de salud; la gestión integrada de los sistemas administrativos y de la clínica; los recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con las redes de atención de salud; el sistema de información integrado y que vincula todos los componentes de las redes integradas de servicios de salud; el financiamiento adecuado y los incentivos financieros alineados con los objetivos de las redes integradas de servicios de salud; y la acción intersectorial amplia. Con base en estos atributos las redes integradas de servicios de salud se conciben como *“una red de organizaciones que presta, o hace 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 que atiende”* (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010).

El Ministerio de Salud (2010) define los atributos de una RAS como: población y territorio definidos con amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias que determinan la oferta de servicios de salud; extensa gama de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de casos, rehabilitación y cuidados paliativos e integra los programas centrados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud individuales y colectivos; APS estructurada como el primer nivel de atención y puerta de entrada del sistema, constituida por equipo multidisciplinario que atiende toda la población, integrando y coordinando el cuidado de sus necesidades de salud; prestación de servicios especializados en lugar adecuado; existencia de mecanismos de coordinación, continuidad del cuidado e integración asistencial por todo el continuo de la atención; atención de salud centrada en el individuo, en la familia y en la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, género, así como la diversidad de la población; sistema de gobernanza único para toda la red con el propósito de crear una misión, visión y estrategias en las organizaciones que componen la región de salud; definir objetivos y metas que deban ser cumplidos a corto, medio y largo plazo; articular las políticas institucionales; desarrollar la capacidad de gestión necesaria para planificar, monitorear y evaluar el desempeño de los gerentes y de las organizaciones; participación social amplia; gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y

logístico; recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y con incentivos para el alcance de metas de la red; sistema de información integrado que vincula todos los miembros de la red, con identificación de datos por sexo, edad, residencia, origen étnica y otras variables pertinentes; financiamiento tripartita, garantizado y suficiente, alineado con las metas de la red; acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y de la equidad en salud; y gestión basada en resultados. Con base en estos atributos define RAS como *“arreglos organizativos de acciones y servicios de salud, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas a través de sistemas técnico, logístico y de gestión, buscan garantizar la integralidad del cuidado”*.

Basado en las concepciones más generales entre las teorías de redes, en varios campos (AGRANOFF y LINDSAY, 1983; PODOLNY y PAGE, 1998; CASTELL, 2000; FLEURY y OUVRENEY, 2007), en los conceptos y en los atributos anteriormente mencionados, añadiendo características operacionales temáticas, pueden definirse las RASs como organizaciones poliárquicas de conjuntos de servicios de salud, vinculados entre sí por una misión única, por objetivos comunes y por una acción cooperativa e interdependiente, que permiten ofertar una atención continua e integral a determinada población, coordinada por la atención primaria de salud - proporcionada en el momento oportuno, en el lugar apropiado, al costo adecuado, con la calidad necesaria, de forma humanizada y con equidad - y con responsabilidades sanitaria y económica y generando valor para la población.

De esa definición emergen los contenidos básicos de las RASs: presentan misión y objetivos comunes; operan de forma cooperativa e interdependiente; intercambian constantemente sus recursos; son establecidas sin jerarquía entre los puntos de atención de salud, se organizan de forma poliárquica; implican un continuo de atención en los niveles primario, secundario y terciario; requieren una atención integral con intervenciones promocionales, preventivas, curativas, cuidadoras, rehabilitadoras y paliativas; funcionan bajo coordinación de la APS; proporcionan una atención oportuna, en el momento y lugar adecuados, de forma eficiente y ofertando servicios seguros y efectivos, en consonancia con las evidencias disponibles; se centran en el ciclo completo de atención de una condición de salud; tiene responsabilidades sanitarias y económicas incuestionables con su población; y generan valor para su población.

Los objetivos de una RAS son mejorar la calidad de la atención, la calidad de vida de las personas usuarias, los resultados sanitarios del sistema de atención de salud, la eficiencia en la utilización de los recursos y la equidad en salud (ROSEN y HAM, 2008).

Para Borzel (1997), las redes son relaciones no jerarquizadas donde se comparten objetivos comunes entre varios actores, con intercambio de recursos entre sí, a partir del presupuesto de que la cooperación es la mejor forma de alcanzar esos objetivos.

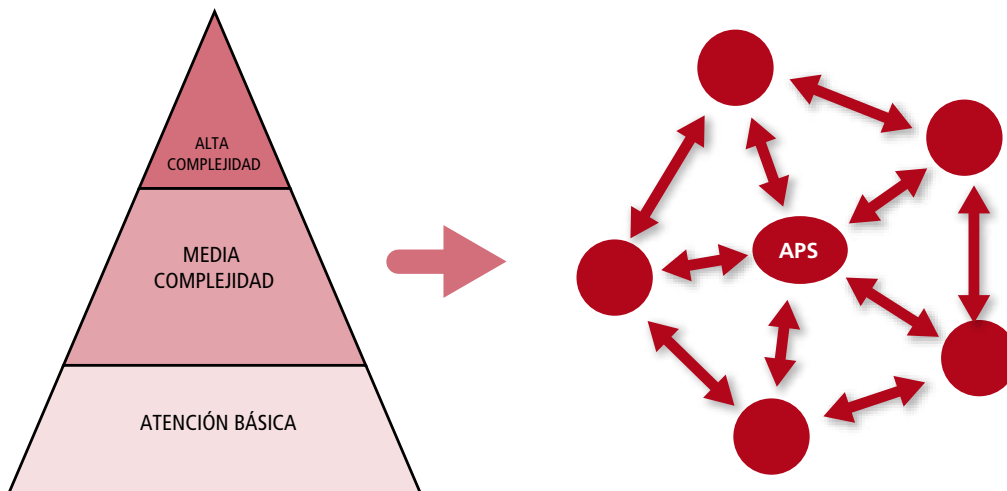
En las RASs, la concepción de jerarquía es sustituida por la de poliarquía y el sistema se organiza en forma de una red horizontal de atención de salud. Así, en las redes de atención de salud no hay una jerarquía entre los diferentes puntos de atención de salud, sino la conformación de una red horizontal de puntos de atención de salud de distintas densidades tecnológicas y sus sistemas de apoyo, sin orden y sin grado de importancia entre ellos. Todos los puntos de atención de salud son igualmente importantes para el cumplimiento los objetivos de las redes de atención de salud; apenas se diferencian por las diferentes densidades tecnológicas que los caracterizan. Vistas de otra forma, las organizaciones jerárquicas o piramidales corresponderían a redes en árbol, que se caracterizan por la limitación de conexiones entre sus diversas ramas y donde predominan los flujos jerárquicos, de un centro menor para su superior y, no habiendo caminos alternativos, pueden ocurrir puntos de congestión, impidiendo el acceso de la población a los niveles superiores de la jerarquía. En las redes poliárquicas o redes malladas, al contrario, cada nodo está conectado a varios otros, estando las ramas interconectadas y permitiendo recorrer caminos diferentes entre los nodos (OLIVEIRA *et al.*, 2004).

La concepción vigente en la normativa del SUS es la de un sistema jerárquico, piramidal, formatado de acuerdo con las complejidades relativas de cada nivel de atención en atención básica, media complejidad y alta complejidad. Esa concepción es totalmente equivocada en su significado diccionario, y no de la teoría de la complejidad, de algo complicado y difícil, antónimo de simple (INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS, 2001).

No es verdad que la APS sea menos compleja que los cuidados llamados de media y alta complejidad. Es la APS quien debe atender más de 85% de los problemas de salud; es allí donde se sitúa la clínica más ampliada y donde se ofertan, preferentemente, tecnologías de alta complejidad, como aquellas relacionadas a los cambios de comportamientos y estilos de vida en relación a la salud: cese del hábito de fumar, adopción de comportamientos de alimentación saludable y de actividades físicas, etc. Los niveles de atención secundarios y terciarios están constituidos por tecnologías de mayor densidad tecnológica, pero no de mayor complejidad. Tal visión distorsionada de complejidad lleva, consciente o inconscientemente, los políticos, los gestores, los profesionales de salud y la población, a una sobrevalorización, ya sea material o simbólica, de las prácticas que son realizadas en los niveles secundarios y terciarios de atención de salud y, consecuentemente, a una banalización de la APS.

Esa concepción jerárquica y piramidal debe ser sustituida por una otra, la de las redes poliárquicas de atención de salud, en la que, respetándose las diferencias en las densidades tecnológicas, se rompen las relaciones verticalizadas, conformándose redes policéntricas horizontales, como puede verse en la Figura 2.

Figura 2: El cambio de los sistemas piramidales y jerárquicos para las redes de atención de salud



Incluso así, las RASs presentan una singularidad: su centro de comunicación se sitúa en la APS.

Las RASs están estructuradas para enfrentar una condición de salud específica, a través de un ciclo completo de atención (PORTER y TEISBERG, 2007), lo que implica la continuidad de la atención de salud (atención primaria, atención secundaria y atención terciaria de salud) y la integralidad de la atención de salud (acciones de promoción de salud, de prevención de las condiciones de salud y de gestión de las condiciones de salud establecidas a través de intervenciones de cura, cuidado, rehabilitación y cuidados paliativos).

La RAS asume las responsabilidades económicas y sanitarias con su población adscrita, vinculada e ella en la APS.

Solamente la actuación de una RAS va a generar valor para la población. El valor de la atención de salud se expresa en la relación entre la calidad de los resultados económicos, clínicos y humanísticos y los recursos utilizados en el cuidado de la salud.

LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

Las RASs están constituidas por tres elementos fundamentales: una población, una estructura operacional y un modelo de atención de salud.

LA POBLACIÓN

El primer elemento de las RASs, y su razón de ser, es una población, colocada bajo su responsabilidad sanitaria y económica. Es eso que marca la atención de salud basada en la población, una característica esencial de las RASs.

Como se ha visto, las RASs en los sistemas privados o públicos, organizados por la competición gestionada, pueden prescindir de los territorios sanitarios. Pero no existen posibilidades de que esas redes, ya sean privadas o públicas, sean implantadas sin una población adscrita. De esa manera, las RASs, en los sistemas públicos como el SUS, exigen la construcción social de territorios/población.

La población de responsabilidad de las RASs vive en territorios sanitarios singulares, se organiza socialmente en familias y es registrada en subpoblaciones por riesgos sociosanitarios. Así, la población total de responsabilidad de una RAS debe ser totalmente conocida y registrada en sistemas de información potentes. Pero no basta el conocimientos de la población total: ella debe ser segmentada, sub- dividida en subpoblaciones por factores de riesgo y estratificada por riesgos en relación a las condiciones de salud establecidas.

El conocimiento de la población de una RAS envuelve un proceso complejo, estructurado en varios momentos: el proceso de territorialización; el registro del las familias; la clasificación de las familias por riesgos sociosanitarios; la vinculación de las familias a la Unidad de APS/Equipo del Programa de Salud de la Familia; la identificación de subpoblaciones con factores de riesgo; la identificación de las subpoblaciones con condiciones de salud estratificadas por grados de riesgos; y la identificación de subpoblaciones con condiciones de salud muy complejas.

En la concepción de RASs, cabe a la APS la responsabilidad de articularse con la población, íntimamente, lo que implica la imposibilidad de hablar de una función coordinadora de esas redes si no existe, en ese nivel micro del sistema, todo el proceso de conocimiento y relación íntima del equipo de salud con la población adscrita, estratificada en subpoblaciones y organizada, socialmente, en familias.

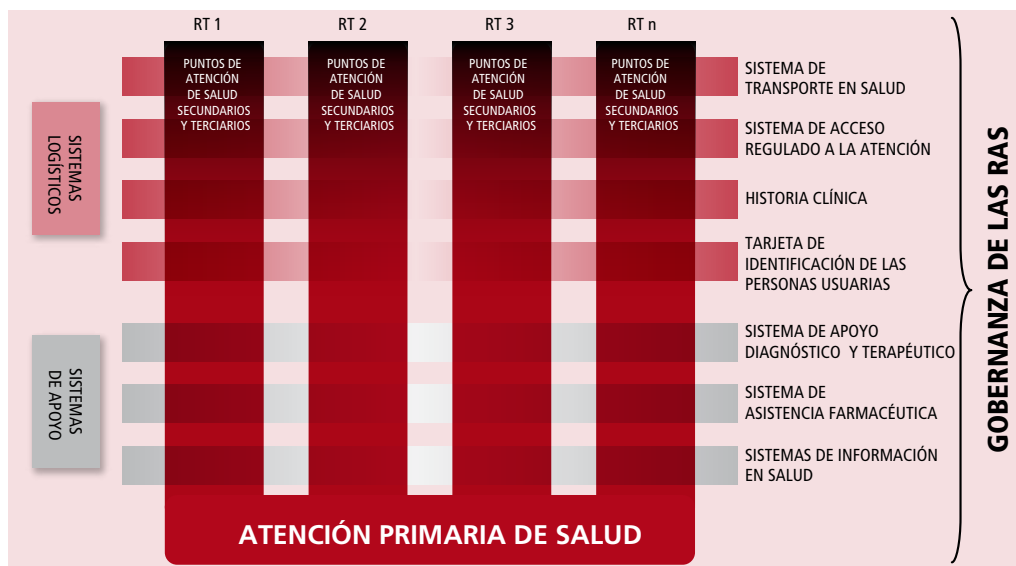
LA ESTRUCTURA OPERACIONAL DE LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

El segundo elemento constitutivo de las redes de atención de salud es la estructura operacional constituida por los nodos de las redes y por las conexiones materiales e inmateriales que comunican esos diferentes nodos.

En una red, según Castells (2000), el espacio de los flujos está constituido por algunos lugares intercambiadores que desempeñan el papel coordinador para la perfecta interacción entre todos los elementos integrados en la red y que son los centros de comunicación, y por otros lugares donde se localizan funciones estratégicamente importantes que construyen una serie de actividades alrededor de la función-llave de la red y que son los nodos de la red.

La estructura operacional de las RASs está compuesta por cinco componentes: el centro de comunicación, la APS; los puntos de atención de salud secundarios y terciarios; los sistemas de apoyo (sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico, sistema de asistencia farmacéutica y sistema de información en salud); los sistemas logísticos (tarjeta de identificación de las personas usuarias, historia clínica, sistemas regulados de acceso a la atención y sistemas de transporte en salud); y el sistema de gobernanza. Los tres primeros corresponden a los nodos de las redes y, el cuarto a las conexiones que comunican los diferente nodos. Es lo que se observa en la Figura 3.

Figura 3: La estructura operacional de las redes de atención de salud



La observación detallada de la Figura 3 muestra una opción por la construcción de redes temáticas de atención de salud, como las redes de atención de las mujeres y los niños, las redes de atención de enfermedades cardiovasculares, las redes de atención de enfermedades respiratorias, etc.

Esa visión de redes de atención de salud temáticas no tiene ninguna relación la concepción de programas verticales. Los programas verticales son aquellos sistemas de atención de salud dirigidos, supervisados y ejecutados, exclusivamente a través de recursos especializados (MILLS, 1983). Por ejemplo, un programa vertical de tuberculosis ya se organizó, hace algún tiempo, con un dispensario de tuberculosis, un sanatorio de tuberculosis, un laboratorio para exámenes de tuberculosis, etc. Los programas horizontales, al contrario, son aquellos que se estructuran para resolver varios problemas de salud comunes, estableciendo visión y objetivos únicos y usando tecnologías y recursos compartidos para alcanzar sus objetivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996). Existen estudios que muestran que los programas verticales parecen tener beneficios como la clareza de los objetivos, aunque eso sólo ocurre a corto plazo y, especialmente en situaciones de sistemas de atención de salud muy poco desarrollados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996; CRUZ *et al.*, 2003). Los programas verticales, por otro lado, debilitan los sistemas de atención de salud, desperdician recursos escasos y presentan problemas de sostenibilidad (ATUN *et al.*, 2008). De cualquier manera, las RASs, aunque estructuradas temáticamente, son incompatibles con los programas verticales, ya que en ellas, como se ve en la Figura 3, solamente los puntos de atención de salud secundarios y terciarios son verdaderamente temáticos. En contraste, la APS, los sistemas de apoyo, los sistemas logísticos y el sistema de gobernanza son comunes a todas las redes y se organizan de forma transversal en las RASs.

Recientemente, ha venido consolidándose en la salud pública, un posicionamiento favorable a la superación de la falsa dicotomía entre programas verticales y horizontales, extendiendo esa metáfora geométrica para los programas diagonales, donde se combinan los objetivos singulares de determinadas condiciones de salud con una estructura operacional que organice, transversalmente, los sistemas de apoyo, los sistemas logísticos, el sistema de gobernanza y, especialmente, la APS (FRENK, 2006; UPEKLAR y RAVIGLIONE, 2007; OOMS *et al.*, 2008). La forma más adecuada de organizarse, diagonalmente, los sistemas de atención de salud, es a través de las RASs.

La organización diagonal de los sistemas de atención de salud a través de las RASs se manifiesta en una parte temática limitada, exclusivamente, a los puntos de atención secundarios y terciarios. Eso se impone en razón de la división técnica del trabajo, que exige en esos puntos, la especialización. Todos los demás componentes de las redes de atención de salud, la APS, los sistemas de apoyo, los sistemas logísticos y el sistema de gobernanza son transversales a todas las redes temáticas, siendo, por lo tanto, comunes a todas ellas.

EL CENTRO DE COMUNICACIÓN DE LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD: LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El centro de comunicación de las redes de atención de salud es el nodo intercambiador en el cual se coordinan los flujos y los contraflujos del sistema de atención de salud y está constituido por la APS (Unidad de APS o equipo de PSF).

Las dificultades para entender el protagonismo de la APS envuelven las dimensiones política, cultural y técnica. Pero es necesario reconocer que la hegemonía de los sistemas fragmentados de atención de salud, centrados prioritariamente en la atención de las condiciones agudas y los eventos agudos de las condiciones crónicas, está en la base de la desvalorización de la APS. Lo que es fortalecido por un sistema de pago por procedimientos basado en la densidad tecnológica de los diferentes servicios.

El cambio de los sistemas fragmentados para las RASs sólo podrá ocurrir, consecuentemente, si está apoyado en una APS sólida y de calidad. Existe, en la literatura internacional y nacional, evidencias que respaldan esta tesis. Por eso, se hace aquí, una breve revisión bibliográfica, no sistemática, sobre la importancia de la APS en los sistemas de atención de salud.

La expresión atención primaria fue sellada en 1920, por el Informe Dawson, que mencionaba los Centros de Atención Primaria de Salud como el eje central del proceso de regionalización en Reino Unido (DE MAESENEER *et al.*, 2008). El concepto fue consagrado a partir de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada por la Organización Mundial de la Salud en 1978, en Alma-Ata (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978). La declaración final, producida por la Conferencia, creó la consigna de Salud para Todos en el año 2000 y definió la APS como *“la atención esencial de salud, basada en métodos prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables y tecnologías universalmente accesibles para los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo al que las comunidades y los países puedan acceder, en todas las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Ella forma parte integrante del sistema de atención de salud del cual representa su función central y el principal foco de desarrollo económico y social de la comunidad. Constituye el primer contacto de individuos, familias y comunidades con el sistema de atención de salud, trayendo los servicios de salud lo más próximo posible a los lugares de vida y trabajo de las personas y significa el primer elemento de un proceso continuo de atención”*. Esa definición contenía dos perspectivas fundamentales: la APS sería el nivel fundamental de un sistema de atención de salud, el primer contacto de individuos, familias y comunidades con ese sistema; y haría parte de un sistema global de desarrollo económico y social.

Las declaraciones de Alma-Ata fueron reinterpretadas por grupos que las consideraban válidas a largo plazo, pero creían que sería mejor actuar pragmáticamente, en un conjunto restringido de intervenciones altamente costo/efectivas con impacto en la mortalidad y la morbilidad de los países y regiones más pobres. En función de eso, surgieron a lo largo del tiempo, varias definiciones y experiencias prácticas que incluyeron la atención a personas pobres de regiones pobres, a través de tecnologías de baja densidad, a través de la atención primaria selectiva (UNGER & KILLINSWORTH, 1986) o de la atención primitiva (TESTA, 1989) o de la oferta de una cesta básica de servicios de salud (BANCO MUNDIAL, 1993).

Una gran dificultad en la definición precisa de la APS está en la ambigüedad del término primario que puede connotar algunos significados distintos: simple o básico, punto de primer contacto, punto de triaje, punto principal de atención de salud, etc. Pero no hay dudas de que la expresión primaria fue connotada para expresar el atributo esencialísimo de la APS, el del primer contacto.

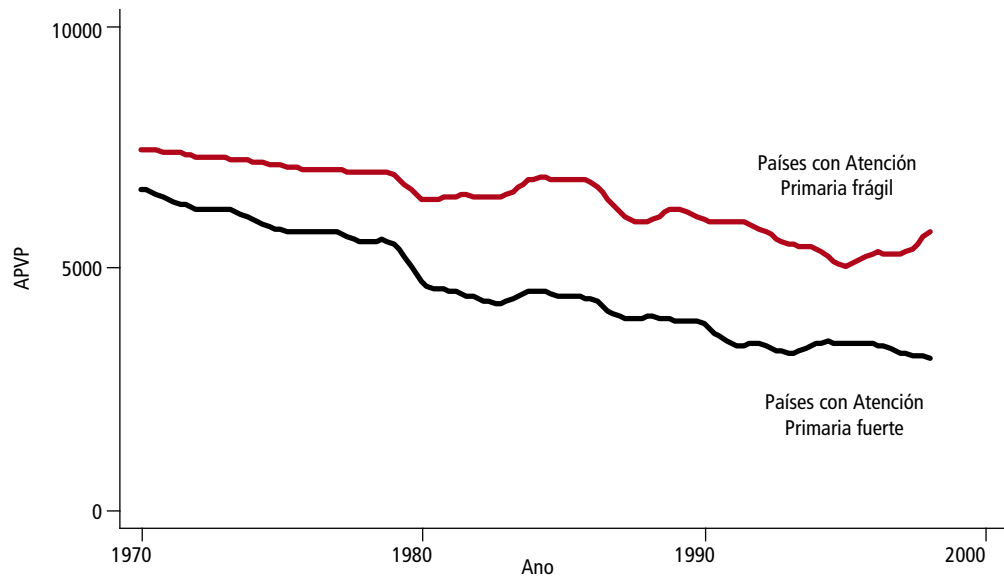
El Institute of Medicine (1978), paralelamente a Alma-Ata, estableció los atributos de la APS: la accesibilidad, la integralidad, la coordinación, la continuidad y la transparencia. Esos atributos fueron ampliados por Starfield (2002): primer contacto, longitudinalidad, integralidad, coordinación, orientación familiar y orientación comunitaria como necesarios para conformar la APS como una estrategia de organización de los sistemas de atención de salud como un todo y que orienta los recursos para las necesidades de la población y coloca menos énfasis en las tecnologías más densas centradas en las condiciones y eventos agudos y practicadas, principalmente, en los hospitales.

Un estudio clásico (Starfield, 1991) comparó la asociación de la APS con resultados sanitarios en 11 países desarrollados. Cada país fue clasificado de acuerdo con cuatro características de la APS: primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación, y de acuerdo con características políticas: equidad en la distribución de los servicios, cobertura universal o casi universal garantizada con recursos públicos, copago inexistente o bajo, porcentaje de médicos que no eran médicos de APS e ingresos de los médicos de APS en comparación con los médicos especialistas. Un resultado importante fue que las características de la APS estaban asociadas con las características políticas; otro, también importante, fue que los países con baja puntuación para la atención primaria de salud obtenían resultados sanitarios más pobres, especialmente en relación a los indicadores de salud infantil. Saltman y Figueras (1997) analizaron el papel de la APS en las reformas sanitarias europeas y defendieron que su función principal está en el creciente número de países que dan a ella, el control sobre parte o sobre la totalidad del presupuesto del sistema de salud. El ejemplo más conocido es el del Reino Unido donde grupos de médicos generalistas reciben recursos para responsabilizarse por otros servicios para las personas usuarias, como cirugías

electivas, visitas domiciliarias, asistencia farmacéutica ambulatoria y cuidados comunitarios, en un proceso denominado de *fundholding*. Disposiciones similares han sido desarrolladas en relación a la atención hospitalaria en Finlandia, en algunos *counties* suecos (especialmente en Dalarna), en algunas regiones de la República Rusa (notablemente en Kemarova) y en algunos sistemas de seguro social de Alemania (caso de Berlín). La APS, a través de esos mecanismos, es responsable por 20% de los gastos en la atención hospitalaria en Reino Unido y por 100% de esos gastos en Finlandia y Suecia. Ese movimiento exige que la APS, además de su tradicional función de resolución de los problemas de salud más comunes, desempeñe la función de coordinación del sistema de atención de salud. Cabe a la APS integrar verticalmente los servicios que, normalmente, son ofertados, de forma fragmentada, por los sistemas de salud convencionales. Colin-Thome (2001) propuso una nueva práctica de la APS con base en la atención gestionada. Esa nueva APS articula la práctica tradicional con un concepto ampliado de cuidados primarios, la nueva salud pública, con el movimiento de la nueva gestión pública. De la APS tradicional hereda la coordinación, la continuidad y la longitudinalidad del cuidado y la función de puerta de entrada, orientados para la atención individual de las personas usuarias. Pero esa concepción debe ser superada por un enfoque más amplio, en el que el objetivo de la APS sea producir más salud, al menor costo para la población; en el que se oferte atención de salud de alta calidad, lo que implica la adopción de la gobernanza clínica, a partir de la medicina basada en evidencia; en el que la coordinación del cuidado sea hecha de forma más sistemática y estructurada con claridad de los papeles y responsabilidades y fuerte monitoreo; en el que la gerencia de la utilización de los servicios vaya más allá de las APS para alcanzar los otros niveles del sistema; donde las medidas de atención individual estén integradas con acciones colectivas sobre la población adscrita a la APS, principalmente sobre los factores ambientales y los comportamientos y estilos de vida; en el que una nueva gestión pública sea hecha con foco en resultados concretos para la población adscrita a la APS y con incentivos para resultados; y en el que la integración del cuidado se haga bajo la coordinación de la APS, lo que configura una propuesta de organización del sistema en redes de atención de salud. La Organización Mundial de la Salud (2003) reiteró, como una política central en escala internacional, la APS, proponiendo cambios en las concepciones de Alma-Ata. La reafirmación de los principios de la APS constituye la propuesta contemporánea de los responsables por la salud mundial que debe tener vigencia en el inicio del siglo XXI. El informe propuso un nuevo enfoque sistémico dentro de un modelo de sistema de atención de salud basado en la APS. Ese nuevo modelo permite resolver el conflicto potencial entre la APS, entendida como nivel diferenciado de atención, y su acepción como enfoque general de la prestación de servicios responsivos y equitativos. De esa forma, un sistema de atención de salud basado en la APS: estará fundado en los principios de Alma-Ata de equidad, acceso universal, participación de la comunidad y acción intersectorial; centrado en las cuestiones sanitarias generales de ámbito poblacional, reflejando y reforzando las funciones de la pública; creará las condiciones necesarias para garantizar

la oferta de servicios a los pobres y excluidos; organizará una atención integrada y sin fisuras que vinculará la prevención, la atención de las condiciones agudas y crónicas en todos los servicios; y evaluará continuamente la situación para buscar mejorar el desempeño del sistema. El modelo de atención integrada revierte la atención a los portadores de condiciones crónicas a través de los cuidados innovadores para las condiciones crónicas y fortalece el sistema de atención de salud basado en la APS. Macinko *et al.* (2003) muestran que los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico que tenían una APS más fuerte fueron capaces de reducir los años potenciales de vida perdidos en comparación con los países que presentaron una APS más frágil. Es lo que puede ser observado en el Gráfico 9.

Gráfico 9: Los años potenciales de vida perdidos (APVP) en relación a la calidad de la atención primaria de salud en 18 países de la OCDE, período de 1970 a 2000



Fuente: Macinko *et al.* (2003)

Cuanto más fuerte la orientación de los países para la APS, menores las tasas de mortalidad por todas las causas, las tasas de mortalidad prematura por todas las causas y las tasas de mortalidad prematura por asma, bronquitis, enfisema, neumonía y enfermedades del sistema circulatorio. El estudio permitió estimar que aumentando la puntuación de la calidad de la atención primaria de un país en 5 puntos, se podría reducir la mortalidad prematura por asma y bronquitis en 6,5% y la mortalidad prematura por enfermedades del sistema circulatorio en 15%. Otra área analizada fue la del impacto de la APS en la reducción de las disparidades en salud. Fue verificado que mayores tasas de médicos de familia por población estaban asociadas con mejores resultados

sanitarios en relación a las poblaciones más pobres. La oferta de médicos de APS presentaba un mayor impacto en el bajo peso al nacer y en la mortalidad infantil, en áreas de alta desigualdad social. La asociación entre una mayor oferta de médicos de APS y la disminución de la mortalidad total fue cuatro veces mayor en la población afro-americana que en la población blanca. Una buena APS estuvo asociada con reducciones en los efectos adversos de la desigualdad de ingresos en la salud. Existen estudios que mostraron que una adecuada oferta de médicos de APS reduce las disparidades en salud en grupos raciales y socioeconómicos. Las amputaciones de extremidades inferiores por diabetes, en Reino Unido, no se diferenciaron entre negros y blancos, pero en los Estados Unidos fueron de dos a tres veces mayores en los negros que en los blancos; en buena parte, esos resultados reflejaron la calidad de la APS en los dos países. Otros estudios demostraron relaciones consistentes entre la APS y las mejoras en la equidad de la atención en países como Bolivia, México y Costa Rica. Lo mismo se observó en países africanos. Otra área explorada fue la asociación de la oferta de APS y los costos del sistema de atención de salud. Regiones con mayores tasas de médicos de familia por población presentaron menores costos totales que regiones con menores tasas, probablemente por causa de la mayor oferta de cuidados preventivos y la presencia de menores tasas de hospitalización. Estudios comparativos internacionales mostraron que los países con APS más frágil tuvieron costos más altos. La revisión permitió a los autores concluir que los beneficios de la APS en los sistemas de atención de salud son: mayor acceso a los servicios necesarios; mejor calidad en el cuidado; mayor foco en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades; la gestión precoz de los problemas de salud; la contribución acumulada de la APS para un cuidado más apropiado; y el papel de la APS en la reducción de la atención secundaria innecesaria o dañina propiciada por especialistas. En Europa, el Health Council of the Netherlands (2004) promovió una revisión sistemática sobre la APS. El documento hizo un estudio extenso de las evidencias del impacto de los sistemas que presentaron una APS fuerte en comparación con los que presentaron una APS frágil en términos de resultados sanitarios, costos, equidad y satisfacción de los pacientes (VUORI, 1985; HJORTDAHL, 1992; INSTITUTE OF MEDICINE, 1996; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996; BLENDON *et al.*, 2002; REID, 2002; ANSARI *et al.*, 2003; O'MALLEY *et al.*, 2003; ATUN, 2004; DOCTEUR y OXLEY, 2004; GREB *et al.*, 2004; JONES *et al.*, 2004; KERS-SENS *et al.*, 2004; SILVA y VALENTINE, 2004; VAN DOORSLAER *et al.*, 2004). La conclusión del trabajo reveló evidencia de una relación significativa entre una APS fuerte y mejores niveles de salud. Además, dos características que están asociadas a una APS fuerte, la puerta de entrada y el pago por lista de personas usuarias adscritas a un médico generalista, estuvieron asociadas a menores gastos de los sistemas de atención de salud. También, del punto de vista de la efectividad y la eficiencia, el estudio mostró la superioridad de los sistemas con APS fuerte. Sin embargo, no existe evidencia de la misma superioridad en relación a las desigualdades relativas a los niveles de ingresos de la población. La Health Evidence Network (2004) hizo una revisión sistemática de 107 trabajos internacionales sobre las

ventajas y desventajas de reestructurar los sistemas de atención de salud con base en la APS. Interesante destacar que los autores no encontraron en la literatura, ningún estudio que verificara las ventajas de estructurar los sistemas de atención de salud con base en la atención especializada. Las evidencias mostraron que los sistemas basados en una fuerte APS estuvieron asociados con mejores resultados sanitarios para la población en relación con todas las causas de mortalidad, todas las causas de muertes prematuras y causas específicas de muertes prematuras por enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Además, los sistemas con fuerte APS estuvieron asociados con mayor satisfacción de las personas usuarias y con menor gasto agregado en la atención de salud. Los sistemas de atención de salud en los países de bajos ingresos con fuerte APS tenderán a ser más equitativos y más accesibles. Estudios realizados en los países desarrollados mostraron que la orientación para especialistas está asociada a la desigualdad en el acceso. En el campo operacional, la mayoría de los estudios que compararon servicios que deberían ser provistos, ya sea por la APS o por la atención especializada, mostraron que la utilización de los cuidados primarios redujo costos, aumentó la satisfacción de las personas usuarias, sin determinar efectos adversos en la calidad del cuidado o en los resultados sanitarios. La mayoría de los estudios que analizaron la sustitución de los servicios secundarios por servicios primarios mostraron que ese cambio fue más costo/efectivo. La expansión de los servicios primarios, ni siempre, consigue reducir los costos porque identifica las necesidades no atendidas de salud de la población, mejora el acceso y expande la utilización de los servicios. La Organización Panamericana de la Salud publicó un documento de posición sobre la atención primaria de salud (PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2005) que fue respaldado por una revisión bibliográfica amplia en la que se destacan trabajos evaluativos de varios autores realizados en diferentes partes del mundo (SHI, 1994; STARFIELD, 1994; BINDMAN *et al.*, 1995; CASANOVA y STARFIELD, 1995; CASANOVA *et al.*, 1996; STARFIELD, 1996; WEISS y BLUS-TEIN, 1996; REYES *et al.*, 1997; BOJALIL *et al.*, 1998; FORREST y STARFIELD, 1998; RAJMIL *et al.*, 1998; RADISH *et al.*, 1999; VAN DOORSLAER *et al.*, 1999; BILLINGS *et al.*, 2000; GILL *et al.*, 2000; ROSENBLATT *et al.*, 2000; GRUMBACH; 2002; STARFIELD y SHI, 2002; MACINKO *et al.*, 2003; BERMUDEZ-TAMAYO *et al.*, 2004; CAMINAL *et al.*, 2004; GILSON y McINTYRE, 2004; GWATKIN *et al.*, 2004; PALMER *et al.*, 2004; ROSERO, 2004a; ROSERO, 2004b). Esos estudios internacionales mostraron que los sistemas de atención de salud basados en una fuerte orientación para la APS presentaron resultados mejores y más equitativos, fueron más eficientes, tuvieron menores costos y produjeron más satisfacción para las personas usuarias cuando comparados con sistemas de frágil orientación para la APS. Esos sistemas, al instituir la cobertura universal, posibilitaron liberar recursos para atender las necesidades de los excluidos; mejoraron la equidad porque fueron menos costosos para los individuos y más costo/efectivos para la sociedad; garantizaron mayor eficiencia de los servicios porque ahorraron tiempo en las consultas, redujeron el uso de exámenes laboratoriales y redujeron los gastos en salud; empoderaron grupos vulnerables; minimizaron los gastos directos de las familias, que son mecanismos que generan

desigualdades en los sistemas de atención de salud. Estudios sobre hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria mostraron que los sistemas basados en la APS que garantizaron acceso y primer contacto, mejoraron los resultados sanitarios, beneficiaron otros niveles del sistema y permitieron reducir hospitalizaciones, especialmente en casos de anginas, infecciones urinarias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e infecciones de la garganta, oído y nariz. Personas que tuvieron una fuente regular de APS durante su vida estuvieron más satisfechas con el sistema de atención de salud, fueron menos hospitalizadas y utilizaron menos las unidades de emergencia. En la región de las Américas, las experiencias de Costa Rica mostraron que la reforma basada en la APS mejoró los resultados sanitarios y la equidad; para cada 5 años adicionales posteriores a esa reforma, la mortalidad infantil fue reducida en 13% y la mortalidad de adultos fue reducida en 4%, independientemente de mejoras en otros determinantes sociales de la salud. Las evidencias levantadas demostraron que para que la APS beneficiara la población, los servicios debían tener buena calidad técnica. Macinko *et al.* (2004), mostraron que las personas usuarias que tuvieron experiencias más sólidas de APS auto-reportaron mejores estados de salud en dos municipios brasileños: Petrópolis y Porto Alegre. Macinko *et al.* (2006) hicieron un estudio sobre el PSF a través de un análisis ecológico longitudinal, usando datos de fuentes secundarias, relacionando la mortalidad infantil con el acceso al agua y saneamiento, con el ingreso medio, con la escolaridad de la mujer, con la fertilidad, con la oferta de médicos y enfermeros por cada diez mil habitantes y con la oferta de camas por cada mil habitantes. Los resultados mostraron que el factor más importante para la reducción de la mortalidad infantil en el país fue la escolaridad de las mujeres, seguido de la ampliación de la oferta del PSF. El estudio demostró que un aumento de 10% en la cobertura del PSF fue responsable por una disminución de 4,6% en la mortalidad infantil; que un aumento de 10% en el acceso al agua fue responsable por una disminución de 3,0% en la mortalidad infantil; que un aumento de 10% en las camas hospitalarias fue responsable por una disminución de 1,35% en la mortalidad infantil; y que la fertilidad y el ingreso *per capita* presentaron asociaciones modestas con las tasas de mortalidad infantil.

Esta revisión bibliográfica, hecha con estudios realizados en diferentes países y en tiempos diversos, permite concluir que existen evidencias robustas sobre los resultados positivos de la APS en los sistemas de atención de salud. Esto permite afirmar que los sistemas de atención de salud basados en una fuerte orientación para la APS, analizados en comparación con los sistemas de baja orientación para la APS, son: más adecuados porque se organizan a partir de las necesidades de salud de la población; más efectivos porque son la única forma de enfrentar consecuentemente la situación epidemiológica de hegemonía de las condiciones crónicas y por su impacto significativo en los niveles de salud de la población; más eficientes porque presentan menores costos y reducen procedimientos más caros; más equitativos porque discriminan positivamente grupos y regiones más pobres y disminuyen el gasto directo de las personas

y las familias; y de mayor calidad porque colocan énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades y porque ofertan tecnologías más seguras para las personas usuarias y para los profesionales de salud.

Fue por estas razones que la Organización Mundial de la Salud, en su Informe sobre la Salud Mundial de 2008, propuso, en el título del documento, una nueva consigna: “Atención primaria de salud, ahora más que nunca” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008d). Lo que implica reconocer que, después de 30 años de la Reunión de Alma-Ata, el foco del movimiento de la atención debe cambiar en la dirección expresada en el Cuadro 3.

Cuadro 3: El sentido de los cambios en la implementación de la reforma de la atención primaria de salud

IMPLEMENTACIÓN ANTERIOR DE LA REFORMA DE LA APS	IMPLEMENTACIÓN ACTUAL DEL CAMBIO DE LA APS
Provisión de un paquete básico de intervenciones sanitarias y de medicamentos esenciales centrados en poblaciones rurales pobres	Transformación y regulación del sistema de atención de salud, buscando el acceso universal y la protección social en salud
Concentración en madres y niños	Atención de salud para toda la comunidad
Foco en enfermedades seleccionadas, especialmente condiciones agudas de naturaleza infecciosa	Respuesta a las necesidades y expectativas de las personas en relación a un conjunto amplio de riesgos y enfermedades
Mejora del saneamiento y de la educación en salud a nivel local	Promoción de comportamientos y estilos de vida saludables y mitigación de los daños sociales y ambientales sobre la salud
Uso de tecnología simplificada por agentes comunitarios de salud, no profesionales	Equipos de salud facilitando el acceso y el uso apropiado de tecnologías y medicamentos
Participación como movilización de recursos locales y gestión de los centros de salud a través de comités locales	Participación institucionalizada de la sociedad civil en el diálogo político y en los mecanismos de <i>accountability</i>
Financiamiento gubernamental y prestación de servicios con gestión centralizada	Sistemas pluralísticos de atención de salud operando en un contexto globalizado
Gestión de la escasez	Crecimiento de los recursos de la salud rumbo a la cobertura universal
Ayuda y cooperación técnica bilateral	Solidaridad global y aprendizaje conjunto
APS como antítesis del hospital	APS como coordinadora de una respuesta amplia en todos los niveles de atención
APS es barata y requiere modestas inversiones	APS no es barata y requiere considerables inversiones, pero genera mayor valor para el dinero invertido que todas las otras alternativas

Fuente: World Health Organization (2008d)

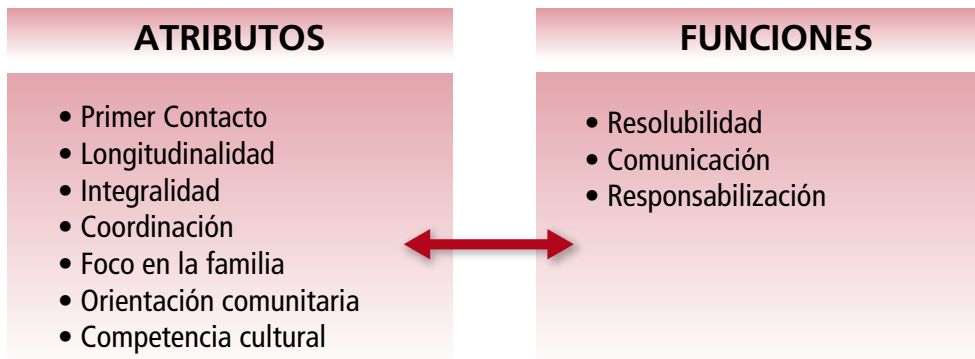
Esas direcciones de cambio de la APS, propuestos por la Organización Mundial de la Salud, se estructuran en grandes grupos de intervenciones que reflejan las convergencias entre las evidencias sobre: lo que es necesario para una respuesta efectiva a los desafíos de la salud en el mundo de hoy; los valores de equidad, solidaridad y justicia social que orientan el movimiento de la reforma de la APS; y las expectativas crecientes de la población en las sociedades modernas. Esos grupos son: las reformas en busca de cobertura universal para alcanzar la equidad en salud; las reformas en la prestación de los servicios de salud para construir un sistema de atención de salud centrado en las personas; las reformas en el liderazgo de los sistemas de atención de salud para hacer las autoridades más confiables; y las reformas en las políticas públicas para promover y proteger la salud de las comunidades.

Las reformas en busca de cobertura universal deben garantizar que los sistemas de atención de salud contribuyan para la equidad en salud, para la justicia social y para el fin de la exclusión social avanzando principalmente en dirección al acceso universal y la protección social en salud. Las reformas en la prestación de salud deben reorganizar los servicios de salud, especialmente la APS, a partir de las necesidades y de las preferencias de las personas, haciéndolos socialmente más relevantes, más responsivos a un mundo cambiante y capaces de producir mejores resultados sanitarios. Las reformas en el liderazgo deben procurar superar, por un lado, un estilo de gestión centralizado, del tipo comando-control, y por otro, una destitución del papel regulatorio del Estado, construyendo un nuevo liderazgo inclusivo, participativo y negociador, necesario por la complejidad de los sistemas de atención de salud contemporáneos. Las reformas en las políticas públicas deben articular la APS con la salud pública y desarrollar una integración de las políticas públicas en intervenciones intersectoriales (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008d).

Los cambios de la APS implican que ella sea apropiada como estrategia de reorganización de los sistemas de atención de salud y, no meramente, como un programa para pobres en regiones pobres o exclusivamente como un nivel de atención de salud (VUORI, 1985). La interpretación de la APS como estrategia de organización del sistema de atención de salud implica entenderla como una forma singular de adecuar, recombinar, reorganizar y reordenar todos los recursos del sistema para satisfacer las necesidades, demandas y representaciones de la población, lo que resulta en su articulación como centro de comunicación de las redes de atención de salud.

Una APS de calidad, como parte integrante de las RASs, deberá, como se ve en la Figura 4, estructurarse de acuerdo con siete atributos y tres funciones.

Figura 4: Los atributos y la funciones de la atención primaria de salud en las redes de atención de salud



Fuentes: Mendes (2002a); Starfield (2002)

Sólo habrá APS de calidad cuando sus siete atributos sean obedecidos, en su totalidad. El primer contacto implica la accesibilidad y el uso de servicios para cada nuevo problema o nuevo episodio de un problema para los cuales se procura atención de salud. La longitudinalidad implica la existencia del aporte regular de cuidados por el equipo de salud y su uso consistente a lo largo del tiempo, en un ambiente de relación mutua de confianza y humanizada entre equipo de salud, individuos y familias. La integralidad significa la prestación, a través del equipo de salud, de un conjunto de servicios que atiendan las necesidades de la población adscrita en los campos de la promoción, la prevención, la cura, el cuidado y la rehabilitación, la responsabilización por la oferta de servicios en otros puntos de atención de salud y el reconocimiento adecuado de los problemas biológicos, psicológicos y sociales que causan las enfermedades. La coordinación connota la capacidad de garantizar la continuidad de la atención, a través del equipo de salud, con el reconocimiento de los problemas que requieren seguimiento constante y se articula con la función de centro de comunicación de las RASs. La focalización en la familia implica considerar la familia como el sujeto de la atención, lo que exige una interacción del equipo de salud con esa unidad social y el conocimiento integral de sus problemas de salud. La orientación comunitaria significa el reconocimiento de las necesidades de las familias en función del contexto físico, económico, social y cultural en el que viven, lo que exige un análisis situacional de las necesidades de salud de las familias en una perspectiva poblacional y su integración en programas intersectoriales de enfrentamiento de los determinantes sociales de la salud. La competencia cultural exige una relación horizontal entre el equipo de salud y la población que respete las singularidades culturales y las preferencias de las personas y de las familias.

De la misma forma, una APS de calidad sólo existirá si ella cumple sus tres funciones esenciales: la resolubilidad, la comunicación y la responsabilización. La función de resolubilidad, inherente al nivel de atención primaria, significa que ella debe ser resolutiva, por lo tanto, capacitada cognitiva y tecnológicamente para atender más de 85% de los problemas de su población. La función de comunicación expresa el ejercicio de la APS como centro de comunicación de las RASs, lo que significa tener condiciones de ordenar los flujos y contraflujos de las personas, de los productos y de las informaciones entre los diferentes componentes de las redes. La función de responsabilización implica el conocimiento y la relación íntima, en los microterritorios sanitarios de la población adscrita y el ejercicio de la responsabilización económica y sanitaria en relación a ella.

Trayendo estas consideraciones para la realidad brasileña del SUS, la implantación de esa nueva APS significará superar el paradigma actual de la atención básica e instituir, en su lugar, un nuevo paradigma, el de la atención primaria de salud.

Un análisis histórico de la APS desde el inicio del siglo XX hasta el presente momento permite identificar ocho ciclos de su expansión en el País (MENDES, 2002a).

El primer ciclo fue el del modelo de la red local permanente, vigente en los primeros años del siglo pasado; el segundo ciclo fue el de los centros de salud-escuela, instituidos por el Prof. Paulo Souza en la Universidad de São Paulo, en los años 20; el tercer ciclo fue el de los Servicios Especiales de Salud Pública (SESP), parte del esfuerzo de guerra, a partir de los años 40; el cuarto ciclo fue el de los centros de salud implantados por las Secretarías de Salud de los Estados, en todo el País, que tuvo su auge en los años 60; el quinto ciclo fue el de los programas de extensión de cobertura, iniciados por experiencias académicas o institucionales, y que llevaron al Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento (PIASS), en la segunda mitad de la década del 70; el sexto ciclo fue el de las Acciones Integradas de Salud (AISs) que articuló los cuidados primarios de las Secretarías de Salud de los Estados con los de la Seguridad Social (INAMPS) en núcleos urbanos, en el inicio de los años 80; el séptimo ciclo fue el de la municipalización de las acciones de APS, derivado de la creación del SUS y del movimiento de municipalización de la salud que se produjo a partir de finales de la década del 80; el octavo ciclo, el ciclo vigente, el de la atención básica, surgido a fines de 1993, con la institucionalización del PSF llevada a cabo por el Ministerio de Salud.

El ciclo de la atención básica, representado por la opción política por el Programa de Salud de la Familia sufrió la influencia de varias matrices: la Medicina General y Comunitaria, originada en Rio Grande do Sul (ABATH, 1985), la Acción Programática en Salud, en São Paulo (NEMES, 1996), el Programa del Médico de Familia, en Niterói (RODRIGUES, 1996), y el Modelo de Defensa de la Vida de la Facultad de Ciencias Médicas de UNICAMP (CAMPOS, 1997). Pero la influencia principal fue del Programa de

Salud de la Familia (PSF), a partir de la ampliación del Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS), desarrollado por la Secretaría de Salud del Estado de Ceará y la Secretaría Municipal de Salud de Quixadá. Fue ese modelo, surgido en el Noreste del País, que fue acogido como base de la propuesta de salud de la familia en el SUS; su singularidad está en romper con los modelos clásicos de la medicina familiar e instituirse como práctica de salud de la familia, lo que, probablemente, sufrió la influencia de su origen intersectorial, en el PACS, propuesto como acción de emergencia de frentes de trabajo para el enfrentamiento de la seca en el semiárido cearense, en el año de 1987 (MENDES, 2002a).

Los resultados del PSF en el SUS son muy expresivos. Hubo avances notables en términos de estructura: en junio del 2010, estaban implantados, en 5.272 municipios brasileños, 30.996 equipos de PSF con cobertura para 98.002.920 brasileños, 51,6% de la población total; 238.304 agentes comunitarios de salud estaban operando en 5.357 municipios, cubriendo una población de 116.590.839 brasileños, 61,4% de la población total; en términos de procesos, con el incremento de las consultas médicas y de enfermería, de exámenes prenatales, de los procedimientos odontológicos, etc.; y en términos de resultados: el aumento de los equipos del PSF contribuyó, significativamente, para la disminución de la mortalidad infantil en el País (MACINKO *et al.*, 2006).

Pero a pesar de sus resultados favorables, ese modelo de atención básica, tal como practicado, está agotado. Ese modelo no consigue cumplir con las funciones que las RASs requieren en la APS, ni sustentar los cambios de la APS preconizados en el informe anual de 2008 de la Organización Mundial de la Salud (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008d).

No es posible tener una APS de calidad, cumpliendo con las funciones de resolubilidad, de centro de comunicación y de responsabilización en las RASs, con una APS que se instala en casas rentadas, que oferta servicios de baja densidad tecnológica, que tiene una cartera de medicamentos limitada, que funciona con base en cuidados profesionales prestados por médicos y enfermeros, que no puede ofrecer el autocuidado apoyado en función de la carencia de equipos multiprofesionales, que tiene sistemas de contratación de profesionales precarios y que, en general, no dispone de una gerencia profesionalizada. Mucho menos intentar resolver los problemas del PSF, con una agenda limitada que se concentra en la flexibilización del trabajo médico.

Por eso, es necesario instituir un noveno ciclo de APS en Brasil, lo que implicará asumirla, verdaderamente y, no sólo discursivamente, como la estrategia de organización del SUS. Ese cambio paradigmático significará una APS más cualificada, tecnológicamente densa, con más recursos, con equipo multiprofesional y que, para eso, deberá ser tomada por los gestores del SUS como una efectiva prioridad, en las tres instancias

federativas. Y, muy importante, no será tan barata, exigiendo inversiones adicionales considerables (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008d).

LOS PUNTOS DE ATENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA DE LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

Las RASs determinan la estructuración de los puntos de atención de salud, secundarios y terciarios. Esos son los únicos elementos temáticos de las RASs y, por eso, son considerados, por ejemplo, en las organizaciones sanitarias integradas españolas, como servicios de atención especializada (VASQUEZ *et al.*, 2005). Esos puntos de atención de salud se distribuyen, espacialmente, de acuerdo con el proceso de territorialización: los puntos de atención secundaria, en las microrregiones sanitarias, y los puntos de atención terciaria, en las macrorregiones sanitarias. Además, se articulan con los niveles de atención de salud: los puntos de atención secundaria componen el nivel de atención secundaria (“media complejidad”) y los puntos de atención terciaria integran el nivel de atención terciaria (“alta complejidad”).

Conceptualmente, los puntos de atención secundaria y terciaria son nodos de las RASs en los que se ofertan determinados servicios especializados, generados a través de una función de producción singular. Ellos se diferencian por sus respectivas densidades tecnológicas, siendo los puntos de atención terciaria más densos tecnológicamente que los puntos de atención secundaria y, por esa razón, tienden a ser más concentrados espacialmente. Sin embargo, en la perspectiva de las redes poliárquicas, no hay, entre ellos, relaciones de principalidad o subordinación, ya que todos son igualmente importantes para alcanzar los objetivos comunes de las RASs.

A partir de ese concepto se puede concluir que los puntos de atención de salud no son necesariamente, iguales a establecimientos de salud. Por ejemplo, un hospital, por ser una unidad de salud que oferta muchos productos diferenciados, puede contener varios puntos de atención de salud: la unidad de terapia intensiva de neonatología y la maternidad son puntos de atención de salud de una red de atención a la mujer y el niño; el centro quirúrgico y las enfermerías de clínica médica son puntos de atención de salud de una red de atención de enfermedades cardiovasculares; la unidad de quimioterapia y radioterapia son puntos de atención de una red de atención de enfermedades oncológicas; la unidad de terapia intensiva de adultos es un punto de atención de la red de atención de urgencias y emergencias, etc.

De acuerdo con la naturaleza de la red temática de atención de salud, se definen los puntos de atención secundaria y terciaria: los Centros de Apoyo Psicosocial (CAPSs), en las redes de atención de salud mental; los Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), en las redes de atención de salud bucodental; las Unidades de Terapia Renal Sustitutiva (TRSs), en las redes de atención de enfermedades renales; el Centro de

Referencia de Atención de los Ancianos, en la Red de Atención de los ancianos; las maternidades, en las redes de atención a la mujer y el niño, etc.

Generalmente, los puntos de atención secundaria y terciaria son constituidos por unidades hospitalarias y por unidades ambulatorias, estas últimas, pudiendo estar situadas dentro o fuera del hospital.

Los puntos de atención secundaria ambulatoria en las redes de atención de salud

Debe ser resaltado que las unidades ambulatorias, en las RASs, cumplen una función muy distinta de las unidades ambulatorias de los sistemas fragmentados de atención de salud. Entender esa diferencia es fundamental para la construcción consecuente de las RASs. Eso se explica porque, en los sistemas fragmentados, los diferentes puntos de atención secundaria y terciaria actúan de forma aislada, sin una comunicación ordenada con los demás componentes de la red y sin la coordinación de la atención primaria de salud.

Tómese el ejemplo de los centros ambulatorios de atención secundaria, donde la propuesta de su integración en red es completamente distinta de su forma convencional de operación, en los sistemas fragmentados, como centros de especialidades médicas.

La concepción estratégica de los centros ambulatorios de atención secundaria, como puntos de atención secundaria de una RAS, es muy innovadora y por eso, se confronta con las ideas de sentido común que sustentan el modelo vigente de los centros de especialidades médicas. En función de la profundidad de esos cambios es necesario estar atento a una estrategia de implantación que permita contraponerse a la tendencia inercial de apropiarse conservadoramente de los centros ambulatorios de atención secundaria, reduciéndolos a la forma tradicional de prestación de servicios ambulatorios a través de centros de especialidades médicas. Esa tendencia, además de su dimensión ideológica, se manifiesta, también, en las dimensiones política y económica.

Políticamente, significa, del punto de vista de los profesionales de salud, una redistribución de poder entre los especialistas y los generalistas, lo que modifica la lógica flexneriana vigente desde el inicio del siglo XX con la hegemonización del paradigma de la medicina científica (MENDES, 1985); del punto de vista de los gestores y de los prestadores de servicios del SUS, coloca la gestión de los flujos y contraflujos en el equipo de la APS, creando restricciones técnicas, con base en directrices clínicas, a la libre acción de las Secretarías de Salud, de los prestadores de servicios y de los especialistas en el orden de esos flujos. Económicamente, incide fuertemente sobre los prestadores de servicios, principalmente los especialistas, aquellos mejor posicionados en la arena política de los sistemas de atención de salud, en dos vertientes: cuando modelan

los centros ambulatorios de atención secundaria a partir de las evidencias recogidas en las líneas-guías y detalladas en los protocolos clínicos, reduciendo la variabilidad de los procedimientos de la atención de salud, un fuerte foco de ineficiencia de los sistemas y de inducción de la demanda por la oferta; y cuando cambia el foco de la planificación de la salud, retirándolo de la planificación de la oferta, frecuentemente sujeto a la acción de *lobbies* de intereses mejor estructurados, para colocarlo en las poblaciones beneficiarias del sistema de atención de salud, mediante la planificación de las necesidades de salud.

Debe quedar claro que la propuesta de RASs, por su radicalidad, no es neutra; en ella los intereses de la población, expresados por sus necesidades de salud, se sobrepone a los intereses políticos, económicos y tecnológicos de los actores sociales que están presentes, en situación ventajosa, en la arena política sanitaria. Por eso, debemos concordar con Porter y Teisberg (2007) cuando afirman que la revolución en los sistemas de atención de salud sólo será posible cuando el centro de la discusión se disloque de los prestadores de servicios para el valor generado para las personas usuarias del sistema de atención de salud.

La propuesta de implantación de los centros ambulatorios de atención secundaria, en la perspectiva de puntos de atención secundaria de una RAS, puede sufrir una confrontación directa, cuando limita la libertad de ordenamiento del acceso de los gestores de la salud o impone limitaciones técnicas a la acción de especialistas, o indirecta y más sutil, cuando apropiándose de la idea innovadora de centros ambulatorios de atención secundaria, hace una relectura de la propuesta transformándola en una práctica social conservadora que no agregará valor para las personas usuarias. Algo en la lógica lampedusiana: cuanto más cambia, más es la misma cosa.

Un análisis histórico de la salud pública brasileña muestra que los modelos de los centros de especialidades médicas surgieron en la experiencia del INAMPS de traer para el seguro público brasileño los presupuestos de la medicina liberal generados en los Estados Unidos. Su forma más acabada son los Puestos de Atención Médica (PAMs), grandes catedrales flexnerianas, de baja efectividad y de gran ineficiencia, que hasta hoy, insisten en permanecer en las zonas centrales de los grandes centros urbanos brasileños. Esos esqueletos están ahí y han venido multiplicándose con otros significantes, pero con el mismo significado incorrecto.

Esa matriz inampsiana ha venido reproduciéndose y manifestándose, contemporáneamente, de varias formas: los centros de especialidades médicas; las policlínicas; pequeñas unidades aisladas, productoras de cuidados especializados, como centros de ultrasonografía o de mamografía; e incluso, médicos especialistas atendiendo en sus consultorios, como cardiólogos, nefrólogos, etc. Todos esos modelos son considerados como centros de especialidades médicas.

Existen diferencias irreconciliables entre los modelos de centros de especialidades médicas y de puntos de atención secundaria de una RAS. Las principales diferencias entre esos dos modelos se observan en el Cuadro 4.

Cuadro 4: Las diferencias entre los centros de especialidades médicas y los puntos de atención secundaria de una red

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

La primera característica diferencial de los dos modelos está en la forma de planificar. Los centros de especialidades médicas funcionan con el sistema convencional de la programación pactada e integrada (PPI) que, en general, realiza la planificación de la oferta, a partir de parámetros poblacionales generales o de series históricas. Eso lleva

a la determinación de techos financieros que definen una cantidad de procedimientos que serán ofertados por los diferentes gestores de la salud. Ese sistema de planificación de la oferta es muy sensible a los intereses de los gestores y los prestadores de servicios mejor posicionados en la arena política del sistema de atención de salud. En el modelo de punto de atención secundaria de una RAS, la planificación ocurre a partir de las necesidades de salud de la población que se inscribe en las planillas de programación y que hacen parte de las diferentes directrices clínicas.

Los centros de especialidades médicas son partes de un sistema fragmentado de atención de salud en el que, generalmente, no existe comunicación fluida entre los diferentes puntos y niveles de atención. Funciona como una caja negra. Se llega allí, directamente o por alguna referencia, muchas veces de la APS, pero no se conocen los antecedentes clínicos de la persona usuaria. Generalmente, no se establecen vínculos porque las consultas, dependiendo del día, puede ser marcadas para diferentes profesionales de una misma especialidad. Ese sistema está saturado de retribajo y de redundancias, dejándolo además de inefectivo, muy ineficiente. Historias personales y familiares son retomadas a cada consulta, exámenes son nuevamente solicitados a cada consulta. Todo eso ocurre porque el sistema está desintegrado, en función de la ausencia de sistemas logísticos potentes manejados a partir de la APS.

Los puntos de atención secundaria de una red son totalmente diferentes porque son parte de un sistema integrado, las RASs. Esa integración ocurre, principalmente, a través de sistemas logísticos potentes. La acción combinada de los sistemas logísticos (tarjeta de identificación de las personas usuarias, historia clínica informatizada, sistema de acceso a la atención regulado y sistema de transporte en salud) es lo que garantiza la integración, eliminando la caja negra y, como consecuencia, los retribajos y las redundancias. Con eso, se garantiza una atención de salud efectiva, eficiente y de calidad, insiriendo en red la atención secundaria y generando sinergias en el sistema.

Los centros de especialidades médicas son sistemas que permiten una demanda abierta. Esos centros son inaugurados e inmediatamente, las personas usuarias comienzan a demandarlos, siendo directamente acogidas y las consultas programadas y reprogramadas, en poco tiempo bloqueando sus agendas. Los puntos de atención secundaria de una RAS, al contrario, son sistemas cerrados, sin posibilidades de acceso directo de las personas usuarias, a no ser en casos de urgencia y emergencia o de raras intervenciones definidas en las directrices clínicas en las que esos centros constituyen los puntos de atención del primer contacto.

Los centros de especialidades médicas se autogobiernan. Eso se deriva, en parte, de su carácter de sistema abierto, y en parte, en función de la fragmentación del sistema de atención de salud y de la fragilidad de la APS como coordinadora del continuo de

cuidados. El autogobierno, ejercido en un centro de referencia secundaria, no tiene la capacidad de garantizar la continuidad de la atención y acaba restringiendo las intervenciones a la perspectiva del cuidado especializado, sin una visión integrada de las intervenciones de niveles primarios y terciarios. En los puntos de atención secundaria de una red, el gobierno de los flujos y contraflujos de las personas son de la APS. Nadie llegará a esos centros, con excepción de los casos de urgencias y emergencias, si no son remitidos por la APS.

Esas formas singulares de gobernanza de los dos modelos implican que el acceso a los centros de especialidades médicas ocurran a partir de una central de regulación accionada por los gestores; de otra forma, en los puntos de atención secundaria de salud de una RAS, el acceso regulado es realizado por los equipos de la APS directamente.

En los centros de especialidades médicas, como su propio significado sugiere, el proceso de atención está centrado en el cuidado profesional y en la figura del médico especialista. Como esos centros no son, como norma, puntos de atención de urgencias y emergencias, sino puntos de atención secundaria a los que se llega de manera electiva, ellos se justifican estrictamente en función de la necesidad de una atención de mayor densidad tecnológica requerida por la condición crónica de salud de una persona usuaria. Existen evidencias de que las condiciones crónicas no pueden ser enfrentadas, con éxito aunque la atención especializada sea fundamental por una atención profesional excesivamente centrada en el médico especialista. Al contrario, el éxito en el cuidado de las condiciones crónicas depende de la acción coordinada de un equipo multiprofesional, actuando bajo la coordinación de la APS y con una fuerte integración entre los especialistas y los equipos de APS, lo que envuelve conocimiento personal y trabajo clínico conjunto (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003). Por esa razón, los puntos de atención secundaria de una red deben proporcionar, de forma equilibrada, la atención del especialista médico actuando en equipo junto a otros profesionales de salud.

En los centros de especialidades médicas, las decisiones clínicas no son tomadas, generalmente, a partir de directrices clínicas que ordenan la atención de salud a lo largo de los diferentes servicios de la RAS. Eso lleva a una enorme variabilidad de procedimientos, incluso entre diferentes especialistas que actúan en un mismo centro, lo que aumenta la complejidad del sistema de atención de salud y genera acciones inefectivas e ineficientes. Además, como las relaciones entre los niveles de atención no están claramente establecidas, la persona usuaria, al llegar a un especialista, es captada por éste de forma definitiva, lo que genera una demanda incontrolable y bloquea las agendas de los especialistas que suelen ser profesionales con disponibilidad limitada en el mercado, especialmente en el mercado público. El especialista, en parte

también porque no cree en la capacidad resolutoria del equipo de APS, pasa a funcionar como un consultor permanente a través de una apropiación definitiva de las personas.

En los puntos de atención secundaria de una RAS, las intervenciones a lo largo de todo el continuo de esa red están bien establecidas en líneas-guía, construidas con base en evidencias. Además, en la construcción de esos puntos de atención secundaria deben ser elaborados los protocolos clínicos que ordenan, en detalles, toda la cartera de servicios ofertada. De esa manera, quedan claros los papeles de los equipos de APS en relación a cada condición de salud y las situaciones en las que las personas usuarias deben ser remitidas al punto de atención secundaria de una RAS para una interconsulta y su retorno para la APS.

Los especialistas, en el modelo de RASs, desempeñan generalmente, el papel de interconsultor y apoyan las acciones del equipo de APS. Las evidencias demuestran que la actuación de los especialistas sólo agrega valor para las personas cuando ellos conocen personalmente y trabajan conjuntamente con los generalistas. El modelo tradicional de la referencia y contrarreferencia no es efectivo. Algunos casos, pocos en total, identificados en las directrices clínicas generalmente casos de mayores riesgos deben estar bajo los cuidados definitivos del equipo de atención especializada.

Generalmente, los centros de especialidades médicas trabajan con historias clínicas, muchas veces en papel, y que no están integradas en red y, por lo tanto, no permiten una comunicación fluida de ese nivel con la APS, ni un manejo eficaz de las condiciones crónicas. La fragmentación de la historia clínica no permite la continuidad del cuidado. Además, esas historias clínicas son individuales, lo que empobrece la visión familiar de la atención de salud, una propuesta del SUS. Asimismo, no siendo informatizadas esas historias clínicas, no permiten el registro de las personas usuarias por riesgos relativos a cada condición, lo que fragiliza la atención prestada y genera redundancias y retrabajos. Los puntos de atención secundaria de una red operan con historias clínicas informatizadas que deben circular, concomitantemente, en todos los niveles del sistema. Esas historias son familiares, lo que viabiliza la incorporación de los instrumentos potentes de abordaje de la medicina familiar en los cuidados. Además, permiten registrar todos los portadores de una determinada condición crónica, por riesgos socioeconómicos y sanitarios y enviar alertas y dar *feedbacks* a los profesionales y a las personas usuarias. Por último, viabilizan las comunicaciones, registradas formalmente, entre los equipos de atención secundaria y la APS garantizando una comunicación adecuada entre generalistas y especialistas.

Normalmente, los centros de especialidades médicas no trabajan con las herramientas modernas de gestión de la clínica. La razón es simple: no habiendo un ordenamiento de los procesos de trabajo en líneas-guía y en protocolos clínicos, no es posible

utilizar esas tecnologías. Ya los puntos de atención secundaria de una RAS, estructuran, a partir de líneas-guías y protocolos clínicos, por lo menos, las tecnologías de gestión de la clínica en las que lo fundamental es la estratificación de riesgos para cada condición de salud establecida. No se trabaja con gestantes, sino con gestantes de riesgo moderado-bajo y gestantes de alto riesgo; no se trabaja con hipertensión, sino con hipertensión de bajo, medio, alto y muy alto riesgo. Eso es fundamental porque ayuda a organizar el sistema de atención de salud y mejorar la calidad de la atención. Un punto de atención secundaria de una red de cuidados para gestantes no atenderá las gestantes de riesgo moderado-bajo, sino solamente las de alto riesgo.

La programación del punto de atención secundaria de una red es realizada en la APS y, entonces, discutida con el equipo del punto de atención secundaria. De esa forma, cada equipo de APS sabe, anticipadamente, quien y cuantas personas deben ser referidas, por tipos de intervenciones, para la unidad de atención secundaria.

Los centros de especialidades médicas, generalmente, se ocupan estrictamente de funciones asistenciales. Ya los puntos de atención secundaria de una RAS, agregan otras funciones imprescindibles. Una función de supervisión, especialmente de apoyo a los equipos de APS; una función educacional, de participación en procesos de educación permanente en el punto de atención secundaria y en la APS; una función de movilización social, de participación en las articulaciones de esas acciones de comunicación social en el ámbito regional; y una función de investigación, especialmente en el campo del desarrollo tecnológico de la condición de salud temática.

El sistema de pago de los centros de especialidades médicas es, generalmente, realizado por procedimientos. Ese sistema de pago trae incentivos perversos a los prestadores, induciéndolos a producir más procedimientos, especialmente los de mayor densidad tecnológica, para que maximicen sus ingresos. En los puntos de atención secundaria de una RAS, el sistema de pago debe ser por presupuesto global o por capitación ajustada por género y edad, ya que esas formas de pago invierten la señal del incentivo y hacen que los prestadores apliquen más esfuerzos en las acciones de promoción, prevención y contención del riesgo evolutivo en las condiciones de salud de menores riesgos.

Los hospitales en las redes de atención de salud

Los hospitales, como integrantes de una RAS, desempeñan funciones diferentes de los hospitales en los sistemas fragmentados de atención de salud. La razón es clara: las RASs se caracterizan por la poliarquía, lo que es incompatible con el hospitalocentrismo que caracteriza los sistemas fragmentados.

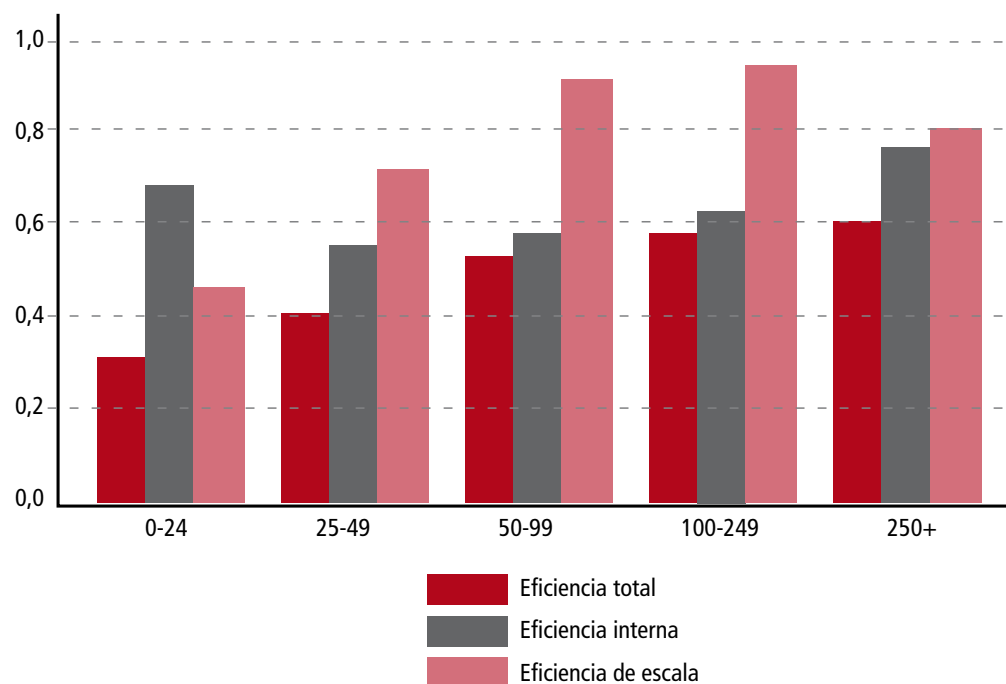
De esa forma, los hospitales deben estar inseridos, sistémicamente y de forma integrada, como organizaciones que contienen puntos de atención de diferentes redes temáticas de atención de salud. Por lo tanto, el hospital, en la RAS, debe ser evaluado, entre otras variables, por su sistemicidad, es decir, como parte integrante de esas redes, articulado con otros puntos de atención de salud y con los sistemas de apoyo.

Los hospitales, en las RASs, deben cumplir, principalmente, la función de responder a las condiciones agudas o a los momentos de agudización de las condiciones crónicas, conforme establecido en directrices clínicas basadas en evidencias. Para eso, los hospitales en redes deben tener una densidad tecnológica compatible con el ejercicio de esa función y deben operar con patrones óptimos de calidad.

El examen del complejo hospitalario público del SUS muestra una situación de ineficiencia sistémica debido al hecho de que 79,9% de las unidades en funcionamiento tiene menos de 100 camas, lo que significa que operan con significativas deseconomías de escala (POSNETT, 2002; MENDES, 2002a).

En Minas Gerais, un estudio realizado mediante análisis envolvente de datos (DEA), conforme muestra el Gráfico 10 a continuación, reveló que los hospitales de menos de 25 camas presentan una eficiencia total de apenas 0,32 y los de más de 250 camas una eficiencia total de 0,60. Aunque todos los segmentos analizados operen con una eficiencia total baja, los hospitales de pequeño porte son altamente ineficientes (ANDRADE *et al.*, 2007). Lo que explica la ineficiencia total es, principalmente, la bajísima eficiencia de escala de los hospitales contratados por el SUS. Estudio realizado por el Banco Mundial, con la misma metodología, aplicada a los hospitales del SUS en Brasil, mostró resultados muy próximos (La FORGIA y COUTTOLENC, 2008).

Gráfico 10: Eficiencia total, de escala e interna de los hospitales del SUS en Minas Gerais, 2006



Fuente: Andrade *et al.* (2007)

Súmase a eso, el hecho de que hay en los hospitales, generalmente, una relación muy estrecha entre escala y calidad. Por lo tanto se puede afirmar que la red hospitalaria del SUS debe pasar por un proceso de reingeniería para que pueda operar con eficiencia y calidad, lo que implicará, a mediano y largo plazo, un menor número de hospitales con un mayor número medio de camas hospitalarias, tecnológicamente densas. Lo que seguirá una tendencia mundial.

En cuanto a la calidad, los programas de calidad hospitalaria deben ser desarrollados, especialmente mediante procesos de acreditación hospitalaria.

Los hospitales brasileños presentan, generalmente, deficiencias cualitativas importantes. Solamente 55 de 6.500 hospitales brasileños estaban acreditados, en el país en 2003; la gran mayoría de éstos fue acreditada en el nivel 1 de la Organización Nacional de Acreditación, el nivel básico de acreditación. Evidencias obtenidas por el Programa de Control de la Calidad Hospitalaria, en São Paulo, muestran que los hospitales acre-

ditados superan los no acreditados en indicadores de eficiencia y calidad (La FORGIA y COUTTOLENC, 2008).

Los principales problemas relacionados con la calidad hospitalaria son: errores o atrasos en los diagnósticos; fallas en el seguimiento de los procedimientos recomendados; fallas en la realización de operaciones y exámenes usando procedimientos apropiados; fallas en la selección y en la prescripción de tratamientos; fallas en la asistencia farmacéutica; atrasos innecesarios en el tratamiento y en el intercambio de resultados de exámenes; uso de tratamiento incorrecto o inadecuado; fallas en el uso de procedimientos profilácticos; fragilidades de los sistemas de monitoreo, revisión y control; problemas con equipamientos; y falta de educación permanente para los profesionales (KISIL, 2003; SAMPAIO, 2004).

Sin embargo, en la visión integrada de las RASs, como se vio en el caso del control de la hipertensión arterial sistémica relatado en el Recuadro 1, la calidad hospitalaria no se deriva solamente de su funcionamiento aislado, sino también de su inserción en redes, contribuyendo efectivamente, para generar valor para las personas usuarias de los sistemas de atención de salud. Una implicación importante en el concepto de las RASs es que el movimiento de acreditación hospitalaria debe evolucionar, gradualmente, para una acreditación de toda la RAS, en su conjunto, envolviendo las unidades de atención primaria, secundaria y terciaria.

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

Además, la forma de gestión hospitalaria, en la perspectiva de la inserción de esas unidades en RASs, exige que además de la gestión de medios (recursos humanos, materiales y financieros), haya una fuerte inversión en la introducción de tecnologías de gestión de la clínica, a partir del desarrollo e incorporación de directrices clínicas construidas con base en evidencias.

En el Recuadro 2 se describe una experiencia de mejora de la calidad de los hospitales del SUS en el estado de Minas Gerais.

Recuadro 2: El Programa de Fortalecimiento y Mejora de la Calidad de los Hospitales del SUS en Minas Gerais, PRO-HOSP

En 2003 hubo una grave crisis en la atención hospitalaria pública en el estado de Minas Gerais que fue registrada como: "Minas tiene muchos hospitales y poca atención hospitalaria eficiente y de calidad".

Había en el estado 593 hospitales contratados por el SUS, un total de 35.922 camas. Eso representaba una relación de 2,35 camas SUS por cada mil habitantes, una relación media confortable. Sin embargo, se constató que apenas 17% de los hospitales tenían más de 100 camas; esos hospitales producían 39% de las hospitalizaciones; y 33% de los hospitales tenían menos de 30 camas. La tasa media de ocupación de los hospitales del SUS se situaba en un valor medio de 38%, pero era inferior a 30% en los hospitales de menos de 30 camas. La eficiencia total media de los hospitales del SUS, medida por el DEA (análisis envolvente de datos) era de 0,30 en los hospitales de menos de 25 camas, de 0,60 en los hospitales de 100 a 250 camas, y de 0,70 en los hospitales de más de 250 camas y lo que explicaba esas diferencias era la eficiencia de escala. 48,2% de las hospitalizaciones de los hospitales de menos de 30 camas eran por condiciones sensibles a la atención ambulatoria, lo que significaba hospitalizaciones evitables o innecesarias; esas hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria consumían más de 125 millones de reales por año y se debían, principalmente, a la Ley de Roemer de inducción de la demanda por la oferta. Había una gran concentración de camas resolutivas en las ciudades medias y enormes lagunas asistenciales en las ciudades-polo de microrregiones y macrorregiones. Datos del BNDES mostraban que los hospitales disponían de bajísima capacidad gerencial. Generalmente, no había programas de calidad siendo utilizados, rutinariamente, en los hospitales.

Ese cuadro hospitalario en el SUS en el estado no estaba bien diagnosticado. La crisis era respondida por medidas tópicas con el objetivo de apoyar algunos pocos hospitales de mayor prestigio político, a través de convenios realizados en función de repercusiones mediáticas de la crisis hospitalaria, especialmente en la Capital del estado.

El diagnóstico realizado permitió verificar que había un exceso de hospitales; que la relación media de cama por habitante era adecuada, pero que faltaban camas con capacidad resolutiva, situados estratégicamente en las ciudades-polo micro y macrorregionales; que el sistema operaba con una enorme ineficiencia sistémica, debido a la presencia relativa de hospitales de baja escala; que las tasas de ocupación eran muy bajas; que había diferencias regionales en los porcentajes de hospitalización que variaban de 6 a 8% de la población por año; que había concentración de la oferta con lagunas asistenciales en las microrregiones y macrorregiones del estado, lo que implicaba costos sociales y económicos para las personas y sus familias en la demanda hospitalaria; que se desperdiciaba una gran cantidad de recursos con hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria; que el sistema operaba con baja capacidad gerencial; que la baja escala de los hospitales llevaba a la baja calidad de los servicios prestados; y que no había una política de programas de mejora de la calidad hospitalaria.

El diagnóstico hizo con que la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais formateara, en 2003, el Programa de Mejora de la Calidad de los Hospitales del SUS en Minas Gerais, el PRO-HOSP.

Recuadro 2: El Programa de Fortalecimiento y Mejora de la Calidad de los Hospitales del SUS en Minas Gerais, PRO-HOSP

El PRO-HOSP fue propuesto en consonancia con el Plan Mineiro de Desarrollo Integrado que identificó cuatro grandes problemas en el estado que debían ser respondidos con la implantación de RAS: la mortalidad infantil y materna elevadas, la Red Viva Vida; la mortalidad elevada por enfermedades cardiovasculares y diabetes, la Red Hiperdia; la mortalidad elevada por causas externas, la Red de Urgencia y Emergencia; y el rápido envejecimiento de la población, la Red Más Vida de atención de las personas ancianas. Cada una de esas redes debía articular las acciones de atención primaria, secundaria y terciaria, de forma integrada. El PRO-HOSP es el programa que tiene, como propósito general, preparar un conjunto de hospitales socialmente necesarios para conseguir cumplir sus funciones en esas cuatro redes prioritarias. Eso significa que su foco está en hospitales-polo microrregionales, destinados a la atención secundaria (media complejidad) y en hospitales-polo macrorregionales, destinados a la atención terciaria (alta complejidad), en relación a las cuatro redes de atención de salud.

El PRO-HOSP fue establecido como una política universal, operada republicanamente, con criterios transparentes y accesibles a todos los hospitales encuadrados en la normativas.

Los objetivos del PRO-HOSP son: fortalecer una red hospitalaria pública socialmente necesaria; aumentar la eficiencia de la atención hospitalaria; engrosar tecnológicamente la atención hospitalaria; superar las lagunas asistenciales hospitalarias; atender a las personas en sus regiones de origen; desarrollar la capacidad gerencial de los hospitales; disminuir la diferencias regionales de la oferta a través de financiamiento equitativo; y mejorar la calidad de los servicios prestados.

La operacionalización de esos objetivos se materializa en diferentes estrategias: la estrategia asistencial, para superación de las lagunas asistenciales en las redes de atención de salud prioritarias; la estrategia gerencial expresada en la contratación de mejoras gerenciales; la estrategia clínica, la introducción de la gestión de la clínica en los hospitales; la estrategia económica, la transferencia de recursos financieros a los hospitales; la estrategia redistributiva, los recursos financieros obedecen a un valor *per capita* directamente proporcional a las necesidades de salud regionales, de manera que discrimine positivamente las regiones más pobres; la estrategia educacional, la oferta de curso de especialización en gestión hospitalaria a directores y funcionarios de todos los hospitales; la estrategia de la cooperación técnica, la movilización de consultores y tutores, de forma horizontal y vertical; la estrategia de la calidad, la implantación gradual de la acreditación hospitalaria, iniciándose con la meta de alcanzar el nivel de acreditación 1 y la institución de un premio de calidad.

La lógica convenial vigente fue sustituida por el instituto de la contractualización. Existe una alianza entre el gobierno del estado, los gobiernos municipales y los establecimientos hospitalarios, públicos y privados. El gobierno del estado, a través de la Secretaría de Estado de Salud, transfiere los recursos y los hospitales son obligados a cumplir metas gerenciales y asistenciales, definidas en contratos de gestión. El monitoreo de los contratos es realizado conjuntamente por las Secretarías de Salud Municipales y del Estado.

El PRO-HOSP alcanzó, en 2010, 128 hospitales, 36 hospitales macrorregionales y 92 hospitales microrregionales, abarcando todas las 13 microrregiones sanitarias y todas las 75 microrregiones sanitarias del estado. Los recursos aplicados en el período de 2003 a 2010 fueron más de 500 millones de reales. Los recursos son 40% para inversiones, 50% para costeo y 10% para mejora de la capacidad gerencial.

Recuadro 2: El Programa de Fortalecimiento y Mejora de la Calidad de los Hospitales del SUS en Minas Gerais, PRO-HOSP

Una evaluación realizada por la Fundación João Pinheiro sobre las metas contratadas en los contratos de gestión del PRO-HOSP, mostró los siguientes resultados en términos de metas cumplidas total o parcialmente:

Indicadores de gestión: participación de las direcciones hospitalarias en los cursos de gestión: 98%; elaboración del plan director: 68%; implantación de sistemas de apropiación de costos: 71%; adhesión a bancos de precios: 83%; elaboración de censo hospitalario diario: 92%; notificación compulsoria de enfermedades: 89%; e informatización de la red: 96%.

Indicadores de procesos: dispensación de medicamentos: 93%; comisión de historias clínicas: 81%; comisión de verificación de óbitos: 76%; control de eventos adversos: 67%; tasas de ocupación: 64%. Indicadores de resultados: tasa de mortalidad hospitalaria: 69%; y tasa de infección hospitalaria: 78%.

Además, fueron capacitados, con especialistas en gestión hospitalaria, más de 500 técnicos de los hospitales participantes del PRO-HOSP. Se está desarrollando un programa de mejora de la calidad del PRO-HOSP que hizo, hasta 2010, los diagnósticos de 50% de los hospitales. Como parte de ese programa de calidad fue instituido el Premio Célio de Castro para incentivar los avances en innovación y calidad.

Hubo un engrosamiento tecnológico del complejo hospitalario como, por ejemplo, 221 nuevas camas de UCI y la construcción o reforma de 50 bloques quirúrgicos.

Fuentes: Comité de Asuntos Estratégicos de la SESMG (2003); Andrade *et al.* (2007); Fundación João Pinheiro (2007); Lima (2007); Marques *et al.* (2010)

La matriz para el diseño de la estructura operacional de las redes de atención de salud

La conformación de la estructura operacional de las RASs es realizada a partir de los flujos que están en las líneas-guía. La utilización de una matriz ayuda, del punto de vista metodológico, en el diseño de las RASs.

Esa matriz cruza, en su lado izquierdo, los niveles de atención de salud; en su lado derecho, los territorios sanitarios; y en su centro, distribuye la APS y los puntos de atención secundaria y terciaria.

El Recuadro 3 muestra la aplicación de la matriz en la Red Viva Vida de la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais que puede ser aplicada a cualquier red temática de atención de salud.

Recuadro 3: La matriz de puntos de atención de salud de la Red Viva Vida

La Red Viva Vida es un proyecto estructurador del gobierno de Minas Gerais y tiene como objetivo reducir la mortalidad infantil y materna en el estado.

Esa red surgió de las líneas-guía de atención del prenatal, del parto y el puerperio, de la atención del recién nacido y la atención del niño.

Esas líneas-guía, construidas con base en evidencias, preconizan que la gestante debe ser captada, en el primer trimestre, por el agente comunitario de salud (ACS) y remitida a la Unidad de APS para confirmación diagnóstica y clasificación de riesgo.

Si la gestante es de riesgo moderado-bajo su prenatal será realizado en la Unidad de APS por el equipo del PSF. Si es de alto riesgo, el prenatal será realizado, también, en el Centro Viva Vida, una unidad ambulatoria secundaria de atención especializada para mujeres y niños, localizada en el municipio-polo de la microrregión. Si la gestante es de riesgo moderado-bajo, su parto será realizado en la maternidad de riesgo moderado-bajo, localizada en el municipio o en la sede microrregional. Si es de alto riesgo, el parto será realizado en la maternidad de alto riesgo secundaria, localizada en el municipio-polo microrregional, o en la maternidad de alto riesgo terciaria, localizada en el municipio-polo macrorregional. Las maternidades de alto riesgo terciarias deben contar con el soporte de una casa de apoyo a la gestante y a la puérpera.

La atención de los niños de riesgo obedece a la misma lógica. La atención ambulatoria especializada será realizada en el Centro Viva Vida. La unidad de hospitalización pediátrica secundaria estará localizada en el hospital microrregional y la unidad pediátrica terciaria en el hospital macrorregional.

Por lo tanto, una lectura atenta de las líneas-guía permite hacer el diseño de las RASs utilizando una matriz que cruza los niveles y puntos de atención de salud y territorios sanitarios.

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

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

LOS SISTEMAS DE APOYO DE LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

Un tercer componente de las RASs son los sistemas de apoyo. Los sistemas de apoyo son los lugares institucionales de las redes en donde se prestan servicios comunes a todos los puntos de atención de salud, en los campos de apoyo diagnóstico y terapéutico, de la asistencia farmacéutica y de los sistemas de información en salud.

El sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico

El sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico envuelve los servicios de diagnóstico por imagen, los servicios de medicina nuclear diagnóstica y terapéutica, la electrofisiología diagnóstica y terapéutica, las endoscopias, la hemodinámica y la patología clínica (anatomía patológica, genética, bioquímica, hematología, inmunología y microbiología y parasitología).

El sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico, así como los puntos de atención de salud, cuando organizados en redes, se diferencian de la forma convencional de organizarlos prevaleciente en los sistemas fragmentados. Dos aspectos deben ser resaltados: la forma de organización y el modelo de programación adoptado.

En la perspectiva de la forma de organización, el sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico acompaña el sistema fragmentado, y consecuentemente, se instituyen de forma aislada, sin una comunicación fluida con la APS y con los puntos de atención secundaria y terciaria. Resultando en un enorme retrabajo y redundancia en el sistema de atención de salud: una misma radiografía o un mismo examen de sangre puede ser resolicitado en cada punto de atención de salud, generando incomodo para las personas usuarias y desperdicio económico para el sistema. Además, el sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico, en los sistemas fragmentados, suele operar con baja escala, lo que tiene implicaciones negativas en la eficiencia económica y en la calidad de los servicios.

Estudios sobre hemodinámica muestran que hay una relación entre el volumen de procedimientos realizados y tasas de mortalidad; hospitales que hacen más procedimientos tienden a presentar menores tasas de mortalidad que los hospitales que hacen menos procedimientos (HANNAN *et al.*, 1997). En función de eso, existen recomendaciones de volúmenes mínimos anuales para cardiólogos intervencionistas de 75 procedimientos de angioplastias electivas/año y de 400 a 500 procedimientos de angioplastias electivas/año por hospital (RIBEIRO, 2007).

No es diferente en el sistema de patología clínica. El análisis de ese sistema en el SUS evidencia una situación casi caótica, en la que se mezclan ineficiencia, baja cali-

dad, dificultades de acceso para las personas usuarias, redundancias y demora en la presentación de los resultados. No sería posible ni siquiera hablar aquí, en el subfinanciamiento de ese sistema, porque se podría hacer mucho más con los mismos recursos que son alrededor de 1,3 mil millones por año.

Un estudio sobre el sistema de patología clínica en Minas Gerais, un caso particular de la situación general brasileña, demuestra la irracionalidad de ese sistema en el SUS.

En 2005, fueron realizados por el SUS 31.348.711 exámenes de patología clínica en el estado, que costaron R\$ 125 millones. Se realizaron una media de 1,66 exámenes por habitante cuando se considera la población total del estado, o 2,07 exámenes por habitante cuando se retira la población que tiene seguros privados de salud; ambos números son superiores al patrón definido nacionalmente, de 1,5 exámenes por habitante/año. Había 1.611 laboratorios acreditados y, consecuentemente, la población media cubierta para cada laboratorio era inferior a 10 mil personas y el número medio de exámenes producidos por año era de 19.459, una escala muy baja para la operación de laboratorios de patología clínica. Mitad de los exámenes realizados eran glicemia, hemograma y rutina de orina. Menos de 1% de los laboratorios estaban en conformidad con los patrones de calidad de la Sociedad Brasileña de Patología Clínica (organización general del laboratorio, cuidados con la colecta, calidad de la identificación y transporte de las muestras, medidas preventivas de mantenimiento y calibración de los instrumentos, calidad de los recursos humanos, criterios para la liberación de los resultados, seguridad del sistema de informática, calidad del agua (reactivo), tratamiento dado a los residuos, medidas de bioseguridad y control de la calidad) o participaban de programas de control interno y externo de la calidad (COMITÉ DE ASUNTOS ESTRATÉGICOS DE LA SESMG, 2006). Un estudio anterior, realizado en la Microrregión de Alto Rio Grande, mostró que más de 85% de los exámenes realizados eran normales o negativos, que los resultados demoraban más de 20 días para llegar a las unidades solicitantes y que más de 50% no llegaban a los médicos que los habían solicitado (NÚCLEO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD, 1998). Recientemente, en esa misma microrregión, un diagnóstico de situación de la patología clínica, elaborado por la Facultad de Medicina de la UFMG, mostró la siguiente situación: actuación meramente asistencial de los laboratorios; utilización de procesos manuales en el procesamiento de los exámenes; bajísima productividad; tiempo de espera de los resultados muy largo; calificación deficiente de los profesionales; laboratorios no certificados; precario control de calidad; ausencia de indicadores de desempeño de los servicios; subcontratación de los servicios para laboratorios de mayor porte; y colecta del material y logística inadecuados (DEPARTAMENTO DE PROPEDEÚTICA COMPLEMENTARIA, 2007). La situación de la colecta y la logística eran precariamente estructurados y eso determina, como se sabe, más de la mitad de los problemas de calidad en la patología clínica en la fase preanalítica.

La superación de esos problemas de la patología clínica del SUS exige un cambio radical en su concepción y operación. El sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico debe ser integrado en las RASs, como un componente transversal de todas las redes temáticas. Para eso, el sistema debe ser construido con base en los principios de las RASs, conjugando dialécticamente, escala, calidad y acceso y distribuyéndose, de manera óptima, por los territorios locales, microrregionales y macrorregionales, de acuerdo con sus densidades tecnológicas y con la disponibilidad de recursos para operarlo.

Ese cambio ha sido implantado internacionalmente. Young & McCarthy (1999) describieron la integración de laboratorios de patología clínica en el Legacy Health System, en Portland, en los Estados Unidos. Allí, un conjunto desarticulado de varios laboratorios, dispersos por varios hospitales y sin comunicación entre sí, fueron integrados como apoyo a las redes de atención de salud. Los nodos críticos de los laboratorios de patología clínica fueron: la circulación de los materiales colectados, el sistema de información, la estandarización de los procedimientos y la centralización del procesamiento de los exámenes. Superados esos nodos, los resultados fueron muy satisfactorios, tanto en calidad como en costos, y las razones para ese éxito fueron: buena gerencia, liderazgo en la conducción de los servicios, descentralización de la colecta de las muestras, centralización del procesamiento de los exámenes y sistema de información adecuado.

El mismo movimiento debe ser hecho en el SUS, como parte de la implantación de las RASs, para reorganizar el sistema de patología clínica. En general, ese movimiento de reorganización implica una centralización de las unidades de procesamiento, una descentralización de la colecta de los exámenes para todas las unidades de atención de salud, especialmente para las unidades de APS, y una conexión de esas dos puntas a través de un sistema logístico eficaz. Además, en los últimos años, la dinámica operacional de los laboratorios de patología clínica presentó cambios marcados principalmente por: automatización de los procesos analíticos con aumento de la precisión, exactitud y seguridad para la realización de exámenes laboratoriales; informatización de los procesos preanalíticos, analíticos y postanalíticos; ampliación de la capacitación de los recursos humanos (médicos, biólogos, biomédicos, bioquímicos y técnicos); necesidad de conformidad de los procesos preanalíticos, analíticos y postanalíticos con los requisitos legales que actualmente reglamentan el sector; e implantación de programa de gestión de la calidad (DEPARTAMENTO DE PROPEDÉUTICA COMPLEMENTARIA, 2007).

La centralización de las unidades de procesamiento debe realizarse a través de la integración horizontal de los laboratorios, con el objetivo de obtener economías de escala, aumentando la eficiencia económica y mejorando la calidad de los servicios. Ese proceso ha sido adoptado en varios países, como en la Provincia de Alberta, en Canadá, donde fue llevado a cabo con éxito después de un corte presupuestario de 40% en el presupuesto de los laboratorios (FAGG *et al.*, 1999), en Italia (GARDINI *et*

al., 2002) y en los Estados Unidos (SARKOZI et al, 2003). No ha sido diferente en el sector privado brasileño, donde ha ocurrido un proceso de concentración de grandes laboratorios, como Diagnósticos da América y Fleury Medicina Diagnóstica, a través de la adquisición de laboratorios medios (GAZETA MERCANTIL, 2006) y, también, en el sistema público de algunas ciudades brasileñas, como Curitiba.

Una simulación realizada por la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais, para el año 2006, mostró que el costo medio unitario del examen de patología clínica fue de R\$ 4,11; si la escala de exámenes pasara a 23 mil exámenes/año por laboratorio, ese costo unitario bajaría a R\$ 2,06; si pasara a 50 mil exámenes/año por laboratorio, bajaría a R\$ 1,90; y si la escala alcanzara 100 mil exámenes/año por laboratorio, podría llegar a R\$ 1,50. Eso significa que con el mismo dinero que se gasta en el SUS, aumentando la escala de procesamiento, podría hacerse dos veces o más exámenes, de mejor calidad y con entrega oportuna de los resultados. Esos datos llevaron a la formulación de una propuesta de reorganización de los laboratorios de patología clínica en el estado, inseridos en las redes de atención de salud y articulada en los espacios microrregionales. Propuesta que consiste en hacer una integración horizontal de los pequeños laboratorios en un único laboratorio microrregional, aumentando la escala de procesamiento y permitiendo cumplir con los patrones de calidad. La colecta será organizada en cada unidad de atención de salud, radicalizando la descentralización de la colecta y facilitando la vida de las personas usuarias del SUS. La conexión entre la coleta y la central de procesamiento se hará mediante sistema de transporte de salud electivo (FREESZ, 2008).

En la perspectiva del modelo de programación prevalece, como consecuencia de la forma hegemónica de programación del SUS en general y de la programación pactada e integrada (PPI) en particular, un sistema de programación de la oferta, fuertemente ancorado en series históricas y con revisiones por la vía incremental.

Es necesario cambiar la forma de programación de los sistemas de patología clínica. A partir de protocolos clínicos que definen como se colectan, como se transportan, como se procesan y como se interpretan los diferentes exámenes y de las planillas de programación contenidas en las líneas-guía que establecen parámetros poblacionales para cada tipo de examen, se realiza la programación de las necesidades. Por ejemplo, la línea guía dice que cada gestante de riesgo moderado-bajo debe hacer x exámenes durante su período gestacional. De esa forma, la programación será hecha multiplicándose el número de gestantes de riesgo moderado-bajo registradas en una Unidad de APS por x , lo que genera el total de aquél examen para las gestantes de aquella unidad. De esa forma, la programación es hecha a partir de la población de gestantes efectivamente registrada en la unidad de salud y por los profesionales de la unidad.

Un buen ejemplo de organización del sistema de apoyo en patología clínica es el de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba, relatado en el Recuadro 4. Ese ejemplo muestra que se puede instituir un sistema de patología clínica efectivo, de calidad y humanizado con costos 60% inferiores a los de los sistemas tradicionales ofertados en el SUS y que suelen ser inefectivos y de baja calidad. La razón está en la economía de escala, determinada por el aumento del número de exámenes, en función de la centralización del procesamiento en un único laboratorio municipal, juntamente con la descentralización de la colecta en las unidades de salud. Es un certificado de que el sistema público de salud brasileño opera, en ciertos sectores, con bajos patrones de eficiencia.

Recuadro 4: El sistema de patología clínica en Curitiba

El Laboratorio de Patología Clínica de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba se consolidó en 1996, habiendo sido unificado en 1986 y expandido en 1993, para concentrar, en una única unidad central, el procesamiento de todos los exámenes del municipio.

Esa nueva estructura trajo nuevos objetivos como la mayor satisfacción de las personas usuarias de las unidades de salud, mejores condiciones de trabajo para los profesionales, obtención de datos epidemiológicos, almacenamiento de informaciones que se transforman en instrumentos gerenciales, ampliación de la resolutivez del sistema municipal de salud y economías de escala articulados con la mejora de la calidad.

El sistema de patología clínica de Curitiba se estructura en un diseño que concentra el procesamiento, descentraliza la colecta y liga esas dos puntas a través de una logística eficaz. La colecta de exámenes es descentralizada en más de 100 unidades de salud y el procesamiento centralizado en un único laboratorio. El desplazamiento de la persona usuaria para el examen se resume en la distancia entre su residencia y la unidad de salud en la que tiene lugar la consulta, generalmente localizada en su barrio. Ese procedimiento refuerza, en la comunidad, la idea de que en su unidad existe un alto grado de comprometimiento con la resolución de los problemas de salud.

La colecta de exámenes es hecha diariamente por la mañana. Las unidades de salud tienen, en media, dos horas y media para efectuar las colectas marcadas, inclusive para la realización de la curva glicémica de dos puntos, examen que hace parte del protocolo de atención de las gestantes. Todas las muestras biológicas colectadas son organizadas en bolsas plásticas, de acuerdo con el tipo de examen. Esos embalajes son acondicionadas en una nevera portátil, que será recibida por el sector de distribución del laboratorio central.

En el mismo momento en el que recoge las muestras biológicas de las unidades de salud, el chofer entrega los insumos para la colecta de la mañana siguiente. La reposición de insumos de colecta es hecha diariamente por el laboratorio central que emite un informe sobre la cantidad de frascos de colecta utilizados en el día y prepara un kit para encaminamiento en la mañana siguiente en el transporte que buscará los exámenes colectados. Las muestras biológicas son identificadas por código de barras, mecanismo que permite la utilización de tubos primarios y, juntamente con las interfaces de los equipamientos de procesamiento de exámenes con el sistema de informática del laboratorio, resulta en la optimización del procesamiento de los exámenes y mayor seguridad en la emisión de informes.

Desde 1992, el transporte de las muestras entre las unidades de salud y el laboratorio central era hecho mediante la subcontratación de la Empresa Brasileña de Correos y Telégrafos. A partir de 2007, ese servicio pasó a ser de responsabilidad de cada uno de los nueve Distritos Sanitarios de Curitiba.

Recuadro 4: El sistema de patología clínica en Curitiba

Con la utilización de la tecnología de información, la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba consiguió aumentar, significativamente, la productividad y los índices de calidad y satisfacción de las personas usuarias del sistema a través del desarrollo de un programa informatizado integrado a la historia clínica informatizada y al *software* de control de la producción del laboratorio central. De esa forma, la Secretaría Municipal de Salud pasó a contar con medios eficaces para la gestión, en tiempo real, de todo el proceso de asistencia prestado a las personas usuarias, en el área de patología clínica.

El proceso que se inicia en la historia clínica informatizada de la persona usuaria al generar la solicitud del examen, se complementa con las etapas sucesivas: programación electrónica de la colecta; colecta de materiales, con emisión de etiquetas de identificación de los materiales mediante código de barras; transferencia electrónica de los planes de trabajo para el sistema informatizado de producción del laboratorio; e importación de los resultados liberados por el sistema de producción laboratorial para la historia clínica informatizada de la unidad de salud. Tal nivel de informatización permitió al laboratorio minimizar el número de personas destinado al desarrollo de actividades administrativas. Por otro lado, optimizó los resultados de las acciones desarrolladas por el equipo técnico, con beneficios como: disminución del tiempo entre la solicitud y la entrega de resultados directamente en la unidad de salud generadora de la solicitud; eliminación de la necesidad de mantenimiento de archivos de certificados en papel, así como de procedimientos relacionados con la distribución de certificados (valija y expedición); aumento de la productividad técnica; y disponibilidad permanente de banco de datos sobre todos los exámenes solicitados y realizados.

Actualmente, la producción del sistema de patología clínica es de, aproximadamente, 200.000 exámenes por mes, distribuidos por los sectores de Bioquímica, Hematología, Inmunología, Microbiología, Uroanálisis, Hormonas, Parasitología y Biología Molecular. Para atender la demanda mensual de cerca de 40 mil usuarios, el laboratorio cuenta con 112 funcionarios. La gran demanda permite la utilización de tecnología de punta en la ejecución de los exámenes, con costos viables en relación a los valores de la lista SAI/SUS.

En 2001, fue implantado el Sistema Integrado de Informática, Laboratorio y Unidad de Salud, *on-line*. Después de la consulta médica o de enfermería, la colecta de los exámenes es marcada inmediatamente. En ese momento se imprime el Plan de Colecta de Exámenes, donde consta la relación de exámenes que serán colectados, las orientaciones para la persona usuaria y un número de identificación para cada tubo que será usado. Se entrega a la persona usuaria, el documento que debe ser presentado en el día de la colecta.

El sector de distribución del laboratorio central recibe el material y realiza triaje por departamento. En ese momento, ya están disponibles todos los datos de la persona y sus respectivos exámenes. En los sectores que presentan equipamientos analizadores totalmente automatizados, los tubos con muestras biológicas son colocados aleatoriamente en los aparatos, ya programados por el sistema de interfaz que direccionará cuales exámenes deben ser procesados en cada tubo. Después del análisis de los resultados y la firma electrónica, los exámenes estarán disponibles *on-line* en la Intranet, que incluso almacena datos de exámenes anteriores. Cuando la persona usuaria retorne a la unidad de salud para consulta, el médico podrá tener acceso a los resultados a través de ese sistema.

Recuadro 4: El sistema de patología clínica en Curitiba

Para garantizar la calidad de los servicios se adoptaron varias estrategias: entrenamiento de colecta y utilización del sistema de informática para los colectores de las unidades de salud; certificación y habilitación de los profesionales envueltos en la colecta; inspección en las unidades de salud, donde un equipo del laboratorio central audita la actividad de colecta, verificando si los profesionales están siguiendo el procedimiento operacional patrón de colecta establecido y pasado en el entrenamiento; monitoreo de los errores originados en la colecta por unidad de salud para identificación de los profesionales que necesitan de reciclaje; reposición automática de los insumos de colecta para las unidades de salud, donde la preparación del kit de insumos es realizada a través de la emisión de un informe que informa la cantidad de insumos utilizados en la colecta del día; el transporte de los materiales biológicos colectados en las unidades de salud para el laboratorio es realizado en nevera portátil con control de temperatura, asegurando de esa forma la calidad de las muestras; monitoreo y evaluación constante del desempeño de los equipamientos analizadores, mediante la realización de reuniones trimestrales del equipo del laboratorio, juntamente con la asistencia técnica de los proveedores, con el objetivo de mantener los servicios de forma continua y eficiente y evitando desperdicios; manutención preventiva programada de los equipamientos analizadores; participación en el Programa Nacional de Control de Calidad de la Sociedad Brasileña de Análisis Clínicos; y monitoreo de la productividad de los insumos utilizados en los equipamientos automatizados.

Un profesional del laboratorio participa, como miembro, de la Comisión de Licitación de la Secretaría Municipal de la Salud de Curitiba. Son monitoreados los costos reales de los exámenes, con la finalidad de verificar la eficiencia de los servicios, sin que se perjudique la efectividad, maximizando la utilización de los recursos. Con ese mecanismo, se identifica el número de repeticiones de exámenes por problemas con equipamientos, técnicos o con reactivos.

Los programas estratégicos, como ETS/SIDA, Tuberculosis y Madre Curitibana tiene sus exámenes, programados en los protocolos clínicos, realizados exclusivamente en el sistema de patología clínica municipal, facilitando el acceso a las informaciones indispensables para el monitoreo y acciones necesarias para el control epidemiológico.

Los resultados del sistema de patología clínica de Curitiba son muy positivos. La descentralización de la colecta de exámenes en las unidades de salud, la centralización del procesamiento en un único laboratorio y la integración informatizada del mismo con las unidades de salud, trajo, principalmente, la satisfacción de la persona usuaria. El procedimiento acortó caminos para las personas, ofreciendo más comodidad, ya que ellas pararon de desplazarse de la unidad de salud más próxima de su casa para realizar la colecta o recibir los resultados de cualquier examen de Patología Clínica que les fuera solicitado. De esa forma, el sistema implantado en Curitiba ha venido cumpliendo su papel en el objetivo de ofrecer la atención en el momento oportuno y en el local adecuado, establecida por la Secretaría Municipal de Salud. El sistema trajo bastante agilidad, seguridad, optimización en el proceso de trabajo.

En 2007, fueron realizados 136 tipos de exámenes, en un total de 2.128.397 exámenes en 440.769 personas usuarias, una media de 4,82 exámenes por persona. El costo medio del examen fue de R\$ 2,51, muy inferior al costo medio de los exámenes del SUS, con la oferta de una cartera bien amplia de exámenes y con riguroso control de calidad.

Fuente: Ito y Schneider (2008)

El sistema de asistencia farmacéutica

El segundo sistema de apoyo, fundamental para la organización de las RASs, es el sistema de asistencia farmacéutica.

El sistema de asistencia farmacéutica envuelve una organización compleja ejercida por un grupo de actividades relacionadas con los medicamentos, destinadas a apoyar las acciones de salud demandadas por una comunidad, englobando intervenciones logísticas relacionadas con la selección, la programación, la adquisición, el almacenamiento y la distribución de los medicamentos, así como acciones asistenciales de la farmacia clínica y la vigilancia como el formulario terapéutico, la dispensación, la adhesión al tratamiento, la conciliación de medicamentos y la farmacovigilancia. Los ciclos logísticos, así como la farmacia clínica, deben estar apoyados por la farmacoeconomía y por la farmacoepidemiología (MINISTERIO DE SALUD, 2002; MARIN *et al.*, 2003; GOMES *et al.*, 2007).

La cuestión de la asistencia farmacéutica puede ser abordada a partir de múltiples facetas. Aquí se concentra en la visión de su microgestión, asociada a su logística y a las intervenciones asistenciales y de vigilancia en los niveles primario, secundario y terciario de las RASs, sin considerar los aspectos de las macropolíticas de medicamentos que son, también, muy relevantes.

La importancia de los medicamentos en la atención de salud es creciente, ya sea del punto de vista económico o del punto de vista sanitario.

En Europa, entre 4% y 34% de las personas mayores de 65 años de edad utilizan 5 o más medicamentos (JUNIUS-WALKER *et al.*, 2007), sin saber mucho sobre los efectos combinados de muchos medicamentos (NOLTE y McKEE, 2008). Boyd *et al.* (2005) mostraron que, siguiéndose las directrices clínicas existentes, una mujer hipotética con 75 años de edad, portadora de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes tipo 2, hipertensión, osteoartritis y osteoporosis tomaría una cantidad de 12 medicamentos, una mezcla que representa alto riesgo para la salud de esa señora.

En la perspectiva económica, los medicamentos constituyen el segundo mayor ítem de gastos de los sistemas de atención de salud, solamente superados por la atención hospitalaria. Además, los gastos con asistencia farmacéutica son crecientes, lo que se deriva de la combinación de tres factores: el aumento del número de personas que consumen medicamentos, el aumento del número de prescripciones por personas y el costo de las prescripciones derivado de las innovaciones tecnológicas. Generalmente, el crecimiento de los gastos con asistencia farmacéutica supera el incremento del Producto Interno Bruto de los países, generando problemas de financiamiento. En Canadá, el gasto con medicamentos en relación a los gastos totales de salud subió de

9,5% en 1985 para 17,0% en 2006. Los gastos *per capita* con medicamentos aumentaron de 735 dólares canadienses en 2005 para 773 dólares en 2006, un incremento de 5,1% mucho superior a la inflación. Desde 1997, entre las principales categorías de gastos en salud, el gasto con medicamentos fue el segundo de mayor volumen, superado, apenas, por los gastos hospitalarios. Los gastos con medicamentos constituyeron 57% de los gastos hospitalarios totales y superaron, fuertemente, los gastos con los médicos (CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, 2006).

Los gastos con medicamentos, tomados en una perspectiva de futuro, tienden a incrementarse en función de la transición demográfica. Estudios realizados en Italia mostraron que existe una concentración de los gastos con medicamentos en la población de más de 65 años de edad; por ejemplo, el grupo de 70 a 75 años, que constituye 5% de la población, es responsable por 13% de los gastos totales con medicamentos en aquel país (MEANA, 2007).

Otro problema de la asistencia farmacéutica reside en la desigualdad del acceso. En Brasil, de acuerdo con datos de la Febrafarma de 2002, 15% de la población con ingresos superiores a 10 salarios mínimos consumió 48% de los medicamentos, mientras que 51% de la población con ingresos menores que 4 salarios mínimos consumió, apenas, 16% (VALENTE, 2004).

Del punto de vista sanitario, el manejo inadecuado de los medicamentos puede producir resultados desastrosos. En los Estados Unidos, mitad de las muertes causadas por intervenciones del sistema de atención de salud fue determinada por reacciones adversas del uso de medicamentos, lo que podría representar hasta 50 mil muertes por año (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999). En ese mismo país, el uso inadecuado de los medicamentos fue responsable por 9 millones de hospitalizaciones por año y por un gasto anual de 75 mil millones de dólares, semejante a lo que se gasta con el control de la diabetes. En América Latina fue verificado, mediante 644 estudios, que menos de 40% de las personas usuarias de los sistemas de atención de salud fueron tratadas con medicamentos en patrones definidos en directrices clínicas (ROJAS, 2006). En São Paulo, en el período de enero de 2005 a marzo de 2006, el Núcleo de Farmacovigilancia de la Secretaría de Estado de Salud recibió, aproximadamente, 9.000 notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos (BARATA y MENDES, 2007).

Por esas razones económicas y sanitarias, se impone en las RASs, organizar el sistema de asistencia farmacéutica, como uno de sus sistemas transversales de apoyo.

Una buena organización del sistema de asistencia farmacéutica presenta resultados muy favorables, tanto en la experiencia internacional como nacional. Experiencias de-

sarrolladas por operadoras de seguros de salud, en los Estados Unidos, mostraron que cada dólar invertido en asistencia farmacéutica generó una economía de 6 dólares en hospitalizaciones y en cirugías (VALENTE, 2004). Resultados económicos muy favorables fueron observados, en Brasil, en una experiencia de auxilio-medicamento de uso continuo de una operadora de salud suplementaria, en relación con las enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar crónica y otras (BARROCA, 2004).

El sistema de asistencia farmacéutica engloba dos grandes componentes: la logística de los medicamentos y la farmacia clínica. Por eso, en la construcción de las RASs, la organización del sistema de atención farmacéutica debe considerar esas dos dimensiones. Generalmente, en Brasil, prevalecen los esfuerzos en la organización de los ciclos logísticos y se coloca, aún, poco esfuerzo en el componente asistencial y de vigilancia de la farmacia clínica. Es necesario considerar que todas las actividades de la asistencia farmacéutica deben ocurrir de forma ordenada, ya que una actividad ejecutada de manera inapropiada perjudicará todas las otras actividades del sistema (CONSEJO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SALUD, 2007a).

Los ciclos logísticos de los medicamentos son la selección, la programación, la adquisición, el almacenamiento y la distribución.

La selección de los medicamentos constituye el eje central del ciclo logístico de la asistencia farmacéutica y se materializa en una relación estandarizada de medicamentos. La selección tiene como objetivos proporcionar beneficios terapéuticos, tales como la promoción del uso racional y la mejora de la resolutivez terapéutica, y económicos, como la racionalización de los costos (MARIN *et al.*, 2003). La selección presupone la institución de una Comisión de Farmacia y Terapéutica, con carácter multidisciplinario, compuesta por médicos, farmacéuticos, enfermeros, farmacólogos clínicos, farmacoepidemiólogos y otros. Sin embargo, en la perspectiva de las RASs y de uno de sus instrumentos de base, la gestión de la clínica, el insumo fundamental para la selección son las directrices clínicas que especifican los medicamentos que deben ser utilizados en el sistema de atención de salud.

La programación de los medicamentos es la actividad que tiene como objetivo garantizar la disponibilidad de los medicamentos previamente seleccionados, en las cantidades adecuadas y en el momento oportuno, para atender las necesidades de una población determinada, considerándose un cierto período de tiempo (MARIN *et al.*, 2003). Existen varios métodos de programación para medicamentos, siendo los principales la programación por el perfil epidemiológico, por la oferta de servicios, por el consumo histórico y por el consumo ajustado (MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH, 1997). En la perspectiva de las RASs y de la gestión de la clínica, la programación de medicamentos se realiza por el perfil epidemiológico y de forma ascendente. La programación de los medicamentos hace parte

de la tecnología de gestión de la condición de salud y es realizada a partir de la planilla de programación contenida en la líneas-guía y en los protocolos clínicos, con base en la estratificación de los riesgos de las condiciones de salud de cada persona usuaria del sistema de atención de salud, registrada en las unidades de salud.

La adquisición de los medicamentos constituye un conjunto de procedimientos mediante los cuales se efectúa el proceso de compra de los medicamentos definidos en la programación, con el objetivo de hacerlos disponibles en cantidad, calidad y con costo/efectividad, buscando mantener la regularidad y el funcionamiento del sistema de asistencia farmacéutica. La adquisición de los medicamentos envuelve múltiples dimensiones: la jurídica, el cumplimiento de las formalidades legales; la técnica, el cumplimiento de las especificaciones técnicas; la administrativa, la selección de los proveedores y el cumplimiento de los plazos de entrega; y la financiera, la disponibilidad presupuestaria y financiera, las economías de escala y la evaluación del mercado (CONSEJO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SALUD, 2007a).

El almacenamiento de los medicamentos consiste en una serie de procedimientos técnicos y administrativos que envuelven las actividades de recibimiento, almacenamiento, seguridad, conservación y control. El almacenamiento adecuado reduce las pérdidas de medicamentos, garantiza la preservación de la calidad de los fármacos y engloba varias actividades como el cumplimiento de las buenas prácticas de almacenamiento, la cualificación del recibimiento de los medicamentos y el control del stock (CONSEJO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SALUD, 2007a).

La distribución de los medicamentos se realiza a partir de la programación hecha por diferentes solicitantes y tiene como objetivo satisfacer las necesidades de medicamentos por un período determinado de tiempo. Una distribución adecuada de los medicamentos debe garantizar la rapidez en la entrega, la seguridad, el transporte adecuado y un sistema de información y control eficiente (MARIN *et al.*, 2003).

Un segundo componente importante del sistema de asistencia farmacéutica es la farmacia clínica.

Ese componente es fundamental en la asistencia farmacéutica. Basta verificar el crecimiento de la oferta de medicamentos. En 2007, habían más de 13 mil drogas diferentes a venta en los Estados Unidos, 16 veces más que la cantidad disponible hace 50 años. Con la posibilidad casi infinita de combinaciones de esas drogas, en función de diferentes condiciones de salud, haciéndose muy difícil prever y monitorear las interacciones adversas (CHRISTENSEN *et al.*, 2009)

Infelizmente, el componente de la farmacia clínica ha sido relegado a un segundo plano en el SUS, lo que determina resultados económicos y sanitarios inadecuados en

relación al uso de medicamentos. Una explicación para esa subvalorización de la farmacia clínica puede estar en el tecnicismo de la práctica, en la formación insuficiente de los farmacéuticos en los aspectos de la clínica y en la consideración de los medicamentos como un bien de consumo y no como un insumo básico de salud. En ese sentido, Marin *et al.* (2003) afirman que la sobrevalorización de las acciones de adquisición, almacenamiento y distribución y la retirada de los farmacéuticos de las otras cuestiones que integran la asistencia farmacéutica generó, en Brasil, una visión fragmentada de la asistencia farmacéutica. Pero la razón fundamental para la sobrevalorización de los ciclos logísticos farmacéuticos está en una visión equivocada que instituye como objeto de la asistencia farmacéutica, el medicamento; al contrario de una propuesta consecuente de asistencia farmacéutica que disloca su objeto del medicamento, colocando como su sujeto, las personas usuarias del sistema de atención de salud. Por otro lado, la introducción de la farmacia clínica cambia el papel del farmacéutico que de un profesional que trabaja con medicamentos, pasa a ser miembro de un equipo multiprofesional de salud, interactuando con los demás profesionales y relacionándose con las personas usuarias, sus familias y la comunidad, de manera que promueva vínculos permanentes, con base en la acogida y en la humanización de las prácticas clínicas.

Una visita a la literatura internacional muestra que existen evidencias sobre los resultados positivos de la introducción de la farmacia clínica en los sistemas de atención de salud. Estudios aleatorios realizados para medir los efectos de la introducción del farmacéutico clínico en la APS, en 208 ancianos que tomaban cinco o más medicamentos, mostró una reducción de prescripciones inadecuadas y de los efectos adversos de esos medicamentos (HANLON *et al.*, 1996). Ensayo aleatorio sobre el trabajo conjunto de médicos y farmacéuticos, realizado en 95 adultos con hipertensión arterial, concluyó que las personas atendidas por esos profesionales, conjuntamente, tenían 55% de chance de alcanzar las metas de control de presión frente a, apenas, 20% de los que recibieron la atención convencional, sin el trabajo conjunto (BODGEN *et al.*, 1998). Estudio aleatorio evaluó pacientes con hipertensión arterial manejados conjuntamente por médicos de APS y farmacéuticos y mostró que ese trabajo integrado mejoró el control de la presión arterial y redujo los costos medios por consulta (BORENSTEIN, 1998). Ensayo aleatorio con 181 portadores de insuficiencia cardíaca mostró que la introducción del farmacéutico en el equipo multidisciplinario determinó una reducción de la mortalidad; la acción del farmacéutico envolvió evaluación de la medicación, recomendaciones a los médicos, educación de las personas usuarias y seguimiento a través de llamadas telefónicas (GATTIS *et al.* 1999). Documento del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, analizando el trabajo de farmacéuticos trabajando con los médicos generalistas, concluyó que ese trabajo conjunto aumentó las revisiones sobre medicamentos y aseguró que las personas usuarias recibieran los cuidados que necesitaban (DEPARTMENT OF HEALTH, 2002). Ensayo aleatorio, realizado en Canadá, mostró que la introducción del farmacéutico clínico en un equipo multidisciplinario

mejoró la calidad de la prescripción y de la atención en 80 pacientes portadores de insuficiencia cardíaca (BUCCI *et al.*, 2003). Estudio aleatorio constató que la integración del farmacéutico en la atención ayudó a reducir la prescripción inapropiada, mejoró el gerenciamiento de la enfermedad y aumentó la adhesión al tratamiento (TAYLOR *et al.*, 2003). Una revisión de Cochrane, envolviendo más de 40 farmacéuticos y 16 mil pacientes, mostró que la participación del farmacéutico en la clínica mejoró la educación de las personas usuarias y de los médicos (BENEY *et al.*, 2004).

Las evidencias comprueban la necesidad de la valorización relativa de la farmacia clínica. En ese sentido, vale la pena escuchar la advertencia de Wiedenmayer *et al.* (2006): *“Los farmacéuticos deberían salir de atrás del mostrador y comenzar a servir al público, proporcionando cuidado en vez de apenas pastillas. No existe futuro en el simple acto de dispensación. Esa actividad puede y será realizada por la Internet, máquinas y/o técnicos bien entrenados. El hecho de que el farmacéutico tiene un entrenamiento académico y actúa como un profesional de salud lo obliga a servir a la comunidad de una manera mucho mejor que en la actualidad”*.

El componente de la farmacia clínica envuelve el formulario terapéutico, la dispensación, la adhesión al tratamiento, la conciliación de medicamentos y la farmacovigilancia.

El formulario terapéutico es el documento que reúne los medicamentos disponibles y que presenta informaciones farmacológicas destinadas a promover el uso efectivo, seguro y económico de esos productos. Ese formulario debe contener todos los medicamentos que constan en una lista de medicamentos, agrupados por sistema o clase farmacológica o terapéutica, y debe contener: las informaciones farmacéuticas, farmacológicas y terapéuticas fundamentales para cada uno de los medicamentos; las normas y los procedimientos que regulan su prescripción, dispensación y uso; y otras informaciones adicionales que se consideren importantes (MINISTERIO DE SALUD, 2002; MARIN *et al.*, 2003).

La dispensación de los medicamentos tiene como objetivo garantizar la entrega del medicamento correcto a la persona usuaria, en la dosis y en la cantidad prescrita, con instrucciones suficientes para su correcto uso y su acondicionamiento, con el fin de garantizar la calidad del producto. La dispensación busca propiciar a la persona usuaria correcta comprensión de la forma de utilización del medicamento. La dispensación tendrá las funciones de información, orientación, educación sobre los medicamentos prescritos y los momentos de definición de un plan de acompañamiento con la persona usuaria (MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH, 1997; CONSEJO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SALUD, 2007a). Un nuevo concepto de dispensación es la dispensación especial, que ha sido puesto a prueba en una experiencia de asistencia farmacéutica en Minas Gerais, y consiste en: selección de las personas usuarias para dispensación

por el farmacéutico, de acuerdo con prioridades de atención definidas (personas en la primera consulta con diagnóstico de hipertensión, diabetes, tuberculosis, lepra y asma; prescripciones con 4 o más medicamentos; pacientes especiales remitidos por los médicos, etc.); elaboración de una guía para dispensación en tres etapas: verificación del conocimiento de la persona usuaria sobre su enfermedad, comprensión de la receta de la persona usuaria y comprensión del uso de los medicamentos prescritos; y educación permanente de los farmacéuticos clínicos (GOMES *et al.*, 2007; SOLER, 2008).

La adhesión al tratamiento es un componente crítico de la asistencia farmacéutica. Documento publicado por la Organización Mundial de la Salud enfatiza múltiples aspectos del problema de la adhesión al tratamiento medicamentoso: la transición epidemiológica que determina el aumento relativo de las condiciones crónicas y el consecuente incremento de los medicamentos de uso continuo, dificultan la adhesión a los tratamientos medicamentosos; en los países desarrollados la adhesión media es de 50% y en los países en desarrollo ese porcentaje es menor; las consecuencias de la no adhesión a los tratamientos prolongados causan resultados sanitarios insatisfactorios y aumentan los costos de la atención de salud; la mejora de la adhesión a los tratamientos medicamentosos, aumenta la seguridad de las personas usuarias de los sistemas de atención de salud; el aumento de la efectividad de las intervenciones sobre la adhesión puede tener un impacto mucho mayor en la salud de la población que cualquier mejora en tratamientos médicos específicos; las personas usuarias de los sistemas de atención de salud deben ser ayudadas y no culpadas por la no adhesión a los tratamientos medicamentosos; y el trabajo multidisciplinario y la participación de la familia y de la comunidad son importantes para la adhesión a los tratamientos medicamentosos (SABATÉ, 2003). Estudios realizados en los Estados Unidos mostraron que la no adhesión a los tratamientos medicamentosos es responsable por el incremento de las hospitalizaciones, de las consultas ambulatorias y de las emergencias, en un valor anual estimado en más de 50 mil millones de dólares (JOHNSON y BOOTMAN, 1995). Otros estudios realizados en China, en Gambia y en Seychelles mostraron que, apenas, 43%, 27% y 26%, respectivamente, de las personas usuarias, siguen los tratamientos anti-hipertensivos prescritos; en Australia, apenas 43% de los portadores de asma utilizan los medicamentos todo el tiempo; en portadores de VIH/SIDA la adhesión a los agentes antirretrovirales varía entre 37% y 83% de acuerdo con las drogas utilizadas (SABATÉ, 2003). La no adhesión a los tratamientos medicamentosos está asociada a varios factores: factores sociales y económicos, factores relacionados con el equipo y el sistema de atención de salud, factores relacionados con la condición de la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con las personas usuarias de los sistemas de atención de salud (GOMES *et al.*, 2007).

En función de esos problemas la adhesión a los tratamientos se impone en la asistencia farmacéutica. La adhesión, en términos más generales, es definida como la medida en la que el comportamiento de una persona - tomar un medicamento, seguir

una dieta y/o adoptar un nuevo estilo de vida - está de acuerdo con las recomendaciones de los profesionales de salud. La adhesión no debe ser vista, exclusivamente, como la adopción de una prescripción del equipo de salud, sino como un acuerdo entre la persona usuaria y el equipo de salud derivado de una relación cooperativa y horizontal entre ellos (GOMES *et al.*, 2007). Las intervenciones consensuadas deben estar presentes en el plan de cuidado de cada persona usuaria. Entre las intervenciones efectivas para aumentar la adhesión a los tratamientos medicamentosos están la utilización de equipos multiprofesionales, de autocuidado apoyado, de los cuidados farmacéuticos, de las directrices clínicas, de los formularios terapéuticos, de la gestión de caso en situaciones indicadas, de los recordatorios y los *feedbacks* y de los incentivos morales y económicos; pero existen evidencias de que la adhesión mejora cuando esas intervenciones son utilizadas conjuntamente, como parte de una práctica clínica innovadora, orientada por un modelo de atención de salud adecuado (GOMES, *et al.*, 2007).

La adhesión a los tratamientos medicamentosos puede envolver las siguientes actividades: identificación de las personas usuarias con dificultades de adhesión al tratamiento; reconocimiento de los factores de la no adhesión, según los cinco ejes principales; análisis de esos factores y selección de los puntos que permiten intervenciones efectivas; establecimiento, en conjunto, equipo de salud y persona usuaria, de un plan de intervención y de su acompañamiento, con metas factibles, que debe ser parte del plan de cuidado de aquella persona; promoción de posibles ajustes; y monitoreo periódico de las metas establecidas (GOMES *et al.*, 2007). La alfabetización sanitaria tiene relación directa con la no adhesión a los medicamentos y, entre las habilidades cognitivas de una persona, está su capacidad de comprender una receta médica y de tomar los medicamentos correctamente (INSTITUTE OF MEDICINE, 2004). Estudios revelaron que 50% de los medicamentos prescritos no son tomados correctamente por las personas (DUNBAR-JACOB y SCHLENK, 2001). Para superar esa dimensión de la no adhesión a los tratamientos medicamentosos, ha sido propuesta, con resultados favorables, la utilización de grupos focales de personas usuarias de la asistencia farmacéutica (JACO- BSON *et al.*, 2007).

La conciliación de medicamentos es un método destinado a la racionalización de la utilización de los medicamentos y tiene como objetivo disminuir los errores de medicación cuando la persona usuaria de un sistema de atención de salud cambia de nivel de asistencia. El cambio del nivel de asistencia, o punto de transición, ocurre en situaciones tales como hospitalización, transferencia entre clínicas en un mismo hospital o entre hospitales, alta para casa y atención hospitalaria (ROSA *et al.*, 2007). Sin embargo, en la perspectiva de las RASs, con la introducción de la gestión de la clínica que implica la estratificación de los riesgos de cada condición de salud, se impone una situación adicional de punto de transición cuando la persona usuaria

evoluciona de un estrato de riesgo para otro, independientemente del cambio del punto de atención de salud.

Las razones para la introducción de la conciliación de medicamentos en la asistencia farmacéutica son diversas: los puntos de transición son críticos, pues en ellos, suele ocurrir un gran número de errores de medicación debido a informaciones incorrectas como la omisión de dosis, dosis y posología diferentes y vías de administración inapropiadas. Fue estimado que entre 46% y 56% de los errores de medicación en hospitales ocurrieron en los puntos de transición y esos errores son considerados eventos adversos evitables (GOMES *et al.*, 2007). Estudios mostraron que la introducción de la conciliación de medicamentos en los hospitales reduce las discrepancias entre las prescripciones hospitalarias y los medicamentos utilizados en domicilios, promoviendo una disminución aproximada de 70% de los errores de medicación (INSTITUTE OF MEDICINE, 2006a).

Los pasos para la implantación de la conciliación de medicamentos son: organización de equipo multidisciplinario mínimo, compuesto por médico, enfermero y farmacéutico, para desarrollar y monitorear la conciliación de medicamentos; estandarización de los instrumentos utilizados, como los cuestionarios para la obtención de las informaciones de los medicamentos utilizados por las personas usuarias en los puntos de transición; definición de los responsables por la conciliación de medicamentos en los puntos de transición; verificación detallada del histórico de utilización de las medicaciones, confiriendo los medicamentos, entrevistando las personas usuarias y los familiares, revisando las historias clínicas y examinando las informaciones con médicos, enfermeros y farmacéuticos; elaboración de listas de los medicamentos utilizados por las personas usuarias en domicilios; implantación de la conciliación de medicamentos en todos los puntos de transición de la RAS; y educación permanente del equipo multiprofesional para ejercitar la conciliación de medicamentos (GOMES *et al.*, 2007).

La farmacovigilancia se refiere a la identificación y a la evaluación de los efectos, agudos o crónicos, de los riesgos del uso de los tratamientos farmacológicos en el conjunto de la población o en grupos de personas usuarias de los sistemas de atención de salud expuestos a tratamientos medicamentosos específicos (MINISTERIO DE SALUD, 2002). La farmacovigilancia, en las RASs, con utilización de tecnologías de gestión de la clínica hace parte de la tecnología de gestión de las condiciones de salud, en su componente de gestión de los riesgos de la atención de salud. Un buen ejemplo de farmacovigilancia está en la Comunidad Autónoma de Cantabria, en España, donde fue instituido un centro de farmacovigilancia que promueve: la recepción, evaluación, clasificación y registro de las reacciones adversas de medicamentos que se producen en el ámbito de los servicios de salud de aquella comunidad; la coordinación con todas las instituciones de salud de la comunidad autónoma con el fin de optimizar la notifi-

cación de reacciones adversas de medicamentos; la operación de un módulo de informaciones sobre notificaciones de reacciones adversas de medicamentos; la articulación con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; y la elaboración de documentos, informes y boletines sobre el control de las reacciones adversas de los medicamentos (SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD, 2007).

Los sistemas de información en salud

El tercer componente de los sistemas de apoyo, en las RASs, son los sistemas de información en salud.

Los sistemas de información en salud han sido considerados como herramientas importantes para el diagnóstico de situaciones de salud con miras a la producción de intervenciones sobre las necesidades de la población. Los sistemas de información en salud constituyen un esfuerzo integrado para coleccionar, procesar, reportar y usar información y conocimiento para influenciar las políticas, los programas y la investigación (ABOUZHR y BOERMA, 2005).

Los sistemas de información en salud comprenden: los determinantes sociales de la salud y los ambientes contextuales y legales en los cuales los sistemas de atención de salud operan; los insumos de los sistemas de atención de salud y los procesos relacionados a ellos, incluyendo la política y la organización, la infraestructura sanitaria, los recursos humanos y los recursos financieros; el desempeño de los sistemas de atención de salud; los resultados producidos en términos de mortalidad, morbilidad, carga de enfermedades, bienestar y estado de salud; y la equidad en salud.

La construcción social de las RASs, para ser consecuente, tiene que ser respaldada por informaciones de calidad, ofrecidas por buenos sistemas de información en salud. Informaciones eficaces ayudan a los tomadores de decisiones a perfeccionar sus decisiones y conducen a la mejora de los servicios públicos. Las buenas informaciones permiten reducir la incertidumbre y disminuyen los riesgos asociados al proceso decisorio. Existen evidencias que respaldan esa afirmación, como el caso de Reino Unido (AUDIT COMMISSION, 2008). En relación a los países pobres es necesario considerar lo que dicen AbouZahr y Boerman, 2005: *“No es porque los países son pobres que ellos no pueden tener buena información; es porque ellos son pobres que ellos no pueden prescindir de la buena información”*. O como dice Victora (2008), con un poco de broma y mucha verdad, refiriéndose a una observación hecha, hace tiempo, por un importante farmacólogo brasileño que afirmaba que no había estadísticas sobre picadas de cobra en Brasil porque las estadísticas no existen donde las cobras viven: *“hay que llevar las estadísticas para donde están las cobras”*. Y las estadísticas se nutren de informaciones que deben ser llevadas para donde las cobras están.

El recuadro 5 a seguir propone un sistema de auditoría del uso de informaciones en las organizaciones.

Recuadro 5: Checklist sobre el uso de las informaciones en las organizaciones

¿Nuestra organización tiene la información relevante que ella necesita?	<input type="checkbox"/>
· ¿Cómo sabemos que los tomadores de decisiones tienen las informaciones que necesitan?	<input type="checkbox"/>
¿Cómo seleccionamos las informaciones que son necesarias? Estamos actuando bien o mal al suministrarlas?	<input type="checkbox"/>
· ¿Podemos tomar decisiones sobre áreas geográficas basadas en informaciones relativas a esas áreas?	<input type="checkbox"/>
· ¿Nuestros informes para las decisiones de los gestores contienen informaciones sobre costos, tendencias, opinión pública y comparadores, así como indicadores de desempeño y metas?	<input type="checkbox"/>
· ¿Intercambiamos informaciones, segura y productivamente, dentro de nuestra organización y con nuestros aliados?	<input type="checkbox"/>
¿La información en nuestra organización está basada en datos de buena calidad?	<input type="checkbox"/>
· ¿En las decisiones más recientes, que grado de confianza tenemos en la calidad de los datos que las respaldaron?	<input type="checkbox"/>
· ¿Cómo decidimos lo exacta y oportuna que las informaciones deben ser?	<input type="checkbox"/>
¿Las informaciones son bien presentadas en nuestra organización?	<input type="checkbox"/>
· ¿Las informaciones son presentadas de manera que los tomadores de decisiones puedan comprenderlas e interpretarlas fácilmente?	<input type="checkbox"/>
· ¿Podemos mejorar la presentación de las informaciones? Los tomadores de decisiones dan <i>feedback</i> sobre las informaciones que les son presentadas?	<input type="checkbox"/>
¿Nuestra organización tiene suficiente capacidad para trabajar con las informaciones?	<input type="checkbox"/>
· ¿Existen sistemas de información adecuados y capacidad para producir buenas informaciones?	<input type="checkbox"/>
¿Los tomadores de decisiones tienen capacidad para interpretar las informaciones? ¿Cómo podemos ayudarlos a mejorar la capacidad de interpretación de las informaciones?	<input type="checkbox"/>
· Tenemos deficiencias en analizar y presentar las informaciones? ¿Cómo podemos superarlas?	<input type="checkbox"/>
¿Cuánto nuestra organización evalúa sus informaciones?	<input type="checkbox"/>
· ¿Con qué frecuencia evaluamos si disponemos de la información adecuada y la usamos de la mejor forma? ¿Qué hemos aprendido con eso?	<input type="checkbox"/>

Fuente: Audit Commission (2008)

Brasil tiene una larga experiencia con sistemas de información en salud, que comenzó en la década de 60 y se consolidó en los años 70, en forma de sistemas nacionales de información y como parte de una decisión estratégica del régimen militar de estandarizar y centralizar las estadísticas nacionales (LOUREIRO, 2003). Sin embargo, la existencia de sistemas nacionales de salud debe ser vista de forma positiva porque permite comparaciones nacionales que son valiosas para la mejora de la calidad del sistema de atención de salud. Campillo (2008) considera que la existencia de múlti-

ples sistemas de información en salud en las diferentes Comunidades Autónomas de España se asemeja con una Torre de Babel.

Un estudio realizado por la Cámara Técnica de Información e Informática del Consejo Nacional de Secretarios de Salud, en los años 2004 y 2005, verificó la existencia de 797 sistemas de información en salud funcionando en las Secretarías de Salud de los Estados, siendo 11 de ellos, de base nacional. Se acordó denominar como sistemas de información de base nacional los que, por su alta relevancia, fueron definidos como sistemas de utilización obligatoria en todos los estados y en todos los municipios de la Federación, siendo su base de datos consolidada y mantenida por el Ministerio de Salud, a través del Departamento de Informática del SUS, el DATASUS (CONSEJO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SALUD, 2007b). Ese mismo estudio concluyó que había problemas en los sistemas de información en salud en el país. Los principales fueron: cantidad exagerada de sistemas; recursos humanos de baja calificación para operar los sistemas; deficiencias de equipamiento; desconocimiento de aspectos relacionados al área de informática; poco uso de las informaciones producidas por los tomadores de decisiones; ausencia de control de calidad, formal o informal; y fragilidad de los mecanismos de control de la privacidad de los datos. A todo esto, pueden añadirse las fallas en la transposición de datos entre formularios, la codificación errónea o inadecuada y la ausencia de criterios y los fraudes.

Los sistemas de información en salud del SUS presentan, por lo tanto, problemas de exceso injustificado y de baja calidad, ya sea en la precisión (validad, confiabilidad y compleción), ya sea en la actualidad, en la facilidad de recuperación, en la redundancia y en la integración. Risso (2006) sugiere para la mejora de las informaciones en salud, las siguientes medidas: la definición clara de cada elemento del banco de datos con el fin de evidenciar las ambigüedades; la estandarización del uso de terminología y clasificación; el entrenamiento de los recursos humanos involucrados con la información; la mejora de la anotación de las informaciones en las historias clínicas; y el mantenimiento y la auditoría externa.

Una propuesta clave, buscada en la experiencia internacional, y fundamental para Brasil, es la integración de los sistemas de información en salud. Campillo (2008), hablando sobre la necesidad de integración de los sistemas de información en salud en España, propone las siguientes medidas: revisar a fondo los objetivos que deben alcanzar los sistemas; homogeneizar las definiciones de servicios, procedimientos, variables e indicadores; estandarizar los procesos de colecta y procesamiento de los datos; y establecer una identificación única de las personas usuarias de los sistemas de atención de salud. Como herramienta esencial aboga por la utilización de *dataware-houses* como un almacén de datos que contiene la información integrada de una organización, procedente de varios orígenes. En Brasil, la Política Nacional de Informá-

tica e Información en Salud, elaborada en 2004, tuvo como objetivo promover el uso innovador, creativo y transformador de la tecnología de información, para mejorar los procesos de trabajo en salud, resultando en un Sistema Nacional de Información en Salud articulado, que pueda producir informaciones para los ciudadanos, la gestión, los profesionales de salud, la generación de conocimientos y el control social. Ese sistema integrado debe garantizar una mayor eficiencia y calidad, contribuyendo para la mejora de la salud de la población brasileña (MINISTERIO DE SALUD, 2004). Un gran esfuerzo de integración de las informaciones en salud ha sido realizado por la Red Interinstitucional de Informaciones para la Salud (RIPSA, 2008). Esa red, constituida por 21 instituciones, ha venido buscando integrar y cualificar, a nivel nacional y en los estados, las informaciones para la salud.

Cabe destacar que un factor fundamental para la mejora de los sistemas de formación en salud es la utilización de esas informaciones como insumos en la producción cotidiana de las decisiones de los gestores de los sistemas de atención de salud, como sustenta la atención de salud basada en evidencia.

En el SUS hay seis sistemas de base nacional principales: el Sistema de informaciones de mortalidad (SIM), el Sistema de informaciones sobre Nacidos Vivos (SINASC), el Sistema de informaciones de enfermedades de notificación obligatoria (SINAN), el Sistema de informaciones ambulatorias del SUS (SIA SUS), el Sistema de Informaciones Hospitalarias del SUS (SIH SUS) y el Sistema de información de atención básica (SIAB). Existen, además de estos, otros sistemas importantes como el Registro de Establecimientos de Salud (CNES), la Autorización de procedimientos ambulatorios de alta complejidad/costo (APAC) y el Sistema de informaciones sobre presupuestos públicos en salud (SIOPS).

El Sistema de Informaciones de Mortalidad (SIM) fue creado en 1975 y dispone de datos informatizados desde 1979. Está basado en un instrumento estandarizado de colecta de datos, la Declaración de Óbito (DO). El análisis de las informaciones del SIM permite la construcción y el monitoreo de importantes descriptores de la mortalidad como la mortalidad por causas, por sexo, local de ocurrencia y residencia y las tasas de mortalidades infantil y materna. Existe en el país, además, problemas de cobertura de ese sistema que varió de 71,4% a 89,9% en el período de 1994 a 2004 (CONSEJO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SALUD, 2007c). El SIM presenta las siguientes fortalezas: la disponibilidad, la accesibilidad a los datos; la oportunidad, el tiempo transcurrido entre la referencia de los datos y su disponibilidad; la consistencia de los datos, la plausibilidad, basada en parámetros aceptables; la compleción, la frecuencia y proporción de registros no hechos en el documento de colecta o la no obtención del dato para su registro; y la clareza metodológica referente a las instrucciones de los manuales (MEIRA, 2008).

El Sistema de Informaciones sobre Nacidos Vivos (SINASC) está basado en un instrumento estandarizado de colecta de datos que es la Declaración de Nacidos Vivos (DN). El número de nacidos vivos es el denominador que posibilita la constitución de indicadores para la evaluación de riesgos de salud del segmento materno-infantil como la mortalidad infantil, la mortalidad materna, los nacidos vivos con bajo peso, los nacidos vivos prematuros, los nacidos vivos por edad de las madres, número de consultas prenatales realizadas para cada nacido vivo, valores del índice Apgar, etc. La cobertura del SINASC, en 2004, fue estimada en 90% del total de nacidos vivos en el país, superando la de nacimientos registrados en notaría (RIPSA, 2008).

El Sistema de informaciones sobre enfermedades de notificación obligatoria (SINAN) es alimentado por las notificaciones e investigaciones de casos y enfermedades que constan en una relación nacional de enfermedades de notificación obligatoria. Esa relación nacional puede ser complementada por enfermedades de interés de los estados o municipios. La utilización de sus informaciones permite la realización de diagnóstico y monitoreo de eventos ocurridos en una población, suministrando subsidios para determinaciones causales de las enfermedades notificables, así como para la elaboración del perfil de la situación de salud de una determinada región. El SINAN está basado en dos formularios estandarizados: la ficha individual de notificación y la ficha individual de investigación. El sistema presenta, en el país, varias regiones en las que el encerramiento oportuno de las enfermedades notificadas, se sitúa abajo del valor normativo de 70%.

El Sistema de informaciones ambulatorias del SUS (SIA SUS) ofrece a los gestores instrumentos para operacionalización de las funciones de registro, control presupuestario, control y cálculo de la producción y para la generación de informaciones necesarias para el pago de los procedimientos ambulatorios. Propicia, además, informaciones para la gestión de la capacidad instalada y producida, así como de los recursos financieros presupuestados y transferidos a los prestadores de servicios y permite estudios epidemiológicos relacionados con la morbilidad ambulatoria. El SIA SUS es importante para el estudio de la oferta de servicios, englobando todos los procedimientos de atención de salud que no requieran hospitalización, siendo ampliamente descentralizado en los estados y municipios, además de reflejar la producción mensual de las unidades del SUS. El SIA SUS permite la caracterización de la red, en un cuadro general de disponibilidad de recursos tecnológicos y humanos, por municipio, región sanitaria, estado o país. El documento básico generador del sistema es el Boletín de Producción Ambulatoria (BPA), producido por las unidades ambulatorias del SUS. Se estima que el sistema capte y procese más de 200 millones de consultas ambulatorias por mes (RIPSA, 2008).

El Sistema de informaciones hospitalarias del SUS (SIH SUS) fue instituido en 1976 por el Instituto Nacional de Seguridad Social. En 1986 fue extendido a los hospitales

filantrópicos, en 1987 a los hospitales de enseñanza y en 1991 a los hospitales públicos federales, de estados y municipios. Su concepción inicial fue para controlar los costos del sistema hospitalario vinculado al SUS, a través de una interpretación nacional de la propuesta del *diagnostic-related group* (DRG) que se implantaba en países desarrollados. El sistema está estructurado con base en la capitación de los datos de las autorizaciones de hospitalizaciones (AIHs), que son generadas en el propio hospital por medio magnético, a través del programa desarrollado por el DATASUS y distribuido gratuitamente a las unidades hospitalarias. Suministra informaciones sobre los recursos financieros asignados para cada hospital que forma parte del SUS, las principales causas de hospitalización en Brasil, la relación de los procedimientos realizados en cada hospital, municipio y estado, el número de camas existentes para cada especialidad, el tiempo medio de permanencia de la persona usuaria y la tasa de ocupación del hospital. Los datos son utilizados para estudios en el área de vigilancia en salud (CARVALHO y EDUARDO, 1998). Se estima que el SIH SUS reúna informaciones sobre 60 a 70% de las hospitalizaciones realizadas en el país (RIPSA, 2008). El SIH SUS tiene algunas limitaciones: la morbilidad selectiva, enfermedades que requirieron hospitalizaciones y personas que a pesar de necesitar no se hospitalizan; y el sistema no identifica rehospitalizaciones y transferencias (MEIRA, 2008).

El Sistema de información de atención básica (SIAB) es un instrumento utilizado en la APS prestada a través del PSF. Este sistema está estructurado a partir de un proceso de territorialización que envuelve microáreas de acción de agentes comunitarios de salud y áreas de cobertura de los equipos del PSF. El sistema supone la identificación del modelo de atención de salud, practicado en cada local. El SIAB está dirigido a coleccionar, agregar y procesar informaciones sobre la población adscrita a la APS. Son instrumentos de colecta de datos: el registro de las familias; el acompañamiento de las gestantes; el acompañamiento de los portadores de hipertensión; el acompañamiento de los portadores de diabetes; el acompañamiento de los portadores de tuberculosis; el acompañamiento de los portadores de lepra; el acompañamiento de los niños; y el registro de las actividades, de los procedimientos y de las notificaciones. Son instrumentos de consolidación de los datos: los informe consolidados anuales de las familias registradas; el informe de la situación de salud y el acompañamiento de las familias; y los informes de producción y marcadores para evaluación (MINISTERIO DE SALUD, 2003).

La eficacia de algunos de esos sistemas de información en salud, especialmente los vinculados a la producción de servicios, es potencializada por la introducción de sistemas logísticos potentes como las historias clínicas.

LOS SISTEMAS LOGÍSTICOS DE LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

Un cuarto componente de las redes de atención de salud son los sistemas logísticos. Los sistemas logísticos son soluciones tecnológicas, fuertemente ancoradas en las tecnologías de información, que garantizan una organización racional de los flujos y contraflujos de informaciones, productos y personas en las RASs, permitiendo un sistema eficaz de referencia y contrarreferencia de las personas e intercambios eficientes de productos e informaciones, en todos los puntos de atención de salud y sistemas de apoyo en esas redes.

Los sistemas logísticos, en las RASs, están vinculados al concepto de integración vertical. La integración vertical se refiere a la combinación, en una misma organización o en una alianza interorganizacional, de diferentes unidades productivas que eran previamente autónomas, pero cuyos productos son insumos de una unidad para otra (DOWLING, 1997). Los factores motivadores de la integración vertical la superación de la fragmentación de los sistemas de atención de salud, la obtención de menores costos de transacción en el sistema y el aumento de la productividad por la utilización óptima de los recursos comunes.

La integración vertical tiene su referencia en el concepto de cadena de valor que representa la secuencia de procesos de producción interrelacionados, de los más básicos insumos (recursos humanos, materiales y financieros) para la producción de servicios, hasta la distribución de los servicios al consumidor final. El concepto económico de cadena de valor es interpretado en los sistemas de atención de salud como el continuo de cuidados.

En las RASs, aunque la integración vertical pueda darse a través de la formación de una entidad única de propiedad, consiste fundamentalmente, en comunicar los diferentes puntos de atención de salud y los sistemas de apoyo, de diferentes prestadores de servicios, mediante sistemas logísticos potentes, con el objetivo de obtenerse una atención de salud coordinada en el continuo de cuidados.

Los sistemas logísticos organizan los flujos y contraflujos de las personas, de los productos y de las informaciones en las RASs mediante sistemas estructurados con base en tecnologías de información. Existe una percepción creciente de que es necesario invertir fuertemente en tecnologías de información para mejorar la calidad de los servicios de salud. Eso fue percibido en los Estados Unidos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001), en Canadá, en Noruega, en Dinamarca, en el Reino Unido, en Nueva Zelandia, en Australia (CANADA HEALTH INFOWAY, 2006) y en África del Sur (SHAW, 2005). El programa de gobierno del Presidente norteamericano Barak Obama incluyó una política de mejora de la calidad de la función de compra de servicios de salud mediante el uso extensivo de historias clínicas informatizadas, con una inversión de 10 mil millones de dólares por año, en cinco años (CAREY *et al.*, 2009).

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

La tarjeta de identificación de las personas usuarias

La tarjeta de identificación de las personas usuarias es el instrumento que permite asignar un número de identidad único a cada persona que utiliza el sistema de atención de salud.

La tarjeta de identificación de las personas usuarias puede ser simplemente una tarjeta con un número único, para una región o para un país, o una tarjeta inteligente, con capacidad de almacenamiento de informaciones. Ciertamente, los recursos tecnológicos y los costos de los sistemas definirán las posibilidades de una o de otra solución, en cada realidad singular. Lo fundamental es que la tarjeta permita la identificación incuestionable de su portador en cualquier punto de atención de salud o sistema de apoyo de las RASs, en todo el territorio de cobertura de esas redes e, incluso, en locales fuera de esa cobertura, resguardados por las posibilidades de la portabilidad de derechos sanitarios interregionales que son garantizados en algunos sistemas de atención de salud, entre ellos, el SUS. Es interesante que esa tarjeta permita identificar el territorio de residencia y las familias de las personas usuarias.

En el SUS, existe una propuesta de tarjeta de identificación de las personas usuarias que es la Tarjeta Nacional de Salud o “Cartão SUS” (MINISTERIO DE SALUD, 2008b). La Tarjeta Nacional de Salud es un instrumento que posibilita la vinculación de los procedimientos ejecutados en el ámbito del SUS a la persona usuaria, al profesional que los realizó y, también, a la unidad de salud donde fueron realizados. Para eso, es necesario la construcción de registros de personas usuarias, de profesionales de salud y de unidades de salud. A partir esos registros, las personas usuarias del SUS y los profesionales de salud reciben un número nacional de identificación. Cada servicio prestado en un establecimiento público de salud es registrado a través de la tarjeta de la persona usuaria en el banco de datos del SUS. Todas las historias clínicas de personas usuarias están disponibles en la red del sistema; de esa forma, aunque la prestación de los servicios ocurra en otros establecimientos e incluso en otros estados, el sistema es actualizado y es posible que el profesional de salud sepa lo que ya fue hecho. La integración del sistema de atención de salud es muy importante porque posibilita la emisión de un histórico confiable del paciente, fundamental para orientar el profesional de salud, así como para disminuir la posibilidad de fraudes, ya que cuando es prestado un servicio de salud o es solicitado un medicamento, debe indicarse para quien fueron destinados.

La Tarjeta Nacional de Salud, del punto de vista tecnológico, está basada en cinco componentes principales: las tarjetas de identificación de las personas usuarias y profesionales; los terminales de atención y los equipamientos para almacenamiento y tratamiento de la base de datos, los servidores; los *softwares*; la red de comunicación; y los aspectos de seguridad. En la concepción del proyecto de la Tarjeta Nacional de Salud, la cuestión de la Seguridad en la captación, transmisión y almacenamiento de las informaciones tuvo gran importancia. Por esa razón, como parte de la arquitectura del sistema, fue definida una política de seguridad que abarcó los requisitos de privacidad, autenticidad, integridad, control del acceso y auditoría de los datos de salud, vinculados al sistema de la tarjeta. A partir del registro y de la emisión de la tarjeta, sería posible identificar la persona usuaria en todos sus contactos con el SUS y acompañar su evolución dentro del sistema, con efectos en la atención individual y en la planificación de las acciones de salud. Sin embargo, un proyecto-piloto, llevado a cabo en 44 municipios, no permitió superar los problemas de concepción y de implementación de la propuesta (VASCONCELOS, 2005).

Debe reconocerse que el proyecto de la Tarjeta Nacional de Salud no produjo los resultados que se imaginaban, a pesar de los grandes esfuerzos y los significativos recursos financieros invertidos. En diciembre de 2006, habían 122 millones de personas registradas, lo que representaba 68,9% de la población brasileña total. Fueron validados aproximadamente 100 millones de estos registros y emitidos apenas 23 millones de tarjetas, lo que correspondía a 27% de las personas registradas (CONSEJO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SALUD, 2007d).

Por eso, algunos tienen dudas sobre la viabilidad de una tarjeta única de identificación nacional, aunque un número único sea una exigencia en un sistema público que garantice la portabilidad de derechos sanitarios entre los municipios y entre los estados. La experiencia muestra que hay varios municipios brasileños que desarrollaron una solución local para la identificación de las personas usuarias que parece funcionar, como es el caso de Curitiba. En ese municipio, la Secretaría Municipal de Salud implantó una tarjeta de identificación de las personas usuarias hace más de 10 años y funciona bien, la Tarjeta Calidad-Salud (SCHNEIDER *et al.*, 2001; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010).

Las historias clínicas

Las historias clínicas son definidas por el Consejo Federal de Medicina (2002a) como un *“documento único constituido por un conjunto de informaciones, de señales y de imágenes registradas, generadas a partir de hechos, evento y situaciones relacionados con la salud del paciente y la asistencia prestada, de carácter legal, sigiloso y científico, que posibilita la comunicación entre miembros del equipo multiprofesional y la continuidad de la asistencia prestada al individuo”*. La historia clínica no pertenece al

médico, a los otros profesionales de salud o a la institución prestadora de los servicios; la historia clínica constituye un instrumento de comunicación entre los profesionales responsables por el cuidado, la persona usuaria y el servicio de salud (SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE MINAS GERAIS, 2008).

Además de su función comunicacional, las historias clínicas son utilizadas como herramientas de gestión y educación de los profesionales y las personas usuarias. Las historias clínicas son un elemento fundamental en la gestión de la atención de salud ya que, de ellas se derivan flujos importantes para alimentar los sistemas de información en salud, los bancos de datos y de conocimientos, la investigación científica, la teleasistencia, el sistema de gestión de la clínica y el sistema de gestión financiera. En la gestión de la clínica, las historias clínicas informatizadas son fundamentales para permitir el registro de las personas usuarias por subpoblaciones estratificadas por riesgos y para emitir alertas y dar *feedbacks* a los profesionales de salud y a las personas usuarias.

Las historias clínicas pueden existir en su versión de papel o informatizada.

Aunque la historia clínica en papel tiene algunas ventajas, sus desventajas son claras, tales como: no es accesible de forma remota; sólo puede estar en único lugar a cada momento; búsqueda lenta; es siempre acumulativa, se tiene la historia, pero no el resumen hasta el presente estado; los sistemas administrativos como facturación y programación requieren esfuerzo manual de integración; surgimiento de varias historias clínicas en varios puntos de atención de salud para la misma persona usuaria, implicando problemas logísticos en el manejo de las historias clínicas; y la información no es siempre almacenada de forma consistente y uniforme (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA EN SALUD, 2000).

Para Porter y Teisberg (2007) las historias clínicas informatizadas son indispensables para agregar valor a la salud, por las siguientes razones: reducen el costo de las transacciones y eliminan papel; reducen los costos de mantener registros completos de todas las acciones direccionadas a la persona usuaria y de todas las instalaciones utilizadas; colocan las informaciones sobre las personas usuarias instantáneamente disponibles para los profesionales de salud; permiten el intercambio de informaciones en tiempo real entre los profesionales de salud y las instituciones para mejorar la toma de decisiones; facilitan la generación de informaciones sobre las personas usuarias a través de los episodios y del tiempo; hacen parte de las herramientas de apoyo a decisiones en la prestación de los servicios de salud; y crean una plataforma de informaciones de la cual se pueden extraer resultados de prestadores y métricas de experiencias, a un costo menor que el de las planillas papel.

El Cuadro 5 muestra las diferencias entre las historias clínicas sin informatización y con informatización.

Cuadro 5: Diferencias entre las historias clínicas con y sin informatización

SIN INFORMATIZACIÓN	CON INFORMATIZACIÓN
Sin gerencia de la información	Con gerencia de la información
Memorización de la información para la toma de decisiones	Herramientas interactivas para la toma de decisiones
Acciones probabilísticas	Toma de decisiones científicas
Acciones individuales	Acciones con utilización de las directrices clínicas
22% a 38% de las informaciones de las personas usuarias no disponibles	Informaciones completas, relevantes e instantáneas

Fuente: Departamento de Informática en Salud (2000)

Se ha venido consolidando una posición de que las historias clínicas deben ser informatizadas, ya que la introducción de tecnologías de información viabiliza la implantación de la gestión de la clínica en las organizaciones de salud y reduce los costos por la eliminación de retrabajos y de redundancias en el sistema de atención de salud. En los Estados Unidos fue propuesta la eliminación de las historias clínicas de papel en una década (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). Incluso en países en desarrollo, se impone la implantación de historias clínicas informatizadas porque esa herramienta, ciertamente, constituye una tecnología de ruptura que permite quemar etapas en el desarrollo gerencial y clínico de los sistemas de atención de salud. Es lo que se constató en el municipio de Janaúba, en Minas Gerais, localizado en una de las regiones más pobres del estado (ALBUQUERQUE, 2008).

Las historias clínicas son instrumentos fundamentales para la organización del proceso decisorio clínico, ya que estandarizan la información de salud que es heterogénea, inherentemente producida, compleja y poco estructurada. Esa estandarización permite reducir la complejidad y producir decisiones más eficientes y efectivas.

La historia clínica informatizada es un conjunto de datos de salud, almacenados en medio electrónico y agregados por el identificador unívoco de la persona usuaria. Idealmente ese conjunto de datos debería representar el registro de los eventos relacionados con la salud de la persona, del nacimiento hasta la muerte (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA EN SALUD, 2000).

Las historias clínicas deben incorporar diferentes dimensiones informacionales: narrativas, como la historia clínica; textos: abreviaturas y frases telegráficas, como presión arterial; medidas, como signos vitales, exámenes físicos y exámenes laboratoriales; imágenes generadas por aparatos, como radiografías y ultrasonografías; y otras, como diseños y vocabulario local. La estructura de las historias clínicas debe propiciar la toma de decisiones que envuelvan: símbolos, caracteres almacenados en un medio; datos, observaciones registradas; informaciones, datos organizados y analizados; conocimientos, interpretación de las informaciones; y sabiduría, integración del conocimiento en una visión funcional del mundo real (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA EN SALUD, 2000).

Las historias clínicas informatizadas únicas pueden ser parte de un sistema más amplio de registro electrónico de salud. Los registros electrónicos de salud son sistemas de centralización de los datos sobre las personas usuarias de los sistemas de atención de salud, organizados a partir de la identificación de esas personas, de forma longitudinal, envolviendo todos los puntos de atención de salud y todos los servicios prestados.

En el Reino Unido, las historias clínicas informatizadas fueron definidas, de forma restricta, con informaciones temporarias registradas en un único punto de atención de salud (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2005), pero no hay concordancia sobre la diferencia entre la historia clínica informatizada y el registro electrónico de salud (CANADÁ HEALTH INFOWAY, 2006), aunque los primeros puedan estar mejor articulados con el monitoreo y la investigación de la salud de poblaciones y no apenas de individuos (NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, 2006).

Una propuesta de un registro electrónico estandarizado está siendo desarrollada en Canadá. En la visión canadiense, los registros electrónicos únicos contribuyen con la reducción de las listas de espera, el aumento de la participación de las personas usuarias en la atención de salud, una mayor eficiencia en el manejo de las condiciones crónicas y la reducción de los efectos adversos de los medicamentos. Ese registro debe ser construido a partir de patrones consistentes, debe permitir una interoperacionalidad dentro y entre diferentes jurisdicciones sanitarias, debe catalizar el desarrollo de nuevas info-estructuras y debe garantizar los mismos patrones de calidad. De esa forma, el registro electrónico estandarizado facilitará el intercambio de informaciones clínicas a lo largo del continuo de la atención, garantizará la privacidad y la confidencialidad de las informaciones, permitirá la identificación de las personas usuarias, integrará la historia clínica con el diagnóstico de imágenes, resultados de exámenes, procedimientos de asistencia farmacéutica, exámenes de análisis clínicos, histórico de procedimientos preventivos, los diagnósticos y la evolución de la condición de salud. Ese registro electrónico estará accesible en todos los puntos de atención de salud de las RASs de manera que pueda permitir, con las restricciones definidas, el acceso de los diferentes

prestadores de servicios y de las propias personas usuarias. Se estima que la introducción del registro electrónico estandarizado en Canadá representará una economía 1 a 1,9 mil millones de dólares anuales solamente con la eliminación de exámenes múltiples innecesarios y promoverá una reducción significativa de las reacciones adversas de medicamentos (CANADA HEALTH INFOWAY, 2006).

Los elementos fundamentales de una historia clínica son: su ámbito, definido por la identificación de la persona usuaria, por la anamnesis, por el examen físico, por los exámenes complementarios, por el diagnóstico o hipótesis diagnóstica, por el plan de cuidados, por las intervenciones promocionales, preventivas y curativas realizadas, por las recetas electrónicas y por el registro de la evolución clínica; la integración comunicacional de todos los puntos de atención de salud de las RASs y, de ellos con los recursos comunitarios; el empoderamiento de las personas usuarias para las acciones de autocuidado; la viabilización de una atención de salud más segura, reduciendo los errores médicos y las reacciones adversas de medicamentos; la mayor eficiencia de atención de salud mediante la reducción de la duplicación de procedimientos en varios puntos de atención de salud; el manejo más efectivo de portadores de condiciones crónicas persistentes; la incorporación de los requisitos de auditabilidad y seguridad; la incorporación del requisito de estandarización, es decir, que los datos puedan ser codificados, clasificados y analizados; la incorporación de instrumentos de apoyo a las decisiones clínicas como algoritmos decisorios derivados de directrices clínicas basadas en evidencias, guías de medicamentos, recordatorios y alertas para los profesionales de salud; el módulo gerencial compuesto por el control del stock, compras, facturación y control patrimonial; el formateo de informes clínicos y gerenciales que serán periódicamente emitidos; y en RASs territorializadas, el geoprocésamiento de los datos (SHIMAZAKI, 2008).

Las características fundamentales de las historias clínicas son la privacidad, la confidencialidad y la seguridad de las informaciones. Informaciones equivocadas o incorrectas pueden determinar trastornos para las personas usuarias, en los planes individual y colectivo, ignorando los derechos de ciudadanía. Además, se rompen las relaciones de vínculo, fundamentadas por la ética, y se pone en riesgo la confiabilidad del sistema de atención de salud. Y puede generar sanciones éticas, penales o civiles (CONSEJO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SALUD, 2007c).

Las historias clínicas, generalmente, son individuales. Pero para instituciones que se basan en la salud de la familia, como es el caso del SUS, esas historias clínicas deben ser familiares. En la práctica, eso significa que la unidad de registro es la familia, con sus miembros, y que el formateo de la historia clínica debe incorporar herramientas de abordaje familiar como el genograma, la clasificación de riesgos familiares, etc.

Una de las funciones esenciales de las historias clínicas, en el manejo de las condiciones crónicas, es generar un registro de cada condición establecida por grados de

riesgos, envolviendo todos los usuarios portadores de esas condiciones singulares. El registro de una condición de salud es una lista de personas portadoras de esa condición con informaciones clínicas que permitan la mejora de la atención y propicien el monitoreo de la atención (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008). Es decir, el registro de una condición es una lista de una subpoblación portadora de determinada condición crónica, subdividida por riesgos y con la anotación de las principales intervenciones que deben ser realizadas y monitoreadas. De esa manera, un buen registro debe identificar las subpoblaciones portadoras de condiciones crónicas; permitir acompañar los individuos y grupos con esas condiciones crónicas; permitir emitir recordatorios y dar *feedbacks* a los equipos de salud y las personas usuarias; y hacer posible una extracción eficiente de datos claves, especialmente para el monitoreo de los planes de cuidado. Esos registros deben: ser fácil de usar; ser diseñados de manera que permitan una entrada fácil de los datos; permitir organizar los datos por subpoblaciones de riesgos; producir informes de forma rápida; proveer resúmenes que puedan ser utilizados por los equipos de salud; generar recordatorios y alertas para el equipo de salud; ser utilizable para cualquier condición crónica; contar solamente los datos necesarios para el manejo de las condiciones crónicas; no requerir habilidades de informática muy elevadas; no ser contaminados por informaciones no clínicas; y tener como papel principal orientar la atención y permitir el monitoreo (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

Los registros de los usuarios por condiciones crónicas pueden ser clasificados en cuatro categorías: Categoría D: no hay registro; Categoría C: hay un registro en papel o medio electrónico, pero se limita al nombre del usuario, diagnóstico, información sobre el contacto y la fecha de la última visita; Categoría B: hay un registro electrónico que permite a los profesionales de salud buscar datos y hacer preguntas sobre las personas usuarias; Categoría A: hay un registro electrónico que está integrado con la historia clínica y con las directrices clínicas y que permite proveer recordatorios y alertas (WHITE, 1999).

Un buen registro de portadores de condiciones crónicas posibilita que la práctica clínica sea más proactiva, monitorear las personas usuarias, establecer buena comunicación con ellas y manejar mejor sus condiciones de salud. Por ejemplo, un registro de portadores de diabetes que lista los nombres de todas las personas con esa enfermedad, estratificadas por riesgos, sus medidas clínicas claves, permite rápidamente, identificar: las personas usuarias que necesitan un contacto personal o telefónico; cuales personas usuarias deben tener un monitoreo de hemoglobina glicada (por ejemplo, relacionar todas las personas con hemoglobina glicada superior a 7%); las personas usuarias con factores de riesgo (por ejemplo, relacionar todos los tabaquistas); las personas usuarias con examen oftalmológico actualizado; las personas usuarias con control lipídico; las personas usuarias con presión arterial controlada; las personas usuarias con exámenes de rutina de los pies; y el estado de las metas de autocuidado. Además, esos registros deben permitir la producción

de informes para cada persona usuaria o por grupos de personas usuarias, incluyendo la presentación de gráficos por períodos de tiempo. En el caso de registros para hipertensión arterial debe proveer informaciones sobre el control de la presión arterial, el control lipídico, los medicamentos utilizados, el control del peso y el estado de las metas de autocuidado (OLDHAM y MAUNDER, 1999).

La construcción de los registros de condiciones de salud es un proceso que envuelve: identificar la población total de responsabilidad del sistema de atención de salud; dividir esa población total en subpoblaciones por riesgos; establecer metas para las diferentes subpoblaciones; con base en la literatura, establecer las intervenciones de efectividad comprobada para cada subpoblación de riesgo; evaluar la brecha entre las intervenciones ideales y las intervenciones realmente ofertadas; programar las intervenciones que serán ofertadas; monitorear, por subpoblaciones, las intervenciones y las metas definidas; definir las fuentes, la periodicidad y la responsabilidad de la producción de las informaciones que serán monitoreadas; recopilar los datos de las diferentes fuentes de información; analizar esas informaciones y presentarlas de forma amigable para sus diferentes utilizadores; crear mecanismos de *feedbacks*, alertas y recordatorios para los profesionales de salud; crear resúmenes clínicos para ser usados, por los profesionales, en los diferentes tipos de cuidado; automatizar el proceso; garantizar la actualización constante de las informaciones; y promover la educación de los profesionales para el uso del registro (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

Existen evidencias de que los registros de condiciones de salud funcionan por varias razones: porque no es posible prestar una atención basada en la población sin esa herramienta; porque garantizan una atención de mejor calidad de las condiciones crónicas; porque aumentan la satisfacción de las personas usuarias con la atención recibida; porque, sin los registros de las condiciones de salud, existe una tendencia a subestimar los portadores de condiciones crónicas y a sobrestimar las medidas de desempeño clínico; porque proveen un resumen del estado clínico facilitando las intervenciones profesionales; porque ellos muestran el histórico de la atención, producen alertas sobre lo que debe ser hecho y permiten planificar la atención futura; porque su implementación es simple y se hace con economías de escala en la medida en que aumenta el número de personas usuarias registradas (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

Para que las historias clínicas sean implantadas será necesario invertir en la creación de una info-estructura adecuada, lo que incluirá inversiones en hardwares y en sistemas de conexión de redes informáticas. Es fundamental que sean desarrollados incentivos para la adopción y uso de las historias clínicas informatizadas, lo que exigirá un realineamiento de los incentivos morales y económicos a los profesionales de salud para que eso pueda ocurrir (NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, 2006).

Existen evidencias de que las historias clínicas informatizadas mejoran la división del trabajo entre los diferentes prestadores, reducen la redundancia de procedimientos, mejoran el diagnóstico y el plan de cuidado (WHO EUROPEAN OFFICE FOR INTEGRATED SERVICES, 2001). Existen, también, evidencias de que en las situaciones de salud con fuerte hegemonía de condiciones crónicas, las historias clínicas informatizadas y los registros de las condiciones crónicas son elementos importantes para la mejora de la: adhesión de los profesionales de salud a las directrices clínicas (HUNT *et al.*, 1998; GARG *et al.*, 2005; KAWAMOTO *et al.*, 2005; GLASGOW *et al.*, 2008); calidad de la atención (RENDERS *et al.*, 2004; SINGH 2005a); de los resultados clínicos (WAGNER, 1998, RENDERS *et al.*, 2004; SINGH, 2005a; TIRNEY *et al.*, 2005; GLASGOW *et al.*, 2008); el control de la diabetes (GODHDES *et al.*, 1996; NEWTON *et al.*, 1999; SADRUR *et al.*, 1999; STROEBEL *et al.*, 2002; MEIGS *et al.*, 2003; BENEDETTI *et al.*, 2004); del control de las enfermedades cardiovasculares (CHD COLLABORATIVES, 2007); del control del asma (McCOWAN *et al.*, 2001), del control de la depresión (SAUNDERS *et al.*, 1998; SIMON *et al.*, 2000); y de la atención de las personas mayores (MONANE *et al.*, 1998). Además, permiten disminuir las consultas en la atención primaria de salud (ZHOU *et al.*, 2007).

Recientemente han sido introducidas las historias clínicas informatizadas personales que no son operacionalizadas por un sistema institucional de salud. Esas historias clínicas informatizadas recopilan datos de todos los proveedores de servicios, transfiriendo su control para las personas usuarias. Esas historias clínicas personales se diferencian de las institucionales que no son portátiles, ni interoperables. Las personas usuarias pueden llevarlas donde quiera que vayan. Microsoft y Google lanzaron nuevas herramientas innovadoras de historias clínicas informatizadas personales, tales como Docvia, posibilitando que las personas de cualquier parte del mundo administren su propia salud utilizando la Internet o sus teléfonos móviles, por menos de diez centavos por consulta (CHRISTENSEN *et al.*, 2009).

Los sistemas de acceso regulado a la atención de salud

Los sistemas de acceso regulado a la atención de salud están constituidos por estructuras operacionales que median una oferta determinada y una demanda por servicios de salud, de manera que el acceso sea racionalizado de acuerdo con grados de riesgos y normas definidas en protocolos de atención de salud y en flujos asistenciales.

Los sistemas de acceso regulado a la atención de salud tienen los siguientes objetivos: organizar el acceso de forma equitativa, transparente y con seguridad; organizar el acceso con foco en la persona usuaria; desarrollar y mantener actualizados los protocolos de atención de salud organizadores del proceso de regulación del acceso; instrumentalizar

los flujos y procesos relativos a los procedimientos operacionales de regulación del acceso; implementar una red informatizada de apoyo al proceso de regulación del acceso; mantener un cuerpo de profesionales capacitados para la regulación del acceso; y generar sistemas de monitoreo y evaluación de sus actividades a través de la generación de informes estandarizados (Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais, 2005).

Los sistemas de acceso regulado a la atención de salud pueden ser operados en módulos, como el módulo de regulación de hospitalizaciones electivas, el módulo de regulación hospitalizaciones de urgencia y emergencia, el módulo de regulación de consultas y exámenes especializados, el módulo de registro de los establecimientos de salud y otros. Para eso, es necesario establecer debidamente un perfil de oferta de servicios, mediante un registro de los servicios que constituyen una red de atención de salud.

En las redes de atención de salud de base territorial, los sistemas de acceso regulado a la atención de salud deben estar organizados en módulos integrados por territorios locales, microrregionales, macrorregionales, en estados y, en algunas redes entre estados.

Los sistemas de acceso regulado a la atención de salud están constituidos por un *software* de regulación y por una infoVía necesaria para su operacionalización. La implantación de los sistemas de acceso regulado a la atención de salud puede ser a través de etapas de implantación: el mapeo de los puntos de atención de salud y de los sistemas de apoyo de las redes de atención de salud, la construcción de base de datos, la integración de los sistemas, la capacitación operacional de los actores envueltos y el monitoreo operacional.

La regulación del acceso a la atención de salud se produce a través de una solicitud de un gestor o de servicio demandante a una central de regulación que opera con un *software* electrónico y que programa el servicio con un prestador adecuado para brindar una atención pronta y de calidad a la persona usuaria, de acuerdo con los flujos de atención previamente definidos.

En las RASs, construidas con el centro de comunicación en la atención primaria de salud, los accesos interniveles para los procedimientos electivos serán regulados, principalmente, por ese nivel de atención de salud, articulados con centrales de programación electrónica.

En el SUS, hay una diferencia entre regulación asistencial y regulación del acceso. La regulación asistencial es el conjunto de relaciones, saberes, tecnologías y acciones que intermedian la demanda de las personas usuarias por servicios de salud y el acceso a ellos y la regulación del acceso es el establecimiento de medios y acciones para garantía del derecho constitucional del acceso universal, integral y ecuánime, independien-

temente del pacto previo establecido en la programación pactada e integrada y de la disponibilidad de recursos financieros (Ministerio de Salud, 2006a).

Para operar la regulación del acceso a la atención de salud son instituidos complejos reguladores que consisten en la articulación y en la integración de centrales de atención a hospitalizaciones de urgencia y emergencia o electivas, a consultas y a servicios especializados y a sistemas de apoyo diagnóstico y terapéutico, con base en protocolos de atención de salud. La operación de los complejos reguladores, en lo que se refiere a las transferencias intermunicipales, puede ser hecha de tres formas: por el gestor del estado, que se relacionará con la central municipal que realiza la gestión del prestador; por el gestor del estado, que se relacionará directamente con el prestador cuando esté con la gestión del estado; o por el gestor municipal, con cogestión del estado y representación de los municipios de la región (Ministerio de Salud, 2006a).

La central de regulación debe operar con protocolos de atención y, en algunos casos, con la opinión de un médico regulador, disponible en el sistema 24 horas por día. Ese regulador puede intervenir en la programación de consultas y exámenes especializados y en situaciones de urgencias y emergencias. Su función es examinar las evidencias clínicas del caso, encaminar la persona usuaria a un servicio adecuado con el fin de garantizar la mejor opción de atención posible. La efectividad de ese agente regulador aumenta cuando el sistema cuenta, en cada servicio de mayor importancia relativa en la red de atención de salud, con un profesional de salud cualificado que realizará la auditoría concomitante del caso.

Los sistemas informatizados del complejo regulador deben tener los siguientes objetivos: hacer transparente los recursos de salud para la población propia y referenciada; viabilizar la distribución de los recursos asistenciales disponibles de forma regionalizada y jerarquizada; acompañar dinámicamente la ejecución de los techos pactados entre las unidades y los municipios; permitir la referencia de pacientes en todos los niveles de atención en las redes de prestadores públicos y privados; identificar las áreas de desproporción entre la oferta y la demanda; subsidiar la renegociación en la programación pactada e integrada (PPI) y el cumplimiento de los términos de garantía de acceso; y permitir el acompañamiento de la ejecución, por prestador, de las programaciones hechas por el gestor.

Las funcionalidades generales de un sistema de regulación del acceso a la atención de salud abarcan: permitir el control del acceso de las personas usuarias al sistema informatizado, especialmente a través de los equipos de atención primaria de salud; configurar el perfil del establecimiento de salud en lo que se refiere a su naturaleza de ejecutante o solicitante, a la oferta y la complejidad de la misma; configurar la programación pactada e integrada (PPI) para la población propia y referenciada, su validez

y control financiero; configurar la oferta por establecimiento, por validez y control financiero; permitir la jerarquización entre las centrales de regulación; interactuar con otros bancos de datos del SUS; generar archivos para base de datos nacionales; y generar informes operacionales y gerenciales (Consejo Nacional de Secretarios de Salud, 2007d).

Los tres sistemas logísticos mencionados - tarjeta de identificación de los usuarios, historia clínica y sistema de acceso regulado a la atención de salud - pueden, en determinados modelos operacionales, estar integrados en un sistema único, como ocurre en la Comunidad Autónoma de Andalucía, en España (Servicio Andaluz de Salud, 2007).

Los sistemas de transporte en salud

Los sistemas de transportes en salud tienen como objetivo estructurar los flujos y contraflujos de personas y de productos en las RASs. Esos sistemas deben transportar las personas usuarias en busca de atención de salud, pero también, garantizar el movimiento adecuado de material biológico, de residuos de los servicios de salud y de los equipos de salud.

Los sistemas de transporte en salud son soluciones logísticas transversales a todas las RASs, imprescindibles para el acceso a los puntos de atención de salud y a los sistemas de apoyo diagnóstico y terapéutico.

Los sistemas de transporte en salud están estructurados en diferentes subsistemas: el subsistema de transporte en salud de personas, el subsistema de transporte en salud de material biológico y el subsistema de transporte en salud de residuos de los servicios de salud. A su vez, esos subsistemas pueden organizarse en módulos de transporte en salud.

El subsistema de transporte en salud de personas se destina a las personas usuarias que demandan los servicios de salud con incapacidad física y/o económica de desplazarse por medios ordinarios de transporte. Ese subsistema se limita a los desplazamientos por causas clínicas y funcionales (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2005). Por lo tanto, hay dos razones principales para el transporte en salud de personas: la incapacidad de ambular en función de determinaciones clínicas y/o funcionales o la imposibilidad financiera para costear el transporte que permitiría tener acceso a los servicios de salud.

La cuestión del transporte en salud de personas es central en el acceso a los servicios prestados en la RASs, siendo considerada una de las principales barreras para

el acceso de las personas usuarias a los servicios. Como se vio anteriormente, en la discusión sobre los fundamentos de las RASs, el acceso a los servicios está fuertemente influenciado por costos de oportunidad, especialmente en las situaciones electivas. Por eso, si se agrega a los costos de oportunidad, normalmente altos, el costo económico del transporte, el acceso será muy perjudicado.

La importancia de los sistemas de transporte en salud de personas ha sido considerada con prioridad en países desarrollados. En los Estados Unidos, estudio realizado con beneficiarios del Medicaid mostró que el acceso a los servicios preventivos de menores de 20 años fue menor en aquellas familias que tenían dificultades para costear el combustible necesario para desplazarse (TEXAS A E M LIBRARIES, 2007). En el mismo país, una de las quejas más frecuentes de los usuarios de los sistemas públicos Medicare y Medicaid, ha sido la fragilidad del transporte en salud (O'DELL, 2008). En Canadá, el sistema público de salud gastó, en el período de 2006 a 2007, 421,6 millones de dólares con el transporte en salud de personas, un crecimiento anual de 7,2%, uno de los más altos entre todos los ítems de gasto de aquel sistema (FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH BRANCH, 2008). En la región de Juiz de Fora, Minas Gerais, la ausencia de un sistema de transporte electivo eficaz fue responsable por 35% de faltas a procedimientos previamente programados en el SUS (MARQUES *et al.*, 2007).

Por eso, la organización del subsistema de transporte en salud de personas se impone, especialmente en los países en desarrollo, donde la existencia de grandes grupos en situación de pobreza - los más sensibles a esa barrera de acceso a los servicios de salud - demanda un transporte eficiente, oportuno y de calidad. El significado del sistema de transporte en salud de personas es mayor en los sistemas públicos organizados con base territorial, así como en el SUS, en el cual las redes se construyen con concentración relativa de los servicios de atención secundaria y terciaria en polos micro y macrorregionales, imponiendo a la población desplazamientos, más o menos frecuentes, a lugares generalmente distantes y en condiciones muchas veces precarias. Por lo tanto, la institución del subsistema de transporte en salud de personas es una condición para el funcionamiento eficiente y con equidad de las RASs.

El subsistema de transporte en salud de personas opera con acciones primarias y secundarias. El transporte primario en salud se hace de la residencia o del lugar donde se haya presentado una enfermedad o un accidente para una unidad de salud; el transporte secundario se hace entre dos unidades de salud distintas.

El subsistema de transporte en salud de personas puede ser dividido en dos módulos: el módulo de transporte de urgencia y emergencia y el módulo de transporte electivo.

El módulo de transporte de urgencia y emergencia asiste eventos clínicos no conocidos previamente y presenta como variables claves los riesgos clasificados mediante señales de alerta, y el tiempo de desplazamiento para la unidad de atención propia en función de esos riesgos. En el caso del módulo de transporte electivo se envuelve con eventos conocidos y programables, teniendo como variable claves el acceso oportuno, seguro y cómodo a los servicios previamente programados.

El transporte de urgencia y emergencia puede ser asistido, cuando hay necesidad de atención técnico-sanitaria durante el trayecto, y no asistido, cuando esa necesidad no se manifiesta (MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2005). El transporte de urgencia y emergencia puede ser realizado por vía terrestre, aérea o marítima. Debe ser ofrecido de manera idónea, en función de la necesidad y oportunidad, en el menor tiempo posible, con el vehículo apropiado y en la ruta adecuada.

El módulo de transporte de urgencia y emergencia debe ser normalizado de acuerdo con las características técnicas, la naturaleza de los equipamientos médicos y de los equipos. Las rutas deben estar previamente definidas para economía de tiempo y de recursos y los vehículos monitoreados por rastreo por satélite. Sistemas de georreferenciamiento deben ser utilizados.

En el SUS, el módulo de transporte en salud de personas en situación de urgencia y emergencia es parte del Servicio Móvil de Urgencia (SAMU). La estructura inicial propuesta para el SAMU fue de base municipal. Actualmente, existen estados, como Minas Gerais y Santa Catarina, que buscan ampliar el ámbito del SAMU, para que se articule regionalmente, en RASs, abarcando los territorios macro y microrregionales de las redes de atención de urgencia y emergencia. Esa tendencia ha sido incorporada por el Ministerio de Salud.

El módulo de transporte electivo de personas se realiza en situaciones previsibles, sin urgencias, a partir de sistemas de programación previa. Su objeto principal es la atención hospitalaria y las consultas y exámenes especializados ambulatorios. Generalmente, se trata de un sistema no asistido, de naturaleza terrestre y también, debe ser ofrecido de manera idónea, en función de la necesidad y la oportunidad.

El transporte electivo de personas puede ser rutinario o eventual. El primero envuelve transporte para servicios que exigen presencias constantes por un tiempo más o menos largo, como los servicios de quimioterapia y de terapia renal substitutiva. Ese módulo de transporte electivo rutinario podrá tener algunas características que lo diferencien, incluyendo el tipo de vehículo utilizado, en relación al módulo de transporte electivo eventual. El segundo es realizado para servicios discontinuos,

lo que no exige una continuidad de acceso a los servicios por una misma persona usuaria.

La cuestión esencial de ese módulo de transporte electivo de personas es la definición previa de las rutas, especialmente cuando se opera con RASs regionales. Eso envuelve un planificación logística hecha por profesionales con experiencia en logística de transporte. El tráfico dos vehículos por rutas bien establecidas es lo que permite al sistema funcionar con eficiencia porque esos itinerarios fijos producen economía de recursos, principalmente en equipamientos de transporte y personal.

El módulo de transporte electivo de personas necesita un sistema de gerencia adecuada, estructurado con base en un *software* que permita monitorear, en tiempo real, las siguientes variables: la posición del vehículo, el trayecto efectuado, el número de pasajeros, el control del horario de salida y de llegada en la unidad prestadora de los servicios, el control del kilometraje recorrido y la programación de mantenimiento preventivo y correctivo. Los vehículos deben ser rastreados vía satélite (MARQUES *et al.*, 2007).

Los vehículos para el transporte electivo deben ser normalizados en relación a sus características técnicas y de tripulación y las particularidades del ambiente en el que la RAS está operando. Además, deben obedecer las normas para transporte de usuarios con necesidades especiales, como por ejemplo las personas en sillas de ruedas. Generalmente, los vehículos para el transporte electivo son microbuses y, en algunas situaciones, furgonetas, especialmente configurados, internamente, para el transporte en salud.

En regiones en las que existe transporte público de buena calidad, el transporte electivo en salud, en determinadas circunstancias, puede proporcionado mediante el vale-transporte entregado en el momento que el servicio es programado.

El subsistema de transporte en salud de material biológico, en las RASs, se aplica, con frecuencia, al transporte de las muestras de exámenes de patología clínica. La razón se deriva de la propuesta de las RASs de integración horizontal de los sistemas de patología clínica, lo que centraliza el procesamiento de los exámenes y descentraliza la colecta, uniendo esas dos puntas mediante un sistema logístico que está constituido por el subsistema de transporte en salud de material biológico. De esa forma, el vehículo que conduce las personas usuarias a los servicios puede llevar, también, en condiciones seguras, las muestras colectadas en las diferentes unidades de salud.

Ese subsistema de transporte de material biológico debe ser normalizado en relación a las muestras que podrán ser transportadas con seguridad y el acondicionamiento del material para ser transportado, de tal manera que no cause problemas en la fase

analítica de los exámenes. Eso se debe al hecho de que la mayor parte de los problemas de calidad de los exámenes de patología clínica está en la fase preanalítica que envuelve la colecta y el transporte (DEPARTAMENTO DE PROPEDEÚTICA COMPLEMENTARIA, 2007).

El subsistema de transporte de residuos de servicios de salud consiste en la transferencia de los residuos de servicios de salud del depósito de residuos (almacenamiento externo) para la unidad final de destino, utilizando técnicas que garanticen la preservación de las condiciones de acondicionamiento y transporte y la integridad de los trabajadores, de la población y del medio ambiente.

Ese subsistema de transporte en salud, generalmente, hace parte del plan de gestión de residuos de servicios de salud que integra el proceso de licenciamiento ambiental, basado en los principios de la no producción de residuos y en la minimización de la producción de residuos, que apunta y describe las acciones relativas a su manejo, en el ámbito de los establecimientos de salud, contemplando los aspectos referentes a la generación, segregación, acondicionamiento, colecta, almacenamiento, transporte, tratamiento y disposición final, así como la protección de la salud pública.

En la literatura existen controversias sobre la peligrosidad de los residuos de servicios de salud y los riesgos que representan, controversias evidenciadas por las opiniones divergentes entre autores: algunos defendiendo medidas severas porque consideran esos residuos peligrosos y otros que, por no ver relación causal entre el contacto con esos residuos y la adquisición de enfermedades, no los consideran peligrosos (GARCIA, 2003). Sin embargo, la legislación nacional obliga al correcto manejo de los residuos de servicios de salud, lo que incluye su transporte en condiciones adecuadas.

Los residuos de servicios de salud son los residuos provenientes de cualquier unidad que ejecute actividades de naturaleza médico-asistencial humana o animal; provenientes de centros de investigación, desarrollo o experimentación en el área de farmacología y salud; medicamentos e inmunoterápicos vencidos o deteriorados; provenientes de necrotérios, funerarias y servicios de medicina legal; y provenientes de barreras sanitarias (CONSEJO NACIONAL DEL MEDIO AMBIENTE, 2001). De acuerdo con la legislación, ellos son clasificados en cinco grupos: Grupo A: residuos potencialmente infectantes por la posible presencia de agentes biológicos; Grupo B: residuos químicos; Grupo C: residuos radioactivos; Grupo D: residuos comunes; y Grupo E: residuos perforo-cortantes (MARCHI, 2003).

Para garantizar la protección del medio ambiente y de la salud pública, la colecta externa y el transporte de los residuos deben ser hechos en vehículos apropiados. Esos vehículos, son considerados vehículos de transporte de carretera de productos peligrosos, en los términos del Decreto n° 96.044, de 18 de mayo de 1988. Ellos de-

ben obedecer las normas de la Asociación Brasileña de Normas Técnicas y deben ser previamente inspeccionados por el Instituto Brasileño de Metrología, Normativización y Control de Calidad. Después de esa inspección debe ser obtenida una licencia ambiental del órgano competente para que el sistema comience a operar.

Una experiencia exitosa de implantación de transporte en salud ha sido desarrollada por la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais, el Sistema Estatal de Transporte en Salud (SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE MINAS GERAIS, 2008). Esa experiencia muestra que se puede pasar de un sistema de transporte en salud caótico, inefectivo y deshumano para un sistema moderno, efectivo y humanizado, con un costo por persona transportada que corresponde a 25% de ese costo en el sistema tradicional. Más un área en la que se constata la ineficiencia del SUS en el uso de sus escasos recursos.

El Sistema Estatal de Transporte en Salud de Minas Gerais está relatado en el Recuadro 6.

Recuadro 6: El Sistema Estatal de Transporte en Salud de Minas Gerais (SETS)

El SETS tuvo su origen a partir de una experiencia de cooperación entre algunos de los municipios de la microrregión de Juiz de Fora, que se unieron y constituyeron el Consorcio Intermunicipal de Salud Pé da Serra (ACISPES) con el propósito de resolver problemas comunes, para ampliar la capacidad de atención a los ciudadanos y el poder de diálogo de las prefecturas con los gobiernos de los estados y el gobierno federal.

Los consorcios intermunicipales representan un esfuerzo de cooperación, basado en una relación de igualdad entre pares, con la preservación de la autonomía de decisión de los municipios, y se convirtieron en terrenos fértiles para implementación de políticas públicas de carácter regional, siendo el SETS uno de los mejores ejemplos.

La historia se inició cuando, en 2005, a partir de la evaluación del ejecutivo de la ACISPES fue constado un gran número de ausencias de personas en los servicios programados previamente por los municipios de la región junto al municipio-polo de referencia de la atención secundaria y terciaria. Eso tenía impactos negativos en el SUS porque la ausencia llevaba a pérdidas de procedimientos programados y, además, al no pago de los prestadores de servicios que no fueron realizados. Pero lo que más llamó la atención fue el gasto elevado de los municipios con el transporte electivo de las personas, con la multiplicación de esfuerzos por parte de los municipios en la transferencia de personas usando una flota, en su mayor parte, precaria, comprometiendo y trayendo riesgos para las personas usuarias y en desacuerdo con los principios de humanización del SUS.

En ese contexto, la lógica del transporte intermunicipal regular privado inspiró el modelo de lo que posteriormente pasó a ser llamado de SETS.

Recuadro 6: El Sistema Estatal de Transporte en Salud de Minas Gerais (SETS)

Ese tipo de transporte, concedido y regido por normas y reglamentos propios está presente en la mayoría de las ciudades de medio y grande portes, con restricciones en los pequeños municipios del estado, tanto de rutas, como de costo elevado, lo que trae problemas al flujo de pasajeros. La matriz de transporte tiene en cuenta la población, la frecuencia y los costos envueltos en función de las distancias entre las ciudades. Su adecuada provisión, su fiscalización, es de responsabilidad de los gobiernos de los estados y, en el caso del estado de Minas Gerais, del Departamento de Vías Públicas. Ese sistema de transporte es función esencial de cualquier municipio permitiendo el desplazamiento de personas que precisan recorrer largas distancias para el lugar de trabajo, recreación, o en el caso de personas que tengan la necesidad de ser atendidos a través de una consulta preprogramada u otro cualquier procedimiento electivo.

Utilizando la misma lógica y con consultoría especializada en gestión de flotas, fue desarrollada una metodología en la que el costo referente al transporte sería dividido entre los municipios con la utilización de un mismo vehículo para transportar personas de más de un municipio, de acuerdo con la rutas predefinidas.

Para garantizar el control y la calidad del servicio fue introducido el monitoreo, vía satélite, de todos los vehículos para evaluación del desempeño del chofer y del vehículo y para localización del vehículo. Fue incorporada además, la selección y el entrenamiento en conducción defensiva y la acogida de los profesionales involucrados (choferes y agentes de viaje). Fue también necesaria la implantación de un sistema de programación de consultas y lugares, que garantizara al gestor municipal el total control sobre la programación del servicio, vinculado a la liberación de un pasaje para la persona que, gratuitamente, es transportada en el vehículo, constituyendo de esa forma, un completo sistema de logística de transporte en salud.

Ese proyecto integra los municipios de las microrregiones en una misma planificación logística, eficientizando los varios tipos de transporte (transporte de personas usuarias para procedimientos electivos, transporte de material biológico, transporte de servidores públicos en tareas estratégicas), generando economía de escala y racionalidad administrativa. Nació, de esa manera, el SETS con el objetivo de racionalizar el transporte en salud de las personas usuarias del SUS, basado en un sistema de rutas de transporte apoyados en *software* de programación de lugares integrados con las centrales de regulación del estado y con el monitoreo *on-line*, vía GPS.

Como ejemplo, en el municipio de Ewbanck de Cámara, el programador de la Secretaría Municipal de Salud se conecta a Internet y a través de un programa efectúa el registro de las personas usuarias que serán transportadas de aquella ciudad para el servicio de salud en Juiz de Fora (el polo regional), emitiendo, junto con la guía de atención, el pasaje. Las personas embarcan en el microbús en su municipio y se dirigen a la ciudad que polariza el cuidado. La clínica especializada de la ACISPES sabrá, antes de la persona llegar, cuál es su nombre, cuál es el tipo de cuidado y servicio que será necesario, reduciendo el tiempo y el desgaste que ese proceso podría ocasionar, disminuyendo también, los viajes innecesarios y los costos con transporte.

El sistema de programación garantiza informaciones precisas sobre la cantidad de personas transportadas de una determinada ciudad, el número de ausencias en consultas y otros procedimientos, funcionando también, como un componente del sistema de regulación.

Recuadro 6: El Sistema Estatal de Transporte en Salud de Minas Gerais (SETS)

A través de un sofisticado equipamiento de monitoreo y rastreo de vehículos, acoplado al sistema, es posible identificar la localización exacta del vehículo, la velocidad, la duración de su viaje y cuanto tiempo falta para que se complete. Visto que es posible saber la velocidad en la que el microbús se encuentra, es posible evaluar si tal velocidad es la indicada en el trayecto que está siendo recorrido, o si podría modificarla para economizar combustible. Es posible, además, verificar si esa velocidad podría ser mayor en busca de una mayor agilidad. El sistema de logística y monitoreo posibilita el control del kilometraje recorrido por todos los vehículos, siendo posible, además, programar mantenimiento preventivo y correctivo, economizando costos innecesarios.

El SETS se ha mostrado muy eficiente. Un estudio realizado en 19 microrregiones que implantaron el módulo de transporte electivo, mostró que el gasto de costeo por persona transportada fue de un valor medio de R\$ 32,76 antes de la implantación del módulo para un valor medio de R\$ 7,46 con el sistema innovador. Una reducción significativa de 439% por persona transportada.

El SETS electivo, en 2010, estaba implantado en 50 de las 76 microrregiones del estado, lo que significa una población de más de 7 millones de personas viviendo en más de 60% de los municipios mineiros.

Por último, el SETS, se presenta como una alternativa efectiva, eficiente y de calidad para garantizar el acceso oportuno y humanizado de las personas a los servicios de salud del SUS.

Fuentes: Marques y Lima (2008); Marques *et al.* (2010)

EL SISTEMA DE GOBERNANZA DE LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

El quinto componente de las RASs son los sistemas de gobernanza.

La gobernanza es definida por la Organización de las Naciones Unidas como el ejercicio de la autoridad política, económica y administrativa para gestionar los negocios del Estado. Está constituida por complejos mecanismos, procesos, relaciones e instituciones a través de las cuales los ciudadanos y los grupos sociales articulan sus intereses, ejercen sus derechos y obligaciones y resuelven sus diferencias (RONDINELLI, 2006).

La gobernanza de las RASs es el arreglo organizativo uni o pluri-institucional que permite la gestión de todos los componentes de esas redes, de manera que produzca un excedente cooperativo entre los actores sociales en situación, aumente la interdependencia entre ellos y obtenga buenos resultados sanitarios y económicos para la población adscrita. La gobernanza tiene el objetivo de crear una misión y una visión en las organizaciones, definir objetivos y metas que deben ser cumplidos a corto, mediano y largo plazo para cumplir con la misión y con la visión, articular las políticas institucionales para el cumplimiento de los objetivos y metas y desarrollar la capacidad de gestión necesaria para planificar, monitorear y evaluar el desempeño de los gerentes y de la organización (SINCLAIR *et al.*, 2005).

La gobernanza de las RASs es, por lo tanto, diferente de la gerencia de los puntos de atención de salud, de los sistemas de apoyo y de los sistemas logísticos (gerencia hospitalaria, gerencia de los ambulatorios especializados, gerencia de las unidades de APS, gerencia del laboratorio de patología clínica, gerencia de la asistencia farmacéutica, gerencia del transporte en salud, etc.) ya que cuida del gobierno de las relaciones entre la APS, los puntos de atención secundaria y terciaria, los sistemas de apoyo y los sistemas logísticos, de manera que sean articulados en función de la misión, de la visión y de los objetivos comunes de las redes. La gobernanza es un sistema transversal a todas las redes temáticas de atención de salud.

La lógica de la gobernanza de las RASs es distinta de la lógica de gobernanza de los sistemas fragmentados. En los sistemas fragmentados de atención de salud, la incomunicación entre los diferentes puntos de atención de salud y los sistemas de apoyo impone un modelo de gobernanza por estructuras en las que se gestionan, aisladamente, esos diferentes componentes. Existen evidencias de que ese modelo de gobernanza por estructura lleva a resultados sanitarios y económicos débiles porque no permiten obtener los beneficios derivados de las interrelaciones y de las sinergias entre los diferentes componentes de un sistema de atención de salud. Como ejemplo, estudio de Irani *et al.* (2007) indica que 75% de las rehospitalizaciones podrían ser evitadas mediante intervenciones que integren los sistemas de atención de salud. Por eso, la gobernanza de redes exige la superación del modelo de gobernanza por estructuras a través de la implantación de un modelo de gobernanza sistémica que imponga a las gerencias de las diversas estructuras, una organización gubernativa que permita articular las relaciones entre la APS, los puntos de atención de salud, los sistemas de apoyo y los sistemas logísticos de las RASs.

El Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas define una buena gobernanza por la presencia de algunos criterios mostrados como: la participación: todos los ciudadanos tienen voz en el proceso decisorio, ya sea directamente o indirectamente a través de instituciones que representan sus intereses; la legalidad: la estructura legal debe ser justa e imparcial; la transparencia: la transparencia debe ser garantizada por el libre flujo de las informaciones; la responsividad: las instituciones y sus procesos deben servir a todos los ciudadanos; la orientación para el consenso: la gobernanza busca mediar los diferentes intereses para la construcción de consensos; la equidad: todos los ciudadanos tienen iguales oportunidades de buscar o mantener su bienestar; la efectividad y la eficiencia: las instituciones y sus procesos producen resultados que atienden a las necesidades de los ciudadanos, haciendo mejor uso de los recursos; la responsabilización (*accountability*): los tomadores de decisiones deben rendir cuentas a los ciudadanos y a los diferentes actores sociales; la visión estratégica: los liderazgos deben tener una perspectiva de largo plazo en la gobernanza y en el desarrollo humano (RONDINELLI, 2006).

La gobernanza de las RASs tienen tres dimensiones fundamentales: el diseño institucional, el sistema de gestión y el sistema de financiamiento.

El diseño institucional de las redes de atención de salud

El diseño institucional es entendido por la manera en que los grandes bloques estructurales de las RASs - autoridad, responsabilidad, información e incentivos - son considerados en un arreglo organizacional (LEAT *et al.*, 2000).

El diseño institucional puede hacerse de varias formas, desde un continuo que va de la integración vertical de diferentes organizaciones, conformando un único ente gestor, hasta una estructura virtual instituida por alianzas estratégicas entre diferentes organizaciones que se asocian para gestionar las RASs. Lo que definirá ese diseño más macro es la naturaleza de la propiedad de las RASs. Si es propiedad de una única organización, totalmente integrada verticalmente, como la Kaiser Permanente en los Estados Unidos (PORTER y KELLOGG, 2008), la gobernanza será única; si está constituida por diferentes entes institucionales, como el SUS, que articula, como gestores, RASs compuestas por organizaciones públicas federales, de estados y municipios y, como prestadores de servicios, organizaciones públicas, privadas lucrativas y no lucrativas, la gobernanza será multi-institucional, constituida, por lo tanto, a través de una alianza estratégica.

Existen otros factores que influyen en el diseño institucional: el ambiente regulatorio, los intereses y las expectativas de los diferentes actores sociales, la capacidad de cooperación, el grado de integración gerencial y clínica, la valorización de la promoción de la salud y la prevención de las condiciones de salud, la rendición de cuentas y la responsabilización (*accountability*) y la adaptabilidad a diferentes situaciones.

Aunque no existen evidencias empíricas sobre que modelo permite alcanzar un mayor grado de integración de las RASs, son propuestos tres atributos deseables para una buena gobernanza del sistema: el ámbito de gobernanza de toda la red, esto es, una perspectiva sistémica en el proceso decisorio estratégico; la responsabilidad con la población adscrita a la RAS; y la coordinación entre las diferentes instituciones que componen la RAS para garantizar la consistencia en la misión, en la visión y en los objetivos estratégicos (VÁZQUEZ *et al.*, 2005).

El diseño institucional debe ser realizado de manera que facilite un proceso clave en las RASs que es la coordinación de las acciones gerenciales y asistenciales. Ha ido formándose una idea de que la coordinación se hace mejor en sistemas de gobernanza de RASs que favorecen la comunicación entre profesionales que intervienen en procesos asistenciales comunes, que operan con sistemas de información integrados

verticalmente y que adoptan, rutinariamente, la organización matricial (LONGEST y YOUNG, 2000).

La cultura organizacional es otro factor que influye en la gobernanza de las RASs. Por un lado, porque la implantación de objetivos y estrategias de las RASs requieren que sus miembros acepten y compartan visión, misión y objetivos comunes; por otro, porque la cultura de cada organización componente de esas redes debe estar alineada con la misión y con los objetivos. Valores presentes en las organizaciones como actitudes de cooperación, interdependencia, trabajo en equipo y orientación para resultados son fundamentales. Además, es importante que haya en la gobernanza de las RASs, un liderazgo orientado para la acción cooperativa y para la comunicación de objetivos y de estrategias y su aprendizaje.

Un papel fundamental en el diseño institucional de las RASs es la garantía de que se creen mecanismos potentes de coordinación. La coordinación institucional se obtiene de la forma como se agrupan unidades gerenciales y asistenciales y se definen los mecanismos de descentralización (VÁZQUEZ et al, 2007). Los mecanismos de coordinación pueden ser desarrollados mediante normativización y la supervisión y/o a través de la adaptación mutua, un estímulo para que los trabajadores de una RAS estén en contacto permanente para resolver los problemas, en los mismos niveles en los que se producen las informaciones.

La coordinación por la normativización envuelve los procesos de trabajo (directrices clínicas), las habilidades (educación permanente) y los resultados (estandarizados de los resultados). La coordinación por la adaptación mutua engloba la comunicación informal (correo electrónico, teléfono, Internet y reuniones informales), los dispositivos de articulación (gestión de caso, grupos multidisciplinarios y estructuras matriciales) y los sistemas de información integrados verticalmente (información clínica integrada).

Otro punto importante a considerar en el diseño institucional es su contribución para el funcionamiento eficiente de las RASs. La eficiencia en las RASs envuelve la capacidad de aumentar la escala de los servicios de salud (eficiencia de escala), de aumentar la eficiencia interna, especialmente a través de la capacitación gerencial y de reducir la variabilidad de la práctica clínica a través de la introducción de las directrices clínicas.

Cualquiera que sea la forma de ente institucional adoptada es necesario elaborar el diseño organizacional de las RASs, lo que puede ser hecho de diferentes modos. Lega (2007) propone tres diferentes diseños. El diseño P, donde P significa productos y se refiere a estructuras y responsabilidades centradas en dos tipos de productos: enfermedades, como diabetes, cáncer, asma, etc., y personas usuarias, como mujeres,

ancianos y portadores de disturbios mentales, etc. Ese diseño P busca una integración multiprofesional en diferentes puntos de atención de salud. El diseño G, donde G significa área geográfica, busca una integración con base en una población de un determinado territorio sanitario (área de cobertura de la APS, municipio, microrregión y macrorregión). Por último, el diseño matricial envuelve una estructura con un sistema de autoridad dual donde se combinan los productos y las áreas geográficas. En el SUS, el diseño institucional más adecuado, ciertamente es el matricial, combinando redes temáticas de atención de salud y territorios sanitarios.

La gobernanza de las RASs en el SUS, tiene características especiales. Una de ellas es que debe insertarse en un cuadro institucional más amplio de un sistema especial de federalismo.

Brasil es un país federativo y, por esa razón, el modelo institucional del SUS fue construido para ser operado por los tres entes federativos. Los entes federados mantienen entre sí, directamente o a través de la mediación de instituciones de gestión compartida y de control social, complejas interrelaciones.

El federalismo puede ser conceptualizado como un proceso de distribución y de redistribución de la autoridad y remite a un contrato que, a su vez, envuelve cooperación y reciprocidad entre los entes federados. Está constituido como una forma de organización política basada en la división de autoridades entre diferentes niveles de gobierno, de tal manera que cada instancia posea competencias sobre las cuales cabe a ella la decisión final y se caracteriza por la no-centralización, lo que significa que la autoridad para participar en el ejercicio del poder no puede ser retirada sin el consentimiento mutuo. El federalismo debe, por lo tanto, representar la fórmula clásica de autogobierno más gobierno compartido; de ello se desprende que la búsqueda del equilibrio entre fuerzas centrífugas, organizadas en nombre de la unidad, y centrípetas, estructuradas en nombre de la autonomía, constituye un problema estructural del federalismo y marca el desarrollo de todas las federaciones. Las relaciones intergubernamentales deben, así, ser cooperativas y capaces de solucionar conflictos, en un contexto intrínsecamente conflictivo, que es el contexto del federalismo (MENICUCCI *et al.*, 2008).

La primera experiencia de federalismo, en la acepción moderna del término, surgió en los Estados Unidos en 1787 y fue en esa experiencia que se inspiró el federalismo brasileño. La esencia del federalismo, expresada por Elazar (1987), es el equilibrio entre el gobierno nacional y los gobiernos subnacionales y entre la cooperación y la competición interfederativas.

El federalismo presupone la doble soberanía: la derivada del poder de autogobierno de los entes subnacionales y la del poder nacional, representante de toda la población del país.

La justificativa de la solución federalista se debe a dos características esenciales, la heterogeneidad y la unidad en la diversidad. La heterogeneidad puede materializarse en las dimensiones territoriales, étnicas, lingüísticas, económicas, sociales, culturales y políticas. La unidad en la diversidad garantiza las autonomías regionales o locales, pero resguarda la integridad, especialmente la territorial, frente a las heterogeneidades.

El federalismo implica el equilibrio entre autonomía e interdependencia de los entes federativos porque ese modelo de gobierno es intrínsecamente conflictivo. Eso se garantiza mediante una Constitución escrita que define las reglas de convivencia, mediante la institución de un sistema de frenos y contrapesos y mediante mecanismos de alianzas entre los entes federados.

El federalismo brasileño es bastante singular en el contexto internacional. Los países se organizan, institucionalmente, de varias formas: la alianza o asociación de Estados, la Confederación, la Federación y el federalismo. Brasil optó por el federalismo, aunque no sea la forma más común de organizar las relaciones de poder en bases geopolíticas, de acuerdo con la experiencia internacional.

Idealmente, existen dos modelos de relaciones intergubernamentales en el federalismo: el competitivo y el cooperativo (ABRÚCIO, 2002). El modelo competitivo, muy valorizado en los Estados Unidos y basado en los valores del mercado, estimula la competición entre los entes federados con el fin de que los gobiernos aumenten la responsabilidad para atender, mejor y de manera más eficiente, a sus ciudadanos. De acuerdo con ese modelo, los ciudadanos, considerados consumidores de los servicios de los gobiernos, tendrían mayores posibilidades de elección en un ambiente de competición interfederativa. El modelo cooperativo, vigente en países como Alemania, Australia y Canadá, está fundamentado en la posibilidad de someter el autointerés al interés de todos, generando un excedente cooperativo en la acción interfederativa. En realidad, las experiencias federativas combinan cooperación y competición. La presencia relativa de cada atributo depende, como en el caso de los sistemas de atención de salud, de los valores hegemónicos dominantes en las sociedades.

El federalismo cooperativo admite dos alternativas: el federalismo interestatal y el federalismo intraestatal. En el federalismo interestatal hay una clara separación de los poderes entre los niveles de gobierno, de manera que las competencias entre los miembros del pacto federativo estén bien definidas y las competencias concurrentes minimizadas. En el federalismo intraestatal hay un incentivo a las acciones conjuntas

en las políticas públicas; en ese caso, la delimitación de las competencias es menos importante que la participación en colegiados de decisión y monitoreo de las políticas (ABRÚCIO, 2000). Esas dos formas de federalismo se encuentran, a veces con predominio del modelo interestatal, como en los Estados Unidos, a veces con hegemonía del modelo intraestatal, como en Alemania y en Australia.

El federalismo brasileiro es predominantemente cooperativo y hegemoníamente intraestatal. Combina competencias concurrentes y comunes con competencias privativas, divididas entre la Unión, los estados y los municipios, entes políticamente autónomos y, por lo tanto, isonómicos entre sí. Presenta además, elementos de competición y de cooperación. La guerra fiscal entre los estados de la federación configura una competición depredadora en nuestro federalismo.

En el modelo federativo tripartita brasileño, la gestión de las políticas públicas se hace más compleja en la medida en que es necesario conjugar la interdependencia y la autonomía de tres entes. La coordinación federativa, a su vez, debe ser ejercida tanto por la Unión como por los estados en relación a los municipios. Aunque las atribuciones de los estados sean las menos definidas en la Constitución Federal, cabe a ellos un papel central en las políticas sociales, particularmente cuando se considera la heterogeneidad de los municipios en términos de capacidad técnica, administrativa y financiera (MENICUCCI *et al.*, 2008).

A partir de la segunda mitad de los años 90, el modelo federalista brasileño sufrió transformaciones y entró en vigor un federalismo más cooperativo, caracterizado por formas de acción conjuntas entre esferas de gobierno, en las que las unidades subnacionales mantienen significativa autonomía decisoria y capacidad de autofinanciamiento. Ese modelo combinó el mantenimiento de áreas propias de decisión autónoma de las instancias subnacionales; la descentralización como la transferencia de autonomía decisoria y de recursos para los gobiernos subnacionales; y la transferencia para otras esferas de gobierno de la responsabilidad por la implementación y la gestión de políticas y programas definidos en el nivel federal (ALMEIDA, 2005).

El caso del SUS está próximo de una experiencia de federalismo cooperativo. Uno de los problemas del federalismo cooperativo es que, en países de fuerte tradición centralizadora, como los latinoamericanos, la cooperación suele ser resultado de una línea jerárquica descendente que debilita la autonomía de los gobiernos subnacionales y restringe el excedente cooperativo de la acción solidaria (ABRÚCIO, 2002). Eso parece estar aconteciendo en el federalismo sanitario brasileño.

Otro problema del federalismo cooperativo brasileño está en el municipalismo autárquico, expresión usada por Celso Daniel en 2001. Esa forma de descentralización

tiene la ventaja de colocar las responsabilidades por las políticas públicas más próximas de los ciudadanos y de aumentar la oferta local de esos servicios. Por otro lado, presenta desventajas incuestionables. Una de ellas está determinada por la situación de fuerte limitación de los recursos públicos; en ese caso, se establece una competición entre los entes federados, en la que cada uno intenta transferir sus costos a los otros. En el área social ese mecanismo fue identificado como un intento de cada nivel de gobierno de transferir a otro, los costos políticos y financieros de las políticas sociales y reservar, para sí, los beneficios resultantes (ARRETCHE, 1996). Incluso, puede haber una tendencia a la fragmentación de ciertos sectores sociales, como los de servicios de atención de salud que exigen escala para operar con eficiencia y calidad. Así, el municipalismo autárquico puede introducir elementos de una competición depredadora en los sistemas sociales, tal como Pestana y Mendes (2004) constataron en el SUS.

El municipalismo autárquico se articula con la naturaleza singular de la descentralización brasileña, especialmente después de la Constitución Federal de 1988, que generó un proceso desordenado de creación de municipios (GOMES y Mac DOWELL, 2000). En un país donde 75% de los municipios tienen menos de 20 mil habitantes es difícil - a no ser aumentando la fragmentación del sistema de atención de salud y generando ineficiencia sistémicas y problemas de mala calidad de los servicios - implantar un sistema de base municipal.

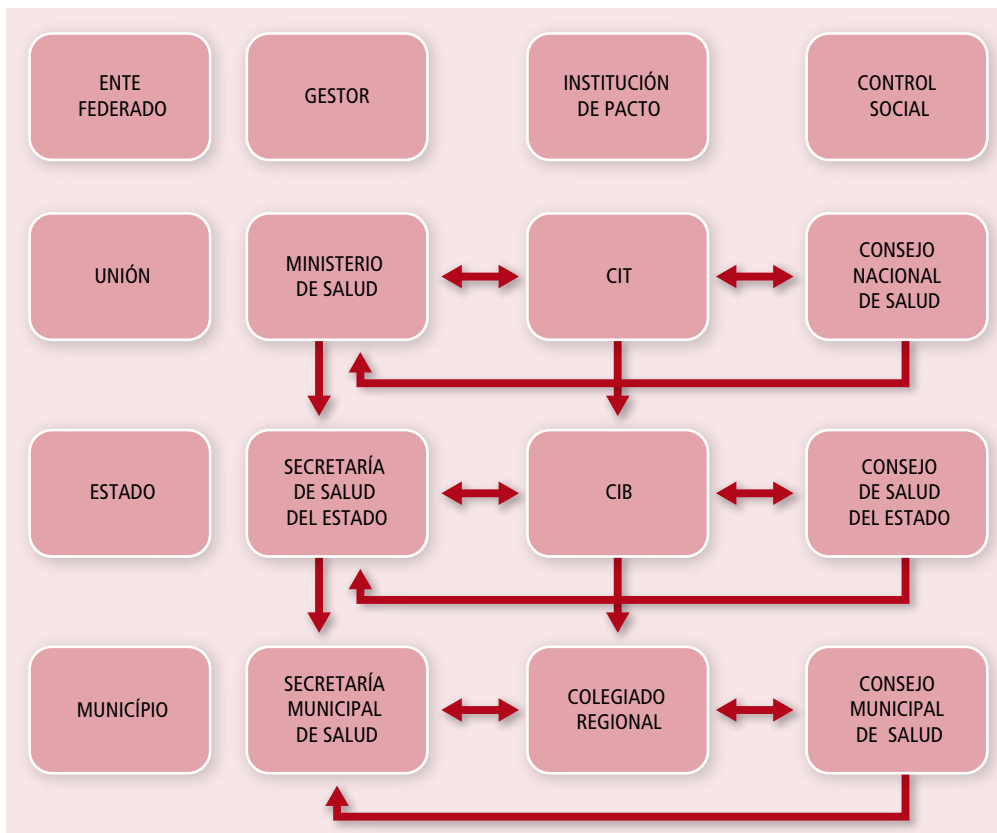
Los problemas planteados para el federalismo brasileño, de manera general, y para el federalismo sanitario, en particular, tienen en la crisis del federalismo fiscal, una causa importante. Ese modelo de federalismo fiscal tiene muchas implicaciones negativas en Brasil. Determinó una crisis en ese federalismo y ha creado un dilema en la asistencia social: las demandas sociales son llevadas por los ciudadanos, directamente, a los estados y municipios, que sin embargo, tiene menor capacidad fiscal para atenderlas. Esa crisis del federalismo fiscal se agudiza, prospectivamente, en función de la creciente conciencia de agentes económicos y de la sociedad en general de que no es posible continuar financiando los gastos públicos por el incremento continuo de la carga fiscal que llega, hoy, a más de 35% del Producto Interno Bruto nacional.

La crisis del federalismo fiscal colocó en riesgo el equilibrio del federalismo brasileño. En el plano federativo, el aumento de la carga tributaria, amplió los desequilibrios horizontales en la federación y aumentó el control federal sobre los presupuestos de los estados y municipios. Eso ocurrió en el SUS y en el plano social, los derechos individuales de la seguridad social acabaron sobreponiéndose a los derechos colectivos de salud y asistencia social, limitando la asistencia a esas demandas sociales, provocando un impacto negativo en el federalismo sanitario y en el financiamiento del SUS.

El modelo institucional del SUS está construido sobre la base de alianzas reguladas por pactos entre entes federativos autónomos, pero que comparten la soberanía en un mismo territorio y que buscan la interdependencia para la construcción de sistemas regionales de atención de salud. La construcción de RASs, fundadas en los principios discutidos anteriormente, especialmente la escala y sus relaciones con la calidad de la atención, exige que ciertos servicios comunes trasciendan los límites municipales. Eso lleva al establecimiento de alianzas entre municipios, estado y Unión, e implica la sustitución de las relaciones jerárquicas, basadas en la autoridad, por relaciones poliárquicas, construidas por la cooperación y por la interdependencia de los diversos actores sociales.

El modelo institucional del SUS, trazado en la Figura 5, está basado en el federalismo brasileño de tipo cooperativo e intraestatal.

Figura 5: El modelo institucional del SUS



Fuente: Consejo Nacional de Secretarios de Salud (2006a)

El federalismo cooperativo, con su componente de cooperación entre actores públicos distintos, se manifiesta en la institucionalidad del SUS, a través de las instancias permanentes de pacto, la Comisión Intergestores Tripartita (CIT) y las Comisiones Intergestores Bipartitas (CIBs). Esos mecanismos decisorios interfederativos garantizan, además, el carácter de federalismo intraestatal. En el mejor espíritu federativo, las Comisiones Intergestores funcionan como mecanismos de frenos y contrapesos a la concentración de autoridad en determinados entes federativos, especialmente, del Ministerio de Salud, ente que concentra la mitad de los recursos financieros y la mayor parte del poder normativo.

Otro mecanismo cooperativo fundamental, creado por el federalismo sanitario brasileño, fue la transferencia de recursos fondo-a-fondo que permitió liberar el sistema de las ataduras de los convenios y dar agilidad a las políticas públicas de salud.

Además, el federalismo sanitario brasileño desarrolló sistemas solidarios interesantes para la solución de problemas comunes, como los Consorcios Intermunicipales de Salud. Sin embargo, esos consorcios, en determinadas circunstancias, establecieron también una competición depredadora en el sistema. Es lo que sucede cuando se definen territorios singulares y reglamentos propios de pago a los prestadores de servicios, fuera de los valores practicados en el SUS, introduciendo asimetrías en el sistema.

Otro espacio de competición depredadora en el SUS está en la ejecución de programas competitivos, más que complementarios. No es raro que una política nacional temática se exprese, desde el Ministerio de Salud, en un programa formulado de forma centralizada y que llega, listo y detallado, para su ejecución en los estados y municipios. Un ejemplo está en el programa de medicamentos que tiene una propuesta nacional del Ministerio de Salud que compite con otras propuestas, distintas y no complementarias, formuladas por estados y municipios. El resultado es la ineficiencia debido a la dispersión de recursos escasos.

Además de la cooperación organizada en las Comisiones Intergestores, el modelo institucional del SUS, en función de las determinaciones de la Ley nº 8.142/90, estableció, en todos los niveles del sistema, la participación social a través de los Consejos de Salud y las Conferencias de Salud.

Esas consideraciones sobre el federalismo y sobre el federalismo sanitario brasileños son fundamentales para definir el diseño institucional de las RASs en el SUS. Así, los entes de gobernanza de las RASs, en conformidad con el mejor espíritu del federalismo cooperativo intraestatal brasileño, deben fortalecer los mecanismos de cooperación - una característica de las redes - y organizarse en forma de colegiados de decisión, ejercitando en su cotidiano, la unidad en la diversidad.

Además, el espíritu de la Constitución Federal de 1988 fue de descentralización, suponiendo que de esa forma, se garantizarían políticas públicas más democráticas, ya que estarían más próximas de ciudadanos organizados. Para muchos, eso llevaría también, a un uso más eficiente de los recursos de la salud.

En la experiencia internacional, la descentralización de los sistemas de atención de salud fue impulsada, como en el caso brasileño, para superar los problemas de los sistemas centralizados, como el control burocrático, la ineficiencia, la apropiación burocrática y la baja capacidad de respuesta a las demandas de la población. Sin embargo, evaluaciones más rigurosas de los procesos de descentralización en la salud mostraron que, generalmente, esos procesos no han sido capaces de concretizar los objetivos de equidad en el acceso, el aumento de la eficiencia, la mejora de la calidad de los servicios y el financiamiento sostenido, incluso porque, esos objetivos finales de los sistemas de atención de salud presentan *trade-offs* entre sí (BOSSERT *et al.*, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

No parece ser diferente en Brasil. Es lo que constató Arretche (2003) para quien no hay ninguna garantía intrínseca de autonomía de los gobiernos locales que los haga responsables, comprometidos con las necesidades de los ciudadanos y determinados a administrar con eficiencia. El comportamiento adecuado de los gobiernos parece depender más de los incentivos a los que están sujetos y de las trayectorias de las instituciones, como defienden los neo-institucionalistas (NORTH, 1990).

La opción de los constituyentes de 1988 fue por la descentralización del sistema público de atención de salud con base en la municipalización, generando en ese campo sectorial, manifestaciones incuestionables de las ventajas y desventajas del municipalismo autárquico.

El federalismo brasileño es especial en el contexto mundial porque, aquí los municipios son entes federativos, con autonomía política, administrativa y financiera y con competencias constitucionales e infraconstitucionales bien establecidas, y presentan, entre sí, a semejanza del país como un todo, grandes diferencias de tamaño, de población y de desigualdades socioeconómicas.

La legislación infraconstitucional de la salud, a través de la Ley 8.080, de 19 de septiembre de 1990, y de la Ley 8.142, de 28 de diciembre de 1990, propone la directriz de la descentralización y la define operacionalmente, protagonizando la municipalización de las acciones y servicios de salud. Con esa base jurídica, el SUS pasó a ser regulado, en su acción cotidiana, a través de Normas Operacionales Básicas. De esa forma, aparecieron, consecutivamente, las NOBs INAMPS/91, SUS/93 y SUS/96 que tendía a profundizar la descentralización, especialmente para los municipios.

Queda claro que, en ese período, el énfasis en la descentralización fue dado en el campo de la atención ambulatoria y hospitalaria y como devolución de la Unión para los municipios. Hubo una nítida polarización institucional entre el gobierno federal, poseedor del poder financiero y regulador, y los municipios, nuevos actores sociales que surgieron en la escena político-sanitaria y con capacidad de responder, con agilidad, a través de las nuevas Secretarías Municipales de Salud, a las demandas organizacionales colocadas por el Ministerio de Salud. El proceso de descentralización realizado mediante la devolución municipalizada, con una fuerte centralización del financiamiento en la Unión, y sin la participación primordial de los estados, en un país grande y desigual, consolidó el paradigma de la municipalización autárquica en el SUS (MENDES, 2001b).

Deben ser reconocidos avances derivados de la descentralización con la municipalización autárquica como la radicalización del proceso de descentralización, con la consecuente entrada en escena de innumerables actores envueltos en la formulación y ejecución de las acciones; la democratización del sector, con la ampliación de la participación social; la mejoría del acceso a las acciones y servicios, debido a la expansión de la cobertura asistencial, tanto en la APS, como en los servicios de atención secundaria y terciaria; y el éxito en el control de una serie de enfermedades evitables (MINISTERIO DE SALUD, 2004b).

Por otro lado, esa forma de descentralizar con la radicalidad de la municipalización generó problemas incontestables. El paradigma de la municipalización autárquica significó un incentivo para la expansión de los servicios municipales de salud, dado que el enfoque de gestión de la oferta vigente en el SUS, implícitamente, pasó el mensaje de que, para alcanzar una forma superior de gestión municipal, se debería instituir en el territorio municipal, el mayor número de servicios de salud posible. La interpretación predominante en la municipalización autárquica, oriunda del enfoque de la oferta, es que los servicios que son ofertados a los ciudadanos debían estar disponibles en el municipio de residencia, al contrario de un enfoque de demanda o de necesidades en el que se considera importante garantizar el acceso de los ciudadanos a servicios de calidad, independientemente de estar disponibles o no en el municipio de residencia. Ese incentivo implícito, en la realidad federativa brasileña de avasalladora mayoría de pequeños municipios, llevó a una extrema fragmentación de los servicios de salud, resultando en significativas deseconomías de escala y de alcance y, como consecuencia, baja calidad de los servicios ofertados por la inobservancia de ciertos principios fundamentales de las RASs.

Del punto de vista de las relaciones entre descentralización y eficiencia, el proceso de devolución municipalizada, con autarquización de los municipios y sin estructuración orgánica del espacio regional, está llevando a lo que, empíricamente, fue constatado en la Región Metropolitana de Campinas y que fue denominado, por primera vez, como modelo asistencial municipalista (OLIVEIRA, 1995). En ese modelo, el municipio

expande la atención de salud sin ninguna articulación regional, pulverizando recursos públicos y generando ineficiencias. Los resultados negativos fueron innegables: aumento de los hospitales de pequeño porte, de laboratorios de patología clínica muy pequeños y de centros de especialidades médicas o policlínicas de baja escala y densidad tecnológica, lo que generó una enorme ineficiencia sistémica y el incremento de la fragmentación del SUS. Peor aún, debido a las relaciones entre escala y calidad, los servicios prestados en esas unidades de pequeña escala tienden a ser de baja calidad y a colocar en riesgo la salud de las personas.

La municipalización autárquica provocó, en un cuadro más amplio de restricciones financieras graves, una competición intermunicipal depredadora por recursos escasos (TEIXEIRA, 2003), debido a la falta de espacios intermediarios de mediación, como los colegiados regionales.

Todo indica que tienen la razón quienes creen que los movimientos de la historia son pendulares. El fuerte rasgo de un sistema centralizado de atención de salud, roto por la reforma sanitaria brasileña, originó un movimiento de municipalización autárquica, llevando el péndulo para una contraposición polar. Es hora de volver al punto de equilibrio, lo que significará maximizar la innegables fortalezas de la descentralización por devolución municipalizada y, al mismo tiempo, tratar de minimizar sus debilidades. Eso significará, en la práctica social, superar el paradigma de la municipalización autárquica y consolidar, en su lugar, el paradigma de la regionalización cooperativa (PESTANA y MENDES, 2004). Todo eso, en un cuadro más amplio de un nuevo pacto federativo de salud.

El modelo institucional vigente en el SUS está distante del equilibrio federativo. El poder normativo del Ministerio de Salud, además de cuantitativamente dominante, es cualitativamente inadecuado en un sistema de federalismo cooperativo. La razón para eso es que las normas ministeriales son abundantes y, generalmente, abarcadoras y minuciosas, muchas veces no permitiendo una reinterpretación en los niveles subnacionales de gobierno para adecuarlas a las realidades regionales y locales. Hay poco espacio para la unidad en la diversidad, marca esencial de un federalismo cooperativo. Como consecuencia, los diversos brasiles reales no caben en la excesiva normativa ministerial centralizada. Las normas nacionales deben ser menos numerosas y menos detalladas para que puedan ser recreadas en los niveles subnacionales, de acuerdo con la singularidad de los estados y de las regiones brasileñas. Como afirman Santos y Andrade (2007): *“El financiamiento federal no puede continuar siendo el conformador de la organización del SUS, no habiendo más espacio para la edición de normas operacionales y otras ordenanzas ministeriales que rompan con las realidades locales y regionales y que interfieran en la autonomía del ente federativo para organizar su sistema de acuerdo con esas realidades”*.

La diversidad de los brasiles no se revela solamente en las diferencias entre los estados. Está, igualmente, presente en las distintas realidades regionales dentro de un mismo estado. Por eso, es imprescindible instituir instancias de gobernanza regionales como espacios de reinterpretación y gestión de las políticas de los estados, en los diferentes territorios sanitarios regionales. Eso también requiere una regionalización cooperativa.

Esas razones sugieren la necesidad de un nuevo pacto federativo en la salud, desarrollado por un movimiento dialéctico de descentralización del SUS que puede ser denominado de descentralización convergente y que, en vano, algunos actores sociales intentaron alcanzar con el Pacto por la Salud 2006. La descentralización convergente se hará de acuerdo con los principios doctrinarios del federalismo cooperativo intraestatal, descentralizará recursos y decisiones de la Unión para los estados y municipios y de los estados para las regiones sanitarias y municipios, y centralizará, relativamente, de los municipios para las regiones sanitarias, determinados servicios que exigen una escala mínima para operar con eficiencia y calidad (MENDES, 2006).

Como el objeto del diseño institucional es la gobernanza RASs se está delante de un arreglo de Estado-red (CASTELLS, 2000) que supera una organización jerarquizada y uniforme, estructurando, por la multiplicidad de poderes públicos que se interconectan por la interdependencia, una estructura horizontal con geometría variable según los diferentes tipos de actividades (MEDAUAR, 2003).

De esa forma, el federalismo sanitario brasileño se aproximará más de las evidencias internacionales encontradas por estudiosos de las reformas sanitarias que rechazan la polaridad central/local y defienden la importancia de las mesorregiones sanitarias como una manera de compatibilizar el acceso a los servicios próximos a los ciudadanos con adecuado financiamiento y calidad de los servicios (MILLS et al, 2001).

Un nuevo pacto sanitario de salud debe estructurarse bajo el lema de la unidad doctrinaria y la diversidad operacional, la forma de cumplir el principio del federalismo cooperativo de unidad en la diversidad. El Ministerio de Salud debe ser el garantizador de la unidad doctrinaria, formulador y controlador de las políticas nacionales y cofinanciador del sistema, de acuerdo con criterios equitativos que permitan la reducción de las inequidades entre los estados. Además, será necesario evitar que el SUS no tienda a ser una confederación de sistemas regionales de atención de salud, descoordinados entre sí, a semejanza de lo que parece estar ocurriendo en determinadas experiencias internacionales de descentralización, como la española. Para eso, será fundamental garantizar la integridad de las políticas nacionales, es decir, la unidad doctrinaria, y los sistemas de información de base nacional. Las Secretarías de Salud de los Estados deben ser fortalecidas en su papel regulador para que desempeñen adecuadamente sus funciones esenciales en la salud pública (CONSEJO NACIONAL DE SECRETARIOS

DE SALUD, 2007e), garanticen la unidad doctrinaria del SUS en los estados, cofinancien redistributivamente el sistema de atención de salud en los estados para reducir las inequidades regionales y ejerciten, con los municipios, en las macro y en las microrregiones sanitarias, la cogestión de las RASs, según la regionalización cooperativa.

El paradigma de la regionalización cooperativa propone el reconocimiento de espacios privilegiados, los territorios sanitarios regionales, que asocian entre sí los municipios y el estado, con el apoyo de la Unión, para gestionar, de acuerdo con los principios del federalismo cooperativo intraestatal - unidad en la diversidad, actitud cooperativa, acciones integradas, decisiones interfederativas colegiadas y planificación, monitoreo y evaluación de las políticas públicas - el SUS, estructurado en forma de RASs.

Los municipios y el estado al asociarse deben constituir un sistema regional integrado de atención de salud, basado en la cooperación gestionada, generando, por su acción solidaria y por la interdependencia, un excedente cooperativo. Además, la regionalización cooperativa, al asociar municipios contiguos de una región, reconstituye una escala adecuada para la oferta, económica y de calidad, de los servicios de atención de salud.

El paradigma de la regionalización cooperativa se basa en el principio de la cooperación gestionada, desarrollado inicialmente por el Ministerio de Salud de Noruega, como contraposición a la agenda liberal de reforma del sector salud de los años 90. La cooperación gestionada constituye una estrategia que busca estimular la eficiencia estructural a partir de una cooperación planificada de un sistema de atención de salud (CHRISTIE, 1996).

La atención gestionada permite crear una racionalidad abierta, definida por el consenso de diferentes actores sociales y obtenida en situaciones de permanente negociación y pacto. Se trata de una propuesta de organización de los sistemas de atención de salud que se contraponen a otras dos: la competencia mercadológica, utilizada en sistemas segmentados, con fuerte presencia del sector privado, y la competencia gestionada, propuesta por Enthoven (1988) y que ha sido aplicada como alternativa al libre mercado, en diversos países, incluso en desarrollo, como Colombia (LONDOÑO, 1996).

El paradigma de la regionalización cooperativa no tiene similar en la experiencia internacional y, por eso mismo, debe ser construido singularmente, en nuestro país.

La regionalización cooperativa supera una visión restricta de recorte territorial y de imposición de una autoridad sanitaria regional para presentarse como un proceso de cambio de las prácticas sanitarias en el SUS, lo que implica considerar sus dimensiones técnica, ideológica y política (MENDES, 1995).

La regionalización cooperativa, operacionalmente, implica la institución de entes regionales de gobernanza para gestionar las RASs. Eso resulta en dos consecuencias principales: primera, esos entes deben ser constituidos en los territorios sanitarios regionales fundamentales, las micro y las macrorregiones sanitarias; y segunda, esos entes deben tener como objetos privilegiados la gobernanza de la APS y la atención secundaria de salud en las microrregiones sanitarias y de atención terciaria de salud en las macrorregiones sanitarias.

Se intentó superar los problemas causados por la municipalización autárquica en el SUS en la NOAS 01/2002 cuando fueron instituidos los territorios supramunicipales. Esa norma, por varias razones, no tuvo éxito en sus objetivos. Por un lado, por la fragilidad de su concepción teórica y, por otro, por su foco en la gestión de la oferta, por la concepción jerárquica del sistema y por la extrema burocratización. Como resultado, generó impases insuperables como la falta de iniciativa debido a la cualificación de las microrregiones sanitarias, la fragilidad de los espacios de negociación y de planificación regional, el exceso de instrumentos normativos y las discordancias en relación al papel de las esferas de gobierno y la forma de asignación de los recursos (PESTANA y MENDES, 2004; MINISTERIO DE SALUD, 2004b).

Una nueva normativa nacional del SUS, consensada entre los tres entes federativos, el Pacto por la Salud, fue establecida por la Ordenanza nº 399/GM, de 22 de febrero de 2006 (MINISTERIO DE SALUD, 2006a). El Pacto por la Salud incorpora tres componentes: el Pacto por la Vida, el Pacto en Defensa del SUS y el Pacto de Gestión del SUS.

El Pacto por la Vida está constituido por un conjunto de compromisos sanitarios, expresados en objetivos de procesos y resultados y derivados del análisis de la situación de salud del país y de las prioridades definidas por el gobierno federal y los gobiernos de los estados y municipios. El Pacto en Defensa del SUS envuelve acciones concretas y articuladas por las tres instancias federativas en el sentido de reforzar el SUS más como política de Estado que como política de gobiernos; y de defender, vigorosamente, los principios básicos de esa política pública, registrados en la Constitución Federal. El Pacto de Gestión del SUS establece claramente las responsabilidades, contribuyendo de esa manera con el fortalecimiento de la gestión compartida y solidaria del SUS.

El Pacto de Gestión del SUS parte de una constatación indiscutible: Brasil es un país continental y con muchas desigualdades regionales. Avanzar en la regionalización y en la descentralización del SUS es mucho más necesario que definir directrices nacionales, a partir de una unidad de principios y de una diversidad operativa que respete las singularidades regionales. Ese pacto pretende radicalizar la descentralización de atribuciones del Ministerio de Salud para los estados y para los municipios, promoviendo un

choque de descentralización, acompañado de la desburocratización de los procesos normativos. Refuerza la territorialización de la salud como base para la organización de los sistemas, estructurando las regiones sanitarias e instituyendo colegiados de gestión regional.

El Pacto de Gestión del SUS tiene objetivos claramente definidos: garantizar acceso, resolutivez y calidad a las acciones y servicios de salud cuya complejidad y contingente poblacional trascienda la escala local/municipal; garantizar el derecho a la salud, reducir desigualdades sociales y territoriales y promover la equidad, ampliando la visión nacional de los problemas, asociada a la capacidad de diagnóstico y decisión locorregional, que posibilite los medios adecuados para la reducción de las desigualdades en el acceso a las acciones y servicios de salud existentes en el país; garantizar la integralidad en la atención de salud, ampliando el concepto de cuidado de la salud en el proceso de reordenamiento de las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación con la garantía de acceso a todos los niveles de complejidad del sistema; potencializar el proceso de descentralización, fortaleciendo estados y municipios para que ejerzan el papel de gestores y para que las demandas de los diferentes intereses locorregionales puedan ser organizadas y expresadas en la región; y racionalizar los gastos y optimizar los recursos, posibilitando economías de escala en las acciones y servicios de salud a nivel regional.

El Pacto de Gestión del SUS está, por su conformación general y por sus objetivos, en consonancia con los principios del federalismo cooperativo intraestatal.

El proceso de regionalización está basado en una definición de regiones de salud como recortes territoriales inseridos en un espacio geográfico continuo, identificadas por los gestores de municipios y estados a partir de identidades culturales, económicas y sociales, de redes de comunicación e infraestructura de transportes compartidas del territorio. Esas regiones de salud deben organizar las RASs con el fin de garantizar el cumplimiento de los principios constitucionales de universalidad del acceso, equidad e integralidad del cuidado. La organización de las regiones de salud debe favorecer la acción cooperativa y solidaria entre los gestores y el fortalecimiento del control social.

Para cualificar el proceso de regionalización, buscando la garantía y el perfeccionamiento de los principios del SUS, los gestores de salud de la región deben constituir un espacio permanente de pacto y cogestión solidaria y cooperativa a través de un Colegiado de Gestión Regional. La denominación y el funcionamiento del colegiado deben ser acordados en la CIB; en muchos estados esos colegiados son denominados de CIB Macrorregional, en las macrorregiones sanitarias y de CIB Microrregional, en las microrregiones sanitarias. El Colegiado de Gestión Regional constituye un espacio de decisión a través de la identificación, la definición de prioridades y del pacto de soluciones para la organización de una red regional de atención de salud, integrada y resolutivez.

Ese colegiado debe ser formado por los gestores municipales de salud del conjunto de municipios y por representantes del gestor del estado, siendo sus decisiones siempre por consenso, deliberativas dentro del límite de los recursos asignados al territorio sanitario, contando con la participación y el compromiso del conjunto de gestores con los compromisos pactados.

Los colegiados regionales son necesarios porque la lógica de la constitución de las RASs y el principio de la integralidad de la atención de salud exigen la superación de la visión estricta del interés local, interés que se limita al ámbito municipal, no alcanzando con la misma intensidad los límites extramunicipales (SANTOS y ANDRADE, 2007).

El diseño institucional que permite combinar la dimensión territorial y la distribución espacial óptima de los recursos de atención de salud, estructurados por niveles de atención, el de los Colegiados o Comisiones Intergestores Bipartitas Macrorregionales (CIBs Macrorregionales), instituidos en las macrorregiones sanitarias para la gobernanza de las acciones de atención terciaria de salud (alta complejidad), y los Colegiados o Comisiones Intergestores Bipartitas Microrregionales (CIBs Microrregionales), instituidos en las microrregiones sanitarias para la gobernanza de las acciones de APS y de atención secundaria (media complejidad). Por lo tanto, los niveles de atención delimitan el foco gerencial del sistema de gobernanza de las RASs.

La propuesta brasileña de gobernanza regional, por la singularidad de nuestro federalismo y de nuestro sistema público de atención de salud y por la ausencia protagónica del municipio en la salud de otros países, debe ser diferenciada de las experiencias internacionales más relevantes. Internacionalmente se destaca el paradigma de la regionalización autárquica en el que la instancia de gobernanza es ejercida, en una mesorregión sanitaria, por un ente único descentralizado, federal o de un estado, que cumple todas las funciones de gestión de las RASs. En algunos países, la autoridad sanitaria es ejercida por un ente federal descentralizado, como la Autoridad Sanitaria en el Reino Unido y el County Council en Suecia (HUNTER *et al.*, 1998). En otros países, la gobernanza regional es ejercida por un ente descentralizado de un estado, como las empresas públicas de salud (*Aziende Sanitarie Locali*), en Italia, y las Regiones Sanitarias, en España (MEANA, 2007; VÁZQUEZ *et al.*, 2007; CUNILLERA, 2008). Esos entes de gobernanza regional son entes jurídicos integrales, con capacidad de decidir autónomamente y de contratar, directamente, todos los servicios prestados.

No es el caso de los colegiados del SUS que no son entes jurídicos con plena capacidad de gobernanza, en los que las Comisiones Intergestores Tripartitas y Bipartitas constituyen arreglos organizativos de institucionalidad casi virtual. Algunos ven, en esa singular institucionalidad de los colegiados regionales del SUS, un conjunto de

deficiencias: ellos no fueron objeto de disciplina normativa que les imprimiera seguridad jurídica; ellos son jerárquicamente subordinados al Ministerio de Salud (CIT) y a las Secretarías de Salud de Estados (CIBs); ellos no tienen reglamentos propios que les atribuya competencias explícitas y composición interfederativa; no se reconoce la legitimidad del Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS), del Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS) y de los Consejos Estatales de Secretarios Municipales de Salud (COSEMS); las decisiones publicadas son ordenanzas del Ministro de Salud y de los Secretarios de Salud de los Estados; ellos no cuentan con legitimidad para decidir sobre competencias; y ellos no son reconocidos jurídicamente ante el Poder judicial. Frente a esas limitaciones se sugiere su fortalecimiento institucional y su seguridad jurídica, lo que podría demandar una legislación federal oriunda del Congreso Nacional (SANTOS y ANDRADE, 2007).

Otros, pretenden organizar esos colegiados mediante otras soluciones jurídico-institucionales, próximas a las ideas de agencias regionales. En ese sentido, una propuesta reiterada es la organización como consorcios regionales. Ese puede ser un camino precipitado y no parece ser una solución adecuada.

La idea de fortalecimiento jurídico de los colegiados regionales no está exenta de peligros. Ella puede llevar a la incorporación, en esos entes, de la prestación de servicios. Existen evidencias en la experiencia internacional de que la mezcla de funciones de regulación y de prestación de servicios debilita el papel de la regulación en detrimento de la prestación de servicios (MENDES, 2002b), lo que reduciría el papel central de los colegiados regionales de ejercicio de la gobernanza de las RASs.

La propuesta de colegiados regionales es muy reciente y no debería ser descartada antes de ser experimentada en toda su potencialidad. De manera prudente, parece ser más oportuno apostar en la implantación de esos entes regionales. Los colegiados regionales pueden, a pesar de las limitaciones, funcionar mucho mejor, contando con voluntad política en la adecuada inversión en su institucionalización. Incluso porque el principal problema de la gobernanza de las RASs no está en su institucionalidad, sino en el desarrollo e implantación de sistemas gerenciales. De nada sirve avanzar en la institucionalidad, sin introducir y operar instrumentos gerenciales potentes.

Los consorcios, especialmente los consorcios intermunicipales de Salud, deben continuar siendo utilizados, pero como un instrumento importante de arreglo intermunicipal para la prestación de servicios de salud. Incluso en este punto, los consorcios deben superar algunos graves problemas como: las bases territoriales definidas por criterios políticos, en desacuerdo con los Planes Directores de Regionalización; las inobservancias de reglamentos del SUS, especialmente, de las normas de pago de los servicios de

salud; y la baja capacidad gerencial con la que operan generalmente. Un proceso de desarrollo institucional de los Consorcios Intermunicipales de Salud debe ser instituido, especialmente en forma de consorcios públicos, con el objetivo de capacitarlos para ejercer la prestación, efectiva y eficiente, de servicios regionales como, por ejemplo, la prestación de servicios de atención secundaria ambulatoria, de sistemas regionales de patología clínica, de sistemas regionales de transporte en salud, etc. Ese proceso debe envolver, por lo menos, la adecuación de los consorcios al Plan Director de Regionalización, la observancia estricta de los reglamentos del SUS y un proceso de capacitación de los gerentes de consorcios que podría evolucionar para una certificación ocupacional de sus gerentes, hecha por los órganos competentes del SUS.

El fortalecimiento de los colegiados regionales exige una reformulación profunda del modelo de descentralización practicado por las Secretarías de Salud de los Estados. La descentralización se lleva a cabo, muchas veces, con la desconcentración para entes regionales (Directorios, Gerencias, Centros Regionales de Salud, etc.), cuya base territorial obedece a criterios político-administrativos que no coinciden con los territorios sanitarios establecidos en los Planes Directores de Regionalización. De esa forma, las Secretarías de Salud de los Estados deben adaptar sus territorios político-administrativos a los territorios sanitarios, las macro y microrregiones sanitarias.

El establecimiento de la coherencia entre los territorios político-administrativos de los entes desconcentrados de las Secretarías de Salud de los Estados con los territorios sanitarios es especialmente importante en los territorios microrregionales. Existen dos diseños posibles: el de un ente desconcentrado para cada microrregión sanitaria, el caso, por ejemplo, de la Secretaría de Salud del Estado de Ceará, o el de un ente desconcentrado recortado por más de una microrregión sanitaria, el caso, por ejemplo, de la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais. En el segundo caso, la organización interna de los entes desconcentrados sería a través de núcleos de gestión microrregional, uno para cada microrregión.

Para que los colegiados regionales funcionen adecuadamente, la estructura gerencial de los entes desconcentrados debe ser reforzada en términos de infraestructura física y de recursos humanos, materiales y financieros. Especialmente, es necesario garantizar la existencia de un grupo técnico, responsable por una microrregión, con conocimientos y habilidades para planificar, monitorear y evaluar el Plan Microrregional de Salud y para ejercer las funciones de Secretaría-Ejecutiva de la CIB Microrregional.

Los colegiados regionales deben contar con estructuras ad hoc de apoyo técnico, en áreas temáticas prioritarias de acuerdo con el plan regional, las cámaras o comités técnicos.

Es necesario tener presente que la gobernanza plena de una RAS sólo se obtiene en el espacio macrorregional porque, sólo ahí, está presente el conjunto de puntos de atención de salud y de sistemas de apoyo. En ese sentido, es fundamental que haya, en los Colegiados o CIBs Macrorregionales, como órgano asesor de gestión de la RAS, un Comité de Gestión de cada red temática con la participación de técnicos de la Secretaría Municipal de Salud, de las Secretarías Municipales de Salud y de los prestadores más relevantes.

Un caso de diseño institucional para fortalecimiento jurídico de los colegiados del SUS fue hecho en el estado de Sergipe. En ese estado, a través de la Ley n° 6.345, de 2 de enero de 2008, que dispone sobre la organización y funcionamiento del SUS en el estado, fueron instituidos el Colegiado Interfederativo de Estados y los Colegiados Interfederativos Regionales (SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE SERGIPE, 2008).

El sistema gerencial de las redes de atención de salud

Un segundo aspecto relevante de la gobernanza de las RASs es el sistema gerencial.

Generalmente, las discusiones sobre la gobernanza de las RASs en el SUS se limitan al campo de su institucionalidad, en el que las dificultades para el desarrollo de capacidad institucional adecuada son elevadas. Por eso, la implantación de sistemas gerenciales eficaces en los colegiados regionales, una solución más viable, se presenta como un campo fértil de intervenciones para cambios en la gobernanza de las RASs. Infelizmente, esa discusión no ha tenido, en el SUS, el mismo énfasis que la discusión sobre la institucionalidad de los colegiados regionales.

El ente de gobernanza de las RASs debe actuar a través de sistemas gerenciales eficaces como el proceso de territorialización, la planificación estratégica, el sistema de contractualización, el sistema de monitoreo y evaluación y el sistema de acreditación.

Un primer instrumento gerencial, fundamental para la gobernanza de las RASs, es el proceso de territorialización expresado en Planes Directores de Regionalización (PDRs).

El proceso de territorialización consiste en la definición de los diferentes espacios de vida de las poblaciones y la base territorial para la constitución de las RASs. Esos espacios se concretizan en los PDRs.

Existen, por lo menos, dos concepciones de territorios sanitarios. La primera, derivada de su forma natural como un espacio físico, concepción en la que prevalecen los criterios geofísicos de la construcción de un territorio-suelo. La segunda, derivada de la geografía política y coherente con el concepto de espacio/población, ve el territo-

rio como un proceso en permanente construcción, producto de una dinámica social nunca acabada, donde se relacionan sujetos sociales situados en la arena sanitaria. Esa última visión implica que el territorio sanitario, además de un territorio geográfico, es también, territorio cultural, social, económico y político.

Los territorios sanitarios consisten en espacios interorganizacionales cuyas dinámicas sociales delimitan una estructura de interdependencia entre actores autónomos que mantienen relaciones más o menos estables de interdependencia de recursos, constituyendo la base de desarrollo de las RASs (FLEURY y OUVÉNEY, 2007).

En la dinámica de las RASs, los territorios son, además, espacios de responsabilización sanitaria por una población definida. Dado el principio de la cooperación gestionada, es necesario que haya una definición clara de los servicios que la RAS de aquel territorio debe ofertar a su población adscrita. Eso es lo que marca, con claridad, las redes construidas con base en espacios/población y la atención de salud basada en la población (DAWSON, 1964).

En consecuencia, los territorios sanitarios son recortados de manera compatible con los principios de construcción de las RASs, especialmente para aumentar la interdependencia entre los actores participantes, y de manera que propicien la imposición de una responsabilización incuestionable de una autoridad sanitaria en relación a una población definida. Los territorios sanitarios constituyen, a través del PDR, un instrumento de ampliación de la racionalidad sistémica, por posibilitar el incremento de la eficiencia de escala y la profundización de la interdependencia entre los actores sociales en situación.

En cuanto al grado de formalización de las directrices para la construcción de parámetros mínimos de la organización del trabajo colectivo, parte importante del proceso de constitución de redes, el proceso de territorialización es fundamental al fijar las bases de estructuración de las estrategias de regionalización (FLEURY y OUVÉNEY, 2007).

¿Pero de qué territorio se habla cuando se proponen las RASs? Cabe, aquí, diferenciar entre territorios político-administrativos y territorios sanitarios.

Los territorios político-administrativos son territorios de desconcentración de los entes públicos - Ministerio y Secretarías de Salud - que se definen a partir de una lógica eminentemente política. De manera diferente, los territorios sanitarios son territorios recortados por los flujos y contraflujos de la población de responsabilidad de una RAS, en sus demandas por servicios de salud. De esa forma, los territorios sanitarios son, al mismo tiempo, espacios de responsabilización de la RAS por su población y subpoblaciones y de localización óptima de diferentes servicios de salud.

En las RASs del SUS, los territorios sanitarios fundamentales son: el territorio microárea, el área de responsabilidad del agente comunitario de salud; el territorio área de cobertura, el área de responsabilidad de una Unidad de Atención Primaria de Salud (UAPS) o de un equipo del PSF; el territorio municipal, el área de responsabilidad incuestionable de una Secretaría Municipal de Salud; el territorio microrregión sanitaria, el área de responsabilidad de un Colegiado Microrregional o de una CIB Microrregional; el territorio macrorregión sanitaria, el área de responsabilidad de un Colegiado Macrorregional o de una CIB Macrorregional de Salud; y el territorio del estado, el área de responsabilidad incuestionable de una Secretaría de Salud de Estado; y el territorio nacional, espacio de responsabilidad del Ministerio de Salud. Podrá haber, en circunstancias especiales, regiones de salud interestatales o internacionales.

Un segundo instrumento gerencial, fundamental para la gobernanza de las RASs, es la planificación estratégica.

La planificación estratégica es importante en la institucionalización de las RASs que tienen, como características intrínsecas, la convergencia de los diferentes actores para objetivos comunes, lo que envuelve la construcción de estrategias, percepciones y valores compartidos. Además, la planificación, en las redes en general, y en las RASs en particular, permite profundizar las interdependencias entre los actores envueltos e imprimir mayor racionalidad sistémica por la ordenación de los flujos y contraflujos de personas, productos e informaciones.

El proceso de planificación en el ámbito del SUS debe ser desarrollado de forma articulada, integrada y cooperativa entre las tres esferas federativas de gestión. Esa forma de acción representará el sistema de planificación del SUS basado en las responsabilidades de cada esfera de gestión, con definición de objetivos y direccionando el proceso de gestión. Ese sistema de planificación presupone que cada esfera de gestión realice su planificación, articulándose de manera que fortalezca y consolide los objetivos y las directrices del SUS, contemplando las particularidades, las necesidades y las realidades de salud locorregionales.

Se configuran como puntos esenciales de pacto: la adopción de las necesidades de salud de la población como criterio para el proceso de planificación en el ámbito del SUS; la integración de los instrumentos de planificación, tanto en el contexto de cada esfera de gestión, como del SUS como un todo; la institucionalización y el fortalecimiento del sistema de planificación del SUS, con la adopción del proceso planificación, incluso en éste el monitoreo y la evaluación, como instrumento estratégico de gestión del SUS; la revisión y la adopción de un conjunto de instrumentos de planificación, tales como planes, informes, programaciones, que serán adoptados por las tres esferas de gestión, con la adecuación de los instrumentos legales del SUS en lo relacionado a

ese proceso y los instrumentos resultantes; y la cooperación entre las tres esferas de gestión para el fortalecimiento y la equidad en el proceso de planificación en el SUS (MINISTERIO DE SALUD, 2006a).

El sistema de planificación del SUS está ancorado en la Programación Pactada e Integrada (PPI). Las principales directrices orientadoras del proceso de programación pactada e integrada son: la programación debe estar inserida en el proceso de planificación y debe considerar las prioridades definidas en los planes de salud en cada esfera de gestión; los gestores de estados y municipios poseen flexibilidad en la definición de parámetros y prioridades que irá a orientar la programación, excepto para los parámetros pactados en la esfera nacional y en los estados; la programación es realizada, prioritariamente, por áreas de actuación a partir de las acciones de APS para hacer parte del conjunto de acciones de mayor complejidad; la lista unificada de procedimientos debe orientar la programación de las acciones que no están organizadas por áreas de actuación, considerando sus niveles de agregación, para formar las aperturas programáticas; la programación de la asistencia debe buscar la integración con la programación de la vigilancia en salud; los recursos financieros de las tres esferas de gobierno deben ser visualizados en la programación; el proceso de programación debe contribuir para la garantía de acceso a los servicios de salud, subsidiando el proceso regulatorio de la asistencia; la programación debe ser realizada a cada gestión, revisada periódicamente y siempre que necesario debido a alteraciones en el flujo de cuidados de las personas usuarias, de la oferta de servicios, de la lista de procedimientos y del techo financiero; la programación pactada e integrada debe subsidiar la programación físico-financiera de los establecimientos de salud; y la programación pactada e integrada debe estar relacionada con el diseño de regionalización del estado (MINISTERIO DE SALUD, 2006a).

El discurso normativo de la PPI es bueno, pero en la práctica social, el sistema de planificación real del SUS, está muy distante de sus directrices orientadoras. La fragilidad de los instrumentos de planificación del SUS es un factor dificultador para la implantación de las RASs.

Pueden ser identificados varios problemas en el sistema de planificación del SUS - fuertemente ancorado en la PPI de la asistencia - que deben ser superados para que se pueda, eficazmente, planificar las RASs.

La planificación del SUS es una planificación de la oferta con una valoración relativa fuerte de parámetros construidos basados en series históricas de producción de servicios. La planificación de la oferta es muy sensible a las demandas de los actores sociales mejor posicionados en la arena de la política sanitaria (grupos de intereses mejor estructurados, prestadores de servicios de mayor prestigio social, proveedores de equipamientos y medicamentos, etc.). Esa

forma de planificar debe ser sustituida por la planificación de las necesidades de salud de la población ya que un elemento constitutivo de las RASs, y su razón de ser, es la población adscrita. Eso significa, en la práctica social, sustituir los parámetros generales poblacionales o de producción, construidos con base en la oferta, por parámetros epidemiológicos que expresen las reales necesidades de la población y de sus subpoblaciones de riesgos.

La implantación de la planificación de las necesidades, además de conferir mayor racionalidad al proceso de planificación, es un instrumento de asignación equitativa de los recursos porque capta, en los indicadores epidemiológicos, las necesidades de todos, incluidos y excluidos sociales, y no apenas los intereses de los grupos sociales mejor organizados. No basta asignar un valor determinado para hacer una cantidad de mamografías, a partir de series históricas limitadas por los recursos financieros, y hacerlas disponibles para que los gestores las distribuyan de acuerdo con criterios de sentido común. Es necesario saber, en un territorio sanitario, con base en evidencias científicas dentro de las directrices clínicas, cuáles y cuántas son las mujeres de riesgo para cáncer de mama y, a partir de criterios epidemiológicos, identificarlas y ofrecerles las mamografías programadas. La planificación de las necesidades constituye un importante factor en la oferta de servicios efectivos, eficientes y que, consecuentemente, pueden agregar valor para las personas usuarias. Por ejemplo, la planificación de la oferta no consigue identificar y focalizar, con estrategias de intervenciones diferenciadas, los portadores de una condición de salud según la estratificación de sus riesgos. De esa manera, muchos procedimientos son ofertados, por criterios de orden de demanda o de intereses políticos, a personas usuarias que no hacen parte de los grupos de riesgos, generando intervenciones innecesarias o equivocadas.

La planificación necesaria para las RASs es una planificación estratégica. Un plan estratégico es un sistema de planificación que, a partir de las necesidades de salud de la población, identificadas a través de un análisis de situación de salud, establece grandes objetivos y busca alcanzarlos a partir de un plan de largo plazo, de un plan de mediano plazo y de un plan de corto plazo que tengan entre ellos profunda coherencia.

Hace tiempo no existe en Brasil un plan estratégico de salud nacional, elaborado por el Ministerio de Salud, en conformidad con un plan nacional de desarrollo. Se han formulado metas generales, como las del Pacto por la Vida, donde se mezclan metas de procesos y de resultados, en un número excesivo para ser posteriormente acompañadas, lo que está muy distante de ser un plan estratégico adecuadamente concebido.

La PPI de la asistencia, en la práctica, funciona como en un plan operativo de corto plazo, revisado de acuerdo con los intereses mejor organizados, sin coherencia con

las directrices y metas de mediano y largo plazos que deberían existir en un plan estratégico.

La planificación del SUS está centrada en los espacios municipales (Planes Municipales de Salud) y en los espacios en los estados (Planes Estatales de Salud). Esos planes, muchas veces, son realizados con función meramente notarial, sin manifestarse como ordenadores de las acciones gerenciales cotidianas de esos entes federados. Existen otros dos espacios de planificación, esenciales para la construcción de las redes de atención de salud, que exigen la conformación de planes de salud: el espacio macrorregional, el Plan Macrorregional de Salud, y el espacio microrregional, el Plan Microrregional de Salud. Esos planes, generalmente, no hacen parte de la planificación del SUS.

La PPI de la asistencia termina siendo una planificación exclusiva de los recursos federales de alta y media complejidad, destinados a los estados y a los municipios y, no un instrumento de planificación que permita articular y dar transparencia a los objetivos y a los recursos de esos tres entes federados, en los diferentes territorios sanitarios. Generalmente, no consigue ir más allá de una macro-asignación de recursos financieros por procedimientos de salud y que, al final, termina definiendo techos financieros por entes federados. Así, en un ambiente de escasez de recursos, se establece en el SUS, una lógica gerencial que gira alrededor de luchas distributivas entre los gestores, una realidad gerencial de competición por recursos escasos, muy distante de la perspectiva solidaria de nuestro federalismo cooperativo intraestatal y de la regionalización cooperativa.

La PPI, generalmente, no acoge, dentro de sí, algo inherente a las RASs, la integralidad de las intervenciones promocionales, preventivas y asistenciales. Ella es hecha con foco en las acciones asistenciales. Existen programaciones separadas para la vigilancia en salud y la asistencia de salud que no se coordinan.

Las acciones programadas en la PPI asistencial se limitan a las intervenciones de atención secundaria (media complejidad) y terciaria (alta complejidad) de atención de salud, desconsiderando las de APS que son fundamentales porque, además de resolver la gran mayoría de los problemas, cumplen en las RASs, la función de centro de comunicación. Esa función coordinadora de la APS hace con que el criterio de planificación ascendente, importante para el SUS, deje de ser una planificación que se direcciona del municipio para los estados y la Unión, para ser un sistema de planificación que, a partir de las directrices nacionales, de estados y municipios, salga de cada unidad de APS y, se irradie para las unidades de atención secundaria y terciaria de salud, para los sistemas de apoyo y los sistemas logísticos. Porque, como se mostró en la discusión hecha anteriormente en este capítulo, de los puntos de atención secundaria y terciaria de salud, la planificación de las intervenciones en esos dos niveles es realizada en y a

través de la APS. Esto ocurre porque es en la APS donde la población crea el vínculo e interactúa con el sistema de atención de salud.

La planificación estratégica de las RASs es realizada por un proceso que envuelve la formulación estratégica de la cual resultan acciones coordinadas de largo, mediano y corto plazos.

La formulación estratégica implica un análisis del contexto político, institucional y sanitario. Puede ser sustentada por el análisis de las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas y debe llevar a la definición de la misión, de la visión y los valores compartidos por el ente de gobernanza instituido, así como la definición de su posicionamiento estratégico en el mercado público. Eso envolverá una amplia consulta a diferentes actores sociales que actúan, directa o indirectamente, en la RAS, envolviendo los gestores, los prestadores, las personas usuarias y los consejos de salud.

La formulación estratégica llevará a la construcción de los proyectos estratégicos de mediano y largo plazos que implican los objetivos por áreas de desarrollo estratégico, las medidas estratégicas que se adoptarán y los recursos que serán invertidos. Los planes de mediano plazo cubren un período gubernamental de cuatro años y corresponden al plan plurianual de acciones del gobierno. Los planes de largo plazo son definidos a partir de una visión que se desea alcanzar y generalmente en un tiempo mayor, entre quince y veinte años. Ellos deben ser producidos en función de diferentes escenarios de largo plazo que delimitan las posibilidades de alcance de la visión y de los objetivos estratégicos.

La situación presente, definida por el análisis situacional, muestra donde se está; la visión de futuro, establecida en el plan estratégico, apunta adonde se quiere llegar. El camino entre esas dos situaciones preside la definición de la estrategia y de la cartera de proyectos estructuradores y asociados.

Coherente con los planes de largo y mediano plazos, se instituyen anualmente, a partir de las leyes de directrices presupuestarias, las leyes presupuestarias anuales que definen los objetivos de corto plazo, los límites presupuestarios y establecen el desglose de los costos.

Todo eso debe conducir a la construcción de un mapa estratégico de la red de atención de salud que debe ser monitoreado y evaluado.

Un tercer instrumento de gobernanza de las RASs es el Plan Director de Inversiones (PDI).

El PDI debe expresar los recursos de inversiones para atender a las necesidades pactadas en el proceso de planificación regional y de los estados. En el ámbito regional debe reflejar las necesidades para alcanzar la suficiencia en la APS y en la atención secundaria (media complejidad), en conformidad con el diseño regional y en la macro-región en lo que se refiere a la atención terciaria (alta complejidad). Debe contemplar, además, las necesidades del área de vigilancia en salud y ser desarrollado de forma articulada con el proceso de territorialización y de planificación estratégica (MINISTERIO DE SALUD, 2006a).

EL PDI parte de un trabajo de elaboración de la cartera de servicios, con base en las directrices clínicas basadas en evidencias. Esas carteras son, también, la forma más apropiada de definir operacionalmente el principio de integralidad del SUS. La cartera de servicios no se limita a los servicios asistenciales, por envolver también, los servicios de vigilancia en salud. La cartera de servicios envuelve: la especificación de los servicios que serán ofertados por la APS en todos los municipios; la especificación de los servicios que serán ofertados por la atención secundaria de salud (media complejidad) en los municipios-polo de las microrregiones sanitarias; y la especificación de los servicios de atención terciaria de salud (alta complejidad) que serán ofertados en los municipios-polo macrorregionales. Esa cartera de servicios corresponde a un perfil de oferta ideal de las RASs.

El Recuadro 7 ejemplifica la cartera de servicios sanitarios de España.

Recuadro 7: La cartera de servicios sanitarios de España

La Ley nº 16, de 28 de mayo de 2003, que dispone sobre la cohesión y la calidad del Sistema Nacional de Salud, establece que los servicios sanitarios constituyen el conjunto de servicios promocionales, preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores que deben constituir la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. La cartera de servicios sanitarios está compuesta por técnicas, tecnologías y procedimientos, entendiéndose, como tales, los métodos, la actividades y los recursos basados en los conocimientos y en la experimentación científica, mediante los cuales se prestan los servicios de salud.

La cartera es elaborada con los criterios de efectividad, eficiencia, seguridad, utilidad terapéutica, alternativas asistenciales, adecuación a grupos menos protegidos o en riesgo, necesidades sociales e impacto económico y organizacional. No hacen parte de la cartera de servicios sanitarios tecnologías que no estén suficientemente probadas, que son objeto de publicidad destinada al público en general, que se encuentren en fase de investigación clínica y que no tengan relación con enfermedad, accidente o malformación congénita.

La cartera de servicios sanitarios es pactada en el Consejo Interterritorial y aprobada por un Decreto Real.

La cartera de servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud debe garantizar la atención integral y la continuidad de la atención prestada a las personas usuarias, independientemente del nivel de atención en el que son atendidas en cada momento.

Recuadro 7: La cartera de servicios sanitarios de España

La actualización de la cartera de servicios se hace por norma del Ministerio de Salud y Consumo, a partir de informe del Consejo Interterritorial. Para incorporar nuevas tecnologías o excluir tecnologías existentes es necesario una decisión del Ministerio de Salud y Consumo, consultada la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Las modificaciones para incluir o excluir tecnologías en la cartera de servicios sanitarios son realizadas de acuerdo con algunos criterios: representar un aporte realmente innovador para la prevención, el diagnóstico, la terapéutica o la rehabilitación; ser una nueva indicación de equipamientos o productos ya existentes; cambiar de forma significativa los sistemas organizacionales de la atención de salud; llegar a amplios sectores de la población; causar un impacto económico significativo en el Sistema Nacional de Salud; y perder su utilidad sanitaria, representar riesgos para las personas usuarias o para los profesionales de salud o haber sido sustituida por otra tecnología.

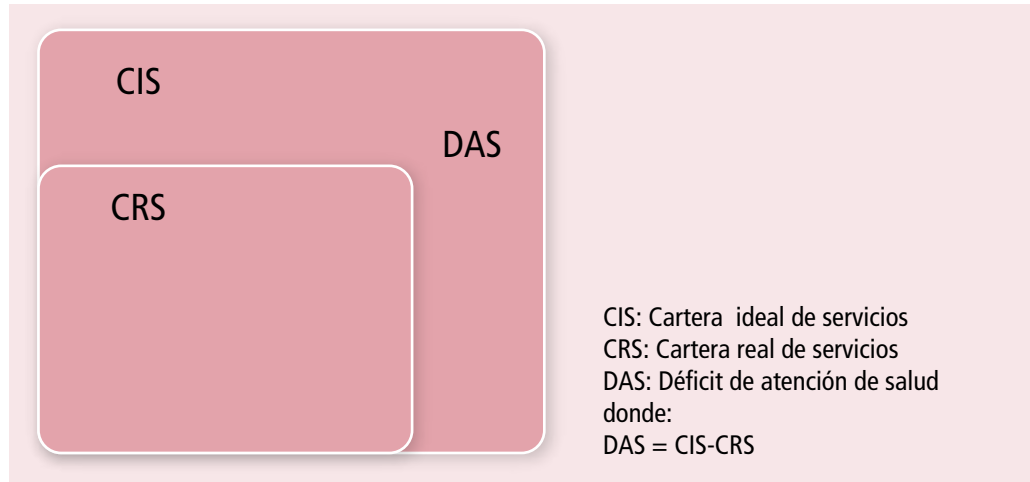
Las Comunidades Autónomas, que constituyen las estructuras descentralizadas del país, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios sanitarios desde que respeten todos los servicios detallados en la cartera nacional.

La cartera de servicios sanitarios está constituida por: cartera de servicios de salud pública, cartera de servicios de la APS, cartera de servicios de atención especializada, cartera de servicios de atención de urgencias, cartera de servicios de asistencia farmacéutica, cartera de servicios de ortesis y prótesis, cartera de servicios dietéticos y cartera de servicios de transporte sanitario.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (2005)

Un segundo elemento necesario para la elaboración del PDI es el diagnóstico de la oferta de los servicios que existen en las RASs y que configura el perfil de la oferta real. Ese diagnóstico engloba: los servicios de APS, por municipios; los servicios de atención secundaria de salud (media complejidad), por microrregiones; y los servicios de atención terciaria de salud (alta complejidad), por macrorregiones.

El contraste entre la cartera de servicios en el perfil de oferta ideal, con la respectiva cantidad y calidad de la oferta definida según la programación, realizada con parámetros epidemiológicos, con los servicios efectivamente prestados por las RASs, en cantidad y calidad, integrantes del perfil de oferta real, permite determinar los *déficits* de atención de salud. Esos *déficits* de atención de salud deben ser establecidos: para la APS, para cada municipio; para la atención secundaria de salud (media complejidad) por microrregión; y para la atención terciaria de salud (alta complejidad) por macrorregión. Es lo que se muestra en la Figura 6.

Figura 6: Los *déficits* de atención de salud

Al examinar los *déficits* de atención de salud dos situaciones pueden ocurrir. En una primera, existe una capacidad instalada de oferta que permite atender las demandas por servicios, lo que implica el aumento en la programación de los recursos de costeo para adecuar la cantidad de servicios a la demanda definida. En una segunda situación, hay deficiencia en la capacidad instalada para atender la demanda programada, lo que lleva a la necesidad de inversiones para ampliar la oferta de servicios. El *déficit* de atención de salud, en esa segunda situación, es el elemento central para la elaboración del Plan Director de Inversiones (PDI).

El objetivo del PDI es superar los *déficits* de atención de salud, determinados por la insuficiente capacidad instalada de oferta, para que las RASs puedan operar adecuadamente.

La elaboración del PDI se hace a partir de patrones de inversión predefinidos, basados en las directrices clínicas y en los sistemas de costos optimizados, e implica la definición de los servicios que serán incrementados o perfeccionados para superar las lagunas en la atención de salud, los materiales permanentes, los equipamientos y las construcciones o reformas necesarias, y los costos envueltos.

Un cuarto instrumento gerencial, imprescindible para la gobernanza de las RASs, es el sistema de contractualización.

El sistema de planificación estratégica exigirá, para su operación, la elaboración de contratos de gestión entre los entes gestores de las RASs y los entes prestadores de ser-

vicios de salud en esas redes. Esos contratos tienen como objetivo dar solidez jurídica a los colegiados regionales mediante contratos que generen derechos y obligaciones.

En relación a los contratos entre los gestores y los prestadores de servicios, en la administración pública, eso está en el interior de una profunda reforma de la gestión pública. La introducción de las relaciones contractuales en la gestión pública es fruto de reformas en las organizaciones estatales contemporáneas, definidas por Kaul (1997) como el movimiento de los gobiernos en el sentido de hacer para garantizar que las cosas sean hechas. Esos cambios en la administración pública pueden ser conocidos como la construcción del Estado competente (HILDEBRAND y GRINDLE, 1994), como la reinención de los gobiernos (OSBORNE y GAEBLER, 1994), como la instauración del Estado contratante (TROSA, 2001) o como la nueva gestión pública (MILLS *et al.*, 2001).

Esos movimientos de reforma en la gestión pública defienden la separación de las funciones de regulación y prestación de servicios. Para los reinventores del gobierno, el Estado moderno debe ser fuerte en navegar y no en remar (OSBORNE y GAEBLER, 1994); para los anglosajones debe haber una clara separación entre el dueño de la obra (el principal), quien regula y financia, y el gerente de la obra (el agente), quien ejecuta (TROSA, 2001). Es decir, parafraseando el poeta, para el Estado contemporáneo regular es necesario, prestar directamente los servicios no es necesario.

Los cambios en la administración pública van más allá de la separación de las funciones del Estado. Sus principales elementos pueden ser agrupados en tres grandes bloques: la propositividad que busca garantizar una clareza de visión y objetivos; la responsabilización (*accountability*) que pretende aumentar la responsabilidad y la rendición de cuentas a los ciudadanos; y el desempeño que implica crear incentivos para mejorar el desempeño institucional.

La separación de las macrofunciones de regulación y financiamiento de la prestación de servicios exige la institución de mecanismos formales, entre los entes reguladores/ financiadores y los entes prestadores de servicios que son los contratos de gestión.

El sistema de atención de salud es un sistema complejo, compuesto por diferentes actores sociales en situación y portadores de diferentes objetivos, intereses y representaciones. Ya que la cooperación entre esos actores no es automática, ellos deben negociar entre sí y establecer acuerdos que permitan obtener ventajas que no serían alcanzadas en la ausencia de una cooperación formalizada. O, según la teoría de los juegos, se debe buscar una solución cooperativa que produzca un excedente cooperativo (COOTER y ULEN, 1988). La mejor forma de negociar y llegar a acuerdos es a través de contratos firmados entre partes diferentes.

El contrato coloca juntas dos o más entidades legales entendidas como personas físicas, morales o jurídicas. El contrato puede ser definido como el acuerdo entre dos o más agentes económicos a través del cual ellos se comprometen a asumir o a renunciar, a hacer o a no hacer, determinadas cosas (PERROT *et al.*, 1997). El contrato es una alianza voluntaria entre dos o más partes.

Además de dar una base formal para la separación de las funciones de regulación y de prestación de servicios de salud, el creciente interés por los contratos entre entes reguladores y prestadores de servicios de salud es atribuido a la decepción con los patrones de asignación de recursos de los sistemas gerenciales jerárquicos todavía vigentes en las organizaciones estatales. Las organizaciones estatales jerárquicamente rígidas, operando con los tradicionales sistemas de comando y control, son muchas veces capturadas por los intereses de los prestadores de servicios y sus burocracias, volviéndose incapaces de concentrarse en sus sujetos, los ciudadanos usuarios de los servicios públicos.

Por eso, algunos analistas han defendido la necesidad de un acuerdo de largo plazo entre reguladores y prestadores de servicios de salud a través de un enfoque que se distancia del presupuesto convencional de las instituciones estatales y de los mecanismos de mercado, lo que fue denominado por Ham (1996) como enfoque de la contabilidad, entendido como el cuestionamiento claro y permanente sobre el qué, el por qué y el cómo los servicios de salud deben ser prestados. El instrumento en el cual se basa ese nuevo enfoque es el contrato entre la institución reguladora y las instituciones prestadoras de servicios. Al establecer la relación contractual, aunque dentro de la misma institución estatal, se destruye la lógica jerárquica y se instituye una relación dialógica a través del contrato, una norma negociada. En la relación contractual no habrá más un lado que manda y otro que obedece o un lado que piensa y otro que ejecuta. El principio de la autoridad se mantiene, pero en otra dimensión: la capacidad de definir objetivos y estrategias, de negociar dialógicamente con otros niveles organizacionales, de definir compromisos bilaterales y de concretarlos en contratos bilaterales.

Trosa (2001), analizando la introducción de los mecanismos contractuales en las organizaciones estatales, habla de espíritu de contractualismo, algo que supera una visión más limitada del contrato como mero instrumento jurídico y se consolida como una nueva cultura gerencial, cuya esencia está en el cambio del sistema de relaciones entre entes contratantes y entes contratados que pasa a ser regido por el principio de la alianza.

Los objetivos de una asociación entre las partes de un contrato son: un diálogo permanente entre el contratante y el prestador de servicios; una rectificación de los problemas en el momento en que surgen; un intercambio de conocimientos y habili-

dades; riesgos compartido, pérdidas y ganancias; relaciones más estables y largas; y la construcción del sentido de responsabilidad.

El contrato exige una relación bilateral entre el lado de la demanda, el ente contratante o comprador - que actúa como agente de las personas usuarias del sistema de atención de salud, individuos y familias - y el lado de la oferta, los entes prestadores de servicios de salud. Del lado de la demanda, el ente regulador se instituye como una organización monopsónica, fortaleciéndose frente a los prestadores y, del lado de la oferta, es necesario que los entes prestadores de servicios adquieran una autonomía administrativa que les permita tomar las decisiones con la libertad necesaria para cumplir lo que fue acordado en el contrato (REHNBERG, 1997).

La introducción de mecanismos de contratación en los sistemas públicos de atención de salud no necesita estar, necesariamente, asociada a políticas de desestatización de los entes estatales prestadores de servicios de salud, con su transformación en entes públicos no estatales o en entes privados.

Los propósitos generales de un contrato son: coordinar las actividades de las partes, asegurando la producción de un excedente cooperativo; distribuir los frutos de la cooperación; y garantizar que los compromisos sean cumplidos. Para alcanzar esos propósitos las partes están obligadas a adoptar reglas de comportamiento aceptadas de mutuo acuerdo.

Existen varias razones que justifican la introducción de los contratos en los sistemas de atención de salud: estimulan la descentralización de la gestión dando más responsabilidades a los gerentes locales; permiten un mejor control sobre el desempeño cuantitativo y cualitativo de los prestadores de servicios de salud; dan mayor efecto a la planificación estratégica de las instituciones al exigir un mayor empeño en alcanzar los productos contratados; incentivan la creación y la utilización cotidiana de los sistemas de información gerenciales; mejoran la gestión de la clínica; permiten una mejor focalización en los intereses de la población; y dejan las instituciones más transparentes y más receptivas al control social (SAVAS et al, 1998).

Por otro lado, es necesario tener presente que los sistemas de contratación pueden determinar, por lo menos, dos consecuencias no deseadas. Una es el aumento exagerado de los costos de transacción de los sistemas de atención de salud. Fue lo que ocurrió en el Reino Unido, en el inicio del proceso de reforma del Servicio Nacional de Salud, donde llegaron a existir 3.800 entes contratantes, especialmente médicos generalistas, con un incremento significativo de los costos de transacción, lo que obligó, en un segundo momento, a reducir fuertemente el número de esos entes, reuniendo los médicos generalistas en grupos (JORGE, 2001). Lo mismo sucedió en Colombia,

donde los costos de transacción derivados de la introducción de un sistema singular de casi-mercados, basado en la competición gestionada, alcanzaron un valor muy grande, prácticamente comprometiendo la solvencia del sistema de atención de salud de aquel país (JARAMILLO, 2001). Lo mismo sucedió en Argentina con el incremento incontrolado de la intermediación en el sistema de atención de salud (SOJO, 1997). Una segunda consecuencia es la posibilidad de aumentar la fragmentación del sistema de atención de salud cuando se hacen contratos, separadamente, con hospitales, ambulatorios especializados, unidades de APS, etc. Eso parece ser el caso de España, donde la contratación aislada de hospitales y de unidades de APS aumentó la incomunicación entre esos puntos de atención de salud e incrementó la fragmentación del sistema como un todo (VÍA, 2001).

Sin embargo, la fragmentación no es inherente a los mecanismos de contratación porque en el Reino Unido, la institución de grupos de médicos generalistas como agentes de contratación de todos los servicios de atención secundaria y terciaria, aumentó la integración del sistema de atención de salud (BOADEN, 1997). Una forma de evitar la fragmentación es contratar el conjunto de servicios que propicien la continuidad del cuidado dentro de una única RAS.

Los contratos son construidos a partir de cuatro variables principales: los objetivos de las RASs en los planes estratégicos; las evidencias y el costo efectividad de las tecnologías de salud; la disponibilidad y la capacidad de ajustar la oferta de servicios de salud; y las necesidades de las personas usuarias de los sistema de atención de salud.

La utilización de los contratos en las RASs es un ciclo de contratación como se ve en la Figura 7. El ciclo parte de las necesidades de salud que se expresan en los planes estratégicos de las RASs; los planes estratégicos de salud definen los servicios de salud que serán comprados; esos servicios deben ser especificados en cantidad y calidad; eso lleva a la definición y firma del contrato entre el comprador, el ente gestor de la RAS, y el prestador de los servicios de salud; el contrato debe ser monitoreado y evaluado por un sistema de información gerencial que emite informes de gestión de acuerdo con las necesidades de diferentes actores; el ciclo se cierra cuando la evaluación de los servicios prestados realimenta los planes estratégicos de salud y los planes de contratos.

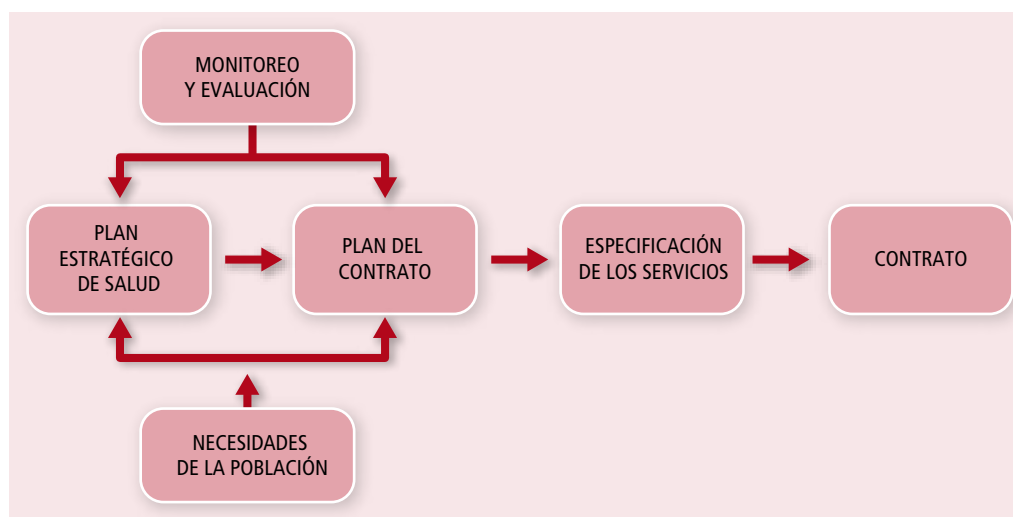
El plan del contrato debe englobar: las condiciones estructurales de los prestadores, cuando posible, definiendo el sistema de acreditación; los instrumentos de gestión de la clínica, especialmente las directrices clínicas que serán utilizadas y las herramientas de gestión de la utilización, como los sistemas de control retrospectivos, prospectivos y concomitantes; las condiciones de acceso a los servicios; y la especificación de patro-

nes de calidad de los servicios. Es deseable que las personas usuarias y los consejos de salud se envuelvan en la especificación de los servicios que serán contratados.

La evaluación del contrato debe abarcar un juicio sobre: el conjunto de servicios prestados; la utilización y el acceso de las personas usuarias a los servicios contratados; la coordinación y la integración de la atención de salud prestada; la eficiencia y la situación financiera de los prestadores de servicios; y la calidad de la atención de salud prestada.

Los contratos deben obedecer a un ciclo que se origina en el plan estratégico que lleva a un plan del contrato que debe ser monitoreado y evaluado.

Figura 7: El ciclo de la contratación en salud



Los contratos deben contener un conjunto de cláusulas esenciales que envuelven la definición de los productos, la selección y la organización de los recursos, la coordinación en el tiempo y el espacio, el sistema de garantías, el sistema de monitoreo y evaluación, el sistema de pago y el sistema de incentivos (BROUSSEAU, 1993).

Las partes deben definir los objetivos y los productos esperados de su alianza, en este caso, cuales servicios de salud serán prestados a una población. Esa definición debe ser hecha de la forma más precisa posible, a través de indicadores cuantitativos y cualitativos y sus formas de medición o clasificación. La descripción detallada de los productos debe englobar indicadores de producción, de productividad, de calidad de los servicios de salud y de satisfacción de la población. Las partes deben especificar

cuales recursos será utilizados para cada una de ellas para alcanzar los objetivos del contrato y para definir como será la gestión de esos recursos.

No basta definir los productos y los medios de producción; hay que indicar cuando y donde los productos estarán disponibles. Los contratos, por representar un cambio cultural radical, deben tener un período de vigencia mayor que permita construir una relación cooperativa y establecer un ambiente de contrato confiable (LOEVINSOHN, 2008). En el Reino Unido muchos contratos tienen vigencia de cinco años (JORGE, 2001).

El sistema de garantías defiende cada parte contra el comportamiento oportunista de la otra y debe ser entendido como una forma de disuasión entre las partes. Para que ese sistema sea eficaz, la sanción debe ser mayor que los beneficios que derivarían del comportamiento oportunista de cada una de las partes y cobrar un valor justo por el abandono del contrato.

Los productos definidos y transformados en indicadores cuantitativos y cualitativos deben ser examinados con una periodicidad predeterminada por controladores externos e internos y deben estar sometidos, en el caso de un contrato legal, a las normas legales y los foros jurídicos determinados de mutuo acuerdo.

La forma de pago de los prestadores de servicios de salud por el ente contratante debe estar claramente definida en el contrato y puede ser hecha de diferentes formas. Es fundamental que el sistema de pago esté alienado con los objetivos de las RASs.

El sistema de incentivos es uno de los elementos más decisivos en un contrato y debe garantizar el equilibrio entre las contribuciones y las retribuciones a través de recompensas y sanciones, coherentes y claras, para las dos partes.

Para que las relaciones contractuales funcionen adecuadamente, algunas condiciones son necesarias: la existencia de una cultura de resultados en las instituciones; el consenso político en relación al modelo de separación de las funciones de regulación y de prestación de servicios de salud; la claridad de los objetivos del sistema de atención de salud y su inserción en el contenido del contrato; la existencia de sistemas de informaciones gerenciales que permitan monitorear y evaluar los productos acordados en el contrato; la disponibilidad de recursos humanos capacitados para la gestión de contratos en las instituciones contratante y contratada; el sistema atractivo de remuneración de los servicios para los prestadores; la oferta de los servicios que serán contratados deben estar disponibles por parte de los prestadores de servicios; la autonomía de gestión de los prestadores de servicios compatible con el alcance de los productos contratados; y la capacidad de los prestadores de asumir riesgos (VÍA, 2001).

Existen diferentes tipologías de contratos en los sistemas de atención de salud. Pero hay una que tiene más utilidad práctica y que consiste en categorizarlos en contratos endógenos o internos y contratos exógenos o externos. Esas categorías han sido también denominadas, alternativamente, de contratos suaves y contratos duros (SAVAS et al, 1998).

Los contratos internos son aquellos en los que los entes contratante y contratado son una misma institución estatal. En esos contratos se está delante de un contrato moral y no de un contrato legal y, por eso, han sido denominados de acuerdos de servicios (ENGLAND *et al.*, 1997), declaración de compromiso o cuasicontratos (SOJO, 2000) porque esos contratos no disponen de una base legal para cobrar los compromisos asumidos. La autonomía jurídica del ente prestador es sustituida por el concepto de centro de responsabilidad, entendido como un centro prestador de servicios que entra en una vía contractual con su tutela, sin cambiar su naturaleza jurídica estatal (TROSA, 2001). De esa manera son realizados los contratos en Costa Rica y en el Reino Unido. Sin embargo, en Nueva Zelanda hay una ley que da a los contratos endógenos fuerza legal (FERLIE et al, 1996).

Los contratos externos son aquellos en los que el ente contratante es una institución estatal que se relaciona con entes prestadores externos, como otras instituciones públicas, estatales o no estatales, instituciones privadas filantrópicas o instituciones privadas lucrativas. Son los casos de los contratos entre un Ministerio de Salud y el Ministerio de la Educación, una Secretaría de Salud de Estado o una organización social, o de una Secretaría Municipal de Salud con hospitales filantrópicos u hospitales privados lucrativos. En los contratos exógenos se configura una subcontratación de los servicios. Ellos tienen fuerza legal y los entes contratados son instituciones portadoras de autonomía administrativa y jurídica y, por lo tanto, capacitados para formalizar y responsabilizarse, moral, administrativa y jurídicamente, por lo que fue pactado en los contratos. En ese caso, se aplica mejor, la expresión contrato de gestión.

Aunque la contratación de los servicios de salud en el SUS sea una preocupación de los gestores hace mucho tiempo, una significativa proporción de servicios es todavía ejecutada sin contratos formales, especialmente por entes privados lucrativos y no lucrativos. Eso llevó a que en el Pacto de Gestión 2006 se introdujera un índice de contractualización para medir el porcentaje de unidades que están con contrato regular con el SUS.

Fue incorporado a la normativa del SUS el proceso de contractualización de los prestadores de servicios que tiene como objetivo transformar los contratos de instrumentos meramente burocráticos para un proceso que se basa en la definición de metas cuantitativas y cualitativas establecidas en función de las necesidades de salud

de la población y del perfil de oferta de los prestadores. Además, son especificadas obligaciones y responsabilidades para las partes envueltas y establecidos criterios para el monitoreo y la evaluación del desempeño de los prestadores. Los entes contratados están obligados a alimentar regularmente los sistemas de información: el registro nacional de establecimientos de salud, CNES, el sistema de informaciones hospitalarias, SIH SUS y el sistema de informaciones ambulatorias, SIA SUS (CONSEJO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SALUD, 2007d).

Un quinto instrumento gerencial, utilizado en las RASs, es el sistema de monitoreo y evaluación.

En las RASs, el papel del control o monitoreo es diferente del ejercido en las organizaciones burocráticas en las que presenta un foco fiscalizador. El objetivo central del monitoreo en esas organizaciones poliárquicas es crear complementariedad entre los actores, articulando las bases de apoyo decisorio para desarrollar actividades sinérgicas, y transfiriendo el eje del control de los procesos para el control de los objetivos y de las metas, construidos colectivamente, y detallados en la planificación estratégica (FLEURY y OUVÉRY, 2007).

Aunque sea considerado aquí separadamente, el monitoreo y la evaluación, hacen parte del círculo de formulación de políticas: definición del problema, diagnóstico, desarrollo de políticas, decisión política, implementación, monitoreo y evaluación (ROBERTS *et al.*, 2003).

El proceso de monitoreo y evaluación implica un juicio de valor sobre una intervención para racionalizar el proceso de toma de decisiones. Una intervención está constituida por los recursos humanos, físicos, financieros y simbólicos estructurados para producir bienes o servicios que puedan modificar la situación-problema (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

El monitoreo es, muchas veces, denominado de control y se aproxima del concepto de evaluación normativa. El monitoreo puede ser definido como el trabajo ex-post de acompañamiento de los objetivos cuantitativos y cualitativos predefinidos en términos de estructura, procesos y resultados en busca del perfeccionamiento de la eficiencia, de la efectividad y de la calidad de los servicios.

El monitoreo de las intervenciones se hace de manera continua y periódica y, generalmente, no exige análisis estadístico; en el monitoreo de las intervenciones, las informaciones están regularmente disponibles en los sistemas de información gerencial; el monitoreo de las intervenciones es una actividad organizacional difusa, hecha por todos los que ejecutan programas en las organizaciones; el monitoreo es, generalmen-

te, una actividad interna de la organización y, normalmente, no produce evidencias. El monitoreo se hace en diferentes situaciones: la apreciación de la estructura, la apreciación de los procesos, la apreciación de la dimensión técnica de los servicios, la apreciación de las relaciones interpersonales y la apreciación de la dimensión organizacional (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

El proceso de monitoreo exige para su funcionamiento, un sistema de información gerencial eficaz, con dos implicaciones principales.

Primero, debe diseñarse el sistema de monitoreo a partir del plan estratégico y de los contratos de gestión, lo que envuelve definir: la naturaleza del indicador; su fórmula de cálculo; su nivel gerencial (estratégico, táctico u operacional); la(s) fuente(s) de información; las gerencias de los bancos de datos encargadas de proveer las informaciones; las formas de presentación (gráfico, tablas, etc.); y el período de información (diario, quincenal, mensual, trimestral, anual, etc.). La selección de los indicadores para el sistema de monitoreo envuelve tres criterios fundamentales: la importancia de lo que está siendo medido, la solidez científica del indicador y la viabilidad de obtener informaciones comparables. La importancia de lo que está siendo medido envuelve: el impacto de lo que está siendo medido en la salud de la población; la importancia política para los gestores y para las personas usuarias del sistema de atención de salud; y la susceptibilidad de lo que está siendo medido en las intervenciones sanitarias. La solidez científica del indicador engloba: la validez, la capacidad del indicador medir lo que se espera medir; la confiabilidad del indicador, la capacidad de producir resultados estables en varias poblaciones y circunstancias; y la evidencia científica, la presencia de evidencia de buena calidad en la literatura sobre el indicador. La viabilidad de obtener informaciones comparables abarca: la existencia de prototipos, los indicadores que están siendo usados; la disponibilidad de comparadores, la presencia de informaciones comparables, en el país o internacionalmente; el costo de los indicadores, el valor financiero para la obtención del indicador y su procesamiento rutinario; y la capacidad de los indicadores para propiciar el análisis de subpoblaciones, la posibilidad del indicador en permitir análisis de subgrupos poblacionales (HURTADO, 2006).

Segundo, debe contarse con un *software* relacional lo que supone la articulación de los diferentes sistemas de información para producir indicadores predefinidos en el plan estratégico y en los contratos de gestión y emitir informes de gestión periódicos, conformados por las demandas de diferentes actores, dentro y fuera de la organización.

Los *softwares* para monitoreo pueden ser del tipo *Data Warehouse*. Esos *softwares* no son un producto, y sí una estrategia que reconoce la necesidad de almacenar datos, separadamente, en sistemas de información y consolidarlos, de manera que puedan apoyar diversos profesionales de una organización en la toma de decisiones, de

manera rápida y eficaz. Ellos están constituidos por un conjunto de datos basado en asuntos, integrado, no volátil, y variable en relación al tiempo, para apoyo a las decisiones gerenciales. El *Data Warehouse* tiene la siguiente arquitectura: adquisición de la información: esa capa es responsable por reunir, refinar, limpiar y agregar los datos de los sistemas de producción y, para eso, el dato debe estar correcto y debe proveer un único significado para facilitar la toma de decisiones; almacenamiento de la información: esa capa provee el almacén de la información; y disponibilidad de la información: esa capa es la parte de la arquitectura que servirá de apoyo para un conjunto de herramientas de presentación y análisis. Un proyecto de *Data Warehouse* nunca termina. Las fuentes de datos cambian, las necesidades de los usuarios también cambian, el número de ellos aumenta, las reglas de mercado se modifican y los usuarios tienden a demandar más informaciones (MATEUS, 2000).

Las acciones de monitoreo son muy facilitadas cuando son aplicadas como parte de un sistema de gestión estratégica. Un buen ejemplo son los sistemas de gestión estratégica construidos por el BSC (*balanced score card*) a partir de: una definición clara de los objetivos y estrategias de las empresas; el alineamiento de toda organización con los objetivos propuestos; la revisión de los procesos internos necesarios para alcanzar esos objetivos; la definición de indicadores estratégicos, tácticos y operacionales, controlables y cuantificables; y el control sistemático de esos indicadores. El BSC utiliza mapas estratégicos y gráficos de fácil visualización, como los paneles de bordo, para medir el desempeño de las organizaciones (LIMA, 2007).

Existen varios modelos de monitoreo de los sistemas de atención de salud, disponibles en la literatura internacional y, entre ellos, el modelo de Donabedian, el modelo lógico, el modelo americano y el modelo de monitoreo del desempeño de los sistemas de atención de salud en las Américas.

El modelo de Donabedian (2003) parte de la clásica definición de estructura, proceso y resultados. Esas tres categorías no son atributos de calidad de los sistemas de atención de salud o dimensiones de desempeño, sino la explicación de un proceso de producción en insumos, procesos y productos. El modelo lógico es un avance en la concepción de Donabedian, representada por una jerarquía de los componentes de un programa. Esos componentes, organizados en una cadena, son: insumos, actividades, productos y resultados, donde los insumos llevan a las actividades que llevan a los productos que, eventualmente, llevan a los resultados (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1999).

En los Estados Unidos, se destacan dos propuestas de monitoreo de los sistemas de atención de salud: la de la Foundation for *Accountability* de dominio del consumidor y la del Instituto de Medicina para la calidad de la atención de la salud. El modelo de

dominio del consumidor tiene cuatro categorías de centralización en el consumidor en la medida que los consumidores expresan sus necesidades de salud: manteniéndose saludable y evitando las enfermedades; mejorando cuando enfermo; conviviendo con enfermedades crónicas o incapacidades y obteniendo ayuda para el autocuidado y el mantenimiento de las funciones; y enfrentando el fin de la vida (FOUNDATION FOR ACCOUNTABILITY, 1997). El modelo de calidad del Instituto de Medicina supone seis objetivos para los sistemas de atención de salud: que sean seguros, que sean efectivos, que sean centrados en los pacientes, que sean prestados en el momento oportuno, que sean eficientes y que sean equitativos. Los cuatro primeros son atributos de la calidad y los dos últimos son atributos transversales y que reflejan las necesidades de las personas usuarias (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Un estudio del Instituto de Medicina definió diez principios para medidas de desempeño de los sistemas de atención de salud: medidas integrales; medidas y objetivos basados en evidencias; medidas longitudinales; apoyo de usos múltiples y actores sociales; medidas intrínsecas a la atención de salud; perspectiva de las personas usuarias; medidas individuales y poblacionales; responsabilización compartida; sistema de aprendizaje; y sistema independientemente, flexible y sostenible (INSTITUTE OF MEDICINE, 2006b).

A partir de esos modelos disponibles en la experiencia internacional y con base en los indicadores de calidad de la atención de salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (KELLEY y HURST, 2006) fue presentado a la Organización Panamericana de la Salud, un modelo de monitoreo del desempeño de los sistemas de atención de salud de las Américas (HURTADO, 2006). Ese modelo supone que los sistemas de atención de salud deben ser operados de manera que los servicios sean accesibles a la mayoría de la población; que deben ser de calidad; y que deben ser proporcionados de modo equitativo y eficiente; y que deben satisfacer las necesidades de salud de la población. El modelo muestra, además, que los sistemas de atención de salud no operan en un vacío, sino que son afectados por determinantes sociales de la salud. El modelo está constituido por varios indicadores, distribuidos por dimensiones y subdimensiones:

Acceso a la atención:

- Disponibilidad: oferta de médicos y enfermeros por 10.000 personas; número y distribución de establecimientos de salud en los varios niveles de atención, incluyendo camas hospitalarias; y acceso geográfico.

Utilización:

- Posibilidad de tener atención cuando necesaria: número medio de consultas por personas; número medio de consultas en el prenatal; número medio de visitas a niños en los primeros 15 meses de vida.

Acceso a fuente regular de atención:

- Acceso regular a la APS; calidad de la atención.

Efectividad:

- Acceso a la promoción de la salud y a la educación en salud; y lactancia materna.

Estado de salud:

- Muertes por accidentes vascular encefálicos después de 30 días de su ocurrencia; tasas de sobrevivencia de 5 años en personas portadoras de cáncer de mama, de cuello de útero y colorrectal; tasa de mortalidad por asma de 5 a 39 años; tasa de mortalidad por infarto de miocardio en 30 días; incidencias de enfermedades inmunizables.

Atención hospitalaria:

- Proporción de partos cesáreos; uso racional de la profilaxis antibiótica en casos trazadores; readmisiones hospitalarias en casos trazadores; hospitalizaciones post-cirugía ambulatoria; retorno a UCI.

Atención ambulatoria:

- Programa antitabáquico; rastreo del cáncer de mama (mamografía), cáncer de cuello de útero y cáncer colorrectal; cobertura de inmunización; cobertura de inmunización para influenza en los ancianos; uso racional de antibióticos en condiciones seleccionadas; hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria; uso apropiado de las directrices clínicas en diabetes, enfermedades cardiovasculares, asma y depresión.

Seguridad:

- Tasas de infección hospitalaria; errores médicos; caídas de pacientes

Centralidad en las personas:

- Experiencias de las personas usuarias en la atención ambulatoria: calidad de las relaciones interpersonales con los profesionales, suministro de informaciones en salud, empoderamiento de las personas usuarias y decisiones compartidas entre profesionales y personas usuarias.

Satisfacción de los pacientes con los servicios hospitalarios:

- Comunicación de las personas usuarias con los profesionales, responsividad del equipo, limpieza y nivel de ruido del ambiente hospitalario, control del dolor, comunicación sobre medicamentos e informaciones sobre altas; atención en el momento oportuno; continuidad de la atención; tiempo de espera por procedimientos seleccionados.

Equidad

- Cualquiera de los indicadores ya definidos anteriormente, segmentados por características poblacionales, por regiones o por tipos de aseguramiento o financiamiento del sistema.

Eficiencia

- Propiedad: uso de cirugía ambulatoria; admisiones en cirugías ambulatorias; Relación insumo/producto: media de permanencia hospitalaria para condiciones específicas;
- Uso de la capacidad instalada: stock de medicamentos, hemocomponentes y material quirúrgico al final del año; tasa de quirófanos no utilizados.

La evaluación es diferente del monitoreo. Consiste en hacer un juicio ex-post de intervenciones usando el método científico. Ella busca analizar la pertinencia, los fundamentos teóricos, la productividad, los efectos y el rendimiento de intervenciones, así como establecer las interrelaciones entre las intervenciones y los contextos en que se localizan, para propiciar decisiones más racionales (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

La evaluación de los servicios de salud consiste en una intervención episódica sobre los servicios de salud que permita analizar explicaciones alternativas o utilizar múltiples líneas de evidencias; ella establece relaciones entre los componentes y analiza los resultados esperados y no esperados de los servicios de salud; se lleva a cabo con la utilización de técnicas de investigación evaluativa; es una actividad organizacional especializada conducida por evaluadores; puede ser hecha interna y externamente; y produce evidencias.

La evaluación puede ser descompuesta en seis tipos de análisis (CONTANDRIOPOULOS, 1997): el análisis estratégico, la adecuación entre la intervención y la situación-problema que la generó; el análisis de la intervención, la definición de las relaciones entre los objetivos de la intervención y los recursos empleados en su realización; el análisis de la productividad, el modo como los recursos son utilizados para producir la intervención; el análisis de los efectos, el impacto de la intervención sobre los estados o los niveles de salud de la población; el análisis del rendimiento, la relación entre los recursos empleados y los efectos obtenidos; y el análisis de la implantación, la influencia que puede tener la variación en el grado de implantación de una intervención en sus efectos o la influencia del ambiente en los efectos obtenidos.

Un buen ejemplo de evaluación, aplicable a las RASs, es la evaluación de los programas materno-infantiles en el Noreste de Brasil, realizada por Hartz *et al.* (1997).

Un sexto instrumento gerencial de la gobernanza de las RASs es el sistema de acreditación.

La acreditación es un sistema de verificación periódico, voluntario y reservado, para el reconocimiento de la existencia de patrones previamente definidos en la estructura, en los procesos y en los resultados, con el objetivo de estimular el desarrollo de una cultura de mejoría continua de la calidad de la atención de salud y de la protección de la salud de la población.

La acreditación de los servicios de salud es regulada, en el país, por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), a través de la Resolución RDC nº 93, de 26 de mayo de 2006, que dispone sobre el Manual Brasileño de Acreditación de Organizaciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Normas para el Proceso de Evaluación. Esa Resolución determina que la Agencia Nacional de Acreditación (ONA) y las instituciones acreditadas por ella utilicen, en el desarrollo del proceso de acreditación, exclusivamente los patrones y niveles definidos por aquél manual, en lo que se refiere a las normas de: servicios hospitalarios; servicios de hemoterapia; servicios de laboratorio clínico; servicios de nefrología y terapia renal sustitutiva; servicios de radiología, diagnóstico por imágenes, radioterapia y medicina nuclear; y servicios ambulatorios, terapéuticos y de emergencia (AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA, 2006).

El sistema de acreditación de las RASs exige una nueva forma de acreditación, diferente de la que ha venido siendo practicada. En la perspectiva sistémica que marca el funcionamiento de las RASs no es suficiente acreditar, aisladamente, cada uno de sus componentes, puntos de atención de salud y sistemas de apoyo porque es la operación armoniosa e integrada de todos los elementos de las redes lo que posibilita agregar valor para la población (PORTER y TEISBERG, 2007). En una RAS, la presencia de un excelente hospital, acreditado en un nivel superior, pero que no está orgánicamente articulado, en red, con la APS, con la atención ambulatoria secundaria y con los sistemas de apoyo, no garantiza que sus servicios, separadamente, mejorarán los niveles de salud de la población. Es lo que queda claro, en el Recuadro 1, sobre la situación de la hipertensión arterial sistémica en el SUS.

La acreditación de las RASs impone una nueva actitud acreditadora que implica la acreditación de toda los componentes de la red y de sus relaciones, de manera que haga imperativa la sistemicidad y la continuidad de la atención de salud.

Es lo que se verifica en la propuesta de acreditación de RASs de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, resumida en el Recuadro 8.

Recuadro 8: La acreditación de RASs por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

El sistema de acreditación de las RASs puede ser hecho de acuerdo con la recomendación de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations a través del Comprehensive Accreditation Manual for Integrated Delivery Systems, diseñado para facilitar la mejora operacional continua de los sistemas integrados de salud (el concepto de RAS utilizado), así como para realizar la autoevaluación de su desempeño teniendo como base los patrones de la Comisión.

El manual de acreditación está desarrollado en varios capítulos funcionales:

La gestión de la información:

- El objetivo de la función de la gestión de la información es obtener, gestionar y usar información para mejorar el desempeño de prestadores de servicios a las personas usuarias y para apoyar los procesos de gobernanza y de gestión. Para alcanzar los objetivos de esa función, los siguientes procesos deben ser desarrollados: identificar las necesidades de información, internas y externas, de las RASs; diseñar la estructura del sistema de información; definir y capturar los datos y las informaciones; mantener la confidencialidad de las personas usuarias; analizar y transformar datos en informaciones; integrar los datos; transmitir, reportar y suministrar *feedback* en datos e informaciones; y asimilar y usar las informaciones. El manual está centrado en el desempeño de esos procesos a través de la gestión de: componentes de datos e informaciones; datos e informaciones específicos de las personas usuarias; datos e informaciones agregados; conocimientos especializados en datos e informaciones; y datos e informaciones comparativos de desempeño. Los patrones son establecidos para: la planificación de la gestión de la información; la confidencialidad y seguridad; los procesos de gestión de la información; la decisión basada en informaciones; la información basada en el conocimiento; y la información específica de la persona usuaria.

La gestión de los recursos humanos

El objetivo de la función de gestión de los recursos humanos es propiciar a los gestores y a los prestadores de las RASs identificar y proveer un número apropiado de personal cualificado para cumplir su misión y atender las necesidades de las personas usuarias. Para eso, los líderes de las RASs deben definir las competencias y las cualificaciones de los equipos para que se cumpla la misión del sistema y garantizar los recursos humanos necesarios, clínicos y administrativos, a través de relaciones convencionales empleados-empleadores. Existe una lista de patrones que envuelven, entre otros: entrenamiento en servicio; información y educación permanente; evaluaciones de desempeño; criterios de reclutamiento; evaluación de las prácticas clínicas con miras al reclutamiento; orientación inicial a los recursos humanos; entrenamiento inicial de los recursos humanos; evaluación de la competencia para realizar el trabajo; evaluaciones periódicas de desempeño; identificación de los líderes y de sus responsabilidades; definición del ámbito de los servicios; definición de la misión, valores y objetivos; coherencia de los planes con la misión, valores y objetivos; establecimiento de relaciones entre los aspectos clínicos, seguridad, gestión de riesgos y calidad; definición del plan de servicios; gestión de programa de emergencia; la adecuación del ambiente de la atención; criterios para seleccionar los prestadores y para delegar los servicios; y coordinación de las actividades.

Recuadro 8: La acreditación de RASs por la Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations

La promoción de la salud y la prevención de las condiciones de salud

Las RASs deben establecer servicios preventivos en los niveles primario, secundario y terciario. Para eso debe ser desarrollado un plan de servicios preventivos, con base en líneas-guía basadas en evidencias. El plan envuelve la evaluación de las necesidades de servicios preventivos, lo que incluye: la definición de la población; el número de personas en esa población; la distribución de la población por edad y género; y un inventario de los servicios preventivos apropiados, según edad y género.

La mejora del desempeño

El objetivo del perfeccionamiento del desempeño de las RASs es mejorar los resultados sanitarios del sistema a través de mejoras en la clínica, en la administración, en la gobernanza y en los procesos de apoyo. El enfoque está en medir el desempeño a través de la recolección de datos, medir el desempeño actual y mejorar el desempeño. Los patrones utilizados son: la recolección de datos para monitorear el desempeño; datos son sistemáticamente agregados y analizados; patrones no deseados o las tendencias de desempeño son analizados; procesos para identificar y gestionar eventos centinelas son definidos e implementados; informaciones de los análisis de los datos son utilizadas para hacer cambios que mejoren el desempeño, aumenten la seguridad para las personas usuarias y reduzcan los riesgos de los eventos centinelas; y un sistema proactivo para identificar y reducir efectos adversos y riesgos para la seguridad son definidos e implementados.

El liderazgo

El objetivo de la función de liderazgo es permitir a los liderazgos de las RASs planificar, dirigir, coordinar, aprovisionar y mejorar los servicios de salud para responder a las necesidades de las personas usuarias y de la comunidad. Un liderazgo efectivo tiene las siguientes características: es inclusivo, no exclusivo; fomenta la participación de todos en la misión, visión y valores de las RASs; desarrolla liderazgos en todos los niveles del sistema; evalúa las necesidades de las personas usuarias en las RASs; y desarrolla una cultura sistémica centrada en la mejora continua del desempeño del sistema para atender a esas necesidades.

La educación y la comunicación

El objetivo de esa función es mejorar los niveles de salud de las personas usuarias mediante la: promoción de comportamientos saludables; facilitación de la participación de las personas usuarias y de las familias en las decisiones sobre su salud; la participación de las personas usuarias y de sus familias en las decisiones sobre la salud; y apoyar el retorno rápido a las actividades. Educar a las personas usuarias para que conozcan el sistema de atención de salud es un gran desafío de las RASs y requiere una relación colaborativa entre los componentes del sistema, los equipos de salud y las personas usuarias y las familias. Los patrones en esa función son: facilitar la comprensión de las personas usuarias y las familias sobre las RASs y sobre los pasos para utilizarlas; ayudar a las personas usuarias a comprender su estado de salud, las opciones de cuidado y las consecuencias de sus elecciones; educar a las personas usuarias para el ejercicio de sus derechos y responsabilidades; orientar a las personas usuarias y las familias en las decisiones sobre las opciones de cuidado; aumentar el potencial de las personas usuarias y las familias para seguir el plan de cuidados para maximizar el estado de salud; aumentar la habilidad de las personas usuarias y las familias para enfrentar sus necesidades; perfeccionar el papel de las personas usuarias y las familias en la atención continua; y promover un estilo de vida saludable.

Los derechos, las responsabilidades y la ética

Recuadro 8: La acreditación de RASs por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

Las RASs tienen responsabilidades éticas con los ciudadanos, con sus financiadores y con sus servidores. Para eso, las RASs deben contar con documentos que definan líneas-guía sobre ética para su operación y para la atención de las personas usuarias. El código de ética de las RASs debe envolver: privacidad personal; confidencialidad de la información; acceso razonable a la atención; atención prestada con respeto de las creencias y valores de las personas usuarias; designación de un responsable cuando la persona usuaria es incapaz de entender el plan de cuidados; y participación informada de las personas usuarias en su plan de cuidados.

La continuidad de la atención

El objetivo de esa función es definir y modelar la secuencia de los procesos y de las actividades para maximizar la coordinación de los cuidados a lo largo del continuo de atención. Los patrones de esa función envuelven: la apropiada atención de las personas usuarias; la entrada de las personas usuarias en los niveles adecuados de atención; información adecuada de las personas usuarias en los servicios de emergencia; la existencia de procesos para monitorear la propiedad de la atención; la existencia de programa de monitoreo de la asistencia farmacéutica; la existencia de comunicación entre los diversos servicios para apoyar la continuidad de la atención; información de las personas usuarias sobre las necesidades de salud que necesitan de seguimiento; las transferencias de personas usuarias entre los servicios realizados de acuerdo con sus necesidades de salud; y el alta de las personas usuarias de acuerdo con las necesidades de salud.

Los eventos centinelas

Los eventos centinelas son situaciones no esperadas envolviendo muertes o serias lesiones físicas o psicológicas o riesgos. Son centinelas porque su presencia indica la existencia de un problema sistémico que implica la necesidad inmediata de investigación y respuesta. La función de eventos centinelas tiene los siguientes objetivos: tener un impacto positivo en la atención de las personas usuarias y en la prevención de esos eventos; centrar la atención en el sistema que haya tenido la experiencia de un evento centinela y comprender sus causas y cambiar el sistema para que esos eventos no ocurran nuevamente en el futuro; aumentar el conocimiento general sobre eventos centinelas, sus causas y las estrategias de prevención; y mantener la confianza del público en el sistema. Algunos eventos centinelas utilizados son aquellos que obedecen a los siguientes criterios: el evento resultó en una muerte precoz o en la pérdida de funciones no relacionadas con el curso natural de la enfermedad; el suicidio de una persona bajo los cuidados de un servicio de salud; la muerte de un niño con parto a término; los contactos sexuales de las personas usuarias con profesionales de salud; la transfusión de sangre entre grupos incompatibles; y cirugía en paciente equivocado o en parte equivocado del cuerpo.

Fuente: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2004)

El sistema de financiamiento de las redes de atención de salud

El sistema de financiamiento en los sistemas de atención de salud consiste en la movilización de recursos financieros de fuentes primarias (individuos, familias y empresas) o de fuentes secundarias (gobierno federal, de estados y municipios y fuentes externas), su acumulación en fondos reales virtuales (ahorro familiar, presupuesto público, fondos públicos, etc.) y su distribución a través de una variedad de arreglos institucio-

nales para producir servicios de salud. De este modo, el sistema de financiamiento desempeña tres papeles: el papel de extracción, el papel de acumulación y el papel de asignación.

Un buen sistema de financiamiento de la atención de salud es aquél que se lleva a cabo de manera más equitativa, que incentiva los prestadores a prestar servicios de manera eficiente y con calidad, que induce la mejora de los niveles de salud a partir de los servicios producidos, generando valor para las personas y que permite aumentar el valor del dinero usado.

El sistema de financiamiento es uno de los elementos más potentes en la gobernanza de las RASs para alcanzar sus objetivos de eficiencia, calidad y coordinación de la atención, porque contiene los incentivos económicos que orientan las acciones de gestores y de prestadores de servicios. Es decir, es fundamental que el sistema de financiamiento esté alineado con los objetivos de las RASs.

Lo que pasa es que los sistemas de financiamiento de la salud fueron desarrollados en la era de la predominancia del cuidado agudo, desconsiderando la atención de las condiciones crónicas. Además, los resultados económicos del financiamiento de las condiciones crónicas dan rendimientos financieros cinco años después y los resultados sanitarios suelen demorar de ocho a diez años (EASTMAN *et al.*, 1997). Esos largos espacios de tiempo no combinan con la visión de resultados a corto plazo de los gestores comunes de salud que prefieren por eso, financiar la atención de las condiciones y eventos agudos que dan visibilidad política de corto plazo y no invertir en resultados económicos y sanitarios más sostenibles a mediano y largo plazo.

Para que las RASs puedan alcanzar sus objetivos es importante alinear esos objetivos con el sistema de financiamiento y con los incentivos económicos. La falta de alineamiento determina la implantación de políticas inefectivas (KUTZIN, 2008). Solamente se logrará enfrentar los problemas de salud en el momento oportuno, en el lugar correcto, al costo adecuado y con la calidad necesaria - la esencia de las RASs - si los objetivos de esas redes están alineados con el sistema de pago y con los incentivos económicos. Por ejemplo, de nada sirve un discurso sobre la importancia de las medidas de promoción de salud y la prevención de las condiciones de salud, si el sistema de pago está dirigido a remunerar los servicios por procedimientos, de acuerdo con sus respectivas densidades tecnológicas.

Los espacios claves de financiamiento de las RASs son dos, el financiamiento de las redes y de sus componentes (LaFORGIA, 2007). El financiamiento de las redes envuelve: el costeo, la centralización en mecanismos de pago para que la red cubra las necesidades y demandas de salud de su población; la inversión, la centralización en la compatibilización de la capacidad física con las necesidades y las demandas de la

población y la racionalización de la estructura operacional según la capacidad fiscal y financiera, mediante planificación estratégica de inversiones para toda la red. El financiamiento de los componentes de las RASs engloba el costeo, el alineamiento de los incentivos económicos de modo que favorezca una responsabilización compartida entre todos los componentes; y la inversión, el direccionamiento para los servicios de salud, hecha según el plan estratégico, contemplando los principios de economía de escala y buscando la calidad.

El sistema de pago se materializa a través de diferentes formas de pago en los siguientes tipos ideales: unidad de servicio, procedimientos definidos por grupos relacionados de diagnóstico, dieta, capitación, salario, presupuesto de gastos o presupuesto global.

Esas diversas formas de pago pueden ser agrupadas en dos grandes grupos: los pagos retrospectivos y los pagos prospectivos. El sistema de pago retrospectivo es aquél en el cual el flujo financiero acontece ex-ante, independientemente de la previa prestación de los servicios, como los pagos por capitación y presupuesto global. De manera diferente, los pagos prospectivos constituyen flujos financieros ex-post, en el cual el pago es efectuado por los servicios previamente ejecutados, como en las formas de pago por unidad de servicio, por dieta y por procedimientos definidos por grupos relacionados de diagnóstico.

Todas esas formas de pago presentan, puntos fuertes y débiles. Por ejemplo, el pago por capitación es fuerte en el incentivo de medidas promocionales y preventivas y en la contención de costos, pero puede inducir los prestadores a no ofrecer determinados servicios necesarios; por otro lado, el pago por unidad de servicios o por procedimientos incentiva una prestación excesiva de servicios, pero es el sistema que más satisface a los usuarios.

Sin embargo, se está consolidando una posición de que el método de pago por unidad de servicio o por procedimientos debe ser evitado porque sus debilidades son muy superiores a sus fortalezas en cualquier circunstancia. En los Estados Unidos, esa forma de pago ha sido considerada como un reactor descontrolado que abastece los costos del sistema de atención de salud, ya que cerca de la mitad de los servicios de salud consumidos son resultado de la orientación de médicos y de proveedores y no de las necesidades de la población (CHRISTENSEN *et al.*, 2009). Esos autores citan dos ejecutivos importantes de organizaciones de salud americanas. George Halvorson, Presidente de la Kaiser Permanente dice: *“Examine los números y observe los contrastes. Los pacientes podrían pagar a un médico US\$ 100 por una visita de prevención al asma y más US\$ 200 por su inhalador, vendido con prescripción médica. Una visita al sector de emergencia, por otro lado, puede generar de US\$ 2.000 a US\$ 4.000 para el*

prestador, mientras que una hospitalización integral podría representar de US\$ 10.000 a US\$ 40.000 en recetas para la institución. Si el dinero incentiva el comportamiento, ¿dónde, como sociedad, estamos colocando nuestro dinero hoy? No es en la prevención de las crisis de asma, incluso estando los Estados Unidos delante de una epidemia de asma". El Dr. Robert Nesse, de la Clínica Mayo, pregunta: "¿Cuál sería el precio de una hamburguesa en la TGI Fridays si, en vez de pagar por el resultado de la buena comida, ofrecida en un lugar adecuado con un servicio amable, pagáramos por el número de cocineros o por el número de camareros que nos atendieran. ¿Qué ocurriría con el precio de la hamburguesa?"

Parece haber consenso entre algunos puntos relacionados a los sistemas de pago en las RASs: los prestadores de servicios responden a los incentivos positivos y negativos de cada forma de pago; es necesario un cierto nivel de capacidad gerencial para dar eficacia a cualquier método; los métodos de pago que generan incentivos más positivos tienden a presentar costos administrativos más altos; los gestores están pasando de las formas de pago por subsidio de la oferta para formas de pago por subsidio de la demanda; la forma de pago debe hacer con que algunos riesgos financieros sean divididos con los prestadores de servicios; y la forma de pago debe estar constando en un contrato de gestión basado en el desempeño (BARNUM *et al.*, 1995; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Frente a todos estos varios métodos alternativos de pago, hasta hace poco tiempo había una tendencia a proponer la adopción de sistemas mixtos por una serie de razones: son los más encontrados; darían más flexibilidad a los gestores en su relación con los prestadores de servicios; y permitirían relativizar los incentivos adversos de un sistema puro (KUTZIN, 1995). Sin embargo, recientemente, se ha visto una tendencia para la forma de pago por presupuesto global o por capitación ajustada en función de sus efectos sistémicos positivos en las RASs, como: el incremento de actividades de promoción de la salud y prevención de las condiciones de salud; el efecto inductor sobre la organización de un sistema basado en la atención continua en varios puntos de atención de salud y en los sistemas de apoyo; el fortalecimiento de la APS; la capacidad de contención de costos; y la inducción de la distribución de los riesgos financieros y sanitarios (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; TELYUKOV, 2001; CERCONE, 2007).

Un análisis de las experiencias internacionales de financiamiento de RASs permite extraer algunas tendencias. En términos del contexto, se debe buscar la definición de territorios sanitarios que permitan alcanzar mayor escala para mejorar la equidad, la eficiencia, la calidad y reducir los costos administrativos y la racionalización de la oferta. Los entes de gobernanza de las RASs deben tener un presupuesto definido: la posibilidad de gestión de esas redes requiere un presupuesto y la autonomía de los en-

tes de gobernanza para su gestión. En sistemas descentralizados con múltiples fuentes financieras, la sostenibilidad de las RASs depende, cada vez más, de un fondo común que agregue los recursos de diferentes fuentes y los coloque bajo el comando de los entes de gobernanza. El mecanismo de financiamiento *per capita* ajustado resulta ser más común porque permite financiar un paquete amplio de servicios ofertados, promover la equidad, contener los costos y financiar las inversiones de las RASs. Todas las formas de financiamiento deben estar sujetas a contratos de gestión que determinen bonos y sanciones financieras. Buenos contratos requieren sistemas estandarizados de costos (LaFORGIA, 2007).

Un seminario realizado en el Reino Unido para discutir la integración de los sistemas de atención de salud en aquella región concluyó que el desarrollo de sistemas de capitación ajustada para una determinada población, vinculado a riesgos económicos y a oportunidades de beneficios reales, constituye la única forma de incentivar la adopción de RASs (ROSEN y HAM, 2008).

En los Estados Unidos, en una reunión para evaluar la crisis del sistema de atención de salud de aquel país, llegaron a la conclusión de que: el sistema es el más caro del mundo; opera con patrones de calidad mediocres; produce resultados sanitarios inferiores a los de otros países que gastan mucho menos; y no ofrece servicios preventivos apropiados. Eso se debe a un sistema de pago centrado en el volumen de recursos, es decir, los incentivos financieros están dirigidos al fomento de más servicios a más personas, lo que aumenta los costos del sistema de forma incontrolable (NRHI HEALTHCARE PAYMENT REFORM SUMMIT, 2008). Lo mismo se está constatando en Canadá. El Consejo de Salud de aquel país verificó que se gastaron, en 2008, 172 mil millones de dólares en salud y que esos gastos consumieron 40% de los presupuestos de las provincias. Basados en esos datos, ese Consejo promovió una discusión nacional sobre el financiamiento de la salud, que retira el foco del volumen de los recursos consumidos para direccionarlo al valor de lo que se está obteniendo por cada dólar invertido. Esa discusión es llamada de valor de la salud en Canadá y mantiene una página en la Internet, disponible para todos los ciudadanos (HEALTH COUNCIL OF CANADA, 2009).

Por otro lado, se van acumulando evidencias de que más servicios y más recursos en el sistema de atención de salud no contribuye para mejorar los resultados sanitarios y, en algunos casos, se observó una asociación inversa entre el volumen de los gastos y la calidad de la atención de salud y peores resultados sanitarios fueron obtenidos en regiones con mayores ofertas de servicios y mayores gastos (JENKINS *et al.*, 2003). Parece que la explicación está en que los sistemas de pago centrados en el volumen de procedimientos perjudica los prestadores que operan con más calidad, ya que mantener las personas saludables, reducir los errores médicos y evitar los servicios innecesarios generan menos recetas (NRHI HEALTHCARE PAYMENT REFORM SUMMIT, 2008).

Es interesante resaltar que la mayor crisis en el sistema de atención de salud en el mundo está presente hoy en los Estados Unidos, que es el país que más gasta en ese sector.

Un trabajo hecho con países de la OCDE mostró que no hay relación entre el volumen de recursos gastados en salud y la expectativa de vida al nacer (JOURMARD *et al.*, 2008). En la misma línea, un documento de la Organización Mundial de la Salud, advierte que una visión de sentido común considera que la mejor manera de mejorar la calidad de la atención es asignar más recursos para el sistema de atención de salud. Pero eso no es verdad porque, frecuentemente más recursos son usados para hacer más de lo mismo y, eso puede llevar a servicios inefectivos y peligrosos, en lugares inadecuados y sin integración en redes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008d).

De esa forma, se ha ido formando una opinión de que los sistemas de financiamiento deben cambiar radicalmente, de un enfoque de volumen para un enfoque de generación de valor para las personas. En este sentido, ha sido propuesto un sistema de pago por episodio de atención para los eventos agudos mayores; y el uso de presupuesto global ajustado por riesgo o capitación ajustada por condiciones de salud específicas para las enfermedades crónicas. Esos cambios en el sistema de pago deben proveer recursos suficientes para: fortalecer la APS a través del pago por presupuesto global ajustado por riesgos, con una parte articulada al desempeño; estimular la adopción de los modelos de atención de las condiciones crónicas; y crear incentivos para las personas que utilizan la APS (NRHI HEALTHCARE PAYMENT REFORM SUMMIT, 2008).

En un libro que trata sobre los sistemas de atención de salud en el ambiente privado americano, en la óptica de la libre competencia de mercado, Porter y Teisberg (2007) propusieron un sistema de pago con base en el valor para la salud en vez de ser en los esfuerzos, en la complejidad de los servicios o en los costos totales. Eso implicaría alinear el sistema de pago y el valor agregado a las personas usuarias, con la superación del modelo actual de pago separado para cada médico, hospital o procedimiento, instituyéndose alternativamente, un sistema de pago envolviendo un valor global consolidado por el ciclo completo de atención de una condición de salud.

El sistema de financiamiento de las RASs, en su componente de pago a los prestadores de servicios, debe contener incentivos que induzcan la articulación de esas redes y la valorización de los procedimientos de atención de las condiciones crónicas.

Existe evidencia de que el sistema de pago con incentivos de desempeño funciona bien desde que sea acompañado por un buen sistema de monitoreo (FROLICH *et al.*, 2007). Los estudios sobre los incentivos de desempeño relacionados a las condiciones crónicas permiten concluir que: ellos no deben limitarse a los resultados, sino envolver metas relacionadas con la estructura y los procesos; deben ser continuos y no por un

tiempo definido como un año; y producen mejores resultados cuando son dirigidos a los profesionales de la punta más que a los gestores. Las evidencias sobre los incentivos de calidad son menos conclusivas (BEICH *et al.*, 2006; HACKBARTH, 2006). Sin embargo, en Inglaterra se verificó que en la APS, el pago por desempeño mejoró la calidad clínica (CAMPBELL *et al.*, 2007).

Existen varios ejemplos de innovaciones en el financiamiento entre las experiencias internacionales. En el Reino Unido, fue desarrollado un sistema basado en resultados sanitarios y calidad para los médicos generalistas que envuelve incentivos de desempeño en relación a las principales condiciones crónicas como, por ejemplo, el registro de personas portadoras de accidentes vasculares encefálicos, el porcentaje de personas con histórico de infarto agudo del miocardio que utilizan inhibidores de enzimas de conversión de la angiotensina y el porcentaje de personas usuarias que tuvieron su presión arterial igual o inferior a 14,5/8,5. También en el Reino Unido, ha sido utilizado un enfoque de pago denominado de año de cuidado, definido como la atención continua de una persona portadora de condición crónica durante el período de un año, incluyendo el autocuidado apoyado. El pago es por un *per capita* ajustado por riesgo que es calculado con base en todos los servicios que esa persona deberá recibir durante el año (CENTRE FOR CLINICAL MANAGEMENT DEVELOPMENT, 2007).

Además, existen experiencias interesantes de incentivos directos a las personas usuarias en la atención de las condiciones crónicas. Tanto en Alemania (SIERING *et al.*, 2008), como en Francia (DURANT-ZALESKI y OBRECHT, 2008), las personas usuarias que se envuelven en programas de gestión de la condición de salud son eximidas del copago de la consulta médica o tienen una reducción del valor de ese pago.

CAPÍTULO 3 – LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE SALUD

El tercer elemento constitutivo de las RASs es el modelo de atención de salud.

El modelo de atención de salud es un sistema lógico que organiza el funcionamiento de las RASs, articulando de forma singular, las relaciones entre la población y sus subpoblaciones estratificadas por riesgos, los focos de las intervenciones del sistema de atención de salud y los diferentes tipos de intervenciones sanitarias, definido en función de la visión prevaleciente de salud, de la situación demográfica y epidemiológica y de los determinantes sociales de la salud, vigentes en determinado tiempo y en determinada sociedad.

La necesidad de cambiar los sistemas de atención de salud para que puedan responder con efectividad, eficiencia y seguridad a situaciones de salud dominadas por las condiciones crónicas, llevó al desarrollo de los modelos de atención de salud. Por eso, ellos han sido dirigidos, principalmente, al manejo de las condiciones crónicas. Pero pueden ser considerados, también, modelos de atención de las condiciones agudas. Esos modelos se modificarán en función de la naturaleza singular de esas condiciones de salud.

En realidad, para que la implantación de las RASs provoque un cambio radical en el SUS, es necesaria una intervención concomitante sobre las condiciones crónicas y sobre las condiciones agudas.

Esas condiciones, aunque demandan modelos de atención de salud distintos, son como caras de una misma moneda. Para mejorar la atención de las condiciones agudas y los eventos derivados de las agudizaciones de las condiciones crónicas, deben implantarse las redes de atención de urgencias y emergencias. Sin embargo, para que esa red funcione de forma efectiva, eficiente y humanizada, las personas usuarias deben ser distribuidas según sus riesgos, equilibradamente, por todos sus puntos de atención de salud. No es posible organizar los hospitales terciarios de urgencia y emergencia sin retirar de ellos un gran número de personas portadoras de urgencias menores, clasificadas como azules y verdes. Por otro lado, para que las personas con situaciones de urgencias verdes y azules puedan ser atendidas en la APS, ese nivel de atención debe ser transformado con la implantación del modelo de atención de las condiciones crónicas para que pueda atender las urgencias menores y, a mediano y largo plazos, disminuir la demanda en las unidades de urgencia y emergencia mayores. Además, la implantación del modelo de atención de las condiciones crónicas, principalmente en su componente de gestión de la clínica, con estratificación de riesgos,

permite organizar la atención de las condiciones crónicas, dejando más tiempo a los equipos de APS para atender, además de las acciones programadas, las acciones no programadas de las urgencias menores que se presentan en esas unidades en forma de demanda espontánea.

LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE LAS CONDICIONES AGUDAS

Los modelos de atención de las condiciones agudas son válidos, también, para la organización de las respuestas de los sistemas de atención de salud a los eventos agudos derivados de agudizaciones de las condiciones crónicas.

El objetivo de un modelo de atención de las condiciones agudas es identificar, en el menor tiempo posible, basado en señales de alerta, la gravedad de una persona en situación de urgencia o emergencia y definir el punto de atención adecuado para aquella situación, considerándose como variable crítica, el tiempo de atención requerido por la clasificación del riesgo. Eso implica adoptar un modelo de triaje de riesgo en las redes de atención de urgencias y emergencias.

Se ha observado, en todos los países, un aumento constante en la demanda por servicios de urgencia y una consecuente presión, muchas veces insoportable, sobre las estructuras y los profesionales de salud. La urgencia es la principal causa de insatisfacción de la población que utiliza el sistema de atención de salud. Siempre habrá una demanda por servicios mayor que la oferta y el aumento de la oferta siempre conduce al aumento de la demanda, creándose de esa manera, un sistema de difícil equilibrio. La solución ha sido la construcción de alternativas de racionalización de la oferta o estrategias regulatorias.

El enfrentamiento de la organización del sistema de atención de salud, para responder a las necesidades colocadas por las condiciones agudas y por los eventos agudos de las condiciones crónicas, implica, en la perspectiva de las RASs, la construcción de un lenguaje que penetre todo el sistema, estableciendo el mejor lugar para la respuesta a una determinada situación. Las experiencias internacionales han venido mostrando que ese lenguaje está estructurado en directrices clínicas codificadas en un sistema de clasificación de riesgo, como base de una red de atención de las urgencias y las emergencias (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

Los modelos de triaje en urgencias y emergencias tienen una gran variación, de acuerdo con las diversas experiencias, pero tienen en común un triaje de riesgos. Existen modelos que utilizan de dos a cinco niveles de gravedad, siendo los últimos los de mayor aceptación.

Los modelos de triaje más avanzados y que pasaron a tener una concepción sistémica, es decir, que son utilizados por una red de servicios, son: el modelo australiano (Australasian Triage Scale – ATS), el modelo pionero y que usa tiempos de espera de acuerdo con la gravedad; el modelo canadiense (Canadian Triage Acuity Scale – CTAS) que es muy semejante al modelo australiano, pero es más complejo; el modelo americano (Emergency Severity Index – ESI) que trabaja con un único algoritmo y que está focalizado más en la necesidad de recursos para la atención; el modelo de Andorra (Model Andorrà del Triage – MAT) que está basado en síntomas, discriminantes y algoritmos, pero su uso es complejo y demorado; y el Sistema Manchester de clasificación de riesgo (Manchester Triage System – MTS) que opera con algoritmos y determinantes, asociados a tiempos de espera simbolizados por colores y que es usado en varios países de Europa.

El Sistema Manchester de clasificación de riesgo fue creado por el Grupo de Triage de Manchester, en 1994, con el objetivo de definir un consenso entre médicos y enfermeros en la herramienta clasificación de riesgo para los servicios de urgencia y emergencia. Los protocolos existentes poseían nomenclaturas, definiciones y tiempos para evaluación médica diferentes. La idea fue desarrollar nomenclatura y definiciones comunes, sólida metodología operacional, programas de formación y guía de auditoría. Ese sistema tiene como características principales: una escala en cinco niveles; una utilización amplia en varios países; está basado en categorías de síntomas; está basado en discriminantes claves; está basado en algoritmos clínicos; y tiene un tiempo de ejecución inferior a tres minutos (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

El Sistema Manchester de clasificación de riesgo ha sido utilizado en países como Reino Unido, Portugal, España, Alemania, Suecia, Holanda, Japón y Brasil. En nuestro país fue inicialmente puesto a prueba en Minas Gerais y posteriormente ha sido utilizado en otros estados.

Considerándose los tiempos comunes, fue hecho un acuerdo sobre la nomenclatura y las definiciones. Para cada categoría fue atribuido un número, un color y un nombre, además del tiempo aceptable para la primera evaluación médica. Después de reuniones en todo el Reino Unido con enfermeros y médicos de los servicios de urgencia y emergencia, se obtuvo consenso con la escala de clasificación de riesgo mostrada en el Recuadro 6 (MACKWAY-JONES *et al.*, 2005).

Recuadro 6: Sistema Manchester de clasificación de riesgo

NÚMERO	NOMBRE	COLOR	TIEMPO DE ATENCIÓN EN MINUTOS
1	Emergencia	Rojo	0
2	Muy urgente	Naranja	10
3	Urgente	Amarillo	60
4	Poco urgente	Verde	120
5	No urgente	Azul	240

Fuente: Mackway-Jones *et al.* (2010)

Ese sistema de clasificación de riesgo presenta algunos elementos de validez: garantiza criterios uniformes a lo largo del tiempo y con diferentes equipos de salud; acaba con el triaje sin fundamentación científica; puede ser realizado por médicos y enfermeros; garantiza la seguridad de las personas usuarias y de los profesionales de salud; es rápido; y puede ser auditado (CORDEIRO JÚNIOR, 2008).

El objetivo de la clasificación de riesgo es definir no un diagnóstico, sino una prioridad clínica, facilitando la gestión de la clínica y la gestión del servicio. El diagnóstico no está ligado a la prioridad. El método requiere que el profesional defina el motivo por el cual la persona usuaria procura el servicio de urgencia, la queja principal. A continuación elige, entre las condiciones presentadas en flujogramas, aquella más adecuada a la queja. Después se busca un conjunto de señales y síntomas en cada nivel de prioridad clínica, los discriminantes en los flujogramas de presentación, compatible con la gravedad presentada.

La metodología de clasificación de riesgo envuelve pasos (CORDEIRO JUNIOR y MAFRA, 2008).

Prioridad y gestión: la definición de la prioridad clínica es hecha al reunir informaciones necesarias para clasificar la persona usuaria en una de las cinco categorías definidas. La gestión clínica de la persona usuaria requiere que se comprendan sus reales necesidades.

Auditoría: una sólida auditoría es esencial para la evaluación de cualquier metodología normalizada para que se evalúe la reproductibilidad entre profesionales y servicios.

La toma de decisiones: una buena evaluación clínica de una persona usuaria requiere raciocinio, intuición, conocimiento y competencia profesional. La toma de decisiones utiliza cinco pasos:

Identificación del problema: obtención de datos de la persona usuaria, acompañante o profesional para elección del flujograma de presentación. Son 50 flujogramas para situaciones habituales que contemplan casos clínicos, traumas, lesiones, niños y comportamiento anormal.

Obtención y análisis de las informaciones relacionadas con la solución: búsqueda del discriminante a través de preguntas estructuradas. Después de escoger el flujograma, el profesional debe analizar los discriminantes para definir la prioridad.

Evaluación de las alternativas y elección de una de ellas para implementación: el flujograma de presentación proporciona un ordenamiento del proceso de raciocinio para la toma de decisiones. Existen discriminantes generales (ej. dolor agudo) y específicos (ej. dolor pleurítico) y todos poseen su definición en un diccionario.

Implementación de la alternativa seleccionada: selección de una de las cinco categorías a través de los discriminantes generales o específicos compatibles con el cuadro de la persona usuaria.

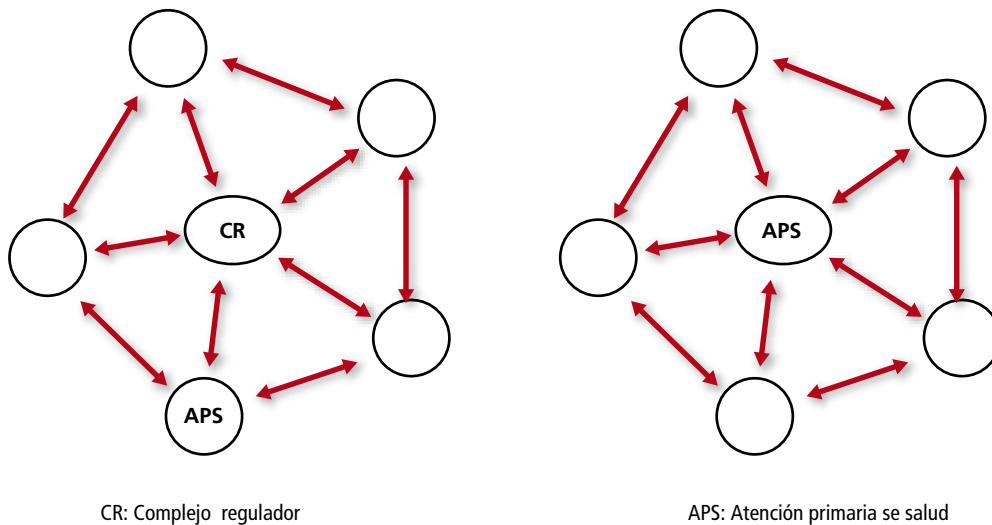
Monitoreo del proceso y evaluación de los resultados: debe ser hecha entre profesionales y entre servicios para garantizar la confiabilidad y reproductibilidad, fundamentales en los datos para estudios y planificaciones.

La organización del flujo de acceso en los servicios de urgencia y emergencia con la definición de prioridades es un potente reformulador de sus modelos de gestión. Es necesario un nuevo diseño de los flujos de encaminamiento después de la clasificación de riesgo: atribuyendo tiempos de espera para la atención médica; definiendo modelos de observación de acuerdo con la gravedad estipulada; evaluando la necesidad de estructura física de la atención; modificando los flujos y procesos de trabajo; y midiendo los resultados obtenidos.

Aunque el modelo de atención de las condiciones agudas sea diferente del modelo de atención de las condiciones crónicas, tanto en las condiciones agudas como en las crónicas, debe ser aplicada la misma estructura operacional de las RASs, es decir, la APS, los puntos de atención secundaria y terciaria, los sistemas de apoyo, los sistemas logísticos y el sistema de gobernanza. Esa fue una contribución importante de la discusión de la atención de las urgencias y las emergencias en Minas Gerais cuando se concluyó que, también en ese tipo de atención, sería fundamental la organización en redes. Generalmente, la atención de urgencias y emergencias está centrada en los puntos de atención secundarios ambulatorios y hospitalarios y en el sistema de transporte.

Las diferencias entre las redes de atención de las condiciones crónicas y las condiciones agudas, están en el papel de la APS y en la forma de regulación, como se muestra en la Figura 8. En las redes de atención de las condiciones crónicas la APS es un punto de atención de salud y constituye también, el centro de comunicación de las RASs, ejerciendo la función de regulación de esas redes. En las redes de atención de urgencias y emergencias, la APS se desplaza del centro para constituir un importante punto de atención de salud, pero sin desempeñar la función de coordinación de los flujos y contraflujos de esas redes. En ese caso, la regulación debe ser hecha por el complejo regulador con un médico en la punta de ese sistema. No tiene sentido, en una situación de mayor urgencia, como un infarto agudo del miocardio, que las personas transiten por la APS porque implicaría perder un tiempo precioso en la atención de salud.

Figura 8: Las diferencias entre las redes de atención de las condiciones agudas y crónicas



Sin dudas, hay beneficios en la estructuración de la atención de urgencias y emergencias en la perspectiva de las RASs. La integración de los servicios de urgencia y emergencia en red puede determinar un flujo pactado por los servicios. El sistema de clasificación de riesgo es una potente herramienta de comunicación, corresponsabilización y regulación, en las RASs, de las condiciones agudas para acompañar en tiempo real los flujos y regular el transporte entre los servicios. Y la atención en el lugar correcto y con la calidad necesaria, permite retirar de los puntos de atención de mayor densidad tecnológica, la mayoría de las personas que se presentan en situaciones de urgencia, los azules y los verdes, atendiéndolos prioritariamente en la atención primaria de salud. Eso es una condición necesaria para superar los graves problemas asociados con la situación de hacinamiento de los hospitales de urgencia y emergencia, con

personas en camillas en los pasillos y enormes colas que constantemente aparecen en los medios de comunicación.

La organización de las redes de atención de urgencias y emergencias es hecha de acuerdo con los siguientes criterios: utilización de protocolo único de clasificación de riesgos; flujos de encaminamiento, después de la clasificación de riesgos, diseñados y pactados internamente para cada institución y responsabilizados nominalmente por los respectivos trabajadores, con descripción y aceptación de los papeles propuestos; discusión del flujo de encaminamiento de responsabilización colectiva, firmada por todos los corresponsables por los servicios de esa red; pacto de los flujos de encaminamiento post-clasificación de riesgo entre todos los actores de los servicios de todos los niveles de atención, compartida por una estructura reguladora también responsable por el transporte de las personas usuarias, cuando necesario, hasta el destino pactado; intercambio de las reglas con las estructuras de logística (regulación, SAMU, historia clínica informatizada) que se corresponsabilizan por los resultados; e informatización de los procesos (CORDEIRO JÚNIOR y MAFRA, 2008).

Existen evidencias sobre el buen funcionamiento del Sistema Manchester en la clasificación de riesgos en situaciones de urgencia y emergencia, tanto en evaluaciones más globales (WINDLE y MACWAY JONES, 2003; LYONS *et al.*, 2007), como en áreas específicas como las causas externas (SUBBE *et al.*, 2006), las enfermedades cardiovasculares (MATIAS *et al.*, 2008) y la pediatría (ROUKEMA *et al.*, 2006).

El Recuadro 9 muestra un ejemplo de red de atención de urgencias y emergencias, implantadas en Minas Gerais bajo la coordinación de la Secretaría de Salud del Estado.

Recuadro 9: Las redes de atención de urgencias y emergencias en Minas Gerais

La red de atención de urgencias y emergencias (Red de U & E) fue construida utilizándose una matriz en la que se cruzan los niveles de atención, los territorios sanitarios y los puntos de atención de salud.

NIVEL DE ATENCIÓN	PUNTO DE ATENCIÓN	COMPETENCIA DEL PUNTO DE ATENCIÓN	TERRITORIO SANITARIO
PRIMARIA	SAMU 192	Clasificar el riesgo; orientar; activar la ambulancia.	Municipio
	Domicilio	Identificar señales de alerta; activar el 192.	Municipio
	UAPS/PSF	1° atención para rojo, naranja y amarillo Atención para verde y azul	Municipio
	Hospital Local	1° atención para rojo, naranja y amarillo Atención para rojo, naranja y amarillo de acuerdo con protocolos Atención para amarillo y verde Atención azul, fuera del horario de la UAPS Acoger azul	Municipio
SECUNDARIA	Unidad de Urgencia no Hospitalaria *	1° atención para rojo y naranja Atención para amarillo y verde Atención azul fuera del horario de la UAPS Acoger azul	Municipio > 200.000 habitantes
	Hospital Microrregional sin UTI	1° atención para rojo y naranja Atención para rojo y naranja de acuerdo con protocolos Atención para amarillo y verde Acoger azul	Microrregión
	Hospital Microrregional con UTI	1° atención para rojo y naranja Atención para rojo y naranja de acuerdo con protocolos Atención para amarillo y verde Atención referenciada de acuerdo con protocolo Acoger azul	Microrregión
	SAMU	Atención para rojo, naranja y amarillo Orientar verde y azul	Microrregión
TERCIARIA	SAMU	Atención para rojo y naranja Orientar verde y azul	Macrorregión
	Pronto-Socorro Hosp. Macro	Atención para rojo, naranja y amarillo Acoger verde y azul	Macrorregión
	Hospital Macrorregional	Atención para rojo, naranja y amarillo Acoger verde e azul	Macrorregión

Los principios contemplados en la estructuración de los puntos de atención de salud fueron: el tiempo de acceso, la distribución regional del recurso, la economía de escala y la calidad.

Recuadro 9: Las redes de atención de urgencias y emergencias en Minas Gerais

La propuesta de reorganización de la Red U & E tiene algunos presupuestos fundamentales: en una región, 90% de la población debe tener acceso a uno de los puntos de atención de la red con el tiempo máximo de 1 hora, ya sea un punto de atención fijo o móvil; las directrices clínicas de la red son las que determinan la estructuración y la comunicación de los puntos de atención de salud, de los sistemas de apoyo y de los sistemas logísticos; las fronteras tradicionales se modifican en la red; y un nuevo modelo de gobernanza y costeo, compartidos por una macrorregión, es vital para su sostenibilidad.

La Red de U & E se estructura en los siguientes puntos de atención de salud:

Las Unidades de APS (UAPSs)

Las UAPSs son tradicionalmente asociadas a la atención y a procedimientos electivos, manteniendo una política refractaria e insuficiente de atención de las condiciones y eventos agudos. De eso se deriva que las personas en condiciones de urgencia menor o de urgencia social pasen a ser los principales causadores de colas, provocando congestión y menor resolutivez en los servicios de urgencia y emergencia de mayor densidad tecnológica.

En la Red de U & E ese paradigma cambia porque la APS se responsabiliza, en su área de acción, por las personas usuarias clasificadas como verde y azul (poco urgente y no urgente) por el sistema de Manchester de clasificación de riesgo. Eso implica una reestructuración de la APS, de manera que atienda en ese nivel la gran mayoría de las urgencias. Personas que llegan a las UAPSs en situaciones de urgencia o emergencia, por demanda espontánea, deben ser atendidas primeramente en la UAPS. Enfermos graves, sin embargo, no pueden ser encaminados para esos puntos de atención de salud por el complejo regulador. La atención de enfermos graves en la APS ocurre solamente cuando esas personas se presentan espontáneamente en esas estructuras. Eso demanda cambios en las UAPSs tales como la reconfiguración del espacio físico, el engrosamiento tecnológico, la implantación de nuevos flujos y procesos y la capacitación del equipo de APS en la utilización del Sistema Manchester de clasificación de riesgo y en el manejo de las condiciones de urgencia.

El Hospital Local

Predominan en Brasil, hospitales locales de baja escala, con menos de 50 camas que, generalmente operan con baja resolutivez y baja calidad de la atención. En Minas Gerais, esos hospitales representan 60% de los hospitales contratados por el SUS. El hecho de que la mayoría de ellos no cuenten con médico las 24 horas del día, ni los fines de semana, provoca presión en los puntos de atención de urgencia de los municipios de mediano y gran porte, con transferencias de personas usuarias, sin criterios de transporte adecuados y sin regulación.

En la Red de U & E propuesta, los hospitales con menos de 50 camas, que se localizan en regiones en las que el acceso al hospital de referencia microrregional lleva más de una hora, deben tener un papel en la atención de urgencia y emergencia, de acuerdo con los siguientes criterios: médicos y enfermeros presenciales las 24 horas del día, siete días por semana; presupuesto global fijo y no más pago por procedimientos; período de observación del paciente de máximo, 72 horas; referencia en el Hospital Microrregional; apoyo básico de vida; mejora de la infraestructura; y capacitación en el Sistema Manchester de clasificación de riesgo y en el manejo de urgencias de los equipos de salud.

La Unidad no Hospitalaria de Atención de las Urgencias (UPAs)

Recuadro 9: Las redes de atención de urgencias y emergencias en Minas Gerais

Son estructuras definidas por el Ministerio de Salud como integrantes del sistema de atención de urgencias y emergencias. Hacen parte de la red de respuesta a las urgencias de media complejidad, pero sin apoyo hospitalario acordado, lo que causa enormes trastornos. La creación de las UPAs promovió la desresponsabilización de los hospitales con la atención de urgencias, pero ellas no están generalmente preparadas para la atención de urgencias de media complejidad y necesitan retaguardia final en el hospital. La propuesta consiste en conectar las UPAs, mediante contrato de gestión, a un hospital de referencia, con una definición clara del papel de cada uno.

Los Hospitales Microrregionales

Los Hospitales Microrregionales deben ser referencia para urgencias médico-quirúrgicas de media complejidad y, en algunos casos, para procedimientos clínicos más complejos. Los criterios son: escala mínima de referencia de 100.000 habitantes; como mínimo, guardia médica en el área de emergencia de adultos y niños y retaguardia en cirugía general y ortopedia (en regiones en las que la referencia poblacional es arriba de 200.000 habitantes es importante la presencia continua del componente quirúrgico); si existe una UPA en la región, deber ser formalmente referenciada a ese hospital que funcionará como retaguardia para hospitalización, urgencias y emergencias quirúrgicas de media complejidad; interface entre los equipos de esos hospitales y la UPA, en el caso de que haya, por ejemplo, dirección médica única en las dos instituciones; existencia de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI); y la respuesta quirúrgica para casos de trauma mayor tienen lógica propia.

Los Hospitales Macrorregionales

Son hospitales de mayor resolutiveidad y capacidad de respuesta a situaciones complejas. La organización de la Red de U & E se lleva a cabo por la especialización de la respuesta a los dos principales problemas que aumentan la carga de enfermedades, medida por años potenciales de vida perdidos (APVP): el trauma mayor y la urgencia cardiovascular. La implantación de esas redes, así como la concentración de recursos tecnológicos (cualificación de personas, estructura física adecuada y coordinación de la respuesta) mostró reducción de mortalidad y es el factor fundamental en el cambio del pronóstico. El trauma mayor y la urgencia cardiovascular exigen organización de la red de forma más compleja, concentrándose en grandes hospitales en el polo macrorregional. Algunos de los puntos de salud de la red, sin embargo, deben ser descentralizados y especializados, ya que la reducción del tiempo de respuesta inicial tiene profunda relación con la supervivencia.

Fuente: Cordeiro Junior y Mafra (2008)

LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE LAS CONDICIONES CRÓNICAS

La discusión más robusta, en la literatura internacional, sobre los modelos de atención de salud, está relacionada con las condiciones crónicas. La razón para eso es que, como señala Ham (2007a), la tradición de los sistemas de atención de salud, por la propia evolución epidemiológica, ha sido la de privilegiar la atención de las condiciones y los eventos agudos, pero ese modelo fracasó completamente en el abordaje de las condiciones crónicas.

Los modelos de atención de salud centrados en las condiciones crónicas son contruidos a partir de un modelo seminal, el modelo de atención crónica, del cual se deri-

van varias adaptaciones, aplicadas en diferentes partes del mundo, que serán tratadas como los modelos derivados del modelo de atención crónica. Por último, será presentado un modelo de atención de las condiciones crónicas, desarrollado por Mendes (2007b), para aplicación en el SUS.

EL MODELO DE ATENCIÓN CRÓNICA

El Modelo de Atención Crónica, traducción literal de Chronic Care Model (CCM), fue desarrollado por el equipo del MacColl Institute for Healthcare Innovation, en los Estados Unidos, a partir de una amplia revisión de la literatura internacional sobre la gestión de las condiciones crónicas. El modelo inicial fue perfeccionado en un proyecto-piloto apoyado por la Fundación Robert Wood Johnson y luego sometido a un panel de expertos en el tema. Posteriormente, fue puesto a prueba nacionalmente a través de un programa denominado Improving Chronic Illness Care. En 2003, ese programa, con apoyo de un grupo de consultores, actualizó el modelo con base en una nueva revisión de la literatura internacional y en las experiencias de su implantación práctica en varias situaciones. Posteriormente, cinco nuevos temas fueron incorporados al CCM: la seguridad de las personas usuarias, la competencia cultural, la coordinación de la atención, los recursos de la comunidad y la gestión de casos.

El modelo de atención crónica fue propuesto como respuesta a grandes desafíos colocados por la emergencia de las condiciones crónicas en los Estados Unidos (WAGNER, 2002).

- **Desafío 1:** El cambio del modelo de atención de salud no es prioridad de las organizaciones de salud.
- **Solución 1:** La implantación del nuevo modelo de atención crónica debe ser una prioridad de las organizaciones de salud y de sus principales líderes y parte esencial de sus planes estratégicos.
- **Desafío 2:** Los problemas de las condiciones crónicas no pueden ser resueltos por un sistema centrado en los médicos y, exclusivamente, en consultas presenciales cara-a-cara de 15 minutos, estructuradas en la lógica de la atención de las condiciones y los eventos agudos.
- **Solución 2:** La atención de las condiciones crónicas debe involucrar un equipo multidisciplinario que actúa con consultas programadas y el monitoreo de las personas usuarias; esas consultas programadas se estructuran con base en directrices clínicas construidas por evidencias, en informaciones clínicas relevantes y en acciones organizadas para que las personas usuarias reciban la atención adecuada; esas consultas programadas pueden ser individuales o en grupos e incluyen la atención de las agudizaciones de las condiciones crónicas, acciones preventivas, acciones educacionales y acciones de autocuidado apoyado; un sistema de monitoreo de las personas usuarias, realizado por miembros de los equipos de salud,

debe estar presente, ya sea de modo presencial, a distancia, por teléfono o correo electrónico.

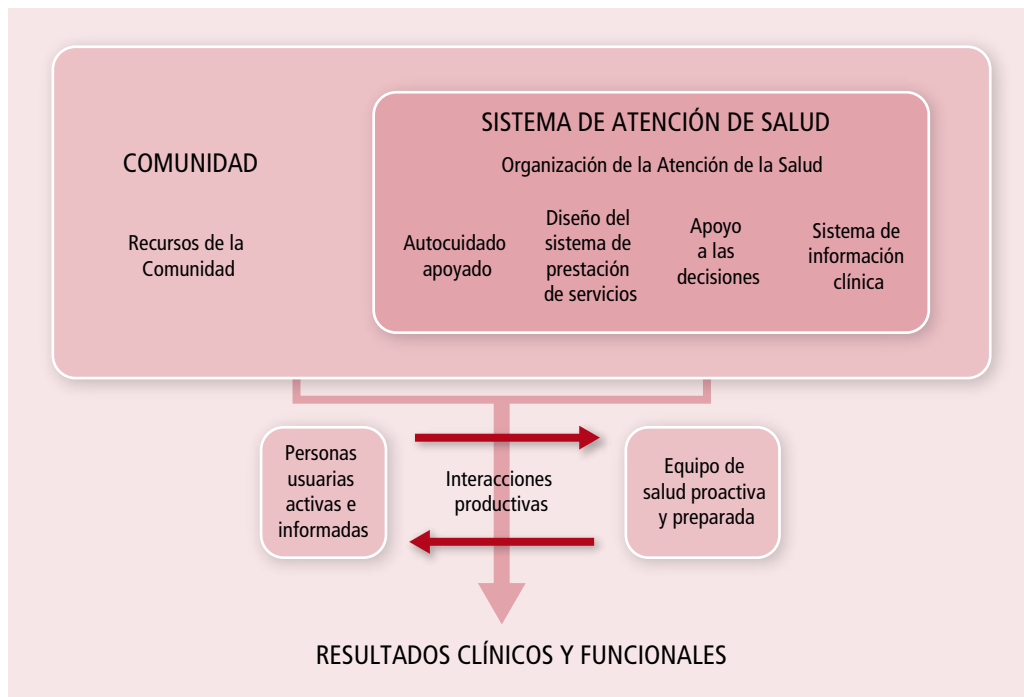
- **Desafío 3:** El equipo de salud no dispone de las informaciones necesarias para tomar las decisiones clínicas en el momento oportuno.
- **Solución 3:** Es necesaria la introducción de directrices clínicas para apoyar las decisiones; existen evidencias de que las directrices clínicas sólo producen cambios comportamentales en las personas usuarias y en los profesionales de salud cuando son acompañadas por sistemas de educación permanente potentes, sistemas de recordatorios, alertas y *feedbacks*, incentivos económicos y no económicos y apoyo de profesionales-líderes.
- **Desafío 4:** La dificultad de acceso a las informaciones críticas relativas a las personas usuarias y a la población hace difícil la prestación de una atención de calidad a los portadores de condiciones crónicas.
- **Solución 4:** Es necesario estructurar un sistema de información clínica efectivo en relación a las condiciones crónicas de todas las personas usuarias, lo que lleva a la necesidad de historias clínicas informatizadas. Eso es la base para la configuración de planes de cuidados para todas las personas usuarias y para su monitoreo constante. Ese sistema de información clínica proporciona *feedback* de desempeño e identifica personas con necesidades especiales de atención según riesgos.
- **Desafío 5:** Las personas conocen poco sobre sus propias condiciones de salud y tienen una capacidad insuficiente en términos de habilidades y confianza para su autocuidado.
- **Solución 5:** Las tecnologías de autocuidado apoyado deben ser una parte esencial del CCM. Existen evidencias robustas de que intervenciones individuales y grupales para promover el empoderamiento de las personas y para capacitarlas para el autocuidado son muy efectivas en el manejo de las condiciones crónicas. Eso significa fortalecer a las personas para establecer sus metas, participar en la elaboración de sus planes de cuidado e identificar y superar las barreras que se anteponen a su salud.
- **Desafío 6:** Los recursos institucionales de las organizaciones de salud no son suficientes para todas las necesidades de salud de las personas y de sus familias.
- **Solución 6:** Debe buscarse una integración entre los recursos de las organizaciones de salud con los recursos existentes en la comunidad. De esa manera, los recursos comunitarios deben complementar los recursos de las organizaciones de salud para alcanzar una atención de calidad para las condiciones crónicas.

A pesar de la amplia difusión del CCM es bueno tener en cuenta la advertencia de su principal formulador: *“el modelo de atención crónica no es una panacea, sino una solución multidimensional para un problema complejo”* (Wagner, 2002). Es por esa razón que el modelo funciona, ya que constituye una solución compleja y sistémica para

un problema complejo como el de la atención de las condiciones crónicas. Porque, al contrario de lo que el sentido común apunta, no existe solución simple para problemas complejos; problemas complejos exigen soluciones complejas y sistémicas.

El trabajo original de presentación del CCM es de Wagner (1998), representado en la Figura 9. Ese modelo está compuesto por seis elementos, subdivididos en dos grandes campos: el sistema de atención de salud y la comunidad. En el sistema de atención de salud, los cambios deben ser en la organización de la atención de la salud, en el diseño del sistema de prestación de servicios, en el apoyo a las decisiones, en los sistemas de información clínica y en el autocuidado apoyado. En la comunidad, los cambios están centrados en la articulación de los servicios de salud con los recursos de la comunidad. Esos seis elementos presentan interrelaciones que permiten desarrollar personas usuarias informadas y activas y un equipo de salud preparado y proactivo para producir mejores resultados sanitarios y funcionales para la población.

Figura 9: El modelo de atención crónica (CCM) (*)



Fuente: Wagner (1998)

(*) Autorización de uso de imagen concedida al autor por el American College of Physicians. Traducción para el portugués de responsabilidad del autor.

La descripción detallada del CCM es hecha abarcando los seis elementos fundamentales del modelo (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

Los cambios en la organización de la atención de salud tienen el objetivo de crear una cultura, organización y mecanismos que promuevan una atención segura y de alta calidad. Esto se logra a través de:

- Mejora del apoyo a cambios en todos los niveles de la organización, especialmente por parte de sus principales líderes.
- Introducción de estrategias potentes destinadas a facilitar cambios sistémicos profundos.
- Fortalecimiento abierto y sistemático del manejo de los errores y de los problemas de calidad para mejorar la atención de salud.
- Establecimiento de incentivos basados en la calidad de la atención de salud.
- Desarrollo de acuerdos que facilitan la coordinación de la atención de salud, dentro y a través de las organizaciones.

Un sistema de atención de salud que procura mejorar la atención de las condiciones crónicas debe estar preparado para cambios en la organización y para poder implementarlos mediante procesos de gestión de cambios. Los principales líderes deben identificar las mejoras en la atención de salud como un trabajo importante y traducir esa percepción en políticas y metas dirigidas a la aplicación de estrategias efectivas, involucrando el uso de incentivos que refuercen los cambios sistémicos. Las organizaciones efectivas intentan prevenir errores y problemas de la atención de salud relatando y analizando los errores y produciendo cambios para evitarlos. Fallas en la comunicación y en la coordinación de la atención de salud deben ser prevenidos a través de acuerdos que faciliten la comunicación y los flujos de informaciones y de personas entre los gestores y los prestadores de servicios.

Los cambios en el diseño del sistema de prestación de servicios de salud tienen el objetivo de garantizar una atención de salud efectiva y eficiente y un autocuidado apoyado. Esto se logra a través de:

- Clara definición de papeles y distribución de tareas entre los miembros del equipo de salud.
- Uso planificado de instrumentos para apoyar una atención de salud basada en evidencias.
- Provisión de gestión de caso para los portadores de condiciones de salud muy complejas.
- Monitoreo regular de los portadores de condición crónica por parte del equipo de salud.
- Provisión de atención de salud de acuerdo con las necesidades y la comprensión de las personas usuarias y en conformidad con su cultura.

La mejora de la salud de las personas portadoras de condiciones crónicas requiere transformar un sistema de atención de salud que es esencialmente reactivo, fragmentado y episódico, respondiendo a las demandas de condiciones y eventos agudos, en un otro sistema que sea proactivo, integrado, continuo y centrado en la promoción y en el mantenimiento de la salud. Eso exige no solamente determinar que la atención de salud es necesaria, sino definir papeles y tareas para garantizar que las personas usuarias tengan una atención estructurada y planificada. Requiere también, un monitoreo estandarizado y regular, para que las personas usuarias no sean abandonadas después de dejar una unidad de salud. Las personas portadoras de condiciones de salud de mayores riesgos y complejidades necesitan cuidados más intensivos. La alfabetización sanitaria y la competencia cultural son dos conceptos emergentes centrales en la atención de salud. Los prestadores de servicios de salud deben responder efectivamente a las diversidades culturales de las personas usuarias.

Los cambios en el apoyo a las decisiones tienen por objetivo promover una atención de salud que sea consistente con las evidencias científicas y con las preferencias de las personas usuarias. Esto se logra a través de:

- Introducción de directrices clínicas basadas en evidencias en la práctica cotidiana de los sistemas de atención de salud.
- Intercambio de directrices clínicas basadas en evidencias y de las informaciones clínicas con las persona usuarias para fortalecer su participación en la atención de salud.
- Uso de herramientas de educación permanente de comprobada efectividad;
- Integración de la APS con la atención especializada.

Las decisiones clínicas deben ser tomadas con base en directrices clínicas construidas a partir de evidencias científicas. Las directrices clínicas deben ser discutidas con las personas usuarias de manera que puedan comprender mejor la atención de salud prestada. Los profesionales de salud deben ser permanentemente educados para que estén actualizados con las nuevas evidencias, lo que exige métodos educacionales que sustituyan la educación continuada tradicional y permitan cambiar los comportamientos de esos profesionales. Para cambiar las prácticas, las directrices clínicas deben estar integradas con sistemas de recordatorios, alertas y *feedbacks* ofrecidos en tiempo real. La participación de especialistas en el apoyo a los equipos de APS, para el cuidado de las personas portadoras de condiciones crónicas de mayores riesgos o complejidades, es fundamental.

Los cambios en el sistema de información clínica tienen el objetivo de organizar los datos de la población y de las personas usuarias para facilitar una atención de salud más eficiente y efectiva. Esto se logra a través de:

- Provisión de alertas, recordatorios y *feedbacks* oportunos para los profesionales de salud y para las personas usuarias.
- Identificación de subpoblaciones relevantes, en función de riesgos, para una atención de salud proactiva e integrada.
- Elaboración de un plan de cuidado individual para cada persona usuaria.
- Intercambio de informaciones clínicas entre los profesionales de salud y las personas usuarias para posibilitar la coordinación de la atención de salud.
- Monitoreo del desempeño del equipo de salud y del sistema de atención de salud.

La atención efectiva de las condiciones crónicas virtualmente imposible sin un sistema de información que garantice el fácil acceso a datos claves de una población y de sus subpoblaciones y de cada persona individualmente. Un sistema de información debe facilitar la atención de salud de las personas usuarias proporcionando alertas, recordatorios y *feedbacks* oportunos para los servicios necesarios y resumiendo datos que faciliten la elaboración de los planes de cuidado. En el ámbito poblacional, el sistema de información clínica debe identificar grupos de riesgos que necesiten de abordajes diferenciadas de atención de salud, así como permitir el monitoreo del desempeño del sistema y de los esfuerzos en busca de una mayor calidad en los servicios ofertados.

Los cambios en el autocuidado apoyado tienen el objetivo de preparar y empoderar a las personas usuarias para que autogerencien su salud y la atención de salud prestada. Esto se logra a través de:

- Énfasis en el papel central de las personas usuarias en el gerenciamiento de su propia salud.
- Uso de estrategias de apoyo para el autocuidado que incluyan la evaluación del estado de salud, el establecimiento de metas, la elaboración de planes de cuidado, las acciones de resolución de problemas y el monitoreo.
- Organización de los recursos de las organizaciones de salud y de la comunidad para proveer apoyo al autocuidado de las personas usuarias.
- El efectivo autocuidado es mucho más que decir a las personas usuarias lo que deben hacer. Significa reconocer el papel central de las personas usuarias en la atención de salud y desarrollar un sentido de autorresponsabilidad sanitaria. Incluye el uso regular de programas de apoyo, contruidos con base en evidencias científicas, que puedan proveer informaciones, apoyo emocional y estrategias de convivencia con las condiciones crónicas. El autocuidado no comienza y termina con una clase. Consiste en la utilización de un enfoque de cooperación entre el equipo de salud y las personas usuarias para, conjuntamente, definir los problemas, establecer las prioridades, proponer las metas, elaborar los planos de cuidado y monitorear los resultados. Es la gestión colaborativa del cuidado, en la que los profesionales de

salud dejan de prescribir para establecer una verdadera alianza con las personas usuaria de los sistemas de atención de salud.

Los cambios en los recursos de la comunidad tienen el objetivo de movilizar esos recursos para atender las necesidades de las personas usuarias. Esto se logra a través de:

- Incentivando las personas usuarias a participar en programas comunitarios efectivos.
- Alianzas entre las organizaciones de salud y las organizaciones comunitarias para dar apoyo y desarrollar programas que ayuden a atender las necesidades de las personas usuarias.
- Defensa de políticas que mejoren la atención de salud.

Las organizaciones de salud pueden fortalecer la atención de salud y evitar la multiplicación de esfuerzos. Los programas comunitarios existentes pueden dar apoyo o expandir la atención de salud. Los consejos locales de salud pueden ejercer, democráticamente, el control social y mejorar la calidad de la atención de salud.

Personas usuarias activas e informadas significa que ellas disponen de motivación, información, habilidades y confianza para efectivamente tomar decisiones sobre su salud y para gestionar su condición crónica.

Equipo de salud proactiva y preparada es aquella que actúa de manera proactiva en interacción con las personas usuarias, con base en informaciones significativas, con el apoyo y los recursos necesarios para proveer una atención de alta calidad.

En el Recuadro 10, se describe una experiencia de utilización del CCM en la atención a condiciones crónicas.

Recuadro 10: El modelo de atención crónica (CCM) en el Health Disparities Collaboratives

En los Estados Unidos se instituye una red de centros de APS, la Health Disparities Collaboratives, organizada con integración con servicios especializados, con el objetivo de mejorar la atención de las condiciones crónicas. La misión de la red es sustituir la atención primaria de salud fragmentada, episódica y reactiva por una atención integral, continua y proactiva. Su consigna es cambiar la práctica de la RAS para cambiar la vida de las personas.

La red adoptó el CCM en su organización, alcanzando en el período de 1998 a 2002, 414 equipos de APS y trabajando con las siguientes condiciones crónicas: diabetes, asma, depresión, enfermedades cardiovasculares y cáncer.

Los principales cambios en los seis elementos del modelo de atención crónica fueron:

Organización de la atención de salud

Recuadro 10: El modelo de atención crónica (CCM) en el Health Disparities Collaboratives

Los esfuerzos para mejorar la atención de salud están articulados con un programa de calidad. El plan estratégico de las organizaciones de salud enfatiza la lógica de la atención de las condiciones crónicas y transforma eso en metas claras de alcance de resultados sanitarios y económicos. Los profesionales de salud con liderazgo participan en ese esfuerzo. Las acciones estratégicas cuentan con recursos humanos, materiales y financieros adecuados. Los cambios en ese elemento involucraron: expresar la mejora de la atención de las condiciones crónicas en la visión, en la misión, en los valores y en los planes estratégico y táctico de las organizaciones; involucrar a los líderes en ese esfuerzo de atención de las condiciones crónicas; garantizar un liderazgo continuo para la mejora de la calidad clínica; e integrar el modelo de atención a un programa de calidad.

Diseño del sistema de prestación de servicios

El sistema de atención no solamente determina que tipo de cuidado es necesario, sino que deja claros los papeles y las tareas necesarias para que las personas usuarias reciban una atención adecuada. También garantiza que todo el equipo de salud involucrado con la atención de una persona tenga acceso a información actualizada sobre su salud y sea capaz de monitorearla a lo largo del tiempo. La actuación del equipo de salud se fundamenta en las necesidades de las personas usuarias y en las metas de autocuidado. Los equipos de salud ofrecen consultas a portadores de una misma condición. Los cambios en ese elemento involucraron: usar la historia clínica para elaboración y monitoreo del plan de cuidado; definir el papel del equipo multidisciplinario de salud en las consultas de grupos de personas usuarias; designar miembros de los equipos de salud para monitoreo de las personas usuarias a través de llamadas telefónicas, correo electrónico y de visitas domiciliarias; y usar agentes de salud comunitarios para acciones fuera de las unidades de salud.

Apoyo a las decisiones

Las decisiones relativas al manejo de las condiciones crónicas están estructuradas en directrices clínicas desarrolladas a través de la medicina basada en evidencia. Esas directrices hacen parte de la práctica cotidiana de las unidades de salud, para lo cual fue necesaria la transformación de las directrices clínicas en productos educacionales y su aplicación en los equipos de salud, a través de programas de educación permanente, y para las personas usuarias, a través de instrumentos de educación en salud. Los cambios en ese elemento involucraron: introducir las directrices clínicas basadas en evidencias en la acción cotidiana del sistema de atención de salud; establecer una relación fluida entre el equipo de APS y los especialistas temáticos para un apoyo especializado eficaz; promover la educación permanente para todo el equipo de salud; y promover, con base en las directrices clínicas, la educación en salud de las personas usuarias.

Sistema de información clínica

La utilización de un sistema de información clínica, tanto para personas usuarias individuales, como para grupos poblacionales, ha sido fundamental para el manejo de las condiciones crónicas. La prioridad es el uso de historias clínicas informatizadas. Ese sistema de información clínica es lo que permite una integración entre los seis elementos del modelo de atención y la elaboración y el monitoreo del plan de cuidado de cada persona usuaria. Los cambios en ese elemento involucraron: introducir la historia clínica informatizada; desarrollar el proceso de utilización cotidiana de la historia clínica informatizada; registrar cada condición crónica por grado de riesgo; y usar la historia clínica informatizada para generar recordatorios, alertas y *feedbacks* para los profesionales de salud y para las personas usuarias y para producir indicadores de efectividad clínica del sistema de atención de salud.

Recuadro 10: El modelo de atención crónica (CCM) en el Health Disparities Collaboratives**Autocuidado apoyado**

El autocuidado apoyado no es lo mismo que decirle a las personas lo que deben hacer. Las personas usuarias desempeñan un papel central en determinar su atención de salud, desarrollando un sentido de responsabilidad por su propia salud. En la práctica, ese enfoque implica una colaboración estrecha entre el equipo de salud y las personas usuarias para, conjuntamente, definir el problema, establecer las metas, instituir los planes de cuidado y resolver los problemas que aparezcan a lo largo del proceso de manejo de la condición crónica. Los cambios en ese elemento involucraron: usar instrumentos de autocuidado basados en evidencias clínicas; establecer metas de autocuidado en conjunto con las personas usuarias; entrenar los profesionales de salud para que colaboren con las personas usuarias en el establecimiento de metas para el autocuidado; monitorear las metas de autocuidado; usar la atención en grupos de personas usuarias para apoyar el autocuidado; proveer el apoyo al autocuidado a través de acciones educacionales, informaciones y medios físicos; y buscar recursos de la comunidad para que las metas de autogerenciamiento sean obtenidas.

Recursos de la comunidad

Es necesario involucrar a la comunidad en los programas de atención de las condiciones crónicas. Por lo tanto, las acciones de las organizaciones de salud se articulan con la comunidad, especialmente con las organizaciones de la sociedad civil (iglesias, clubes, organizaciones no gubernamentales, movimientos sociales, etc.). Los cambios en ese elemento involucraron: establecer alianzas con otras organizaciones comunitarias para dar apoyo a los programas de enfrentamiento de las condiciones crónicas; dar destaque a las acciones intersectoriales, especialmente en la promoción de la salud; elevar la conciencia de la comunidad en relación al problema de las condiciones crónicas; y proporcionar una lista de recursos comunitarios para los equipos de salud y para las personas usuarias y sus familias.

Los resultados de la aplicación del modelo de atención crónica fueron rápidamente sentidos. Estudios evaluativos, utilizando el método caso-control, obtuvieron los siguientes resultados: en una muestra de 8.030 portadores de diabetes, la hemoglobina glicada cayó de 9,0% en marzo de 1999 para 8,0% en julio de 2001; en una muestra de 1.200 portadores de asma, el porcentaje de usuarios con asma persistente recibiendo medicación apropiada con adhesión a la medicación antiinflamatoria aumentó de 10% para 70% en apenas diez meses de introducido el nuevo modelo; y hubo una rápida mejora en los síntomas de más de la mitad de los portadores de depresión.

Fuente: Health Disparities Collaboratives (2004)

Algunos instrumentos fueron desarrollados para facilitar la implantación y el monitoreo del CCM.

Un instrumento es el *checklist* para verificación de los cambios propuestos por el CCM. El *checklist* permite verificar si todas las intervenciones necesarias, para cada uno de los seis elementos, fueron consideradas en el proceso de implantación del CCM, en una organización particular. Ese *checklist* está organizado por los seis elementos del CCM.

1. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD	
1.1 La mejora de la atención de las condiciones crónicas es parte de la visión, de la misión y del plan estratégico de la organización.	<input type="checkbox"/>
1.2 Los principales líderes de la organización y sus equipos de trabajo dan apoyo efectivo y promueven los esfuerzos para la mejora de la atención de las condiciones crónicas.	<input type="checkbox"/>
1.3 Los principales líderes de la organización dan apoyo efectivo a los esfuerzos para la mejora de la atención de las condiciones crónicas removiendo barreras y garantizando los recursos necesarios para los cambios.	<input type="checkbox"/>
1.4 Existe un liderazgo permanentemente involucrado con los procesos de mejora de la clínica continua.	<input type="checkbox"/>
1.5 Los procesos de mejora de la atención de las condiciones crónicas están integrados en los programas de calidad de la organización.	<input type="checkbox"/>
2. DISEÑO DEL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
2.1 La historia clínica informatizada es utilizada rutinariamente para la elaboración y el monitoreo de los planes de cuidado de las personas usuarias.	<input type="checkbox"/>
2.2 Son designados papeles y tareas de la atención programada a los miembros del equipo multidisciplinario de salud.	<input type="checkbox"/>
2.3 Son ofrecidas regularmente consultas programadas, individuales y en grupos.	<input type="checkbox"/>
2.4 Los miembros del equipo multidisciplinario de salud están comprometidos con el monitoreo de las personas usuarias, incluyendo visitas domiciliarias, contactos telefónicos y correo electrónico.	<input type="checkbox"/>
2.5 Los agentes comunitarios de salud acompañan, rutinariamente, las personas usuarias en la comunidad.	<input type="checkbox"/>
3. AUTOCUIDADO APOYADO	
3.1 Se utilizan, rutinariamente, los instrumentos de autocuidado apoyado contruidos con base en evidencia de su efectividad.	<input type="checkbox"/>
3.2 Las metas de autocuidado apoyado son elaboradas y definidas en conjunto por el equipo de salud y por la persona usuaria.	<input type="checkbox"/>
3.3 Los equipos multidisciplinarios de salud son entrenados para apoyar las personas usuarias para el autocuidado.	<input type="checkbox"/>
3.4 Las metas de autocuidado son monitoreadas regularmente.	<input type="checkbox"/>
3.5 Se utiliza regularmente la atención en grupo para alcanzar las metas de autocuidado.	<input type="checkbox"/>
4. APOYO A LAS DECISIONES	
4.1 Las directrices clínicas basadas en evidencia son utilizadas rutinariamente en el sistema de atención de las condiciones crónicas.	<input type="checkbox"/>
4.2 La APS está integrada con especialistas que dan apoyo a sus acciones.	<input type="checkbox"/>
4.3 Existe un sistema regular de educación permanente para los profesionales envueltos con la atención de las condiciones crónicas.	<input type="checkbox"/>
4.4 Existe una oferta regular de programas de educación en salud para las personas usuarias con base en las directrices clínicas.	<input type="checkbox"/>

5. SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA	
5.1 Existe una historia clínica informatizada capaz de generar el registro de las personas usuarias por condiciones de salud;	<input type="checkbox"/>
5.2 Existen procesos desarrollados para el uso de la historia clínica informatizada y para el uso de los registros de las personas usuarias por condiciones crónicas, por estratificación de riesgos, garantizando la entrada de los datos, la integridad de los datos y el mantenimiento del sistema;	<input type="checkbox"/>
5.3 La historia clínica informatizada es capaz de proveer recordatorios y alertas para las personas usuarias y para los profesionales de salud y contiene las informaciones necesarias para elaborar y monitorear el plan de cuidado de cada persona usuaria;	<input type="checkbox"/>
5.4 La historia clínica informatizada es capaz de dar <i>feedbacks</i> al equipo de salud y a las personas usuarias.	<input type="checkbox"/>
6. RECURSOS DE LA COMUNIDAD	
6.1 Existe una relación estrecha entre los servicios de salud y las organizaciones de la comunidad que puedan propiciar programas complementarios;	<input type="checkbox"/>
6.2 Los servicios de salud proporcionan a las personas usuarias y sus familias una relación de recursos de la comunidad que pueden ser utilizados complementariamente en la atención de las condiciones crónicas;	<input type="checkbox"/>
6.3 Existe un Consejo Local de Salud que ejerce un control social efectivo de la unidad de salud, incluyendo el monitoreo de las metas en relación a las condiciones crónicas;	<input type="checkbox"/>

Fuente: Adaptado de Health Disparities Collaboratives (2004)

El CCM sirve, también, como base para el diseño de los programas de intervención. Un instrumento para ese fin puede ser obtenido en *Improving Chronic Illness Care* (2008).

Existen instrumentos contruidos para la evaluación de las condiciones crónicas con base en el modelo de atención crónica en la perspectiva de las personas usuarias. Es el caso del *The Patient Assessment of Chronic Illness Care* (*Improving Chronic Illness Care*, 2008), un instrumento que ha sido probado empíricamente y que está respaldado por evidencias provenientes de varios estudios, incluyendo evaluaciones de su traducción y adaptación para diferentes países e idiomas (GLASGOW *et al.*, 2005; KOVACS *et al.*, 2006; BEATTIE *et al.*, 2007; ROSEMANN *et al.*, 2007; SALAFFI *et al.*, 2007; ARAGONES *et al.*, 2008; SCHMITTDIEL *et al.*, 2008; SZECSENYI *et al.*, 2008; WENSING *et al.*, 2008).

El proceso de implantación del CCM debe ser continuamente monitoreado y, para eso, se propone un sistema de monitoreo que debe ser aplicado antes de iniciarse el proceso de implantación y después, regularmente, en períodos definidos en la estrategia de implantación de ese proceso de cambio de modelo de atención de salud. Un instrumento de monitoreo y evaluación del CCM, denominado de *Assessment of*

Chronic Illness Care, está disponible en *Improving Chronic Illness Care*, 2008. Un estudio de 13 meses verificó que el uso de ese instrumento de monitoreo y evaluación permitió identificar los cambios en el sistemas de atención de salud y que constituyó una herramienta válida para la mejora de la calidad de la atención de las condiciones crónicas (BONOMI *et al.*, 2002). Otros trabajos muestran las evidencias que sustentan ese instrumento, en el monitoreo y en la investigación (SI *et al.*, 2005; SOLBERG *et al.*, 2006). Un documento muy semejante fue desarrollado en el Reino Unido por la NatPaCT (2007).

Existen evidencias en la literatura internacional sobre los efectos positivos del CCM en la atención de las condiciones crónicas, ya sea en su evaluación conjunta o en la evaluación de sus elementos separadamente.

El estudio evaluativo clásico del CCM fue realizado por la Rand Corporation y por la Universidad de Berkeley, California (Rand Health, 2008), y tuvo dos objetivos: evaluar los cambios ocurridas en las organizaciones de salud para implementar el CCM y establecer el grado en el que la adopción de ese modelo mejoró los procesos y los resultados en relación a las condiciones crónicas. Esa evaluación duró cuatro años y envolvió aproximadamente 4 mil portadores de diabetes, insuficiencia cardíaca, asma y depresión, en 51 organizaciones de salud. Más de una decena de artículos fueron publicados sobre esa evaluación, pero los principales resultados fueron: las organizaciones fueron capaces de presentar mejoras con una media de 48 cambios en 5,8 de los 6 elementos del CCM; los portadores de diabetes tuvieron una disminución significativa de su riesgo cardiovascular; los portadores de insuficiencia cardíaca presentaron mejores tratamientos y 35% menos de hospitalizaciones, medidas por camas/día; los portadores de asma y diabetes recibieron tratamientos más adecuados a sus enfermedades; y los cambios producidos por la implantación del CCM tuvieron sostenibilidad en 82% de las organizaciones estudiadas y se difundieron dentro y fuera de esas organizaciones (NELSON *et al.*, 2002; CRETIN *et al.*, 2004; ASCH *et al.*, 2005; BAKER *et al.*, 2005; CHAN *et al.*, 2005; LIN *et al.*, 2005; SCHONLAU *et al.*, 2005; MANGIONE-SMITH *et al.*, 2005; SHORTELL *et al.*, 2005; TSAI *et al.*, 2005; MEREDITH *et al.*, 2006; MARJORIE *et al.*, 2008; MARSTELLER *et al.*, 2008; Shinyi *et al.*, 2008; VARGAS *et al.*, 2008).

Varios otros trabajos de evaluación del CCM están disponibles en la literatura. Algunos son de evaluación general de la aplicación del modelo, una parte de ellos publicados por autores que participaron activamente en su concepción (WAGNER *et al.*, 1996; McCULLOCH, 1998; WAGNER *et al.*, 1999; COLEMAN *et al.*, 1999; BODENHEIMER *et al.*, 2002; SCHOENI, 2002; BODENHEIMER, 2003; ENDINCOTT *et al.*, 2003; GLASGOW *et al.*, 2003; ROTHMAN, 2003; WASSON *et al.*, 2003; GLASGOW *et al.*, 2005; PEARSON *et al.*, 2005; WAGNER *et al.*, 2005; DORR *et al.*, 2006; HARRIS y ZWAR, 2007). Existen varios estudios evaluativos del CCM utilizando ensayos clínicos

aleatorios (WAGNER, 1997; LOZANO *et al.*, 2004; NEUMEYER-GROMEN *et al.*, 2004; BATTERSBY, 2005; DWIGHT-JOHNSON *et al.*, 2005; HOMER *et al.*, 2005; BAUER *et al.*, 2006; PIATT *et al.*, 2006). Otros estudios evaluativos se centraron en la mejora de la calidad de la atención de las condiciones crónicas (GLASGOW *et al.*, 2002; HARWELL *et al.*, 2002; McDONALD, 2002; MONTORI *et al.*, 2002; CHIN *et al.*, 2004; DANIEL *et al.*, 2004; LANDON *et al.*, 2004; SPERL-HILLEN *et al.*, 2004; WANG *et al.*, 2004; BRAY *et al.*, 2005; SIMINERIO *et al.*, 2005; STROEBEL *et al.*, 2005; LANDIS *et al.*, 2006; SIMINERIO *et al.*, 2006; NUTTING *et al.*, 2007). Otros trabajos analizaron condiciones crónicas particulares (RENDERS *et al.*, 2001; GILBODY *et al.*, 2003; LIEU *et al.*, 2004; JACKSON *et al.*, 2005; OUWENS *et al.*, 2005; MANGIONE *et al.*, 2006; SHOJANIA *et al.*, 2006; WALSH *et al.*, 2006). Otras evaluaciones trataron de aspectos organizacionales relativos a la atención de las condiciones crónicas (FLEMING *et al.*, 2004; LI *et al.*, 2004; HUNG *et al.*, 2006; SCHMITTDIEL *et al.*, 2006). Existen otros estudios que se centraron en la evaluación económica de la atención crónica, especialmente estudios de costo efectividad (DEMERS *et al.*, 1997; GILMER y O'CONNOR, 2003; GOETZEL *et al.*, 2005; GILMER *et al.*, 2006). Por último, fueron elaborados trabajos de evaluación de la satisfacción de los usuarios (VANDERBILT MEDICAL CENTER, 2002; HAM, 2007a). Según Ham (2007a), el CCM funciona mejor cuando se llevan a cabo cambios que envuelven el conjunto de sus seis elementos.

El CCM, a pesar de haber sido desarrollado y muy estudiado en los Estados Unidos, no es adoptado extensamente en aquel país, con excepción de las organizaciones que están estructuradas como sistemas integrados de atención de salud y que cubren alrededor de 5% de su población (CHRISTENSEN, 2009). La razón para que no sea intensamente utilizado en los Estados Unidos es que el CCM tiene cierta incompatibilidad con los principios organizativos prevalecientes, tales como la fragmentación del sistema, los incentivos económicos perversos, la ausencia de una orientación para la APS y la inexistencia de un foco poblacional (HAM, 2007a).

LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE SALUD DERIVADOS DEL MODELO DE ATENCIÓN CRÓNICA

La propuesta original del CCM fue adaptada en varios países y situaciones, generando una serie de modelos derivados en países en desarrollo y en países desarrollados.

Ese modelo encuentra un ambiente mejor de desarrollo en sistemas de atención de salud públicos y universales (HAM, 2007a). Por eso, el CCM ha sido implantado, con ajustes, más o menos profundos, en países como Alemania, Australia, Canadá, Dinamarca, Holanda, Italia, Noruega, Reino Unido, Nueva Zelandia, Singapur y otros, y en países en desarrollo (RICCIARDI, 1997; BERNABEI *et al.*, 1998; McALISTER *et*

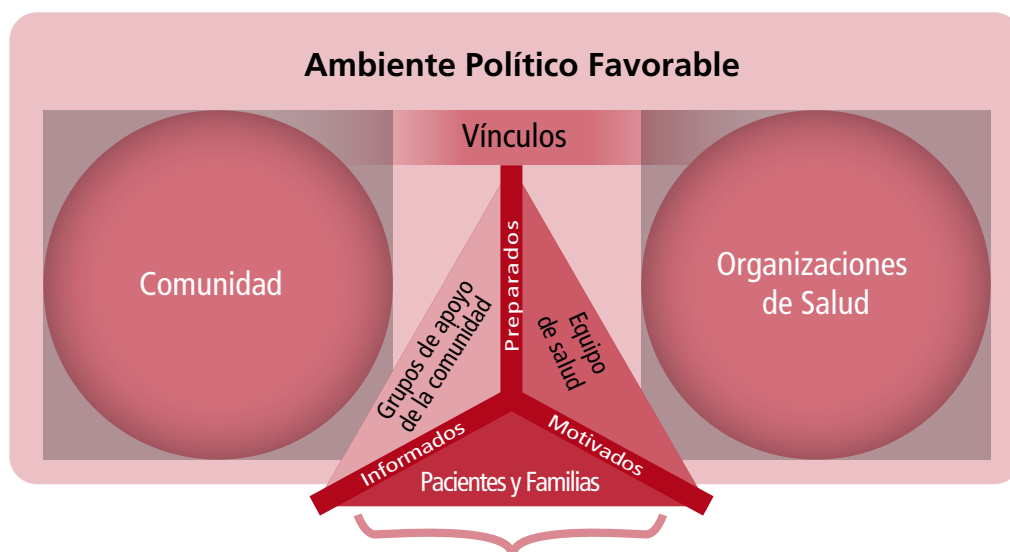
al., 2001; TEMMINK *et al.*, 2001; HANSEN y DRIVSHOLM, 2002; SCOTT *et al.*, 2002; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003; WELLINGHAM *et al.*, 2003; BATTERSBY, 2005; DEPARTMENT OF HEALTH, 2005a; PARKER, 2006; SINGH, 2005a; SINGH y HAM, 2006; NORWEGIAN DIRECTORATE OF HEALTH, 2008).

A partir del análisis de la experiencia de los Estados Unidos, Ham (2007a) sugiere que el CCM debe ser implantado en Europa y propone los siguientes elementos claves para su adaptación al continente: la cobertura universal; la limitación de los copagos para permitir el acceso a los servicios de salud; la APS debe ser prestada con base en poblaciones y subpoblaciones registradas en el sistema de atención de salud, por riesgos; las acciones de promoción de la salud y de prevención de las condiciones de salud deben ser parte del modelo; la integración clínica; y el uso de tecnologías de gestión de la clínica, como la gestión de las condiciones de salud y la gestión de caso.

EL MODELO DE LOS CUIDADOS INNOVADORES PARA LA CONDICIONES CRÓNICAS (CICC)

Un modelo importante que representa una expansión del modelo de atención crónica es el modelo de los cuidados innovadores para condiciones crónicas, representado en la Figura 10. Ese modelo fue propuesto por la Organización Mundial de la Salud (2003) y aplicado en varios países, muchos de ellos países en desarrollo.

Figura 10: El modelo de los cuidados innovadores para condiciones crónicas



Resultados favorables en el tratamiento de las condiciones crónicas

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2003)

La expansión del modelo de atención crónica perseguido por el CICC, se deriva de su inserción en un contexto político más abarcador que envuelve las personas usuarias y sus familias, las comunidades y las organizaciones de salud. Por eso, se propone mejorar la atención de salud en tres niveles: el nivel micro, los individuos y las familias; el nivel meso, las organizaciones de salud y la comunidad; y el nivel macro, las políticas de salud.

El CICC es entendido así: *“Innovar el tratamiento significa reorientar los sistemas de salud de manera que los resultados valorizados por el sistema sean efectivamente producidos. Los resultados esperados para los problemas crónicos son diferentes de aquellos considerados necesarios para los problemas agudos. Las necesidades de los pacientes con condiciones crónicas también son distintas. Los pacientes con problemas crónicos necesitan mayor apoyo, no apenas de intervenciones biomédicas. Necesitan un cuidado planificado y una atención capaz de prever sus necesidades. Esos individuos necesitan una atención integrada que englobe tiempo, escenarios de salud y prestadores, además de entrenamiento para autogerenciarse en casa. Los pacientes y sus familias necesitan apoyo en sus comunidades y políticas abarcadoras para la prevención o gerenciamiento eficaz de las condiciones crónicas. El tratamiento optimizado para las condiciones crónicas requiere un nuevo modelo de sistema de salud”* (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003).

Su implementación ocurre a partir de ocho elementos esenciales: apoyar el cambio de paradigma; gestionar el ambiente político; desarrollar un sistema de atención de salud integrado; alinear políticas sectoriales para la salud; aprovechar mejor los recursos humanos del sector salud; centralizar el tratamiento en la persona usuaria y en la familia; apoyar las personas usuarias en sus comunidades; y enfatizar la prevención.

El CICC, en el nivel micro, se estructura para enfrentar dos problemas: la falta de autonomía de las personas usuarias para mejorar su salud y la baja calidad de la interacción entre la persona usuaria y los profesionales de los equipos de salud. Para superar esos problemas, las personas usuarias deben participar en la atención de salud y los profesionales deben apoyarles en ese sentido. El comportamiento de las personas usuarias en su día a día, la adhesión a esquemas terapéuticos, la práctica de ejercicios físicos, la alimentación adecuada, el abandono del tabaquismo y la interacción con las organizaciones de salud influyen en los resultados sanitarios en proporciones mayores que las intervenciones médicas. Por otro lado, la calidad de la comunicación entre las personas usuarias y los equipos de salud influyen positivamente en los resultados sanitarios, lo que implica envolver las personas en la elaboración y el monitoreo de sus planes de cuidado.

El CICC, en el nivel meso, propone un cambio de foco en las organizaciones de salud, retirando el énfasis de las condiciones agudas para implantar una atención que consiga atender las condiciones crónicas. Eso significa los siguientes cambios: desarrollar una atención proactiva, continua e integral, con valorización relativa de los procedimientos promocionales y preventivos; estimular y apoyar las personas usuarias en su autocuidado; adoptar directrices clínicas construidas con base en evidencias científicas; implantar sistemas de información clínica potentes, invirtiendo fuertemente en tecnología de información; e integrar los recursos de la organización con los recursos comunitarios (grupos de portadores de enfermedades, voluntarios, organizaciones no gubernamentales, movimientos sociales).

El CICC, en el nivel macro, propone que se elaboren políticas de salud que consideren las singularidades de las condiciones crónicas y que se desarrollen las RAS. Eso implica: planificación basada en las necesidades de la población; asignación de recursos según la carga de enfermedades; asignación de recursos según criterios de costo efectividad; integración de los sistemas de financiamiento; alineamiento de los incentivos económicos con los objetivos de la atención de las condiciones crónicas; implantación de sistemas de acreditación, monitoreo y de calidad de la atención; desarrollo de la educación permanente de los profesionales de salud; y desarrollo de proyectos intersectoriales.

Existen evidencias de que componentes específicos del CICC determinan mejoras en algunos procesos y resultados sanitarios, pero no hay evidencia robusta del valor del foco en las políticas de salud (SINGH y HAM, 2006).

Existe una propuesta específica para la evaluación del CICC (JORDAN, 2005), para la cual fue desarrollado un cuestionario de evaluación con preguntas y respuestas en tres puntos de escala: ninguno, algunos y muchos.

Las preguntas se refieren:

- A los principios de la atención de salud: extensión del cuidado; decisiones basadas en evidencia; foco en la población; foco en la prevención; foco en la calidad; integración, coordinación y continuidad del cuidado; flexibilidad y adaptabilidad del sistema de salud.
- En el nivel micro del sistema de atención de salud: capacitación, información y motivación de los pacientes; capacitación, información y motivación de los equipos de salud; capacitación, información y motivación de las alianzas comunitarias.
- En el nivel meso de la organización de la atención de salud: promoción de la continuidad y de la coordinación de la atención; promoción de la calidad a través de liderazgos e incentivos; organización de los equipos de atención de salud; organización del autocuidado y de la prevención de las enfermedades; y uso de sistemas de información.

- En el nivel meso de la comunidad: conciencia de los líderes sobre las condiciones crónicas; fomento de mejores resultados por parte de los líderes comunitarios; movilización y coordinación de los recursos; y provisión de servicios complementarios por parte de la comunidad.
- En el nivel macro de políticas y financiamiento: liderazgo y defensa en relación a los problemas asociados con las condiciones crónicas; integración de las políticas; promoción de financiamiento consistente; desarrollo y asignación de recursos humanos; apoyo legislativo; y alianzas institucionales.

EL MODELO DE ATENCIÓN CRÓNICA EXPANDIDO

El CCM ha sido utilizado, también, en Canadá.

Algunos estudiosos de aquel país sintieron que el CCM estaba excesivamente focalizado en aspectos clínicos, lo que dificultaría su aplicación en las acciones de promoción de la salud. Por eso introdujeron en el modelo, el componente de promoción de la salud, centrado en los determinantes sociales de la salud y en la participación de la comunidad.

En función de eso, fue conceptualizado el modelo de atención crónica expandido (BARR *et al.*, 2003) que fue adoptado por la Provincia de British Columbia (MINISTRY OF HEALTH, 2003; GOVERNMENT OF BRITISH COLUMBIA, 2008).

EL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD Y DE ASISTENCIA SOCIAL

El modelo de atención de salud y de asistencia social, también con origen en el CCM, ha sido introducido en el Reino Unido para atender las condiciones crónicas de larga duración, en consonancia con el Plan de Mejora del Servicio Nacional de Salud y con sus acciones para mejorar la calidad de vida de las personas portadoras de condiciones crónicas de larga duración. Ese modelo busca integrar las acciones de atención de salud y de asistencia social.

Ese modelo fue propuesto a partir de la constatación de que: 60% de los adultos del Reino Unido presentaron una condición crónica que no puede ser curada; entre ellos, una parte significativa tiene más de una condición crónica, lo que hace más compleja la atención de salud; 2/3 de las emergencias hospitalarias son determinadas por agudizaciones de condiciones crónicas; 5% de las personas usuarias que son hospitalizadas ocupan 42% de las camas hospitalarias para condiciones agudas; la atención prestada a muchos portadores de condiciones crónicas es llevada a cabo de forma reactiva, no programada y episódica, lo que lleva a una utilización excesiva de la atención secundaria de salud; y aproximadamente 50% de los medicamentos no son tomados en conformidad con su prescripción (DEPARTMENT OF HEALTH, 2004; DEPARTMENT OF HEALTH, 2005a).

El modelo de atención de salud y asistencia social está basado en intervenciones realizadas en tres ámbitos: en la infraestructura, en el sistema de atención de salud y en los resultados de la atención de salud. En la infraestructura, las intervenciones son en los recursos comunitarios, en el apoyo a las decisiones, en los sistemas de informaciones clínicas y en los ambientes de atención de salud y de asistencia social. En el sistema de atención de salud, las intervenciones son en la promoción de la salud, en el autocuidado apoyado, en la gestión de la condición de salud y en la gestión de caso. En los resultados, se busca desarrollar personas usuarias mejor informadas y empoderadas y profesionales de salud y de asistencia social proactivos y bien preparados (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005a).

Los factores claves del modelo de atención de salud y asistencia social son: un enfoque sistemático para integrar atención de salud, asistencia social, profesionales y personas usuarias; la identificación de todos los portadores de condiciones crónicas; la estratificación de las personas usuarias para que puedan recibir atención diferenciada según sus necesidades; el uso de agentes comunitarios en la gestión de caso; la capacidad de identificación de personas usuarias que usan intensamente los servicios; la utilización de equipos multiprofesionales en la APS, con apoyo de especialistas; el énfasis en el autocuidado apoyado; y el uso de instrumentos y tecnologías ya disponibles para producir impacto en la salud de las personas.

El modelo de atención de salud y asistencia social incorporó la pirámide de Kaiser Permanente, que será discutida más adelante en este capítulo.

Una de las aplicaciones de esa propuesta es el modelo de atención de salud de Escocia que está constituido por los siguientes elementos: directrices clínicas para portadores de condiciones crónicas; alianzas entre los equipos de salud y las personas usuarias de los sistemas de atención de salud; soluciones integradas que respondan a las necesidades de portadores de condiciones crónicas; focalización en la APS y en los equipamientos comunitarios; y el autocuidado apoyado (SCOTLAND HEALTH WHITE PAPER, 2003).

EL MODELO DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD

El modelo de continuidad de la atención de salud muestra que las condiciones crónicas se desarrollan en respuesta a diferentes riesgos, de forma progresiva y, a partir de esa constatación, propone intervenciones relativas a los diversos momentos de evolución de esas condiciones de salud.

La evolución de las condiciones crónicas se inicia por una población saludable, después por las subpoblaciones con presencia de factores de riesgo, después por las subpoblaciones con condiciones crónicas establecidas con diferentes riesgos y, por último, por la portadora de condición crónica en estado terminal. Para cada una de esas

fases se proponen intervenciones singulares de promoción de la salud, de actuación sobre los factores de riesgo, las acciones de recuperación y rehabilitación y de cuidados paliativos para los portadores de condiciones terminales (SUNOL *et al.*, 1999)

Una evaluación del modelo de continuidad de la atención llevado a cabo en Australia, mostró una reducción de la permanencia hospitalaria, el aumento de la motivación del equipo de salud y una mejor integración en el sistema de atención de salud (WALKER y HASLETT, 2001).

Una variante del modelo de continuidad de la atención de salud fue implementada en Nueva Zelanda, el modelo del curso de vida. El curso de vida apunta para una evolución continua que va de una población protegida para una población vulnerable, de ahí para una población con condiciones establecidas sin complicaciones y, por último, para una población con condiciones de salud establecidas con complicaciones. A cada momento de evolución se responde con acciones de promoción primaria, secundaria y terciaria de salud.

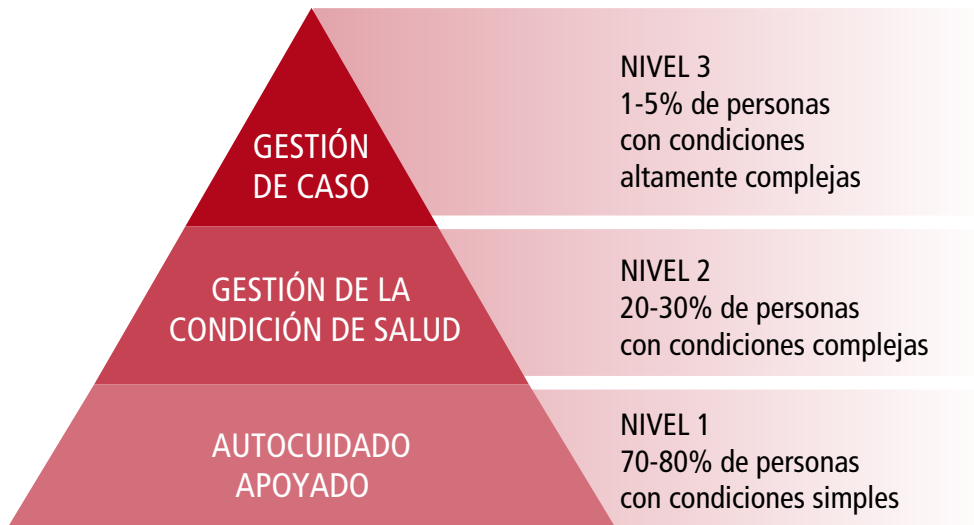
Ese modelo está estructurado en: Resultados finales: mejores niveles de salud, reducción de inequidades; mayor autonomía, seguridad y confianza, intersectorialidad, equidad y acceso, efectividad, calidad y eficiencia. Resultados intermediarios: disminución de la incidencia de las condiciones crónicas, reducción del impacto de las condiciones crónicas en la salud y en el bienestar, mayor respuesta de los servicios a las necesidades de las personas y de las familias y mayor participación de las personas, familias y comunidad. Productos: volumen y tipo de servicios de prevención, de enfrentamiento de riesgos, de atención curativa y rehabilitadora y de atención paliativa. Actividades: actividades clínicas y gerenciales. Insumos: Recursos humanos, materiales y financieros (MINISTRY OF HEALTH, 2005).

Evaluaciones del modelo del curso de vida constataron una mejora de los resultados sanitarios y una reducción de los costos de la atención de salud (SINGH y HAM, 2006).

LA PIRÁMIDE DE RIESGO DE KAISER PERMANENTE

El modelo de la pirámide de riesgo, creado por Kaiser Permanente, identifica tres niveles de intervenciones de acuerdo con la complejidad de la condición crónica. La organización de las personas usuarias, según las diferentes complejidades, permite orientar las intervenciones en relación a los grupos de riesgos y utilizar más racionalmente los recursos humanos, concentrándolos en los grupos de mayores riesgos (BENGOA, 2008). Ese modelo está representado en la Figura 11.

Figura 11: El modelo de la pirámide de riesgo de Kaiser Permanente



Fuente: Bengoa (2008); Porter y Kellogg (2008)

El modelo de la pirámide de riesgo evolucionó gradualmente a partir de un foco en portadores de condiciones de salud muy complejas hasta sus tres niveles actuales (FIREMAN *et al.*, 2004).

La pirámide de riesgo presenta algunas singularidades: la integración del sistema de atención de salud, la estratificación de la población por riesgos y su manejo a través de tecnologías de gestión de la clínica, los esfuerzos en acciones promocionales y preventivas, el énfasis en el autocuidado apoyado, el alineamiento de la atención con las necesidades de salud de las personas usuarias, la completa integración entre la APS y la atención especializada, el énfasis en la tecnología de información destinada a la clínica y la consideración de las personas usuarias como miembros de los equipos de salud.

Su lógica está en promover la salud de toda la población, estructurar las acciones de autocuidado apoyado para los portadores de condiciones de salud más simples, proporcionar la gestión de la condición de salud para las personas que tengan una condición establecida y el manejo adecuado de los portadores de condiciones de salud muy complejas mediante la tecnología de gestión de caso.

Las principales características de la pirámide de riesgo son establecidas en los campos de los principios generales y de las estrategias claves.

En los principios generales: alineamiento de la atención de salud con las necesidades de salud de la población; las personas usuarias son aliados importantes en la atención de salud; las personas usuarias son consideradas autoprestadoras de cuidados; la información de salud es esencial; la mejora de la atención se produce mediante la colaboración entre los equipos de salud y las personas usuarias; la APS es fundamental, pero sus límites con la atención secundaria deben ser superados; el uso intensivo de cuidado por Internet (e-cuidado); y el uso no programado de las hospitalizaciones es considerado una falla sistémica. En las estrategias claves: la educación de las personas usuarias en todos los niveles de atención, proporcionada de forma presencial y a distancia; la educación en salud debe abarcar el espectro completo de atención de las condiciones crónicas; el sistema de atención de salud debe centrarse en las personas según riesgos, ser proactivo y ofrecer atención integral; el plan de cuidado debe ser hecho de acuerdo con directrices clínicas basadas en evidencias que regulan el flujo de las personas en el sistema y con la cooperación entre los equipos y las personas usuarias; y la atención debe ser apoyada por potentes tecnologías de información, especialmente por historias clínicas integradas (SINGH, 2005a).

Existen evidencias de que el modelo de la pirámide de riesgo, cuando aplicado, mejoró la calidad de vida de los usuarios, redujo las hospitalizaciones y las tasas de permanencia en los hospitales (WALLACE, 2005; SINGH y HAM, 2006; PORTER, 2007). Por eso, este modelo ha sido adoptado, con buenos resultados, en proyectos realizados en varios lugares del Reino Unido, en un experimento denominado como Kaiser Beacon, conducido por la Agencia de Modernización del Servicio Nacional de Salud (Ham, 2006). También ha sido aplicado en Canadá, Inglaterra, Escocia, Dinamarca, Nueva Zelanda y Australia (BENGOA, 2008).

Una comparación internacional entre el sistema integrado de salud de la KP y el Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido mostró que: los costos de los dos sistemas son próximos; las personas usuarias de la KP han tenido acceso a una cartera de servicios más amplia; tienen un acceso más rápido a especialistas y a hospitales; el sistema inglés usa muchas más camas por día que la KP; el tiempo de permanencia media en los hospitales varía de acuerdo con la edad en el NHS, pero no en el sistema de la KP; KP tiene mayor grado de integración; y la KP utiliza más tecnologías de información (FEACHAM *et al.*, 2002). Otro estudio comparando las mismas dos organizaciones, constata que las hospitalizaciones por las 11 causas más frecuentes, fueron tres veces mayores en el NHS que en la KP (HAM *et al.*, 2003). Un otro trabajo de comparación del sistema público de atención de salud de Dinamarca con el sistema de la KP verificó que: el sistema de la KP diagnostica más portadores de condiciones crónicas; la KP funciona con menos médicos y equipos de salud, 131 médicos por cada 100 mil beneficiarios en la KP contra 311 médicos por cada 100 mil beneficiarios en el sistema danés; la KP funciona con tasas de permanencia hospitalaria en eventos agudos de 3,9 días contra 6,0 días en el sistema danés; las tasas de permanencia para derrame cerebral son de

4,2 días en la KP contra 23 días en el sistema danés; 93% de los portadores de diabetes de la KP hacen el examen de retina anual contra 46% en el sistema danés; y el gasto *per capita* en la KP, en dólares ajustados por paridad de poder de adquisición, es de 1.951 dólares en la KP contra 1.845 dólares en el sistema danés (FROLICH *et al.*, 2008).

Una descripción del sistema integrado de Kaiser Permanente es presentada en el Recuadro 11.

Recuadro 11: El sistema integrado de salud de Kaiser Permanente (KP)

Kaiser Permanente es una operadora privada de seguros médicos en los Estados Unidos, no lucrativa, que está estructurada en forma de sistemas integrados de salud. El sistema KP es integrado verticalmente y la organización es una aseguradora y una prestadora al mismo tiempo.

Es la mayor organización no lucrativa de seguros médicos en el país, con una clientela de 8,7 millones de clientes, distribuidos en nueve estados americanos. 27% de los clientes presentan una o más enfermedades crónicas; las enfermedades crónicas son responsables por 64% de los gastos de la organización. Tiene 156.000 trabajadores, de los cuales 13.000 son médicos, siendo 55% médicos de APS y 45% de especialistas.

Cada médico de APS tiene bajo su responsabilidad, una media de 2.300 usuarios. El equipo de APS está compuesto por médico, enfermero, asistente médico, farmacéutico, educador sanitario, asistente social y/o psicólogo. La APS soluciona más de 80% de los problemas de la población adscrita. Los servicios de atención son ofrecidos, integradamente, en un único local.

Los médicos tienen que pasar por un período de prueba de tres años antes de convertirse en colaboradores definitivos en KP y su inclusión está basada fuertemente en la comprensión de la misión organizacional y en la capacidad de desarrollar la defensa de las personas usuarias. Los especialistas participan en acciones educacionales de los profesionales de la APS.

La atención de las condiciones crónicas es el punto central de la KP y las prioridades son: asma, dolor crónica, enfermedad coronaria, depresión, diabetes, insuficiencia cardíaca, el cuidado de los ancianos, obesidad y autocuidado apoyado. Para cada una de esas áreas existen directrices clínicas basadas en evidencias y programas de gestión de las condiciones de salud.

Aunque los médicos puedan recetar libremente, 84% de los medicamentos recetados son genéricos y 98% de ellos están contemplados en el formulario terapéutico de la KP.

En el modelo KP es fundamental, el hecho de que 65% a 80% del cuidado de la APS se produce de forma rutinaria, con énfasis en el autocuidado apoyado; por esa razón, las personas usuarias son consideradas miembros de los equipos de APS. Las acciones de autocuidado son apoyadas por metodologías potentes de educación en salud que envuelven grupos de personas usuarias de diferentes condiciones de salud. El resto de la población es acompañada mediante tecnologías de gestión de la clínica – gestión de la condición de salud o gestión de caso – con mayor concentración de los cuidados profesionales en los niveles de atención de riesgos mayores. Una parte significativa de la atención es llevada a cabo por equipos multiprofesionales con grupos de personas usuarias. Para eso, hay una política de extensión de trabajo médico a través de enfermeros, obstetras y asistentes médicos; esos profesionales actúan principalmente en áreas especializadas. Como resultado, solamente 15% del total de consultas de la KP es realizado por consultas médicas presenciales.

Recuadro 11: El sistema integrado de salud de Kaiser Permanente (KP)

Existe un fuerte énfasis en las acciones preventivas relacionadas al tabaquismo, al sobrepeso o la obesidad, al sedentarismo, al estrés y a la alimentación inadecuada, además de una acción vigorosa sobre hipertensión arterial, dislipidemia, depresión y enfermedades inmunizables. La depresión es considerada un factor de riesgo para las enfermedades crónicas. A cada año son ofrecidos cientos de miles de sesiones de educación en salud relacionadas con esos factores de riesgo, muchas de ellas, abiertas al público. La vigilancia de enfermedades vulnerables a esas tecnologías es realizada rutinariamente.

El sistema de atención de salud tiene un componente muy importante de tecnología de información, el KP Health Connect un sistema de gestión de la atención que integra las historias clínicas informatizadas, los registros poblacionales, los sistemas de apoyo, como laboratorio, imágenes y asistencia farmacéutica, y los sistemas de gestión económico-financiera de la organización. Ese sistema fortalece el cuidado electrónico (e-care) a través de consultas médicas por correo electrónico, resultados de exámenes *on-line*, prescripciones *on-line*, programación de consultas y otros *on-line*, monitoreo a distancia de presión arterial, glicemia y peso. La organización invierte mucho en tecnología de información porque el retorno de la inversión es positivo. Se estima que el perfeccionamiento del sistema integrado de gestión de atención de salud permitió disminuir 11% de las consultas médicas, reducir las redundancias en imágenes y exámenes de laboratorio y estandarizar la atención en áreas tales como la anestesia, la ortopedia, la obstetricia y la oncología.

KP contrata a los grupos médicos para prestar servicios profesionales y hacer la gestión del sistema de atención de salud, pagando por un *per capita* ajustado por riesgo. A su vez, los grupos médicos pagan sus profesionales de salud con una parte variable en función del desempeño y de la calidad de los servicios prestados. Los incentivos están alineados para estimular la promoción de la salud y la prevención de las condiciones de salud. Como el *per capita* incluye el pago de la APS, de la atención ambulatoria especializada y de la atención hospitalaria, en un único paquete, existe un incentivo para la provisión de cuidados primarios.

Estudios comparativos de la KP con medias nacionales de los Estados Unidos muestran que la población fumadora de la KP, en términos proporcionales, es la mitad de la población americana. Las hospitalizaciones son casi la mitad en la clientela de la KP en relación a la media americana. La KP tiene índices de cobertura muy favorables, generalmente superiores a la media americana, en: detección del cáncer de mama, 79%; detección de clamidia, 64%; detección del cáncer colorrectal, 51%; detección del cáncer de cuello de útero, 77%; inmunización de niños, 86%; el control de la presión arterial varió de 33% en 2001 para 76% en 2006; control de la hemoglobina glicada, 89%; control del colesterol, 94%; y control oftalmológico de la diabetes, 81%. La consultas de emergencia cayeron, en el período de 1996 a 2006, 18% para enfermedades coronarias, 24% para diabetes y 17% para insuficiencia cardíaca. 93% de los portadores de asma reciben un tratamiento adecuado. 85% de las personas que presentaron infarto agudo del miocardio mantienen regularmente la medicación con base en betabloqueantes, lo que reduce en 30% el riesgo de un nuevo infarto en relación a la media nacional. La mortalidad por enfermedades cardíacas en la población de KP cayó 21% entre 1996 y 2005 y es inferior a la media americana. La mortalidad por VIH/SIDA es inferior a 1% por año y 91% de las gestantes realizan exámenes para la detección de VIH/SIDA.

En función de sus buenos resultados, los beneficiarios de la KP abandonan poco esa operadora; en 2005 apenas 1% de esos beneficiarios abandonaron la KP, lo que es muy inferior a la media de otras organizaciones de mantenimiento de la salud que fue de 11,1%.

Las buenas evaluaciones de la KP, ya sea en el ámbito internacional o internamente en los Estados Unidos, se deben a su conformación en redes que integran la APS con la atención especializada, a una atención de salud basada en la población y a la estratificación de la población por riesgos.

Existen dos modelos de atención de salud bastante similares al de Kaiser Permanente, el modelo Evercare y el modelo Pfizer.

El modelo Evercare, practicado por la United Health, está centrado en las personas de alto riesgo utilizando enfermeros como gestores de caso, con el objetivo de mantener la salud de las personas usuarias, detectar cambios, prevenir hospitalizaciones innecesarias y dar altas más precoces. El modelo procura integrar las acciones de atención de salud y de asistencia social (UNITED HEALTHCARE, 2004). Existen evidencias de que el modelo Evercare mejoró la calidad de vida de las personas usuarias, redujo las hospitalizaciones, disminuyó los costos de la atención y permitió identificar las necesidades no atendidas de las personas usuarias (REUBEN, 2002; KANE et al, 2003; SMITH, 2003; BOADEN *et al.*, 2005; SINGH y HAM, 2006).

El modelo Pfizer está centrado en los usuarios con condiciones de salud muy complejas mediante la gestión de casos por teléfono, realizada por enfermeros, a partir de directrices clínicas de gestión de caso a distancia. Funciona con contactos proactivos, educación en salud y autocuidado apoyado (SINGH y HAM, 2006).

OTROS MODELOS DERIVADOS DEL MODELO DE ATENCIÓN CRÓNICA

Otros modelos derivados o similares al CCM han sido implantados en los Estados Unidos: el modelo de fortalecimiento de la atención de salud, el modelo de atención guiada, el modelo PACE, el modelo de salud pública y el modelo de atención de salud de los Veteranos de Guerra.

El modelo de fortalecimiento de la atención de salud fue propuesto como una alternativa a la gestión de casos tradicional en el campo de la salud mental. Está centrado en la ayuda a las personas y la comunidad para desarrollar sus propios talentos, capacidades e intereses, conectándolos con los recursos que necesitan para alcanzar sus objetivos. Existen evidencias de que la aplicación de ese modelo mejoró la calidad de vida y la satisfacción de las personas usuarias y redujo los costos de la atención de salud (FAST y CHAPIN, 1996).

El modelo de atención guiada fue desarrollado para el cuidado de personas mayores con múltiples condiciones crónicas. Fue implantado en la APS, articulando las acciones de médicos y enfermeros para proveer siete servicios a grupos de aproximadamente 50 personas: diagnóstico integral y plan de cuidado; mejores prácticas para la atención de las condiciones crónicas; autogestión de las condiciones crónicas; estilos de vida saludables; atención coordinada; información y apoyo familiar; y movilización de recursos comunitarios. Una evaluación concluyó que ese modelo mejoró la calidad de vida de las personas usuarias y disminuyó los recursos de salud utilizados (BOULT, 2005).

El modelo PACE (The Program of All-Inclusive Care for the Elderly) está centrado en las personas mayores y tiene como objetivo reducir las hospitalizaciones y los cuidados de enfermería domiciliaria. Está estructurado en centros/día, en equipos multidisciplinarios de gestión de caso y en la integración entre la APS y la atención secundaria de salud. Existen muchas descripciones de ese modelo, pero poca evidencia de calidad sobre su efectividad (BRANCH *et al.*, 1995; GROSS *et al.*, 2004). Un análisis comparativo sugirió que el modelo PACE redujo las hospitalizaciones en comparación con el modelo tradicional de atención, pero que aumentó el uso de enfermería domiciliaria (NADASH, 2004).

El modelo de salud pública está compuesto por tres niveles de intervenciones: políticas dirigidas a la población, actividades comunitarias y servicios de atención de salud. El modelo incluye servicios preventivos y monitoreo de los cuidados a los portadores de condiciones crónicas y enfatiza los determinantes sociales, culturales y económicos de las enfermedades (ROBLES, 2004). Ese modelo, para tener éxito en el control de las condiciones crónicas, debe estructurarse con un liderazgo comprometido, en la vigilancia en salud, en alianzas, en la planificación estatal, en intervenciones focalizadas, y en la evaluación y gestión de programas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2003).

El modelo de atención de salud de los Veteranos de Guerra articula la participación de las personas y de las familias en la planificación de la atención; la mejora de la autonomía y de la situación funcional; la provisión de una atención integrada en un continuo de atención; la integración entre atención aguda y de largo plazo; y la colaboración de equipos multidisciplinarios (MICHAELS y McCABE, 2005).

En Dinamarca, se desarrolló un sistema que combina el modelo expandido de atención crónica con el modelo de continuidad de la atención de salud. Ese modelo se materializa a través de servicios basados en la comunidad y en la atención domiciliaria (BOSCH, 2000; FROHLICH y JORGENSEN, 2004).

En Italia, el modelo de atención de las condiciones crónicas está centrado en centros de enfermería y en servicios residenciales y ambulatorios en la comunidad. Aunque algunos estudios apuntaron reducciones en hospitalizaciones innecesarias, mejora de la calidad de vida, menos dependencia de recursos y crecimiento de los servicios voluntarios (RICCIARDI, 1997), no existe evidencia de calidad sobre los resultados de la aplicación de ese modelo.

En Holanda, el gobierno está implementando los componentes del CCM. Su programa de atención transmural procura superar la brecha entre la atención hospitalaria y comunitaria, aunque existen evidencias contradictorias sobre su efectividad (TEM-MINK *et al.*, 2001).

En Australia, diversos modelos han sido implantados, casi siempre, a partir del CCM. Desde 2001, un modelo con énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades, está siendo utilizado y está estructurado en: intervenciones sobre la población saludable a través de la prevención primaria: promoción de estilos de vida saludables, acciones de salud pública y acciones intersectoriales; intervenciones sobre la población en riesgo a través de la prevención secundaria y del diagnóstico precoz: rastreo de enfermedades, exámenes periódicos, intervenciones precoces, control de factores de riesgo a través de cambios de hábitos y medicación; intervenciones sobre personas con enfermedad establecida a través de la gestión de la condición de salud y de la prevención terciaria: atención de las condiciones crónicas y atención de los eventos agudos; personas con enfermedades crónicas controladas a través de la gestión de la condición de salud y de la prevención terciaria: atención continua, rehabilitación y autocuidado (NATIONAL PUBLIC HEALTH PARTNERSHIP, 2001).

Modelos de atención de los portadores de enfermedades crónicas han sido desarrollados en Asia. En Singapur fue propuesto un modelo basado en la atención primaria de salud y en el autocuidado, pero con poco énfasis en cambios organizacionales (CHEAH, 2001).

La evaluación de diferentes modelos de atención de las condiciones crónicas muestra que ellos se derivan, casi todos, del CCM o están centrados en aspectos parciales de la atención, sin definir un modelo conceptual de referencia. El principal punto de similitud entre ellos está en que se mueven de las intervenciones sobre las condiciones y eventos agudos para el manejo integral de la atención de las condiciones crónicas.

En relación a la utilización internacional predominan los modelos de atención crónica (CCM), de los cuidados innovadores para las condiciones crónicas (CICC) y la pirámide de riesgos (SINGH y HAM, 2006).

UNA PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN DE LAS CONDICIONES CRÓNICAS PARA EL SUS

Con base en el modelo de determinación social de la salud, en los elementos del modelo de atención crónica (CCM), en las relaciones que se establecen entre los equipos de salud y las personas usuarias de los servicios de salud y en función de la singularidad del sistema público de atención de salud brasileño, Mendes (2007b) desarrolló un modelo de atención de las condiciones crónicas para ser aplicado en el SUS que fue denominado de modelo de atención de las condiciones crónicas (MACC).

Ese modelo recoge todas las evidencias producidas por la validación empírica del modelo seminal de atención crónica, el CCM, ya sea en sus seis elementos fundantes

o en las relaciones entre los equipos de salud y las personas usuarias de los sistemas de atención de salud.

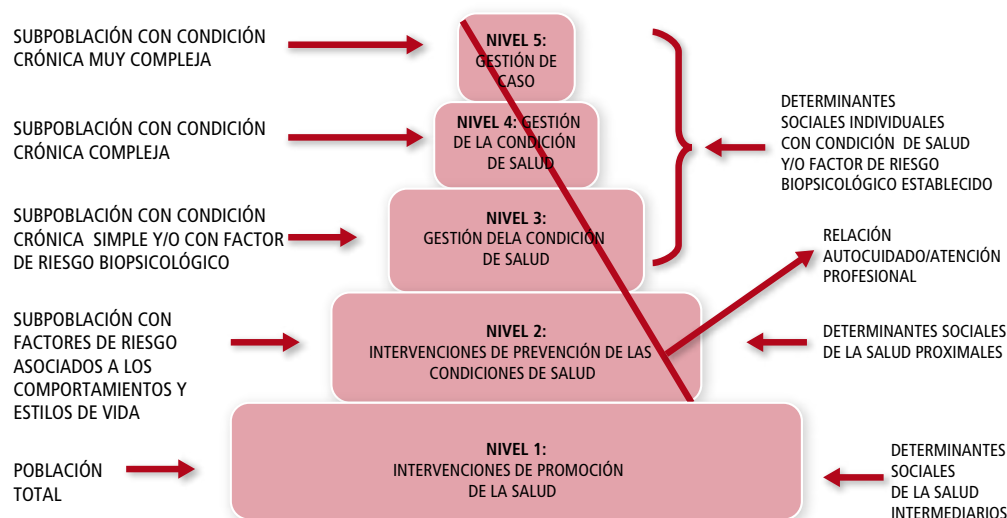
Las principales variables incorporadas en el MACC y que se derivan de evidencias robustas producidas por la evaluación del CCM son: directrices clínicas basadas en evidencia; sistema de identificación de las personas usuarias; estratificación de la población en subpoblaciones por riesgos; registro de las personas usuarias por condición de salud y por riesgos; historias clínicas informatizadas; sistema de recordatorios, alertas y *feedbacks* como funcionalidades de las historias clínicas informatizadas; sistema de acceso regulado a la atención de salud; continuidad de la atención: oferta de cuidados primarios, secundarios y terciarios integrados; atención integral: oferta de cuidados promocionales, preventivos, curativos, cuidadores, rehabilitadores y paliativos; plan de cuidado individual; autocuidado apoyado; uso de herramientas de gestión de la clínica: gestión de las condiciones de salud y gestión de caso; coordinación de la RAS por la APS; apoyo especializado a la APS; educación permanente de los profesionales de salud; educación en salud de las personas usuarias; presencia de profesional de salud comunitaria; y articulación del sistema de atención de salud con los recursos comunitarios (MENDES, 2007b).

Sin embargo, al igual que los otros modelos derivados del CCM, ese modelo introduce dos modificaciones fundamentales. Primero, así como el modelo de los cuidados innovadores para las condiciones crónicas (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003) y el modelo de atención crónica expandido, de British Columbia, Canadá (GOVERNMENT OF BRITISH COLUMBIA, 2008), procura ampliar el ámbito de las intervenciones sanitarias en relación a la población total, a través de intervenciones intersectoriales sobre los determinantes sociales de la salud intermediarios. Segundo, a partir de la pirámide de riesgo de Kaiser Permanente (HAM, 2006; BENGOA, 2008; PORTER y KELLOGG, 2008) y de las evidencias sobre la atención de salud basada en la población, articula las subpoblaciones portadoras de riesgos con las intervenciones de prevención de las condiciones de salud y las subpoblaciones con condiciones de salud establecidas, diferenciadas por riesgos, con las intervenciones sanitarias ofertadas por las tecnologías de gestión de la clínica.

La descripción del modelo de atención de las condiciones crónicas

El modelo está representado en la Figura 12.

Figura 12: Modelo de Atención de las Condiciones Crónicas (MACC)



Fuente: Mendes (2007b)

El MACC está estructurado en cinco niveles y en tres componentes integrados: la población (a la izquierda de la Figura 12), el foco de las intervenciones de salud (a la derecha de la Figura 12) y los tipos de intervenciones de salud (en el medio de la Figura 12).

El MACC se articula con el modelo de determinación social de la salud de Dahlgren y Whitehead (1991).

Existen tres perspectivas distintas de entendimiento de la salud pública contemporánea (FRENK, 2006). Una primera, la de la determinación social de la salud, considera que la manera de obtener resultados sostenidos en la salud es a través de transformaciones de largo plazo en las estructuras y en las relaciones de la sociedad; una segunda, centrada en las acciones específicas sobre condiciones de salud singulares a través de programas verticales; y una tercera, el enfoque sistémico que procura comunicar horizontalmente las organizaciones del sector salud. El MACC permite integrar esas tres perspectivas que se complementan, incluso porque existen evidencias de que los sistemas de atención de salud son, por sí mismos, un importante determinante social de la salud (COMISIÓN SOBRE MACROECONOMÍA Y SALUD, 2003; SUHRCKE *et al.*, 2008; NORWEGIAN DIRECTORATE OF HEALTH, 2008).

Los determinantes sociales de la salud son conceptuados como las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan o como las características sociales dentro

de las cuales la vida transcurre; es decir como la causa de las causas (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007). En otras palabras, la mala salud de los pobres, el gradiente social de la salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre y dentro de los países son provocadas por una distribución desigual, en el ámbito mundial, nacional y regional, y por las consecuentes injusticias que afectan las condiciones de vida de la población, de manera inmediata y visible (acceso a la atención de salud, a la educación, a las condiciones de trabajo, al tiempo libre y a la habitación) y la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es un fenómeno natural, sino una determinación social. Corregir esas desigualdades injustas es una cuestión de justicia social y un imperativo ético para el cual deben ser estructuradas tres grandes líneas de acción: mejorar las condiciones de vida de la población; luchar contra la distribución desigual del poder y de los recursos; y medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en determinantes sociales de la salud y aumentar la concienciación de la opinión pública en este sentido (COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, 2008).

La importancia de los determinantes sociales de la salud se debe a su repercusión directa en la salud; ellos permiten predecir la mayor proporción de las variaciones en el estado de salud, la inequidad sanitaria; ellos estructuran los comportamientos relacionados con la salud; e interactúan mutuamente en la generación de salud (COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, 2008).

La determinación social de la salud está basada en un fundamento ético que es la equidad en salud, definida como la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica y geográficamente. Es decir, las inequidades en salud son diferencias socialmente producidas, de distribución sistemática en la población e injustas (WHITEHEAD, 1992; MARMOR, 2006).

La discusión de los determinantes sociales de la salud está fundada en tres corrientes de la epidemiología social no mutuamente exclusivas: la corriente de los factores psicosociales, la corriente de la producción social de la salud/economía política de la salud y la corriente de la teoría ecosocial (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007).

Existen varios modelos para representar la determinación social de la salud (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007; BUSS y PELLEGRINI FILHO, 2007). Sin embargo, en Brasil, la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) escogió el modelo de Dahlgren y Whitehead (1991), mostrado en la Figura 13, por ser simple, de fácil comprensión y por la clara visualización gráfica.

Figura 13: El modelo de determinación social de Dahlgren y Whitehead



Fuente: Dahlgren y Whitehead (1991)

El modelo de Dahlgren y Whitehead incluye los determinantes sociales de la salud dispuestos en diferentes capas concéntricas, según su nivel de cobertura, desde una capa más próxima de los determinantes individuales hasta una capa distal donde se encuentran los macrodeterminantes.

El modelo hace hincapié en las interacciones: estilos de vida individuales están envueltos en las redes sociales y comunitarias y en las condiciones de vida y de trabajo, las cuales, a su vez, se relacionan con el ambiente más amplio de naturaleza económica, cultural y económica.

Como se puede ver en la Figura 13, los individuos están en el centro del modelo, con sus características individuales de edad, sexo y herencia genética que, evidentemente, influyen sobre su potencial y sus condiciones de salud.

En la capa 1, inmediatamente externa, aparecen los comportamientos y los estilos de vida individuales, denominados de determinantes proximales. Esa capa está situada en el umbral entre los factores individuales y los determinantes sociales de la salud de capas superiores, ya que los comportamientos y los estilos de vida no dependen

solamente del libre arbitrio de las personas, sino también de otros determinantes, como el acceso a informaciones, la influencia de la propaganda, la presión social, las posibilidades de acceso a alimentos saludables y espacios de recreación, entre otros. Aquí aparecen determinantes como la dieta inadecuada, el sobrepeso o la obesidad, la inactividad física, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y otras drogas, las prácticas sin protección y otros.

La capa 2 destaca la influencia de las redes sociales, cuya mayor o menor riqueza expresa el nivel de cohesión social o de capital social que es de fundamental importancia para la salud de la sociedad como un todo. Las redes sociales están constituidas por un conjunto finito de actores sociales y por las relaciones que se establecen entre ellos. El capital social, por otro lado, son acumulaciones de recursos, tangibles e intangibles, que se derivan de la participación en redes sociales y sus interrelaciones. El concepto de capital social implica posibilidades de flujos de acumulación y desacumulación. Estudios recientes consideran el capital social como relaciones informales de confianza y cooperación entre familias, vecinos y grupos, la asociación formal en organizaciones y el marco institucional regulatorio y valórico de una determinada sociedad que estimula o desalienta las relaciones de confianza y de compromiso cívico. Las relaciones entre capital social y salud están bien establecidas (SAPAG y KAWACHI, 2007)

En la capa 3, están representados los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo, la disponibilidad de alimentos y el acceso a ambientes y servicios esenciales, como salud, educación, saneamiento y vivienda, indicando que las personas socialmente desfavorecidas presentan una diferente exposición y vulnerabilidad a los riesgos de salud, como consecuencia de condiciones habitacionales inadecuadas, exposición a condiciones más peligrosas o estresantes de trabajo y menor acceso a los servicios. Esos determinantes sociales de la salud son denominados de determinantes intermediarios

Por último, en la capa 4, están situados los macrodeterminantes que poseen grande influencia sobre las otras capas subyacentes y están relacionados a las condiciones económicas, culturales y ambientales de la sociedad, incluyendo también determinantes supranacionales como el proceso de globalización.

El análisis del modelo de la determinación social de la salud lleva a opciones políticas para intervención sobre los diferentes niveles de determinación.

Los factores macro de la capa 4 deben ser enfrentados a través de macropolíticas saludables que permitan reducir la pobreza y la desigualdad, superar las inequidades en términos de género y etnicidad, promover la educación universal e inclusiva y actuar en la preservación del medio ambiente.

Los determinantes sociales de la capa 3 demandan políticas de mejora de las condiciones de vida y de trabajo. Eso significa mejorar esas condiciones de vida y de trabajo y el acceso a servicios esenciales, tales como educación, servicios sociales, vivienda, saneamiento y salud. Esas intervenciones son fundamentales para promover equidad en salud. La forma de intervención más adecuada para enfrentamiento de esos determinantes sociales de la salud intermediarios es la organización de proyectos intersectoriales.

Los determinantes sociales de la capa 2 requieren políticas de construcción de cohesión social y de redes de apoyo social que permitan la acumulación de capital social. Las alternativas políticas en el campo de esos determinantes sociales de la salud envuelven: la implementación de sistemas de seguridad social inclusivos; el fortalecimiento de la participación social amplia en el proceso democrático; el diseño de equipamientos sociales que faciliten los encuentros y las interacciones sociales en las comunidades; y la promoción de esquemas que permitan a las personas trabajar colectivamente en las prioridades de salud que identificaron. Esas opciones deben discriminar positivamente minorías étnicas y raciales, mujeres y pobres.

Los determinantes sociales de la capa 1 hace imprescindible la necesidad de eliminar barreras estructurales a los comportamientos saludables y de creación de ambientes de apoyo de los cambios comportamentales. Eso significa reforzar la necesidad de combinar cambios estructurales asociados a las condiciones de vida y de trabajo con acciones, desarrolladas en el plano micro con pequeños grupos o personas, de cambio de comportamientos no saludables (tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y otras drogas, alimentación inadecuada, sobrepeso u obesidad, sexo sin protección y otros), especialmente mediante la educación en salud y en el campo de la APS.

La articulación entre el modelo de atención de las condiciones crónicas, MACC, representado en la Figura 12 con el modelo de determinación social de la salud, presentado en la Figura 13 se produce en los niveles de atención de salud.

En el primer nivel, se opera con la población total de una red de atención de salud, con el foco en los determinantes sociales de la salud, localizados en las tercera y cuarta capas (macro-determinantes, condiciones de vida y de trabajo y acceso a los servicios esenciales y las redes sociales y comunitarias) que corresponden a los determinantes intermediarios de la salud.

En el segundo nivel, se opera con subpoblaciones de la población total estratificadas por factores de riesgo, con foco en los determinantes proximales asociados a los comportamientos y a los estilos de vida, a través de intervenciones de prevención de las condiciones de salud en individuos y subpoblaciones.

Hasta el segundo nivel no hay una condición de salud establecida. Solamente a partir del tercer nivel del modelo es que se opera con una condición de salud cuya gravedad, expresada en la complejidad de la condición de salud establecida, definirá las intervenciones sanitarias. El tercer, cuarto y quinto nivel del modelo de atención de las condiciones crónicas están vinculados a los individuos con sus características de edad, sexo y factores hereditarios, el núcleo central del modelo de Dahlgren y Whitehead. Las intervenciones serán predominantemente clínicas, operadas por tecnologías de gestión de la clínica y a partir de la gestión basada en la población.

A partir del tercer nivel se exige la definición de subpoblaciones recortadas según la estratificación de riesgos de la condición de salud. En ese nivel 3, se opera con subpoblaciones de la población total que presentan una condición crónica simple, de bajo o medio riesgos, generalmente prevalente entre 70 a 80% de los portadores de condición de salud, o que presentan factores de riesgo biopsicológicos, a través de la tecnología de gestión de la condición de salud. En el cuarto nivel, se opera con subpoblaciones con condición crónica compleja, de alto o muy alto riesgo, también a través de la tecnología de gestión de la condición de salud. Lo que justifica esa división entre gestión de la condición de salud en los niveles 3 y 4, es el tipo de atención que varía en función del grado de riesgo; generalmente, las condiciones de bajo y medio riesgo son enfrentadas por una atención de salud fuertemente ancorada en acciones de autocuidado apoyado, mientras que las condiciones de alto y muy alto riesgo son manejadas con una presencia relativa más significativa de cuidados profesionales, incluyendo el cuidado especializado.

En el nivel 5, se opera con subpoblaciones de la población total que presentan una condición de salud muy compleja. Esas subpoblaciones son aquellas que, de acuerdo con la ley de la concentración de la severidad de las condiciones de salud y de los gastos de la atención de salud, alcanzan de 1 a 5% de la población total y que llegan a consumir la mayor parte de los recursos globales de un sistema de atención de salud (BERK y MONHEINT 1992). Las intervenciones en relación a esas subpoblaciones es realizada por una otra tecnología de gestión de la clínica, la gestión de caso.

En la Figura 12, la línea transversal que corta el diseño, desde las acciones de prevención de las condiciones de salud hasta la gestión de caso, representa una división relativa a la naturaleza de la atención de salud. Lo que esté arriba de esa línea representa, más significativamente, la atención profesional, lo que esté debajo de esa línea representa, hegemonícamente, el autocuidado apoyado. Es de esa manera que ese modelo incorpora las evidencias provenientes, especialmente, de la pirámide de riesgos de Kaiser Permanente. Así, en el nivel 3, se opera más fuertemente, con el autocuidado apoyado; ya en el nivel 4, se opera equilibradamente entre el autocuidado apoyado y la atención profesional y, en el nivel 5, hay una fuerte concentración

de la atención profesional, coordinada por un gestor de caso. Pero los cambios en la atención de salud, determinados por el MACC, son más profundos y van más allá de la atención profesional y el autocuidado apoyado.

En este capítulo, serán considerados los dos primeros niveles del MACC y los profundos cambios que deben ser procesados en la naturaleza de la atención de salud para que se tenga éxito en el manejo de las condiciones crónicas.

Eso significa discutir las relaciones de las RASs con las subpoblaciones estratificadas por riesgos, elemento esencial de una atención de salud basada en la población, las intervenciones de promoción sobre los determinantes sociales de la salud intermedios, las intervenciones sobre los comportamientos y estilos de vida no saludables y los cambios de la atención de salud.

Las intervenciones relativas a las condiciones de salud establecidas – componentes de los niveles tres, cuatro y cinco del modelo de atención de las condiciones crónicas – objeto de las tecnologías de gestión de las condiciones de salud y de gestión de caso, serán discutidas detalladamente en el Capítulo 4 sobre la gestión de la clínica

La estratificación de la población

El proceso de estratificación de la población, representado por el lado izquierdo de la Figura 12, es central en la construcción de las RASs porque permite identificar personas y grupos con necesidades de salud semejantes que deben ser atendidos por tecnologías y recursos específicos, según una estratificación de riesgos. Su lógica se apoya en un manejo diferenciado, por las RASs, las personas y los grupos que presentan riesgos similares.

El conocimiento profundo de la población usuaria de un sistema de atención de salud es el elemento básico que hace posible romper con la atención basada en la oferta, característica de los sistemas fragmentados, e instituir la atención basada en las necesidades de salud de la población, elemento esencial de las RASs.

La atención de salud basada en la población es la habilidad de un sistema en establecer las necesidades de salud de una población específica, según los riesgos, de implementar y evaluar las intervenciones sanitarias relativas a esa población y de proveer el cuidado para las personas en el contexto de su cultura y de sus necesidades y preferencias (TUFTS MANAGED CARE INSTITUTE, 2000).

La estratificación de la población en subpoblaciones lleva a la identificación y al registro de las personas usuarias portadoras de necesidades similares, con el fin de colocarlas

juntas, con el objetivo de estandarizar los comportamientos referentes a cada grupo en las directrices clínicas y garantizar y distribuir los recursos específicos para cada uno.

La estratificación de la población es fundamental en las RASs, porque en lugar de tener una atención única para todas las personas usuarias, las diferencian por estratos de riesgos, y permite definir en las directrices clínicas, los tipos de atención y su concentración relativa a cada grupo poblacional. De esa manera, los portadores de condiciones crónicas de menores riesgos tienen su condición centrada en tecnologías de autocuidado apoyado y con foco en la APS, mientras que los portadores de condiciones de alto y muy alto riesgo una presencia más significativa de atención profesional, con una concentración mayor de cuidados del equipo de salud y con la coparticipación de la atención especializada.

Por ejemplo, en la línea guía de la Secretaría de Salud del Estado de Minas Gerais (2007b), la hipertensión arterial – una subpoblación con prevalencia estimada de 20% de la población de más de 20 años – está estratificada de la siguiente forma: portadores de hipertensión de bajo riesgo, 40% de la subpoblación de portadores de hipertensión; portadores de hipertensión arterial de medio riesgo, 35% de la subpoblación de portadores de hipertensión; portadores de hipertensión arterial de alto y muy alto riesgo, 25% de la subpoblación de portadores de hipertensión. Las intervenciones sanitarias propuestas en la línea guía son distintas para los diferentes estratos de riesgo, concentrándose la intensidad de la atención profesional y especializada en los portadores de alto y muy alto riesgo, 25% del total de la subpoblación portadora de hipertensión.

La estratificación de la población por riesgos es un elemento fundamental en el modelo de atención de las condiciones crónicas al dividir una población total en diferentes tipos de subpoblaciones según los riesgos singulares. Un trabajo básico para eso fue el de Leutz (1999) que dividió las personas usuarias de los sistemas de atención de salud en tres grupos: aquellos con condiciones de salud leves o moderadas, pero estables y con alta capacidad para el autocuidado; aquellos con condiciones de salud moderadas y con alguna capacidad de autocuidado; y aquellos con condiciones de salud severas y de largo plazo y que tienen una limitada capacidad de autocuidado. Para cada uno de esos grupos se deben desarrollar estrategias de intervenciones diferenciadas. Esa concepción de Leutz es la base del modelo de la pirámide de riesgos.

La atención de salud basada en la población mueve el sistema de atención de un individuo que necesita de cuidado para la planificación y la prestación de servicios a una población determinada, lo que exigirá de las organizaciones de salud conocimientos y habilidades para captar las necesidades de salud de la población y de sus subpoblaciones de acuerdo con sus riesgos (CARL-ARDY *et al.*, 2008).

Cuando una población no es estratificada por riesgos puede producirse una sub-oferta de cuidados necesarios a portadores de mayores riesgos y/o una sobre-oferta de cuidados innecesarios a portadores de condiciones de menores riesgos produciendo, consecuentemente, una atención inefectiva e ineficiente. Ese problema explica, en gran parte, las dificultades para organizar la agenda de consultas, tanto en la APS como en los centros de especialidades médicas, para la atención de los portadores de condiciones crónicas.

La estratificación de la población exige su conocimiento profundo por parte del sistema de atención de salud. Eso implica el registro de todas las personas usuarias y sus familias, lo que es tarea esencial de la APS y expresa su papel, en las RASs, de responsabilización por la salud de esa población. Pero el registro no puede limitarse a cada individuo. Es necesario ir más allá: registrar cada personas como miembro de una familia, clasificar cada familia por riesgos sociosanitarios y tener un registro con informaciones de todos los portadores de cada condición de salud, estratificados por riesgos.

Sin la estratificación de la población en subpoblaciones de riesgo es imposible prestar una atención adecuada, en el lugar correcto, al costo adecuado y con la calidad necesaria e introducir las tecnologías de microgestión de la clínica. La estratificación de riesgos de la población resulta más viable cuando se utilizan historias clínicas informatizadas que permitan organizar los registros de los portadores de condiciones de salud.

Las metodologías de estratificación de riesgos de una población pueden envolver clasificaciones que coordinen, simultáneamente, dos tipos de variables: la severidad de la condición crónica establecida (por ejemplo, bajo riesgo, medio riesgo, alto riesgo, muy alto riesgo y/o comorbilidades) y el grado de confianza y el apoyo para el autocuidado (bajo, medio y alto). De aquí resultan algunas situaciones-tipo: personas que presentan condiciones crónicas muy complejas y tienen pocos recursos de autocuidado, un porcentaje muy pequeño de las personas usuarias, demandan la tecnología de gestión de caso; personas que presentan condiciones crónicas de alto y muy alto riesgo y que tienen cierta capacidad de autocuidado o personas que presentan condiciones crónicas de menor riesgo pero sin capacidad de autocuidado, son acompañados por la tecnología de gestión de la condición de salud y con énfasis relativa en los cuidados profesionales; y personas que son portadoras de condiciones de bajo y medio riesgo y que cuentan con la capacidad de mantenerse controladas, la mayor parte de la población, son atendidas por la tecnología de gestión de la condición de salud, pero con base en el autocuidado apoyado.

Existen evidencias en la literatura internacional, de trabajos realizados en diferentes países del mundo, de que la estratificación de la población en subpoblaciones de riesgo constituye un instrumento efectivo para prestar una mejor atención de salud.

La estratificación de riesgos poblacionales ha sido asociada con: una mejor calidad de la atención de salud (STANLEY, 2004; SINGH y HAM, 2006; KELLOGG, 2007; PORTER, 2007; PORTER y KELLOGG, 2008); impactos positivos en los resultados clínicos (STUCK *et al.*, 1993; FAGERBERG *et al.*, 2000; CONN *et al.*, 2002; PARKER, 2006); y mayor eficiencia en el uso de los recursos de salud (MUKAMEL *et al.*, 1997; RICH y NEASE, 1999; HICKEY *et al.*, 2000; WELLINGHAM *et al.*, 2003; SINGH, 2005a; BIRMINGHAM AND BLACK COUNTY STRATEGIC HEALTH AUTHORITY, 2006).

El nivel 1 del modelo de atención de las condiciones crónicas

El nivel 1 del MACC incorpora las intervenciones de promoción de la salud, en la población total, en relación a los determinantes sociales de la salud intermediarios, a través de intervenciones intersectoriales.

Ese primer nivel del MACC, como se ve en la Figura 12, constituye la base del modelo. Tiene como sujeto la población total, como focos de intervenciones los determinantes sociales de la salud intermediarios (los factores relativos a las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a servicios esenciales y las redes sociales y comunitarias) a través de intervenciones de promoción de la salud materializadas, especialmente, en proyectos intersectoriales.

La Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) produjo un informe, apoyado en una robusta literatura, en el que hace un análisis de la situación de salud que será sintetizado aquí, sobre los determinantes, especialmente sobre el crecimiento económico y la distribución del ingreso, educación, saneamiento, vivienda, trabajo y medio ambiente.

En términos de crecimiento económico, Brasil ha venido creciendo; el PIB *per capita* pasó de 2.060 dólares en 1960 para 5.720 en 2006. La reducción de las desigualdades permitió una reducción significativa de la pobreza y de la extrema pobreza (BARROS, 2007). Sin embargo, todavía prevalece, una distribución injusta del ingreso. En 2000, cerca de 30% de la población tenía un ingreso familiar *per capita* inferior a la mitad del salario mínimo y, en el otro extremo, 3% de la población tenía un ingreso familiar *per capita* superior a diez salarios mínimos. A pesar de las mejoras recientes en la igualdad del ingreso, Brasil se sitúa en 11º lugar entre los países con mayores concentraciones de ingresos.

En lo que respecta a la educación, el analfabetismo ha sido reducido. En 1940, 56% de la población era analfabeta y ese valor cayó para 13,6% en 2000. Pero ese porcentaje varió fuertemente de acuerdo con la regiones y el ingreso. El analfabetismo, en 2006, fue de 17,9% entre los de menores ingresos y de 1,3% entre los de mayores ingresos. La tasa neta de escolarización (el porcentaje de la población de determinada

edad matriculada adecuadamente) creció en la educación primaria, 80% en 1980 para 94,3% en 2000. El mismo indicador, en la educación secundaria, a pesar de ser un valor menor, presentó un tendencia de crecimiento. Sin embargo, hay fuertes diferencias en la media de años de estudio, variando de 10,2 años para el quintil más rico y 3,9 años para el quintil más pobre; las diferencias regionales son expresivas en todos los estratos de ingresos. El número de personas que concluyeron el curso superior fue de 226.423 en 1980 y de 717.858 en 2005, pero ese número representa apenas, 0,4% de la población total del país.

Las variaciones positivas en relación al ingreso, la escolaridad y la salud se expresaron en el índice de desarrollo humano (IDH) que pasó de 0,649 en 1975 para 0,800 en 2005.

La cobertura de servicios de agua y alcantarillado han aumentado. La red de abastecimiento de agua alcanzó en 2004, 83% de los domicilios particulares y los servicios de alcantarillado sanitario llegaron a 70%. Sin embargo, aún existen significativas desigualdades regionales; la cobertura de abastecimiento de agua fue de 91% en el Sureste y de 54,8% en la Región Norte.

En relación a la vivienda y con base en el Censo de 2000, la necesidad de nuevas viviendas en todo el país era de 6,6 millones, siendo 5,4 millones en las áreas urbanas y 1,2 millón en el área rural. En números absolutos, la mayor parte de ese *déficit* habitacional se concentra en los estados del Sureste (41%) y del Noreste (32%), regiones que reúnen la mayoría de la población urbana del país y que disponen de la mayor parte de los domicilios urbanos duraderos, siendo que 83,2% de ese *déficit* habitacional urbano está concentrado en las familias con ingreso mensual de hasta tres salarios mínimos (FUNDACIÓN JOÃO PINHEIRO, 2004). Se estima que el *déficit* habitacional pueda haber alcanzado 8 millones de domicilios en 2005.

Las condiciones de empleo, determinadas por la transición de una economía agraria para una economía industrial y de servicios, trajeron junto problemas como el crecimiento del sector informal, salarios bajos, inseguridad laboral y trabajo infantil.

Del punto de vista del ambiente, la urbanización, el crecimiento del transporte y de las industrias, así como la expansión de la frontera agrícola, crearon condiciones propicias para una permanente exposición de segmentos poblacionales a la contaminación atmosférica y de los cuerpos hídricos y al aumento de la mortalidad y la morbilidad debido a factores ambientales.

Las redes sociales y comunitarias son fundamentales para el incremento del capital social y de la cohesión social. El capital social puede ser definido como un conjunto de atributos que están presentes en una sociedad como bienes intangibles que favorecen la confianza, la reciprocidad en la acción social con relación a normas compartidas (PUTNAM *et al.*, 1994). El capital social es un factor relevante para alcanzar la cohesión social que representa un concepto más amplio y que incluye la ausencia de conflictos sociales latentes y la presencia de fuertes lazos sociales, donde se incluyen la confianza y las normas de reciprocidad, las asociaciones que superan la división social y las instituciones dedicadas a manejar los conflictos (HOPENHAYN, 2006). Las asociaciones entre capital social y desarrollo económico, educación, violencia, movilidad laboral y gobernabilidad están bien establecidas (COLEMAN, 1988; SAMPSON *et al.*, 1997; BAQUERO, 2003). Lo mismo ha venido ocurriendo entre capital social y salud (MLADOVSKY y MOSSIALOS, 2006; SAPAG y KAWACHI, 2007; SCOTT y HOFMEYER, 2007). Por otro lado, se sugiere que los sistemas públicos universales de atención de salud, como el SUS, contribuyen para la acumulación de capital social (FIGUERAS *et al.*, 2008; NORWEGIAN DIRECTORATE OF HEALTH, 2008).

La acción de esos determinantes se manifiestan en la salud en varios aspectos. Existen trabajos que tratan específicamente sobre las determinaciones sociales de las condiciones crónicas (HEALTH NEXUS AND ONTARIO CHRONIC DISEASE PREVENTION ALLIANCE, 2008).

En Brasil, el desarrollo económico desigual hace con que la mortalidad infantil sean mayor en regiones menos desarrolladas que en regiones más desarrolladas. Minas Gerais, en 2007, presentó una tasa de mortalidad infantil media de 14,7 óbitos en menores de un año por cada mil nacidos vivos, pero esa media varió de 25,0 a 28,0 en las tres microrregiones más pobres de Vale do Mucuri e Rio Doce, a una mortalidad infantil de un dígito en las tres microrregiones más desarrolladas (SUPERINTENDENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA, 2008). Lo mismo ocurre con la utilización de servicios de salud en el estado. En 2005, 43% de las mujeres hicieron mamografías, pero esa media varió de menos de 5% en el Vale do Jequitinhonha, una región muy pobre, a 65% en la región Centro, una región más rica (COMITÉ DE ASUNTOS ESTRATÉGICOS, 2005).

Las relaciones entre ingresos y salud son nítidas en nuestro país. La percepción del estado de salud varía conforme la clase de ingresos. Datos de la PNAD 2003, producidos para Minas Gerais, mostraron que la autopercepción de un estado de salud malo o muy malo para el Estado fue un promedio de 3,7%, pero varió de 0,2% en las personas con ingreso familiar mensual superior a 20 salarios mínimos a 6,6% en aquellas con ingreso de hasta 1 salario mínimo (FUNDACIÓN JOÃO PINHEIRO, 2005). Otros trabajos demostraron que las personas de menor ingreso tendieron a utilizar menos los servicios de salud (IBGE, 2003), a tener mayor restricción de actividades por razones

de salud (IBGE, 2003), a demandar menos consultas (CAPILHEIRA y SANTOS, 2006) y a tener menor acceso a servicios preventivos para cáncer de cuello de útero (IBGE, 2003). Existen evidencias de que las personas de menores ingresos tienen mayores probabilidades de presentar condiciones crónicas (SICHERI, 2000; BANCO MUNDIAL, 2005); de mayor prevalencia de hipertensión (Da COSTA et., 2007) y de muerte por enfermedades cardiovasculares (STEPHEN *et al.*, 1994).

La educación es factor determinante en la salud, de tal manera que bajos niveles de educación afectan negativamente la salud, en relación a la percepción del estado de salud, a la alfabetización sanitaria, al acceso a los servicios de salud y a los niveles de salud. Macinko *et al.* (2006), analizando la reducción de la mortalidad infantil en Brasil, mostraron que el factor más determinante de esa reducción fue la escolaridad de las madres, superior a la contribución relativa del número de equipos de PSF, del acceso al abastecimiento de agua y del número de camas hospitalarias. Menor escolaridad está asociada a menor expectativa de vida (MESSIAS, 2003); la menor utilización de servicios preventivos de cáncer de mama y de cuello de útero (IBGE, 2003); la peor autopercepción del estado de salud (DACHS, 2002); y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas (LESSA *et al.*, 2006).

La asociación entre saneamiento y salud son claras. Investigación de la Fundación Getúlio Vargas verificó que malas condiciones de saneamiento están asociadas: a peor autopercepción del estado de salud; a mayor inactividad por enfermedades; a mayores chances de muerte entre niños de 1 a 6 años viviendo sin alcantarillado sanitario; las mujeres embarazadas tienen una probabilidad 30% mayor de tener hijos nacidos muertos (NERI, 2007). Por otro lado, el aumento de la oferta de abastecimiento de agua contribuye para la disminución de la mortalidad infantil (MONTEIRO, 1995; HOLCMAN *et al.*, 2004).

El desempleo, el trabajo informal y la exclusión del mercado de trabajo están asociados a las peores condiciones de salud en los adultos brasileños (GIATTI y BARRETO, 2006). En dos años, el INSS reconoció casi 60 mil casos de enfermedades relacionadas con el trabajo. Los accidentes de trabajo, aunque presentaron una tendencia descendente, continúan siendo muy prevalentes. Existen estudios que muestran el papel determinante de las condiciones de trabajo sobre la silicosis (CARNEIRO *et al.*, 2002); las enfermedades respiratorias (FARIA *et al.*, 2006); las enfermedades dermatológicas (MELO, 1999); los trastornos músculoesqueléticos (MUROFUSE y MARZIALE, 2005); los trastornos mentales (PORTO *et al.*, 2006); y la pérdida de audición (GUERRA *et al.*, 2005).

Los problemas de salud generados por fuentes de emisión de contaminantes, por accidentes con productos químicos y por cambios en el uso del suelo se expresan en mortalidad y morbilidad. Por año, ocurren en el mundo, 3 millones de muertes causadas por la contaminación atmosférica y se estima que de 30% a 40% de los casos de asma estén relacionados con ese problema ambiental. En Brasil, los contaminantes

influyen en las enfermedades cardiovasculares (MARTINS *et al.*, 2006); en las condiciones de gestantes (LIN *et al.*, 2004); y en las enfermedades respiratorias (FARHAT *et al.*, 2005). Por otro lado, la expansión de las fronteras agrícolas determinan problemas respiratorios posteriores a las quemadas (BUSSAMRA *et al.*, 2004) y la deforestación amplía la incidencia de malaria (CASTRO *et al.*, 2006).

Brasil presenta una baja acumulación de capital social. Una investigación mostró que las relaciones de confianza entre brasileños son muy débiles (ALMEIDA, 2007). Los más de 2 mil entrevistados sólo mencionaron confiar en sus familiares (84%), pero la mayoría reportaron no confiar en los amigos (70%), en los vecinos (77%), en los colegas de trabajo (70%) y en la mayoría de las personas (85%).

Las asociaciones entre los determinantes sociales intermediarios y la salud deben ser constantemente monitoreadas. Por eso, en ese primer nivel del modelo de atención de las condiciones crónicas, es necesario que los órganos de vigilancia en salud estén capacitados para ejercer, rutinariamente, la vigilancia de esos determinantes sociales de la salud.

Se puede concluir que, en cuanto a los determinantes intermediarios de la salud, hay muchos problemas para superar. De hecho, muchos de ellos están siendo enfrentados por programas sectoriales. Los datos de la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) muestran que el gobierno federal ha venido actuando sobre ellos con varios programas y cada vez con más recursos. Sin embargo, esa forma hegemónica de acción pública, practicada en todos los niveles federativos, elimina la efectividad y la eficiencia de los programas públicos porque es llevada a cabo de forma tematizada y fragmentada, sin una articulación entre los diferentes sectores lo que permitiría generar, por la sinergia, mejores resultados sanitarios y económicos. Por eso, se sugiere que la acción sea realizada de forma intersectorial.

Es eso lo que se expresa en el primer nivel del MACC, Figura 12, cuando se proponen intervenciones de promoción de la salud para la población total, realizadas a través de acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales intermediarios de la salud.

La acción intersectorial es entendida como las relaciones entre partes del sector salud con partes de otros sectores, establecidas con el objetivo de desarrollar proyectos que lleven a mejores resultados sanitarios, de forma efectiva, eficiente y sostenible, que no serían obtenidos con la acción aislada del sector salud (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007).

Las políticas principales, recomendadas por la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008), en los ámbitos distales e intermediarios de determinación, son: políticas macroeconómicas y de mercado de trabajo, de protección

ambiental y de promoción de una cultura de paz y solidaridad; políticas que garanticen la mejora de las condiciones de vida de la población, garantizando a todos el acceso al agua limpia, alcantarillado, vivienda adecuada, ambientes de trabajo saludables, educación y servicios de salud; y políticas que favorezcan el fortalecimiento de la solidaridad y la confianza, la construcción de redes de apoyo y la participación de las personas y las comunidades en acciones colectiva para la mejora de sus condiciones de salud y bienestar, especialmente de los grupos sociales vulnerables.

La Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) recomienda que las intervenciones en los diversos niveles de determinación, para que sean viables, efectivas y sostenibles, deben fundamentarse en la intersectorialidad, en la participación social y en las evidencias científicas. Afirma que las evidencias científicas permiten entender como funcionan los determinantes sociales en la generación de inequidades y como y donde deben incidir las intervenciones para combatirlas y cuales resultados esperar en términos de su efectividad y eficiencia. Hay trabajos sobre la producción y utilización de evidencias científicas en relación con la promoción de la salud (JACKSON y WATERS, 2004; ARMSTRONG *et al.*, 2007; BONNEFOY *et al.*, 2007); en el caso brasileño, la Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) sugiere la creación de un programa conjunto entre el Ministerio de Ciencia y Tecnología y el Ministerio de Salud con el objetivo de incentivar la producción regular de evidencias científicas en ese campo.

La Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) ha avanzado en la propuesta de un diseño institucional, en el ámbito del gobierno federal, para la coordinación de las acciones intersectoriales, con el establecimiento, en la Casa Civil, de una instancia dedicada a las Acciones Intersectoriales para Promoción de la Salud y Calidad de Vida, con las siguientes funciones: responsabilizarse por el monitoreo y la evaluación de proyectos, programas o políticas relacionadas con los determinantes sociales de la salud; proponer mecanismos de coordinación de las acciones en progreso; constituir una instancia de revisión y aprobación de esas acciones, según su impacto en la salud; elaborar proyectos de carácter estratégico; y captar recursos para la implantación de nuevas intervenciones intersectoriales. El Ministerio de Salud ejercería la Secretaría Técnica/Ejecutiva de esa instancia federal. Es obvio que ese diseño institucional, respetados los papeles federativos singulares, se aplica también, a los estados y a los municipios. Del punto de vista operacional, las prioridades de la acción intersectorial deberían estar relacionadas a la promoción de la salud en la infancia y la adolescencia y al fortalecimiento de las redes de municipios saludables.

Es necesario tener claro que las intervenciones intersectoriales de promoción de la salud pueden ser desarrolladas en diferentes ámbitos: en el nivel planetario o de la globalización, en el nivel macro, en el nivel meso y en el nivel micro (COMMISSION ON SO-

CIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007). Así, puede haber, como en Finlandia, un plan nacional sobre los determinantes sociales de la salud (MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH, 2008) hasta una acción intersectorial desarrollada en un barrio de una ciudad envolviendo diferentes organizaciones allí presentes (RAMIREZ *et al.*, 2008).

El Recuadro 12 describe un programa de acciones intersectoriales del Gobierno de Minas Gerais, el Proyecto Travesía.

Recuadro 12: El Proyecto Travesía

El Plan Mineiro de Desarrollo Integrado, para el período 2008/2023, tiene como visión convertir Minas Gerais en el mejor estado para vivir. Uno de los ejes estratégicos de ese plan es la equidad entre personas y regiones y ese eje está constituido por programas destinados a las localidades de menor Índice de Desarrollo Humano (IDH), destinados a los segmentos de la población más vulnerable socialmente.

El Proyecto Travesía es una acción integrada de varios órganos del estado y los gobiernos municipales con el objetivo de promover la inclusión social y productiva de la población en situación de mayor vulnerabilidad social y estimular la participación y el control social de las políticas públicas. Para cumplir ese objetivo el Proyecto Travesía busca articular e integrar la planificación, la ejecución y el monitoreo de las políticas públicas de los estados y municipios en el territorio, en busca de una mayor efectividad y eficiencia.

Inicialmente, el proyecto abarcó cinco municipios, siendo dos en regiones metropolitanas. En un segundo momento, fueron seleccionados 33 municipios localizados en las regiones más pobres del estado (Norte, Vale do Jequitinhonha, Vale do Mucuri y Vale do Rio Doce), con IDH inferior a 0,680 y con población inferior a 10 mil habitantes. La propuesta es de aumento gradual de municipios en el proyecto. En 2011 más de 200 municipios están en el proyecto.

El proyecto actúa según algunas premisas: foco en poblaciones en situación de vulnerabilidad y, prioritariamente aquellas registradas en el Registro Único del Ministerio de Desarrollo Social; fortalecimiento de los grupos organizados y representativos de las comunidades; sostenibilidad de los programas ejecutados; y acción intersectorial de los sectores de saneamiento (mejora del suministro y distribución de agua y alcantarillado), intervenciones urbanas (pavimentación, mejoras habitacionales y construcción de espacios públicos), salud (implantación de la red de atención de las mujeres y niños, con centro de comunicación en la atención primaria de salud, para reducción de la mortalidad infantil), organización de la gestión social (implantación de los Centros de Referencias de Asistencia Social), educación (mejora de la infraestructura de las escuelas, capacitación de directores y profesores) e ingresos (formación profesional, donación de insumos agrícolas, constitución y supervisión de cooperativas).

En la primera fase, en 2007, el proyecto actuó en cinco municipios y ocho localidades, con 173 acciones integradas entre 11 órganos de estados y municipios. Fueron gastados alrededor de R\$ 90 millones en aquel año.

Recuadro 12: El Proyecto Travesía

Para que las acciones planificadas en conjunto fuesen ejecutadas eficazmente, se instituyó la siguiente dinámica de trabajo: creación e implantación de un sistema informatizado de monitoreo del programa en los municipios; institución de un canal de comunicación entre la sociedad y el proyecto (interlocutor local); inserción permanente de un articulador local en cada municipio; reuniones constantes del equipo del Proyecto Travesía con los responsables por los programas o proyectos de cada Secretaría y con los articuladores e interlocutores locales; visitas periódicas del equipo del Proyecto Travesía a los municipios, con el fin de obtener y divulgar informaciones sobre las acciones siendo ejecutadas; producción de informes mensuales; movilización constante de la comunidad local, fomentando su participación en el programa y en las acciones, incluyendo el establecimiento y mantenimiento de grupos de referencias; creación e implementación de un comité de monitoreo del Proyecto Travesía, compuesto por representantes de los principales órganos del estado envueltos; y comprometimiento de la gestión municipal, mediante la firma de un protocolo de intenciones y de un convenio, asumiendo la responsabilidad de diversas acciones.

Para el Proyecto Travesía, es esencial la participación de la comunidad en su desarrollo para que se acumule capital social en las comunidades. Una acción importante es la de movilización social que cuenta con el apoyo de técnicos sociales. Además, el equipo del Proyecto Travesía se encuentra con la comunidad local cada tres meses, para evaluar el plan de trabajo.

Para evaluar el impacto del programa Travesía sobre las localidades seleccionadas, fue contratada una entidad externa, un centro de investigaciones de la Universidad Federal de Minas Gerais.

Fuente: Secretaría de Estado de Desarrollo Social (2008)

El nivel 2 del modelo de atención de las condiciones crónicas

El nivel 2 del MACC incorpora la prevención de las condiciones de salud, en subpoblaciones de riesgo, a través de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud proximales, relativos a los comportamientos y a los estilos de vida. Se utiliza la expresión prevención de condiciones de salud, y no prevención de enfermedades, porque se pueden prevenir condiciones de salud, como el embarazo, que no es una enfermedad.

Los determinantes sociales de la salud proximales, derivados de comportamientos y estilos de vida, son considerados factores de riesgo. Esos factores de riesgo son potencializados por los determinantes sociales intermediarios y distales.

Los factores de riesgo son definidos como características o atributos cuya presencia aumenta la posibilidad de una determinada condición de salud. Los factores de riesgo pueden ser clasificados como no modificables y modificables o comportamentales (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; MINISTERIO DE SALUD, 2008e). Entre los primeros están el sexo, la edad y la herencia genética y, entre los últimos, el tabaquismo, la alimentación inadecuada, la inactividad física, el exceso de peso, el uso excesivo de alcohol, el sexo inseguro y el estrés.

El abordaje de los factores no modificables se lleva a cabo, predominantemente, en los niveles tres y cuatro del modelo de atención de las condiciones crónicas, como parte de la gestión de la clínica. Allí también, son abordados los factores de riesgo biopsicológicos como la hipertensión, la hiperlipidemia y la intolerancia a la glucosa. Algunos sistemas de atención de salud consideran la depresión como un factor de riesgo para las condiciones crónicas (PORTER, 2007).

Las intervenciones preventivas sobre los factores de riesgo pueden ser llevadas a cabo con base en la población, la comunidad o los individuos. Las intervenciones basadas en la población tienen su foco sobre la población como un todo o sobre las subpoblaciones estratificadas por riesgos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). O, pueden ser a través de intervenciones en los ámbitos macro, meso y micro (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003).

Los gobiernos tienen un papel crucial en la prevención de las condiciones de salud, especialmente en la protección de los grupos vulnerables. Muchos creen que si las personas desarrollan condiciones debido a comportamientos o estilos de vida inadecuados, son por eso responsables por sus enfermedades. Sin embargo, la responsabilidad individual sólo puede ser imputada cuando los individuos tienen igual acceso a una vida saludable y reciben apoyo para tomar decisiones sobre su salud no cabiendo la victimización de los portadores de condiciones crónicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

En el plano de las macropolíticas, como en la elaboración de legislación específica para factores de riesgo, el aumento de impuestos sobre los bienes que producen condiciones de salud y la información masiva, generalmente, los gobiernos han actuado de manera insuficiente. Por diversas razones (NOVOTNY, 2008): como los factores de riesgo se derivan de estilos de vida se piensa que no cabe a los gobiernos actuar fuertemente en ese campo, dejando a criterio de cada personas cambiar su comportamiento; existen grandes dificultades para desarrollar acciones intersectoriales efectivas; se enfrenta una fuerte reacción de poderosos grupos de interés, tales como la industria de bebidas alcohólicas y el tabaco, la alimentación y el entretenimiento, así como las empresas de publicidad; y es difícil evaluar, de forma rutinaria y sostenida, los resultados de los programas de prevención. A todo eso se debe la pequeña inversión en programas de promoción y prevención. Los gobiernos de Europa gastan menos de 1% de sus presupuestos de salud con medidas de promoción de la salud y de prevención de las condiciones de salud (EUROPEAN COMMISSION, 2000).

En el plano meso, las intervenciones preventivas se deben llevar a cabo en comunidades y sobre grupos de personas en los ambientes de trabajo o en los ambientes escolares. Por ejemplo, las intervenciones preventivas realizadas en los ambientes de trabajo, además de producir resultados sanitarios tangibles, tienen un efecto económico

muy positivo: reducción de 27% en ausentismo por enfermedad, reducción de 26% en los costos con atención de salud y un retorno económico de 5,81 dólares para cada dólar invertido (WORLD HEALTH ORGANIZATION / WORLD ECONOMIC FORUM, 2008).

Se reconoce que la prevención de los riesgos es generalmente más efectiva cuando dirigida a las poblaciones y no aisladamente a los individuos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Pero esas intervenciones basadas en la población deben ser complementadas por acciones preventivas, desarrolladas en el plano individual.

En el nivel micro, el espacio privilegiado de actuación es el de la APS, por la simple razón de que es allí, donde la población es conocida, vinculada y acompañada longitudinalmente.

Aunque sean importantes las acciones preventivas en el plano individual, no es fácil que sean concretizadas. Además de las dificultades inherentes al cambio de comportamiento humano, faltan instrumentos efectivos para ayudar a provocar esos cambios. Por eso, han sido utilizadas frecuentemente en la prevención de las condiciones de salud y en el autocuidado apoyado, intervenciones basadas en teorías psicológicas o comportamentales que no se autoexcluyen. Entre ellas se destacan: la teoría de la elección racional; la teoría de la acción racional (AJZEN y FISHBEIN, 1980); la teoría del comportamiento planificado, una extensión de la acción racional; el modelo de autorregulación (PETRIE y BROADBENT, 2003); la teoría cognitiva social o de aprendizaje social (BANDURA, 1977); la teoría de la autodeterminación (DECI y RYAN, 1985); la entrevista motivacional (ROLLNICK *et al.*, 2000); y el modelo transteorético de cambio o teoría de etapas de cambio (PROCHASKA y DICLEMENTE, 1983).

Para Rijken *et al.* (2008), esas teorías ayudan a comprender que el comportamiento humano es importante y a desarrollar intervenciones que sean efectivas en el cambio de los comportamientos y los estilos de vida. Ellas muestran que los cambios de comportamiento en salud requieren una serie de estrategias que dependen del nivel de conocimiento de las personas en relación a su salud, sus creencias, sus niveles de confianza, la fuerza de sus redes de apoyo social y sus niveles de motivación.

Una de las teorías más aplicadas para facilitar los cambios en relación a los comportamientos y estilos de vida ha sido el modelo transteorético de cambio o teoría de etapas de cambio. Esa teoría defiende que los cambios de comportamientos se producen en etapas secuenciales de estados psicológicos y comportamentales que van desde una falta de motivación hasta un nuevo comportamiento sostenido.

El Cuadro 7 muestra las etapas de cambio y los modos para motivar los cambios de comportamiento según la teoría de las etapas de cambio.

Cuadro 7: Las etapas de cambio y los modos para motivar los cambios

ETAPA DE CAMBIO	INCENTIVOS AL CAMBIO
Precontemplación: no hay ningún interés en el cambio en los próximos seis meses	Aumento de la conciencia de la necesidad de cambio a través de la información
Contemplación: los riesgos y beneficios del cambio son considerados, pensando en el cambio como salida	Lista de pros y contras del cambio y búsqueda de apoyo para el cambio
Preparación: planificación del cambio y construcción de alternativas; intención de comenzar a actuar dentro de un mes	Elaboración de un plan de acción con definición de los pasos, plazos e incentivos
Acción: los cambios ocurren y los nuevos compartimentos aparecen modificando la conducta problemática	Elaboración de metas de corto plazo y construcción de una capacidad de solución de los problemas que podrán surgir durante el proceso de cambio
Mantenimiento: los nuevos comportamientos continúan con confianza creciente y la superación de las barreras; cambios persistentes de seis meses a cinco años	Paciencia, persistencia y concientización de la necesidad de cambio
Recaída: regreso al antiguo comportamiento	Comprensión de las causas de la recaída y aprendizaje con su superación

Fuentes: Prochaska y DiClemente (1983); Kaiser Permanente (2005); Bodenheimer y Grumbach (2007)

La teoría de las etapas de cambio ha sido aplicada en varios países del mundo, en la prevención de las condiciones de salud y en el autocuidado apoyado (CHAPMAN-NOVAKOVSKI, 2005; DIJKSTRA, 2005; PORTER, 2007; KELLOGG, 2007; RIJKEN *et al.*, 2008). Por ejemplo, Kaiser Permanente tiene un programa denominado “Cultivando la salud”, destinado a la ayuda de sus clientes para adoptar estilos de vida saludables, en relación a la actividad física (KAISER PERMANENTE, 2005), al estrés (KAISER PERMANENTE, 2007), al tabaquismo (KAISER PERMANENTE, 2008a) y al peso (KAISER PERMANENTE, 2008b). En Brasil esa teoría también ha sido considerada en campos como la actividad física (MIRANDA, 1999; REIS y PETROSKI, 2005; SOUZA y DUARTE, 2005), la alimentación (ASSIS y NAHAS, 1999; OLIVEIRA y DUARTE, 2006), el consumo excesivo de alcohol (MURTA y TROCCOLI, 2005) y el autocuidado en la diabetes (SILVA, 2006).

Algunos consideran que la teoría de las etapas de cambio es eficaz en ciertos comportamientos, tales como el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, pero cuestionan la efectividad de las etapas y afirma que sería menos eficaz en el autocuidado de condiciones crónicas (MARSHALL y BIDDLE, 2001; LITTELL y GIRVIN, 2002).

Una otra técnica importante, para ser utilizada en la atención de las condiciones crónicas, es la entrevista motivacional.

La entrevista motivacional es un abordaje directivo, focal, para alcanzar determinados resultados relacionados al comportamiento. Utiliza técnicas de varios abordajes, tales como psicoterapias breves, terapia centrada en la persona, terapia cognitiva y terapia sistémica. Se apoya en una concepción de cambio que articula la importancia del cambio y la confianza en realizarla. Sería improbable que personas que piensan que la actividad física no es importante inicien ese proceso de cambio con efectividad. De la misma manera, personas que piensan que la actividad física es importante, pero que no tienen el grado de confianza suficiente en su capacidad de cambiar, difícilmente harán ejercicios físicos regularmente. Esa técnica aborda personas con baja importancia con procesos educacionales y las personas con baja confianza con la definición de metas, plan de acción y técnicas de solución de problemas (ROLLNICK *et al.*, 2000).

Existe evidencia de que la entrevista motivacional ha producido resultados en relación a la dependencia del alcohol, a la reducción de peso, al control de la presión arterial (MILLER *et al.*, 1993; NOONAN y MOYERS, 1997; ROLLNICK *et al.*, 2000;), pero sus resultados en relación al manejo de las condiciones crónicas y la actividad física no son concluyentes (ROLLNICK *et al.*, 2000). Esa técnica es particularmente efectiva en individuos que presentan baja motivación de cambio (BUTLER *et al.*, 1999). Ella ha sido criticada por ser pasiva y demorar mucho tiempo para producir resultados (MOYERS y YAHNE, 1998).

La entrevista motivacional ha sido usada en Brasil, principalmente en comportamientos relacionados con adicciones (ALBERNAZ y PASSOS, 2001; OLIVEIRA *et al.*, 2003; De MICHELE *et al.*, 2004).

Existen evidencias de que los comportamientos y estilos de vida son determinantes sociales importantes de las condiciones crónicas. McGinnis and Foege (1993) identificaron la naturaleza crítica de los factores de riesgo asociados a los comportamientos y los estilos de vida, estimando que ellos fueron responsables por 40% de las muertes ocurridas en los Estados Unidos. Esos factores de riesgo son las principales causas de muerte por cáncer en países de ingresos bajos y medios: el tabaquismo por 18% de las muertes; el bajo consumo de frutas, legumbres y verduras por 6% de las muertes; y el consumo excesivo de alcohol por 5% de las muertes (INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER, 2006). En los Estados Unidos y Europa, se estima que la expectativa de vida podría reducirse en cinco años en las próximas décadas si los niveles de obesidad actuales continúan creciendo de acuerdo con los patrones actualmente vigentes; en esas condiciones, se prevé que una de cada cuatro personas nacidas hoy podrá desarrollar

diabetes a lo largo de su vida (BENGOA, 2008). Los factores de riesgo son generalizados y explican la gran mayoría de los óbitos causados por enfermedades crónicas, en hombres y mujeres, en todas las partes del mundo. En el mundo, a cada año 4,9 millones de personas mueren debido al consumo de tabaco, 2,6 millones de personas mueren por problemas de sobrepeso u obesidad, 2,7 millones mueren debido al consumo insuficiente de frutas y hortalizas y 1,9 millón mueren debido al sedentarismo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Por otro lado, existen evidencias de que si los factores de riesgo fueran controlados serían evitadas 80% de las enfermedades cardiovasculares y diabetes y más de 40% de los cánceres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Un buen ejemplo de acción de éxito sobre los factores de riesgo asociados a los comportamientos y a los estilos de vida es el de Finlandia. Ese país tenía una de las más altas tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares del mundo en 1972. El gobierno introdujo un amplio programa de educación poblacional sobre el tabaquismo, la dieta y la actividad física. El programa envolvió una ley antitabaco, aumentó la disponibilidad diaria de productos con bajo contenido graso, mejoró la meriendas escolares y estimuló la actividad física. Como resultado, las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares cayeron en 65% en todo el país en el período 1972/1995, y en 73% en North Karelia, donde fue inicialmente implantado (PUSKA *et al.*, 1998).

Estudio sobre mortalidad atribuible a los diez principales factores de riesgo en grupos de países de las Américas, según definición de la Organización Mundial de la Salud, mostró, como se puede ver en la Tabla 9, que los países del Grupo B, con baja tasa de mortalidad en América Latina y el Caribe, donde está Brasil, tienen 37,6% de sus muertes determinadas por factores de riesgos comportamentales o de estilos de vida.

Tabla 9: Diez principales factores de riesgo para mortalidad atribuible en los países del Grupo B de América Latina y el Caribe

FACTOR DE RIESGO	MORTALIDAD PROPORCIONAL (%)
Presión arterial	12,8
Sobrepeso	10,1
Alcohol	9,5
Tabaco	8,5
Colesterol	6,5
Bajo consumo de frutas, legumbres y verduras	5,4
Sedentarismo	4,1
Sexo sin protección	1,9
Saneamiento	1,2
Contaminación del aire	1,2
Total de la mortalidad atribuible	61,2

Fuente: Banco Mundial (2005)

La simultaneidad de esos factores de riesgo genera un sinergismo que acaba potencializando los problemas de salud. Tómese el caso del cáncer. Para países de ingresos bajos y medios, entre los cuales se encuentra Brasil, según el Instituto Nacional del Cáncer (2006), la fracción atribuible en la población al conjunto de factores de riesgo asociados a una localización específica de cáncer varió de 11% para cáncer colorrectal (sobrepeso y obesidad, inactividad física y bajo consumo de vegetales), a 18% para cáncer de mama (inactividad física, sobrepeso y obesidad y consumo de alcohol), a 48% para cáncer oral y orofaríngeo (tabaquismo y consumo de alcohol) y a 66% para cáncer de pulmón, tráquea y bronquios (tabaquismo, bajo consumo de frutas y vegetales y humo por la quema de combustibles sólidos en el domicilio). Además, como se demuestra por el enfoque del curso de vida de las condiciones crónicas, el impacto de los factores de riesgo modificables aumenta con el pasar de los años; eso significa que el impacto de esos factores de riesgo pueden ser postergados con intervenciones realizadas precozmente. A largo plazo, las intervenciones preventivas realizadas en el inicio de la vida tiene la capacidad potencial de reducir significativamente la epidemia de enfermedades crónicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Los factores de riesgos vinculados a los comportamientos y a los estilos de vida que son aquí analizados más detalladamente son: el tabaquismo, la dieta, el exceso de peso, la actividad física y el consumo excesivo de alcohol.

Debe quedar claro que una política consecuente de prevención de condiciones de salud debe tener como base un sistema efectivo de vigilancia de los factores de riesgo que se concentre en los factores de riesgo modificables y que se estructure en el siguiente proceso: análisis de las tendencias temporales de la mortalidad y la morbilidad por condiciones crónicas; monitoreo de los factores de riesgo mediante encuestas de salud regulares y especiales; análisis y crítica de los resultados; fuentes de datos con validación y mejora de los instrumentos e indicadores; inducción y apoyo a las acciones de prevención de las condiciones crónicas; y monitoreo y evaluación de las intervenciones (MINISTERIO DE SALUD, 2006). Ese sistema de vigilancia de los factores de riesgo debe operar en los estados, a nivel nacional, regional y local.

El Recuadro 13 describe un sistema de monitoreo de los indicadores de comportamientos y estilos de vida en los Estados Unidos, una parte de un sistema más amplio de monitoreo de la salud en el país.

Recuadro 13: Monitoreo de los comportamientos y estilos de vida en los Estado Unidos

Fue propuesto un sistema nacional de monitoreo de la salud en ese país, a través de 20 indicadores que deben ser analizados en los estados, a nivel nacional y local, según edad, raza, sexo, nivel educacional, situación laboral e ingresos

Los indicadores seleccionados para medir los determinantes proximales relativos a los comportamientos y a los estilos de vida fueron:

- Tabaquismo: porcentaje de adultos que fumaron más de 100 cigarrillos en su vida y que regularmente fuman algunos días o todos los días.
- Dieta: porcentaje de adultos con una buena dieta indicada por un valor igual o superior a 80 en el índice de alimentación saludable, creado por el Departamento de Agricultura.
- Actividad física: porcentaje de adultos siguiendo la recomendación de actividad física moderada: 30 minutos de actividad física moderada cinco días por semana o 20 minutos de actividad física intensa tres días por semana.
- Obesidad: porcentaje de adultos con índice de masa corporal igual o superior a 30.
- Consumo excesivo de alcohol: porcentaje de adultos que reportan haber consumido cuatro (mujer) o cinco (hombre) dosis de bebida alcohólica un una única ocasión y/o haber consumido una media de una (mujer) o dos (hombres) dosis por día en los últimos treinta días.

Fuente: Institute of Medicine, 2008

El tabaquismo

El tabaquismo constituye, aisladamente, el más importante factor de riesgo para las condiciones crónicas. El tabaco mata una persona a cada 6 segundos; es responsable por las muertes de un tercio a la mitad de las personas que fuman, robando 15

años de vida por muerte prematura; determina 1 en cada 10 muertes de adultos en la población mundial; se estima que en 2030, 8 millones de personas deben morir por enfermedades asociadas al tabaco y más de 80% ocurrirán en países de ingresos bajos y medios; en el siglo XXI, habrá más de mil millones de muertes debido al uso del tabaco; el uso del tabaco en los Estados Unidos, determina pérdidas económicas anuales estimadas en más de 92 mil millones de dólares, siendo 10 mil millones gastos con fumadores pasivos; el efecto económico neto del tabaco es aumentar la pobreza porque el tabaquismo afecta más los pobres que los ricos (PETO *et al.*, 1996; GUINDON *et al.*, 2006; MATHERS y LONCAR, 2006; McGHEE *et al.*, 2006).

El tabaquismo es responsable por 45% de las muertes por enfermedad coronaria, 85% de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 25% de las muertes por enfermedad cerebrovascular, 30% de las muertes por cáncer y 90% de las muertes por cáncer del pulmón. El tabaquismo es un problema grave entre los jóvenes: 90% de los fumadores comienzan a fumar antes de los 19 años, la edad media de iniciación es de 15 años, 100 mil jóvenes comienzan a fumar a cada día y 80% de ellos viven en países en desarrollo (INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER, 2006).

El tabaco actúa sinérgicamente con otros factores de riesgo para causar problemas como hipercolesterolemia, hipertensión arterial y diabetes, multiplicando de esa manera, los riesgos para las enfermedades cardiovasculares (NOVOTNY, 2008). El riesgo de accidente vascular cerebral es dos veces mayor en los que fuman; el riesgo de desarrollar enfermedades vasculares periféricas es diez veces mayor en los fumadores; y el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria es cuatro veces mayor en los fumadores. El tabaquismo está relacionado también con el aumento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, con trastornos reproductivos y en recién nacidos y con la osteoporosis en mujeres en la fase postmenopáusica (OCKENE y MILER, 1997; FIELDING *et al.*, 1998; INSTITUTE OF MEDICINE, 2008).

El tabaquismo presenta externalidades financieras, ya que los elevados gastos con la salud de la población fumadora son financiados por toda la sociedad (ADEYI *et al.*, 2007).

En Brasil, una investigación de Vigitel (MINISTERIO DE SALUD, 2007), realizada en municipios de las capitales brasileñas, mostró que la mayor frecuencia de adultos fumadores fue observada en Porto Alegre y Rio Branco (21,2%) y la más baja en Salvador (9,5%). En las 27 ciudades analizadas, una media de 16,2% de las personas son fumadores, siendo ese valor de 20,3% en el sexo masculino y de 12,8% en el sexo femenino. La frecuencia del tabaquismo tiende a aumentar con la edad hasta los 54 años, disminuyendo a partir de esa edad. La frecuencia del hábito de fumar disminuye con el aumento de la escolaridad, alcanzando 24,2% y 14,7% de hombres y mujeres

con hasta ocho años de escolaridad y 14,4% y 9,1% de los hombre y mujeres con 12 o más años de escolaridad. La investigación Vigitel de 2010 mostró una reducción del tabaquismo que alcanzó 15,1% de los brasileños (MINISTERIO DE SALUD, 2011). Un estudio realizado en la ciudad de Pelotas sobre tabaquismo en la adolescencia reveló una tendencia lineal para el nivel socioeconómico: cuanto menor, mayor la ocurrencia de tabaquismo precoz en la adolescencia, siendo dos veces mayor en la clase D y tres veces mayor en la clase E que en la clase A (MENEZES *et al.*, 2006). Otra investigación en la misma ciudad, también con adolescentes, mostró una prevalencia de tabaquismo de 15,8% en el sexo masculino y de 15,4% en el sexo femenino. Los jóvenes cuyos padres tenían una baja escolaridad y cuyas madres eran solteras fumaban dos veces más; entre las jóvenes, el hábito fue seis veces más frecuente en aquellas de familias de bajos ingresos comparada con las de altos ingresos (MENEZES *et al.*, 2007).

El porcentaje de fumadores en nuestro país disminuyó en los últimos años. Monteiro *et al.* (2007) verificaron que hubo, en el período de 1989 a 2003, una reducción importante del tabaquismo en todas las edades, en ambos sexos y en los medios urbano y rural, pero hubo desigualdades en la intensidad de la reducción de acuerdo con el nivel socioeconómico y la escolaridad, siendo observadas menores reducciones en las personas con menos ingresos y con menos escolaridad.

El control del tabaquismo implica la utilización de varias estrategias como la vigilancia sanitaria, la promoción de ambientes libres de tabaco, la ayuda a las personas fumadoras para parar de fumar, las campañas de publicidad para crear una conciencia sobre los efectos nocivos del tabaco, la imposición de restricciones a la propaganda del tabaco y el aumento de los impuestos sobre el cigarro. Esas estrategias pueden ser desarrolladas en los ámbitos macro, meso y micro y se potencializan entre sí.

Es fundamental desarrollar la vigilancia del tabaquismo que envuelve el monitoreo de la prevalencia del tabaquismo y del consumo por edad, sexo, ingreso y región; la evaluación del impacto de las intervenciones; y el monitoreo de la industria del tabaco.

Los ambientes libres de tabaco constituyen una estrategia importante y representan la única política efectiva para reducir los daños del tabaco a los no fumadores. Estudios muestran que la exposición pasiva al tabaco aumenta el riesgo de cáncer de pulmón en no fumadores en 20% a 30% y el riesgo de enfermedad coronaria en 25% a 30%. La legislación para ambientes libres de tabaco disminuye la prevalencia absoluta de tabaquismo en 4% y ha permitido reducir el consumo total de cigarros en 29%. A pesar de los argumentos de la industria del tabaco que señala los resultados económicos negativos de esa política, la evidencia muestra que los resultados son positivos o neutros. Los resultados de las estrategias de ambientes libre de tabaco, especialmente en países desarrollados, han sido favorables. Mitad de los americanos y 90% de los canadienses

viven en áreas donde los espacios públicos son libres de tabaco y esa política tiene, generalmente, un fuerte apoyo de la opinión pública (SCOLLO *et al.*, 2003; ASTHMA AND RESPIRATORY FOUNDATION OF NEW ZEALAND, 2005; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2007; WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2008).

Una otra estrategia de control del tabaquismo consiste en ayudar las personas a librarse del tabaco. Es interesante notar que los fumadores están conscientes de los peligros asociados al uso del tabaco y que 2/3 de ellos quieren parar de fumar. Sin embargo, como en todas las otras dependencias, es muy difícil parar por cuenta propia y, por eso, los fumadores deben contar con apoyo para hacerlo. El apoyo puede ser de varias maneras, desde el consejo hasta la farmacoterapia, teniendo en cuenta que diferentes estrategias presentan diferentes resultados sanitarios y económicos. Por eso esas alternativas deben ser adaptadas a las condiciones y a las culturas regionales y deben ser adecuadas a las preferencias y a las necesidades de las personas. Por lo menos, tres tipos de ayuda deben ser ofrecidas en cualquier programa de control del tabaquismo: el consejo para el abandono del tabaco en la APS (FEENSTRA *et al.*, 2005; BAO *et al.*, 2006; WEST y SOHAL, 2006); un teléfono gratuito para dar apoyo a las personas que quieren para de fumar (OWEN, 2000); y el acceso a terapias farmacológicas como las terapias de reposición de la nicotina y antidepresivo (bupropiona).

Una estrategia importante está en crear, a través de campañas publicitarias, una conciencia amplia sobre los enormes daños que el tabaco produce. Esas campañas deben ser especialmente dirigidas a adolescentes y adultos jóvenes y debe hacer las personas asociar el uso del tabaco con su potencial adictivo y sus peligrosas consecuencias, muchas veces, siendo necesario el uso de imágenes fuertes. Es el caso de las imágenes en las cajas de cigarrillos en Brasil, que contaron con el apoyo de 76% de la población (INSTITUTO DATAFOLHA, 2002). La restricción a la propaganda es fundamental ya que ella asocia el uso del tabaco con la juventud, la energía y la atracción sexual y es efectiva para alcanzar determinadas subpoblaciones como la de jóvenes (SHAFEY *et al.*, 2004); y se sabe que la autorregulación de la propaganda no es suficiente (WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2008).

La estrategia de mayor efectividad para reducir el consumo y estimular el abandono del tabaquismo es el aumento de los impuestos sobre esos bienes. Existe evidencia de que el aumento de 70% en los impuestos sobre esos bienes permitiría reducir más de un cuarto de todas las muertes asociadas al tabaco (JHA *et al.*, 2006). En África del Sur, un aumento de 250% durante los años 90 provocó una reducción del consumo de cigarrillos entre 7% a 10% para cada 10% de aumento en el precio del cigarrillo y esa reducción, se produjo principalmente, entre jóvenes y personas pobres (VAN WALBEEK, 2003). Al contrario de lo que la industria del tabaco propaga, el aumento de impues-

tos sobre el tabaco no genera, automáticamente, un incremento del contrabando, tal como confirma la experiencia de España (JOOSENS, 2003).

Esas estrategias son efectivas en relación al tabaquismo. En California, un programa amplio de control del tabaquismo, aplicado desde 1990, permitió reducir la prevalencia del hábito de fumar en adultos, más rápidamente que en otros estados americanos (SIEGEL *et al.*, 2000). Como resultado, la incidencia de cáncer de pulmón fue reducida en 14% comparada con 2,7% en los otros estados (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2000) y fueron evitadas 33 mil muertes en relación a los otros estados americanos (FICHTENBERG y GLANTZ, 2000).

Las diferentes estrategias presentan resultados económicos distintos. Del punto de vista del costo/efectividad, el aumento de los impuestos de los cigarrillos cuesta 1 dólar por año de vida perdido ajustado por incapacidad (AVAI) evitado y el consejo médico a fumadores, 9.984 dólares por AVAI evitado (BANCO MUNDIAL, 2005). La farmacoterapia es más cara y menos costo efectiva que el consejo en la APS y la línea telefónica exclusiva, pero presenta tasas de abandono del hábito de fumar dos o tres veces mayores (TOBACCO ADVISORY GROUP OF ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, 2000).

Brasil es el cuarto mayor productor de hoja de tabaco del mundo (BANCO MUNDIAL, 2005) y eso dificulta las políticas antitabaco. A pesar de eso, el Programa Nacional de Control del Tabaco, instituido en 1987, es considerado como uno de los mejores programas nacionales del mundo. Brasil fue el segundo país que firmó la Convenio Marco para el Control del Tabaco; prohibió fumar en lugares públicos en 1996; reguló el tabaco en 1999; prohibió la propaganda de cigarrillos en 2000; e introdujo las advertencias en las cajas de cigarrillos en 2001. El resultado de esas intervenciones fue una reducción importante en la prevalencia del tabaquismo de 34,2% en 1999 para 22,4% en 2003 (SILVA, 2008). Pero debe ser señalado que, a pesar de los avances, la prevalencia del tabaquismo continua alta en el país.

La Política Nacional de Promoción de la Salud propone las siguientes acciones específicas para la prevención y el control del tabaquismo (MINISTERIO DE SALUD, 2006d):

- Sistematizar acciones educativas y movilizar acciones legislativas y económicas, de manera que: se cree un contexto que reduzca la aceptación social del tabaquismo; reduzca los estímulos para que los jóvenes comiencen a fumar y los estímulos que dificultan que los fumadores paren de fumar; proteja la población de los riesgos de la exposición en ambientes donde se fuma; reduzca el acceso a los derivados del tabaco; aumente el acceso de los fumadores al apoyo para parar de fumar; control y monitoreo de todos los aspectos relacionados a los productos de tabaco comercia-

lizados, desde sus contenidos y emisiones hasta las estrategias de comercialización y de divulgación de sus características para el consumidor.

- Realizar acciones educativas de sensibilización de la población para la promoción de comunidades libres de tabaco, divulgando acciones relacionadas al tabaquismo y sus diferentes aspectos, especialmente en el Día Mundial sin Tabaco y en el Día Nacional de Combate al Tabaco.
- Divulgar junto a los medios de comunicación las acciones y los hechos que contribuyan para el control del tabaquismo en todo el territorio nacional;
- Movilizar e incentivar las acciones continuas a través de canales comunitarios (unidades de salud, escuelas y ambientes de trabajo) capaces de mantener un flujo continuo de informaciones sobre el tabaquismo, los riesgos para la salud de quien fuma y los riesgos asociados a la contaminación ambiental por tabaco para todos los que conviven con ella.
- Invertir en la promoción de ambientes de trabajo libres de tabaco: realizando acciones educativas, normativas y organizacionales que busquen estimular cambios en la cultura organizacional que conduzcan a la reducción del tabaquismo entre trabajadores; y actuando junto a profesionales del área de salud ocupacional y otros actores claves de las organizaciones/instituciones para la diseminación continua de informaciones sobre los riesgos del tabaquismo y el tabaquismo pasivo, la implementación de normas para prohibir fumar en los ambientes de trabajo, la señalización adecuada para estos espacios y la capacitación de profesionales de salud ocupacional para apoyar los funcionarios en el abandono del hábito de fumar.
- Articular con el MEC/Secretarías de Educación de Estados y Municipios el estímulo a la iniciativa de promoción de la salud en el ambiente escolar.
- Aumentar el acceso del fumador a los métodos eficaces para abandono del hábito de fumar, atendiendo a una creciente demanda de fumadores que buscan algún tipo de apoyo para ese fin.

La dieta

La transición nutricional se manifiesta, en los países en desarrollo, en una doble carga: de un lado permanece una situación de malnutrición que afecta, especialmente, a los niños pobres: 60% de las 10,9 millones de muertes de niños menores de cinco años que ocurren anualmente en el mundo, están relacionadas con la desnutrición. Muchos niños tienen bajo peso y eso influye negativamente en el desarrollo y el crecimiento durante la infancia y aumenta los riesgos de desarrollo de enfermedades crónicas en la edad adulta (BARKER *et al.*, 2001). Por otro lado, los cambios que se producen mundialmente aumentan el apareamiento de enfermedades crónicas en esos países en desarrollo, en parte, determinadas por la alimentación inadecuada y afectando, predominantemente, los más pobres. Esa doble carga tiene que ser enfrentada de manera integrada ya que,

en los países en desarrollo, la malnutrición convive con las epidemias de la obesidad y las enfermedades crónicas y, ambas tienen una mayor incidencia sobre las poblaciones pobres.

Los cambios en los estilos de vida y en las dietas, en función del desarrollo económico, la industrialización y la globalización, son profundos y rápidos. Eso ha causado un impacto en el estado nutricional de las poblaciones del mundo, particularmente en los países en desarrollo. Los alimentos se convirtieron en commodities producidas y comercializadas en escala planetaria. La disponibilidad de alimentos se ha expandido y está más diversificada, al punto de determinar consecuencias negativas en los patrones dietéticos, como el consumo creciente de alimentos con alto contenido graso, particularmente grasas saturadas, y con bajo contenido de carbohidratos no refinados. Eso tiene implicaciones en las condiciones de salud, especialmente en las condiciones crónicas.

Las relaciones entre dieta y las condiciones crónicas están bien establecidas. Existen evidencias de las relaciones entre dieta y enfermedades cardiovasculares, sobrepeso y obesidad, hipertensión, dislipidemias, diabetes, síndrome metabólico, cáncer y osteoporosis (INSTITUTE OF MEDICINE, 1989; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; INSTITUTE OF MEDICINE, 2008). La Organización Mundial de la Salud estima que el consumo insuficiente de frutas y hortalizas es responsable por 31% de las enfermedades isquémicas del corazón, 11% de las enfermedades cerebrovasculares y 19% de los cánceres gastrointestinales ocurridos en el mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

La dieta ha sido considerada como el factor determinante de las condiciones crónicas más sujeto a modificaciones, con evidencias que muestran que las alteraciones en la dieta tienen fuertes efectos, positivos y negativos en la salud de las personas, no sólo influyendo en la salud presente, sino pudiendo determinar también si una persona desarrollará o no condiciones de salud en su vida futura, tales como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Estudio comparando una dieta prudente (con fuerte presencia de vegetales, frutas, pescado, aves y granos integrales) versus una dieta occidental (consumo alto de carnes rojas, alimentos procesados, frituras, grasas, granos refinados y azúcar), mostró un incremento substancial en el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en los hombres que siguen la dieta occidental (VAN DAM *et al.*, 2002). La asociación entre una dieta preventiva e índices lípidos menores fue observada en mujeres (HOFFMAN *et al.*, 2001). Fue verificada la asociación entre el consumo energético en los niños y la mortalidad por cáncer en los adultos (FRANKEL *et al.*, 1998). En niños y adolescentes, las dietas ricas en grasas saturadas y sal y pobres en fibras y potasio han sido asociadas con la hipertensión, con alteraciones de tolerancia a la glucosa y dislipidemia (ABODERIN *et al.*, 2002).

En Brasil, se vive una transición nutricional que consiste en la sustitución de un patrón alimentario basado en el consumo de cereales, frijoles, raíces y tubérculos por una alimentación más rica en grasas y azúcares, además del creciente consumo de ingredientes químicos. Como se muestra en la Tabla 10 abajo, se ha producido un aumento en la disponibilidad de alimentos industrializados (ricos en grasas, azúcar y sodio) y aceites vegetales y una reducción de alimentos más saludables como cereales, leguminosas, frutas y verduras.

Tabla 10: Evolución de la participación relativa (%) de grupos de alimentos en el total de calorías determinado por la adquisición de alimentos en el hogar

GRUPOS DE ALIMENTOS	1974-75	1987-88	1995-96	2002-03
Cereales y Derivados	37,26	34,72	35,4	35,34
Frijoles y demás leguminosas	8,13	5,87	5,61	5,68
Verduras y Legumbres	1,14	1,15	1,0	0,92
Raíces/Tubérculos	4,85	4,10	3,58	3,34
Carnes/Embutidos	8,96	10,49	12,98	13,14
Leche/Derivados	5,93	7,95	8,2	8,09
Azúcar/Gaseosas	13,78	13,38	13,86	12,41
Aceites/Grasas Vegetales	11,62	14,61	12,55	13,45
Manteca/Mantequilla	3,04	0,95	0,77	1,08
Frutas/Jugos Naturales	2,16	2,66	2,58	2,35
Huevo	1,15	1,31	0,9	0,18
Alimentos Procesados	1,26	1,59	1,5	2,29

Fuente: MINISTERIO DE SALUD (2008e)

La investigación Vigitel 2006 constató que el consumo regular de frutas, en la población brasileña adulta de los municipios de capitales, fue de 51,4% en las mujeres y de 35,5% en los hombres y que, en ambos sexos, el consumo regular de frutas aumentó con la edad y con el nivel de escolaridad. El consumo regular de hortalizas fue de 47,4% en las mujeres y de 39,5% en los hombres y creció con la escolaridad. La frecuencia más baja de consumo regular de hortalizas ocurrió entre 18 a 24 años, en ambos sexos. EL consumo regular, conjunto, de frutas y hortalizas fue de 29,1% en las mujeres y de 17,8% en los hombres, aumentando con la edad y con la escolaridad. El consumo de carnes con exceso de grasa fue de 51,2% en los hombres y de 29,0% en las mujeres, tendiendo a disminuir con la edad y con el nivel de escolaridad. El consumo de leche con contenido integral de grasa fue 59,4% en los hombres y de 55,3% en

las mujeres, disminuyendo con el nivel de escolaridad (MINISTERIO DE SALUD, 2007). La investigación Vigitel de 2010 mostró que el consumo recomendado de frutas y hortalizas fue, entre los brasileños, de 18,2% (MINISTERIO DE SALUD, 2011).

Claro *et al.* (2007) estudiaron la participación directa del ingreso en el patrón de consumo: a cada 1% de aumento en los ingresos, se observó un aumento de 0,04% de frutas y hortalizas en la composición de la dieta; por otro lado, la disminución de 1% en el precio de esos productos aumentó su participación en la dieta en 0,2%. Jaime *et al.* (2007) demostraron, a través de ensayo comunitario aleatorio, que las prácticas de educación alimentaria pueden mejorar la calidad de la dieta, incluso en poblaciones de bajos ingresos, sugiriendo posibilidades de desarrollo de estrategias factibles para esas poblaciones.

A pesar del reconocimiento de las relaciones entre dieta y condiciones crónicas, solamente 2 a 4% de los adultos ingleses consumen los niveles recomendados de grasas saturadas y, apenas 5 a 25% están consumiendo los niveles adecuados de fibras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). No ha sido diferente en Brasil; en las últimas tres décadas, hubo un estancamiento en la participación de las frutas y hortalizas en el consumo alimentario de la población brasileña, en niveles muy inferiores al consumo mínimo diario recomendado de 400 gramos (LEVY-COSTA *et al.*, 2005).

Las estrategias relativas a una dieta saludable envuelven intervenciones en los niveles macro, meso y micro. Existen algunas acciones en los campos legislativo, regulatorio y fiscal y, de manera concomitante, acciones en el campo clínico. Esas estrategias encuentran muchas dificultades para su implementación debido a factores como la subestimación de la efectividad de esas intervenciones, la idea de que se necesita un largo tiempo para producir resultados, la oposición de productores y de la industria de alimentos y la inercia institucional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Para Gostin (2007) las principales intervenciones destinadas a mejorar los patrones alimentarios de la población son las siguientes:

- La información pública sobre los riesgos del consumo de sal, de grasas y azúcar y sobre como consultar las etiquetas de los alimentos en los puntos de venta. Esa información debe ser segmentada para los niños y los adolescentes para contribuir con el cambio de sus hábitos alimentarios y para modificar los patrones de compras de los padres.
- La regulación de la propaganda de alimentos debe ser hecha de manera que disminuya la influencia de mensajes directos destinados a crear patrones de alimentación no saludables.
- El aumento de los impuestos en alimentos no saludables es sugerido sobre los alimentos ricos en grasas, como una manera de desalentar su consumo. Al mismo

tiempo se sugieren incentivos fiscales para la producción y consumo de alimentos saludables.

- La constatación de que las grasas trans no tienen ningún valor positivo para la salud humana y que están asociadas a las enfermedades cardiovasculares han llevado a propuestas de su prohibición para uso humano. Eso ocurrió en Dinamarca y en los restaurantes de la ciudad de New York.
- Las intervenciones en el ambiente escolar son fundamentales y envuelven educación alimentaria y cambios en la merienda escolar.
- Las intervenciones micro en el sistema de atención de salud deben ser desarrolladas, especialmente en la APS englobando educación alimentaria y autocuidado apoyado.

Existe una experiencia exitosa con relación a la mejora de la dieta. El programa finlandés de control de los determinantes asociados a los comportamientos y a los estilos de vida y que produjo una reducción significativa de las enfermedades cardiovasculares tuvo en el cambio de la dieta su factor preponderante al actuar disminuyendo el colesterol y la presión arterial (PUSKA *et al.*, 1998). Otra experiencia relevante es la de la República de Corea que presenta menores índices de consumo de grasas, menor prevalencia de obesidad y menor prevalencia de enfermedades crónicas que otros países de niveles de desarrollo semejantes. La razón por detrás de esos resultados es que la población de aquél país mantuvo su dieta tradicional de alto consumo de vegetales (LEE *et al.*, 2002).

Esas experiencias indican que las intervenciones relativas a una dieta saludable pueden ser efectivas, pueden ser fortalecidas por las demandas públicas y pueden presentar resultados sanitarios en tiempo relativamente corto. Además, algunas investigaciones mostraron que una dieta saludable es costo efectiva en la prevención de condiciones crónicas (NARAYAT *et al.*, 2006). Entre las intervenciones más costo efectivas relacionadas a la dieta está la legislación para disminuir el contenido de sal en los alimentos procesados y para exigir el etiquetado nutricional y la cooperación voluntaria de las industrias de alimentos con el gobierno para disminuir el contenido de sal en los alimentos procesados y para implantar el etiquetado nutricional (BANCO MUNDIAL, 2005). Entre las políticas prioritarias están incluidas las acciones directas de nutrición materno-infantil porque en ese grupo de mayor vulnerabilidad se tener mayor impacto en la salud del adulto (COUTINHO, 2008).

La Política Nacional de Promoción de la Salud propone las siguientes acciones específicas para la promoción de una alimentación saludable (MINISTERIO DE SALUD, 2006d):

- Promover acciones relativas a la alimentación saludable con el fin de promover la salud y la seguridad alimentaria y nutricional, contribuyendo con las acciones y metas de reducción de la pobreza, la inclusión social y el cumplimiento del derecho humano a la alimentación adecuada.

- Promover articulación intra e intersectorial para la implementación de la Política Nacional de Promoción de la Salud mediante el refuerzo de la implementación de las directrices de la Política Nacional de Alimentación y Nutrición y de la Estrategia Global.
- Diseminar la cultura de la alimentación saludable en conformidad con los atributos y principios de la Guía Alimentaria de la Población Brasileña.
- Desarrollar acciones para la promoción de la alimentación saludable en el ambiente escolar.
- Implementar las acciones de vigilancia alimentaria y nutricional para la prevención y control de los problemas y enfermedades derivados de una alimentación inadecuada.
- Reorientar los servicios de salud, con énfasis en la APS, para acciones de alimentación saludable.

El exceso de peso

Ese factor de riesgo se manifiesta en el sobrepeso (índice de masa corporal igual o superior a 25) o en la obesidad (índice de masa corporal igual o superior a 30) y se encuentra en proceso de rápido crecimiento en todo el mundo. El exceso de peso tiene una estrecha relación con la actividad física y con la alimentación.

Se estima que habían, en 2005, en el mundo, 1 mil millones de personas con sobrepeso y 300 millones con obesidad. Las proyecciones indican, en 2015, 1,5 mil millones de personas con sobrepeso. Ese aumento se producirá en hombre y mujeres y en todos los niveles de ingresos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). En Europa, un tercio de la población presentan sobrepeso; 14 millones de los 77 millones de niños viviendo en la Unión Europea (18%) presentaban, en 2003, sobrepeso y, ese número supone un aumento de 400 mil niños por año (NOVOTNY, 2008). Una estimativa hecha por Spasoff (2011) prevé que en los Estados Unidos, en 2015, 73% de los hombres y 68% de las mujeres tendrán sobrepeso. Por otro lado, se estima que las tasas de mortalidad, por todas las causas, podría ser disminuida en 16% en los hombres y en 9% en las mujeres si fueran adoptados comportamientos saludables en relación a la dieta (KANT *et al.*, 2004).

Las relaciones entre sobrepeso y obesidad y condiciones crónicas son muy conocidas. Eso ha sido constatado en los Estados Unidos (OFFICE OF THE SURGEON GENERAL, 2007): 300 mil muertes anuales causadas por obesidad; el riesgo de muerte crece con el aumento de peso; incluso aumentos moderados de peso aumentan los riesgos de muerte, especialmente en la edad de 30 a 64 años; individuos obesos tienen más de 50% de riesgos de muerte prematura que individuos con peso adecuado; la incidencia de enfermedades cardiovasculares es mayor en personas con sobrepeso y obesidad; la prevalencia de hipertensión arterial es dos veces mayor en individuos obesos que en individuos con peso normal; la obesidad es asociada con el aumento de triglicéridos y

con la disminución del colesterol HDL; un aumento de peso de 5 a 8 kilos duplica la posibilidad de tener diabetes tipo 2 en comparación con quien no aumentó de peso; 80% de los portadores de diabetes tienen sobrepeso o obesidad; el sobrepeso y la obesidad están asociados con el cáncer de colon, de endometrio, de próstata, de riñones y de mama; la apnea del sueño es más común en obesos; la obesidad está asociada con la prevalencia de asma; cada quilo de peso adicional, aumenta la probabilidad de tener artritis en 9% a 13% y los síntomas de la artritis pueden mejorar con la pérdida de peso; la obesidad en la gestante aumenta la posibilidad de muerte materna e infantil y aumenta 10 veces la posibilidad de hipertensión en la gestante; la obesidad en la gestante aumenta la probabilidad de tener diabetes gestacional, de tener hijo con un alto peso y de pasar por una cesárea; niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad tienen más posibilidades de desarrollar hipertensión e colesterol elevado; adolescentes con sobrepeso tienen 70% mayor probabilidad de ser adultos con sobrepeso u obesidad; y una pérdida de peso de 5% a 15% de la masa corporal total en personas con sobrepeso u obesidad reduce el riesgo de varias enfermedades, especialmente de las enfermedades cardiovasculares.

No es diferente en Europa. El sobrepeso afecta de 30% a 80% de los adultos de la región; 20% de los niños y adolescentes tienen sobrepeso y, 30% de ellos, presentan obesidad; la carga de enfermedades del exceso de peso es de 12 millones de años potenciales de vida perdidos a cada año; la prevalencia de obesidad crece rápidamente y se estima que hubo, en 2010, 150 millones de adultos y 15 millones de niños con sobrepeso; la prevalencia de obesidad en niños ha venido aumentando y es actualmente, diez veces mayor que en los años 70; los adultos que fueron obesos en la adolescencia tienen mayores chances de presentar grados mayores de exclusión social; la inequidad en la obesidad está relacionada con la inequidad en los ingresos; y más del 80% de los adultos con más de 30 años portadores de diabetes es atribuido al exceso de peso (JAMES *et al.*, 2004; BRANCA *et al.*, 2007).

Los costos económicos del sobrepeso y de la obesidad son altos. En los Estados Unidos, los costos directos de salud de los portadores de sobrepeso son 10% mayores que los costos con aquellos con peso normal y los portadores de obesidad cuestan 36% más (THOMPSON *et al.*, 2001). En Europa, los costos directos de la obesidad representan 2% a 4% del presupuesto total de salud en los países de la región (FRY y FINLET, 2005).

En Brasil, se estima que en 2002, las muertes atribuidas al sobrepeso y a la obesidad corresponderán a 8% del total de muertes ocurridas en el año (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Considerando el universo de brasileños con más de 20 años de edad, se estima que haya en el país 3,8 millones de personas (4,0% de la población) con *déficit* de peso y 38,8 millones de personas (40,6% de la población) con exceso de peso, de las cuales 10,5 millones son consideradas obesas. Para Monteiro *et al.* (2001)

hay una diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a la asociación entre ingreso/escolaridad y la situación nutricional: entre adultos, la obesidad en mujeres está asociada negativamente con la educación y el ingreso y entre los hombres está asociada positivamente con el ingreso y negativamente con la educación.

Los datos de la Investigación de Presupuesto Familiares de 2003 mostraron que el número de brasileños adultos con exceso de peso prácticamente dobló en relación a 1974 (COMISIÓN NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, 2008). Cunha y Sichieri (2007) encontraron un aumento en la prevalencia de obesidad en el período de 1975 a 1997, alcanzando 37,4% en los hombres y 50,6% en las mujeres. Magalhães y Mendonça (2003) constataron una prevalencia mayor de exceso de peso en los niños de mayores ingresos; las niñas de mayores ingresos mostraron una tendencia a la disminución del sobrepeso y de la obesidad. Doak *et al.* (2005) mostraron que la transición nutricional en Brasil se presenta como una doble carga, con la convivencia entre la desnutrición y la obesidad, pero que esa doble carga muchas veces ocurre en el mismo grupo familiar, principalmente en el medio urbano y en las familias de menores ingresos.

En Brasil, en términos nutricionales, ha venido ocurriendo una reducción de la prevalencia de desnutrición y el aumento del sobrepeso y la obesidad. El exceso de peso en adultos aumentó entre hombre de 18,6%, en 1975, para 47,3% en 2006, y entre mujeres, de 28,6% para 38,8% en el mismo período. La obesidad entre hombres pasó de 2,2%, en 1975, para 11,3% en 2006, y entre mujeres, de 7,8% para 11,5% en el mismo período. Cerca de 40% de los individuos adultos del país presentaron exceso de peso y la obesidad afecta 8,9% de los hombres adultos y 13,1% de las mujeres adultas del país. Las regiones Sur y Sureste presentan las mayores prevalencias de obesidad en Brasil (MINISTERIO DE SALUD, 2008e).

La Investigación Vigitel 2006 (MINISTERIO DE SALUD, 2007) constató que, considerando el conjunto de la población adulta de los municipios de capitales brasileñas, se observó una tendencia de aumento de la frecuencia de peso con la edad hasta los 54 años entre los hombres y hasta los 64 años entre las mujeres. La relación entre nivel de escolaridad y el exceso de peso es diferente entre hombres y mujeres: en el sexo masculino, el exceso de peso tiende a aumentar discretamente con la escolaridad, mientras que en el sexo femenino el exceso de peso disminuye intensamente con la escolaridad. La mayor frecuencia de adultos con exceso de peso fue encontrada en la ciudad de Rio de Janeiro (48,3%) y la menor en la ciudad de São Luís (34,1%). La frecuencia más elevada de adultos obesos fue encontrada en João Pessoa (13,9%) y la menos elevada en Belo Horizonte y São Luís (8,7%). La investigación Vigitel de 2010 muestra datos alarmantes sobre el peso de los brasileños. En la media nacional, 48,1% de los brasileños están con exceso de peso y 15,0% presentan obesidad. Sin embargo, en la población de 0 a 8 años el sobrepeso alcanza 52,1% de los niños y la obesidad

15,0%. Conociéndose la asociación entre obesidad infantil y adulta, parece que estamos frente a una epidemia de obesidad (MINISTERIO DE SALUD, 2011).

Las intervenciones para el control del peso están más fuertemente ligadas al campo de la alimentación saludable y la actividad física.

Con relación a las intervenciones para prevenir el exceso de peso, la experiencia europea indica que: las estrategias de salud pública para prevenir el sobrepeso y la obesidad deben tener lugar en los niveles de las macropolíticas, las comunidades y los individuos, envolviendo la segmentación de grupos poblacionales (niños, adolescentes, gestantes, ancianos, grupos de menores ingresos), espacios sociales (domicilio, escuela, lugar de trabajo) y enfoques (educación, desarrollo comunitario, uso de campañas masivas de comunicación, marco regulatorio, medidas fiscales); las intervenciones en grupos de escolares necesitan integrar servicios alimentarios, educación alimentario, educación física, juegos y deportes; las intervenciones deben envolver sus participantes en su formulación; y las intervenciones en el nivel micro se fortalecen cuando apoyadas por intervenciones en los niveles macro (BRANCA *et al.*, 2007).

En el nivel micro de los sistemas de atención de salud, las intervenciones deben estar centradas en la APS, bajo la forma de educación en salud, autocuidado apoyado y apoyo medicamentoso. Por ejemplo, una operadora de salud americana que utiliza un sistema de gestión del peso para sus beneficiarios (KAISER PERMANENTE, 2008b). En última instancia, se puede hacer uso de la cirugía bariátrica.

El costo efectividad de esas intervenciones es variable. Evaluación económica realizada mostró que 1 año de vida perdido ajustado por calidad evitado costó 4.305 dólares en los programas escolares de prevención del exceso de peso contra 35.600 dólares para las cirugías bariátricas (CAWLEY, 2007).

El Plan Nacional de Promoción de la Salud no presenta acciones específicas para la reducción del exceso de peso, lo que la remite principalmente, para las acciones relacionadas con la alimentación saludable y la actividad física propuestas en el plan.

La actividad física

La actividad física es definida como los movimientos corporales producidos por músculos esqueléticos que requieren un gasto energético substancial (CASPERSEN *et al.*, 1985). La actividad física está estrechamente relacionada con las condiciones crónicas y con los resultados sanitarios. Además, la actividad física está asociada negativamente con el exceso de peso (WAREHAM *et al.*, 2005).

La actividad física tiende a disminuir en las sociedades modernas en función de la transición del trabajo intenso en energía, como el trabajo agrícola para las actividades de servicios; la reducción simultánea de los niveles de actividad física en cada ocupación; y los cambios derivados de la introducción de sistemas de transportes y de las actividades de entretenimiento, centradas en la televisión (POPKIN, 2005). Un análisis económico sobre la asignación del tiempo en los Estados Unidos, en las últimas cuatro décadas, mostró que las personas gastaron más tiempo en entretenimiento, viajes y transporte que en actividades productivas, tanto en el ambiente de trabajo como en casa (STURM, 2004).

Efectos positivos sobre el metabolismo de lípidos y glucosa, la presión arterial, composición corporal, densidad ósea, armonios, antioxidantes, tránsito intestinal y funciones psicológicas aparentan ser los principales mecanismos por los cuales la actividad física protege los individuos contra enfermedades crónicas (MINISTERIO DE SALUD, 2007).

En los Estados Unidos fue verificado que la actividad física regular moderada, reduce las tasas de mortalidad, mientras la actividad física más intensa disminuye la mortalidad en jóvenes y adultos. La actividad física regular está asociada con una disminución del riesgo de desarrollar condiciones crónicas como la diabetes, el cáncer colorrectal y la hipertensión arterial; la reducción de la depresión y la ansiedad; la reducción de las fracturas por osteoporosis; ayuda en el control del peso; el mantenimiento de la salud de los huesos, los músculos y las articulaciones; ayuda las personas mayores a mantenerse en mejores condiciones para sus movimientos; promueve el bienestar; y mejora la calidad de vida (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1996). En Europa, resultados semejantes fueron identificados, mostrando que la actividad física regular disminuye la mortalidad por todas las causas, la mortalidad y la morbilidad por enfermedades cardiovasculares, los riesgos de cáncer de cuello de útero y de mama, y el riesgo de tener diabetes tipo 2 (PEDERSEN y SALTIN, 2006).

La capacidad cardiorrespiratoria, asociada a la actividad física, ha sido considerada como uno de los más importantes predictores de todas las causas de mortalidad, especialmente de las muertes por enfermedades cardiovasculares, independientemente del peso corporal (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1996).

Las evidencias sobre los resultados positivos de la actividad física en la salud llevaron la Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Medicina Deportiva a recomendar que las personas deben aumentar gradualmente sus actividades físicas hasta alcanzar una actividad moderada de 30 minutos diarios y a observar que actividades más intensas como corridas, ciclismo, tenis, natación y fútbol, pueden proveer, cuando indicadas, beneficios adicionales (WORLD HEALTH ORGANIZATION E INTERNATIONAL FEDERATION OF SPORTS MEDICINE, 1995). Eso implica una actividad

física que sea: de intensidad por lo menos moderada; frecuente, es decir, diaria; y acumulada, es decir, que los 30 minutos de actividades puedan ser divididos en dos o tres períodos diarios (MURPHY y HARDMAN, 1998). Esa propuesta de actividad moderada puede ser incorporada a la vida diaria, no solamente en momentos de recreación, sino también en los ambientes de trabajo, en las actividades domiciliarias, en el transporte, lo que permite ampliar sus beneficios para otras personas.

A pesar del creciente conocimiento de los beneficios de la actividad física, 69% de los ciudadanos de la Unión Europea practican actividades físicas insuficientes para obtener beneficios sanitarios; los hombres son 1,6 veces más propensos a una actividad física suficiente que las mujeres; y la actividad física disminuye con la edad (SJOSTROM *et al.*, 2006). Nelson *et al.* (2006) demostraron que existe asociación entre actividades físicas y niveles socioeconómicos, raza/etnicidad, índices de violencia, existencia de espacios urbanos de recreación y movilidad urbana.

En Brasil, Monteiro *et al.* (2003) en un estudio de evaluación de la actividad física en la recreación, realizado en el Noreste y Sureste del país, mostraron que apenas 13% realizaban algún tipo de ejercicio y, entre ellos, solamente 3,3% siguieron la recomendación de 30 minutos cinco veces por semana; esas actividades estaban asociadas a los ingresos y a la escolaridad. Masson *et al.* (2005) analizaron mujeres de la ciudad de São Leopoldo y encontraron una prevalencia de sedentarismo de 37%, sin asociación con el ingreso, la escolaridad o el color de la piel. Souza y Duarte (2005) examinando adolescentes, estudiantes en escuelas de Recife, encontraron que 61,6% eran inactivos, que los muchachos practicaban más actividades físicas que las muchachas y que las actividades físicas disminuían en la medida que pasaban de grado. Costa *et al.* (2005) relataron que entre adolescentes de 10 a 12 años de edad, en Pelotas, 58,2% eran sedentarios.

La Investigación Vigitel 2006 (MINISTERIO DE SALUD, 2007) realizada con la población adulta de los municipios de capitales en Brasil, verificó que la actividad física suficiente (por lo menos 30 minutos diarios de actividad física de intensidad leve o moderada en cinco o más días de la semana) fue de 17,8% en el sexo masculino y de 11,9% en el sexo femenino. Entre hombres, la frecuencia máxima estuvo entre 18 y 24 años de edad, declinando con la edad hasta llegar a 11,9% en las edades de 35 a 44 años, y subiendo en las edades subsecuentes hasta alcanzar 17% entre los ancianos. Entre mujeres, la situación más desfavorable fue encontrada en los grupos etarios extremos: apenas 10% en las jóvenes de 18 a 24 años y en las ancianas de más de 65 años. En ambos sexos, la frecuencia aumentó con la escolaridad de las personas. La inactividad física fue de 39,8% en los hombres y de 20,1% en las mujeres. En ambos sexos, la inactividad física fue máxima en los grupos etarios de más de 65 años y tendió a au-

mentar con la escolaridad. La investigación Vigitel de 2010 mostró que 30,8% de los brasileños hacen actividades físicas en su tiempo libre (MINISTERIO DE SALUD, 2011).

Las intervenciones relacionadas con las actividades físicas envuelven acciones en los planos macro, meso y micro (KANH *et al.*, 2002).

En el plano macro, intervenciones urbanas son necesarias para crear un ambiente físico y social estimulador de las actividades físicas. La planificación urbana puede estimular el ejercicio físico de varias formas. Un sistema de transporte urbano eficaz que reduzca el uso cotidiano del automóvil, estimula la práctica de caminar, ya que los que utilizan el transporte público caminan más que los que utilizan el automóvil (BANCO MUNDIAL, 2005). Esa planificación puede envolver otras intervenciones como la construcción de carriles para ciclismo; el aumento de espacios públicos facilitadores de las actividades físicas, como áreas verdes, plazas y gimnasios públicos; el desarrollo de calles saludables, con la interrupción del tráfico de vehículos; la imposición de peaje en determinadas áreas urbanas; el aumento de la seguridad en las calles y en los espacios públicos; y la limitación del parqueo de autos. Algunas de esas estrategias han sido aplicadas en la ciudad de Curitiba (BANCO MUNDIAL, 2005). En York, en el Reino Unido, fue adoptada una jerarquía de usuarios de transportes urbanos (primero, pedestres; segundo, personas con problemas de movilidad; tercero, ciclistas; cuarto, usuarios de transportes urbanos, incluyendo ómnibus, taxis, metro; y quinto, usuarios comerciales, como vehículos para la entrega de mercancías. La implantación de esa jerarquía de movilidad facilitó la práctica de actividades físicas por parte de los ciudadanos de aquella ciudad (EDWARDS e TSOUROS, 2006).

En el plano meso, intervenciones de estímulo a la actividad física pueden ser desarrolladas en las comunidades, en los ambientes de trabajo y en las escuelas.

Los programas escolares envuelven actividades como educación física que son altamente recomendables (KANH *et al.*, 2002). Programas educativos para desincentivar el hábito de ver televisión o de entretenerse con juegos electrónicos son medidas importantes. Un ejemplo es el programa "Planeta Saludable", desarrollado en Massachusetts, Estados Unidos, con el objetivo de reducir el tiempo dedicado por los niños a la televisión y la sustitución de ese tiempo por actividades más divertidas y saludables. Una evaluación de ese programa mostró su efectividad al reducir el tiempo frente a la televisión y el aumento de peso en las niñas: las niñas que eran obesas en el inicio del programa aumentaron en doble sus posibilidades de no ser obesas en el final del estudio (GORTMAKER *et al.*, 1999). Las intervenciones relativas a las actividades físicas en los ambientes de trabajo deben integrarse con los programas de salud ocupacional y de seguridad en el trabajo, así como con las intervenciones antibacaco y de alimentación saludable. Ellas aumentan los comportamientos saludables, reducen los costo de

la atención médica, aumentan la productividad, mejoran la imagen corporativa, pero para eso, deben estar alineadas con la visión de la empresa (WORLD HEALTH ORGANIZATION Y WORLD ECONOMIC FÓRUM, 2008). Las intervenciones en el ambiente de trabajo relativas a la actividad física producen los siguientes resultados: reducción del peso, reducción del colesterol, reducción de la presión arterial, reducción de la incidencia de tabaquismo y mejora de la satisfacción en el trabajo (SHEPARD, 1996).

En el plano micro, intervenciones de actividad física pueden ser hechas en las unidades de salud, especialmente de APS, a través de actividades educacionales, operacionales y de autocuidado apoyado, diseñadas para portadores de condiciones crónicas. Un ejemplo es el programa de gestión de la actividad física de una operadora de salud americana (KAISER PERMANENTE, 2005).

Un caso de intervenciones preventivas, efectivas y costo efectivas, relativas a las actividades físicas, estudiado por el Banco Mundial, es el Programa Agita São Paulo que combina una campaña publicitaria amplia, grandes eventos promocionales, actividades en ambientes de trabajo y en escuelas y actividades educativas. Es un programa efectivo y costo efectivo. Una ampliación de ese programa implicaría un costo unitario por personas de US\$ 0,0004; al final de cinco años, los beneficios podrían ser una reducción de 135.000 años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVADs), una reducción de los costos de tratamientos de enfermedades crónicas de 348 millones de dólares y una reducción de pérdidas económicas y financieras de 622 millones de dólares (BANCO MUNDIAL, 2005). El Ministerio de Salud ha estimulado la Red Nacional de Promoción de la Actividad Física que ya llegó a 300 municipios y el Proyecto Guía (Guía Útil para Intervenciones en Actividad Física), implantado en cuatro municipios (MALTA, 2008).

La Política Nacional de Promoción de la Salud propone las siguientes acciones específicas para fomento de las actividades físicas (MINISTERIO DE SALUD, 2006d):

Acciones en la APS y en la comunidad:

- Mapear y apoyar las acciones de prácticas corporales/actividad física existentes en los servicios de APS e insertar en aquellas donde no hay acciones; ofrecer prácticas corporales/actividad física, tales como caminatas, prescripción de ejercicios, prácticas recreativas y deportivas en la APS, destinadas tanto para la comunidad como un todo como para grupos vulnerables; capacitar los trabajadores de salud para la promoción de la salud y el fomento de prácticas corporales/actividad física en la lógica de la educación permanente, incluyendo la evaluación como parte del proceso; estimular la inclusión de personas con deficiencias en proyectos de prácticas corporales/actividades físicas; pactar con los gestores del SUS y otros sectores en los tres niveles de gestión la importancia de acciones para mejoras ambientales con el objetivo de aumentar los niveles poblacionales de actividad física; constituir

mecanismos de sostenibilidad y continuidad de las acciones del Practique Salud en el SUS (área física adecuada y equipamientos, equipo capacitado, articulación con la red de atención); incentivar articulaciones intersectoriales para la mejora de las condiciones de los espacios públicos para la realización de prácticas corporales/actividades físicas (urbanización de los espacios públicos; y crear ciclovías y pistas para caminatas y otros).

Acciones de consejo y divulgación

- Organizar los servicios de salud, especialmente en la APS, de manera que permitan desarrollar acciones de consejo junto a la población, sobre los beneficios de estilos de vida saludables; y desarrollar campañas de divulgación estimulando modos saludables de vivir y con el objetivo de reducir los factores de riesgo para enfermedades no transmisibles.

Acciones de intersectorialidad y movilización de aliados

- Pactar con los gestores del SUS y otros sectores, en los tres niveles de gestión, la importancia de desarrollar acciones para fomentar estilos de vida saludables, movilizando recursos existentes; estimular la formación de redes horizontales de intercambio de experiencias entre municipios; estimular la inserción y el fortalecimiento de acciones ya existentes en el campo de las prácticas corporales en salud en la comunidad; rescatar las prácticas corporales/actividades físicas de forma regular en las escuelas, universidades y otros espacios públicos; y establecer alianzas estimulando prácticas corporales/actividad física en el ambiente de trabajo.

Acciones de monitoreo y evaluación

- Desarrollar estudios y formular metodologías capaces de producir evidencias y comprobar la efectividad de estrategias de prácticas corporales/actividades físicas para el control y en la prevención de las enfermedades crónicas; estimular la articulación con instituciones de educativas y de investigación para el monitoreo y la evaluación de las acciones en el campo de las prácticas corporales/actividad física; y consolidar la Investigación de Salud de los Escolares (SVS/MS) como una forma de monitoreo de las prácticas corporales/ actividad física de los adolescentes.

El consumo excesivo de alcohol

- El consumo excesivo de alcohol es responsable por 3,7% de todas las muertes y por determinar 4,4% de la carga global de enfermedades en el mundo. Ese valor medio de 3,7% de la mortalidad aumenta para 5% en la población con menos de 60 años de edad. En cuanto a la mortalidad, la primera determinación es de causas externas, seguida por las enfermedades cardiovasculares y cánceres. La carga de enfermedades atribuida al consumo excesivo de alcohol es cuatro veces mayor en los hombres que en las mujeres. Con respecto a la carga de enfermedades medida por los años de

vida perdidos ajustados por discapacidad (AVADs), los disturbios neuropsiquiátricos constituyen la primera causa, seguida de las causas externas. Además de la carga de enfermedades, el consumo excesivo de alcohol determina serios problemas sociales como problemas interpersonales y familiares, problemas en el trabajo, violencia, criminalidad y marginalización social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Estudios realizados en diferentes países demostraron que el consumo de alcohol está distribuido irregularmente en la población que bebe; generalmente, mitad del alcohol consumido es ingerido por 10% de la población (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Las consecuencias de consumo excesivo de alcohol, teniendo en cuenta el tema tratado aquí son las condiciones crónicas, son bien conocidas: problemas neurológicos como accidentes cerebrovasculares, neuropatías y demencia (CORRAO *et al.*, 2002; CORRAO *et al.*, 2004); problemas psiquiátricos como ansiedad, depresión y suicidio (CASTANEDA *et al.*, 1996); enfermedades cardiovasculares como infarto agudo del miocardio, hipertensión y fibrilación auricular (REHM *et al.*, 2003); cánceres de boca, garganta, esófago, hígado, colorrectal y mama (INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER, 2006; BAAN *et al.*, 2007); y enfermedades hepáticas como hepatitis alcohólica y cirrosis hepática.

En los Estados Unidos, el consumo excesivo de alcohol es responsable por: 79 mil muertes por año, lo que significa la tercera principal causa de muerte en el país; 1,6 millones de hospitalizaciones en el año de 2005; y por 4 millones de consultas anuales en unidades de urgencia y emergencia (MOKDAD *et al.*, 2004; McCAIG y BURT, 2005).

En Brasil, una encuesta domiciliaria realizada en 2001, permitió estimar la existencia de 19,7 millones de alcohólicos, lo que correspondía a 11,2% de la población; esa prevalencia varió de 17,1% en los hombres a 5,7% en las mujeres (CARLINI *et al.*, 2001). La Investigación Vigitel 2006 (MINISTERIO DE SALUD, 2007) encontró que el consumo abusivo de bebidas alcohólicas (individuos que en los últimos treinta días consumieron, en un único día, más de cuatro dosis de bebidas alcohólicas, en el caso de las mujeres o más de cinco dosis, en el caso de los hombres) fue dos veces más frecuente en hombres (16,1%) que en las mujeres (8,1%). En ambos sexos, la frecuencia fue mayor en los grupos etarios más jóvenes, alcanzando cerca de 30% de los hombres y 10% de las mujeres entre 18 y 44 años de edad. A partir de los 45 años de edad declinó progresivamente hasta llegar a 5% de los hombres y 1% de las mujeres con 65 años de edad o más. No hubo variación significativa con el nivel de escolaridad de las personas. La investigación Vigitel de 2010 mostró que 18,0% de la población brasileña consume bebidas alcohólicas de manera abusiva (MINISTERIO DE SALUD, 2011). Almeida Filho *et al.* (2004) realizaron una encuesta domiciliaria en el municipio de Salvador para evaluar el consumo de riesgo de alcohol constatando que la prevalencia de ese tipo de consumo fue de 7%, siendo seis veces mayor en los hombres que en las mujeres; fue encontrada

una asociación positiva con la educación y la clase social. Costa *et al.* (2004) estudiaron el consumo pesado de alcohol y verificaron una prevalencia media de 14,3%, variando de 29,0% en los hombres a 3,7% en las mujeres; hubo asociaciones con el sexo (más frecuente en los hombres), edad (más frecuente en la población de 60 a 69 años), color de la piel (más frecuente en las personas negras o mestizas), clase social (más frecuente en la clase E que en la clase A) y tabaquismo (más frecuente en los fumadores pesados). Soldera *et al.* (2004) encuestó estudiantes de la enseñanza primaria y secundaria en Campinas, con edad media de 15 años, y verificaron una prevalencia de alcoholismo pesado en 15,9% de los niños y en 7,7% de las niñas. Souza *et al.* (2005) evaluaron estudiantes de escuelas públicas de Cuiabá, en el grupo de 10 a 20 años, verificando que los estudiantes trabajadores presentaban un consumo de alcohol de 81,0%, mientras que los no trabajadores de 65,8%. Silva *et al.* (2006) estudiaron adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 24 años de edad, matriculados en cursos de salud, y notaron que el consumo de alcohol, en los últimos 12 meses, fue relatado por 84,7% de los participantes.

Las estrategias de prevención y control del consumo excesivo de alcohol, como todas las otras políticas preventivas, pueden desarrollarse en los ámbitos macro, meso y micro y pueden envolver diversas intervenciones.

Esas estrategias pueden incluir intervenciones para reducir la disponibilidad de alcohol mediante la regulación estatal de los intereses privados en el mercado del consumo humano de alcohol a través de acciones de control de la producción, distribución y propaganda de las bebidas alcohólicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Las regulaciones deben incidir sobre el número de puntos de venta, su localización y sus horarios de funcionamiento. Existen evidencias de que el consumo de alcohol está asociado con la cantidad de puntos de venta. El aumento de los impuestos sobre bebidas alcohólicas puede ser considerado también, ya que existen evidencias de que contribuye para disminuir el consumo y reducir los daños en salud, pero su efectividad depende de medidas concomitantes de reducción del contrabando y el mercado negro. El impacto de esa medida es de largo plazo. El establecimiento de edad mínima para la adquisición y el uso de bebidas alcohólicas es una medida efectiva. Las medidas de restricción de la propaganda de bebidas alcohólicas deben ser implementadas porque existe evidencia de la relación entre esa propaganda y el comportamiento de las personas, especialmente de jóvenes, haciéndolos más propensos a convertirse en usuarios de alcohol (STACEY *et al.*, 2004; SNYDER *et al.*, 2004; HASTINGS *et al.*, 2005). La propuesta de autorregulación no parece prevenir el impacto sobre los jóvenes y funcionar solamente en aquellos momentos en los que hay una amenaza de regulación por parte del gobierno (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). La prohibición de manejar vehículos después de la ingestión de bebidas alcohólicas ha sido evaluada como muy efectiva en la reducción de los daños a la salud de las personas (DELANEY *et al.*, 2006). Las impresiones iniciales de la entrada en vigor de la "Ley Seca" en Brasil, apuntan en

esa misma dirección. La regulación del horario de funcionamiento de los puntos de venta, tal como muestra la experiencia de Diadema, en São Paulo, parece ser efectiva.

Otro grupo de intervenciones están en el campo de la educación y de la persuasión. Una variedad de estrategias educacionales y persuasivas han sido propuestas para prevenir y controlar el consumo excesivo de alcohol y sus consecuencias, lo que incluye: programas de educación de jóvenes en las escuelas; campañas publicitarias masivas; utilización de páginas interactivas en la Internet; etiquetado de productos alcohólicos con informaciones y advertencias; acciones de prevención y control conjuntas de escuelas, familias y comunidades; e iniciativas comunitarias para establecer normas sobre consumo y distribución de bebidas alcohólicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007). Existe evidencia de que las campañas publicitarias de masa producen efectos, principalmente en áreas donde hay una fiscalización de la policía sobre el consumo de bebida (HOLDER, 1998). Existen, también, evidencias de la efectividad de la acción combinada de acciones en la escuela y en la comunidad (BABOR *et al.*, 2003).

En el plano micro, deben ser ofertadas intervenciones preventivas y de tratamiento del consumo excesivo de alcohol, con tres objetivos: como un enfoque humanitario para alivio del sufrimiento humano, como un método para reducir el consumo de alcohol en la población y como una manera de reducir los daños sanitarios y económicos de ese consumo abusivo. Existen evidencias, obtenidas en diferentes países y en diferentes tipos de servicios de salud, de que el rastreo oportuno y las intervenciones breves son efectivas y costo efectivas en personas con problemas de salud determinados por el consumo excesivo de alcohol, pero sin una dependencia severa (WHITLOCK *et al.*, 2004). Esas tecnologías han sido altamente diseminadas en todo el mundo, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo (BABOR y BIDDLE, 2000), y han sido estimuladas por la Organización Mundial de la Salud (HEATHER, 2006). Para las personas con adicción severa al alcohol hay una serie de abordajes de tratamiento especializado, incluyendo intervenciones comportamentales, farmacológicas y psicosociales, de diversas intensidades, en el ámbito domiciliario, de los servicios y comunitarios. Existen evidencias de que las personas sometidas a esos tratamientos, de forma apropiada, presentan mejores resultados sanitarios que aquellas que no se someten a ellos y que los individuos con problemas más complejos o con bajo apoyo social requieren abordajes más intensivos (TIMKO *et al.*, 1999). Estrategias comunitarios como los alcohólicos anónimos han sido usadas con frecuencia.

La Política Nacional de Promoción de la Salud propone las siguientes acciones específicas en relación al uso excesivo de alcohol (MINISTERIO DE SALUD, 2006d): inversiones en acciones educativas y sensibilizadoras para niños y adolescentes en cuanto

al consumo abusivo de alcohol y sus consecuencias; producción y distribución de material educativo para orientar y sensibilizar la población sobre los peligros del consumo abusivo de alcohol; la promoción de campañas municipales en conjunto con las agencias de tránsito para alertar sobre las consecuencias de conducir alcoholizado; desarrollo de iniciativas para la reducción de daños causado por el consumo de alcohol que envuelvan la corresponsabilización y la autonomía de la población; inversión en el aumento de informaciones por los medios de comunicación sobre los riesgos y los daños asociados al uso abusivo de alcohol y los accidentes/violencias; y apoyo a la restricción de acceso a bebidas alcohólicas de acuerdo con el perfil epidemiológico de un determinado territorio, protegiendo segmentos vulnerables y priorizando situaciones de violencia y daños sociales.

CAPÍTULO 4 – LOS CAMBIOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y LA GESTIÓN DE LA CLÍNICA

En el capítulo anterior, el MACC fue considerado en su primer nivel de promoción de la salud con intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud intermedios y en su segundo nivel de prevención de las condiciones de salud con intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud proximales, relacionados con los comportamientos y los estilos de vida. En este capítulo son consideradas las actividades del tercer, cuarto y quinto nivel, correspondientes a manifestaciones sobre los determinantes individuales, de factores de riesgo biopsicológicos y de condiciones de salud ya establecidas que, para un abordaje clínico adecuado, son estratificadas por riesgos y manejadas a través de tecnologías de gestión de la clínica: gestión de la condición de salud y gestión de caso. De esa manera, este capítulo completa la comprensión integral del MACC. Aunque el MACC no use las tecnologías de auditoría clínica (a no ser como parte de la gestión de los riesgos de la atención de salud) y de lista de espera, esas tecnologías son abordadas también, por ser importantes herramientas de gestión de la clínica. Además, este capítulo sugiere una metodología de implantación del MACC y propone un sistema para evaluación de las RASs.

UNA NUEVA CLÍNICA: LOS CAMBIOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD

La utilización del MACC implica asumir que deben ser promovidos cambios profundos en la forma como se presta la atención de salud. Esos cambios son necesarios porque, como fue advertido por Donald Berwick, *“No podemos practicar la clínica del siglo XIX en el mundo del siglo XXI. Es necesario cambiar”* (LIPPMAN, 2000).

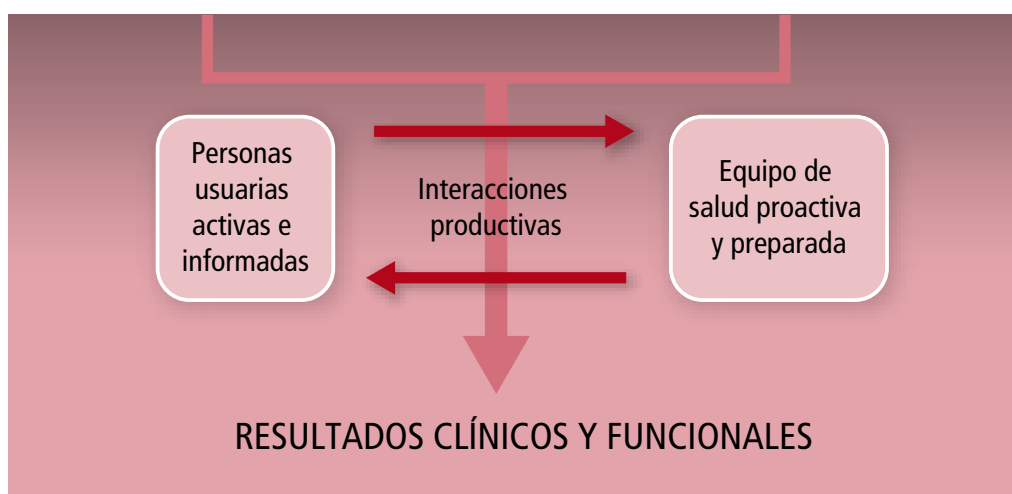
El fracaso de los sistemas de atención de salud fragmentados, en el plano micro, determinó la quiebra de la principal institución que lo sustentó, la consulta médica de corta duración. Por eso, para tener éxito en el manejo de las condiciones crónicas, es necesario modificar radicalmente la forma como se producen los encuentros clínicos entre equipos y profesionales de salud. No es una exageración afirmar que una atención adecuada de las condiciones crónicas instituye una nueva clínica.

Esos cambios en la atención de salud son muy significativos y profundos y están integrados en el MACC, especialmente porque deben recualificar, en el plano horizontal, las interacciones productivas entre equipos de salud proactivas y preparadas y personas

usuarias activas e informadas que son imprescindibles para la obtención de resultados clínicos y funcionales para la población, tal como se propone en el CCM.

Es lo que puede verse en la Figura 14 y lo que reproduce la parte inferior del CCM, representada en la Figura 12.

Figura 14: La atención de salud según el modelo de atención crónica (CCM)



Fuente: Wagner (1998)

Las interacciones productivas entre las personas usuarias y el equipo de salud se diferencian de las interacciones corrientes, establecidas en la atención de las condiciones crónicas en los sistemas fragmentados, que tienden a ser frustrantes para ambos lados en la atención de salud. Para que sean instituidas las relaciones productivas entre los equipos de salud y las personas usuarias, algunos procesos de cambio deben ser implementados en el ámbito de esas relaciones lo que implica transformaciones profundas en la atención de las condiciones crónicas.

Los cambios en la atención de salud deben producirse en ocho dimensiones principales: atención prescriptiva y centrada en la enfermedad y atención colaborativa y centrada en la persona y en la familia; atención no programada y atención programada; atención uniprofesional y atención multidisciplinaria; atención médica especializada y atención médica generalista; atención presencial y atención no presencial; atención individual y atención en grupo; atención profesional y atención por parte de legos; y atención profesional y autocuidado apoyado.

ATENCIÓN PRESCRIPTIVA Y CENTRADA EN LA ENFERMEDAD Y ATENCIÓN COLABORATIVA Y CENTRADA EN LA PERSONA Y EN LA FAMILIA

El primer cambio es el de la atención prescriptiva y centrada en la enfermedad para la atención colaborativa y centrada en la persona y en la familia.

Para que las relaciones productivas se consoliden entre los equipos de salud y las personas usuarias debe ser superada la atención prescriptiva y centrada en la enfermedad e implantada una nueva forma de relación denominada atención colaborativa de las condiciones crónicas (VON KORFF, 1997) o atención centrada en la persona y en la familia (JOHNSON *et al.*, 2008).

Uno de los fundamentos de la atención centrada en la persona y en la familia está en la diferencia de las necesidades individuales en términos de enfermedades que, en inglés, se produce entre los términos “disease” e “illness”. Enfermedad (“disease”) es una condición del organismo o una parte del organismo, que promueve trastornos en sus funciones. “Illness” se refiere a la condición de sentirse mal o sufrir de forma difusa. Algunas personas tienen una enfermedad, pero no se están sintiendo mal (“ill”), como en el caso de una diabetes no diagnosticada. Por otro lado, muchas personas se sienten mal, pero no se encuentra ninguna causa para explicar sus síntomas. Sentirse mal (“illness”) se manifiesta de dos formas: los síntomas físicos medicamente no explicables, a veces denominados trastornos somatoformes o somatizaciones que, generalmente, están asociados con algunos tipos de dolores; y la hipocondría o ansiedad excesiva en relación a una enfermedad (GRAY, 2009).

Una clínica excesivamente orientada para la enfermedad no será capaz de manejar el sentirse mal o los sufrimientos causados por las enfermedades. Esas condiciones son muy prevalentes en la práctica clínica cotidiana. Se estima que mitad de las personas atendidas por los médicos de la APS presentan síntomas físicos medicamente no explicables (GAWANDE, 2002). Existe, sin embargo, evidencia importante de que los síntomas físicos medicamente no explicables pueden ser tratados con efectividad por la terapia cognitiva (GROOPMAN, 2001).

Uno de los puntos más importantes en la crítica a los sistemas fragmentados de atención de salud es la destitución de los portadores de condiciones crónicas como agentes de su salud, evidenciado rutinariamente en la queja sistemática de las personas usuarias de que no son escuchadas por el equipo de salud y de que no participan proactivamente en su tratamiento (GROL *et al.*, 2000; IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008). En ese sentido, el uso común de la palabra paciente, para referirse a aquellos que reciben los cuidados de salud, caracteriza muy bien las personas que

procuran, de forma pasiva, la atención de salud, porque el significado de la palabra paciente en el diccionario, se refiere a aquél que perdió su condición de agente.

Por otro lado, la atención de salud prescriptiva y centrada en la enfermedad es también, frustrante para los profesionales de salud, especialmente los de la APS, porque ellos tienen un control pequeño sobre su proceso de trabajo y porque están permanentemente presionados por metas de productividad y estresados por la pequeña variabilidad de su práctica clínica cotidiana (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

Existen evidencias que comprueban la pasividad de las personas usuarias en sus relaciones con los equipos de salud. Un estudio de 1.000 consultas filmadas, realizadas por 124 médicos, mostró que las personas usuarias participaron de las decisiones clínicas en, apenas, 9% del tiempo (BRADDOCK *et al.*, 1999). Un otro trabajo constató que los médicos interrumpieron las personas usuarias después de una media de tiempo de 23 segundos, lo que las impedían de narrar sus historias iniciales y que los médicos solicitaron para 25% de esas personas que expusieran sus visiones de los problemas de salud que las llevaron a procurar la atención médica; cuando interrumpidas, 50% de esas personas terminaron su historia en menos de 60 segundos y 80% en menos de dos minutos (MARVEL *et al.*, 1999). Otro estudio evidenció que, mientras a la mitad de las personas usuarias les gustaría dejar la decisión clínica final para sus médicos, 96% prefirieron tener la opción de elegir y tener sus opiniones consideradas por los médicos (LEVINSON *et al.*, 2005). Un estudio comprobó que las personas tienden a participar más positivamente en la atención de su salud cuando sus médicos las estimulan a hacerlo (STREET *et al.*, 2005). La decisión de participar proactivamente en la atención de salud puede variar en diferentes países, de acuerdo con las particularidades culturales, siendo de 91% en Suiza y de 44% en España (COULTER y MAGEE, 2003). Cincuenta a 70% de las consultas, incluso para enfermedades crónicas, son meramente informativas porque están organizadas en la lógica de la atención de las condiciones y los eventos agudos, centradas en la queja principal, una característica de la atención de salud en los sistemas fragmentados (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

La atención colaborativa y centrada en la persona y en la familia reposiciona las personas usuarias en la relación con los profesionales de salud porque ellas dejan de ser pacientes para convertirse en las principales productoras sociales de su salud (HOLMAN y LORIG, 2000; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003). Por eso, algunos sistemas de atención de salud ya consideraron las personas usuarias como miembros del equipo de atención de salud, especialmente en la APS (PORTER, 2007; KELLOGG, 2007).

El Cuadro 8 compara las principales características de la persona-paciente y de la persona-agente en la atención de las condiciones crónicas.

Cuadro 8: Principales características diferenciadoras de la persona-paciente y de la persona-agente en la atención de las condiciones crónicas

PERSONA-PACIENTE	PERSONA-AGENTE
Cumple las prescripciones del equipo de salud	Comparte con el equipo la responsabilidad por su salud
Actúa pasivamente	Actúa proactivamente
Expone su queja y narra su historia cuando solicitada por el equipo de salud	Es asertiva, presenta su queja y su historia y elabora, en conjunto con el equipo de salud, el plan de cuidado, de acuerdo con sus necesidades, sus valores y sus preferencias
Sigue las prescripciones del equipo de salud	Decide lo que hacer en conjunto con el equipo de salud
Confía exclusivamente en el equipo de salud para resolver su problema	Busca apoyo y orientación en el equipo de salud para resolver su problema
Aprende sobre su condición crónica con el equipo de salud	Se autoinforma y aprende con el equipo de salud sobre su condición crónica
Responde las preguntas del equipo de salud sobre la evolución de su condición crónica	Comparte con el equipo de salud la evolución de su condición crónica y la monitorea en los períodos entre los contactos con los profesionales
Recibe prescripciones sobre medicamentos del equipo de salud	Se convierte en corresponsable por el tratamiento medicamentoso con el equipo de salud
Demanda el sistema de atención de salud cuando siente necesidad	Demanda el sistema de atención de salud cuando siente necesidad, pero también es contactada activamente por el sistema, en conformidad con el plan de cuidado

Fuentes: New Health Partnerships (2008); Bengoa (2008)

En el MACC, interacción productiva significa que el cuidado es realizado de modo colaborativo, basado en evidencia y atendiendo a las necesidades de salud de las personas usuarias, con la participación de la familia y que envuelve: la evaluación del estado de salud; la evaluación de las habilidades y del grado de confianza para el autocuidado; la atención personalizada y estructurada en directrices clínicas; el plan de cuidado elaborado en conjunto por el equipo de salud y la persona usuaria, con metas e instrumentos de solución de problemas acordados; y el monitoreo activo y colaborativo del plan de cuidado.

El clásico informe del Instituto de Medicina sobre el abismo de la calidad en los Estados Unidos definió algunas características centrales de una atención de salud centrada en la persona y en la familia: provee la información, la comunicación y la educación

que las personas necesitan y desean; respeta los valores, las preferencias y las personas; y garantiza el bienestar físico, el apoyo emocional y la participación de la familia (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

La atención centrada en la persona y en la familia opera con cuatro conceptos claves: dignidad y respeto, intercambio de informaciones, participación y colaboración. Dignidad y respeto significa que los equipos de salud escuchan y respetan las perspectivas y elecciones de las personas y de las familias, así como incorporan, en los planes de cuidados, sus conocimientos, valores, creencias y características culturales. Intercambio de informaciones implica la comunicación y el intercambio de informaciones completas y no tendenciosas entre el equipo de salud y las personas y las familias, de manera positiva; las personas y las familias deben recibir informaciones amplias, oportunas y fidedignas para que puedan participar efectivamente en el proceso de toma de decisiones de la salud. Participación exige que las personas y las familias sean estimuladas y apoyadas para participar de las decisiones en todos los niveles de atención de salud que quieran. Colaboración se expresa en una relación cooperativa entre las personas, las familias y el equipo de salud para desarrollar, implementar y evaluar los programas de salud y la prestación de los servicios (JOHNSON *et al.*, 2008).

La atención centrada en la persona y en la familia coloca el concepto clave de la alianza terapéutica, que consiste en un agenda común, en el intercambio de informaciones, en las decisiones compartidas y en el establecimiento de relaciones de confianza, de respeto y de empatía entre el equipo de salud y las personas usuarias de los sistemas de atención de salud. Existe evidencia de que a partir de la alianza terapéutica, se posibilita una mayor adhesión a los tratamientos y se obtienen mejores resultados sanitarios (BODENHEIMER y GRUMBACH, 2007).

La atención centrada en la persona y en la familia representa un cambio radical en relación a los modelos convencionales posibilitando al equipo de salud saber lo que es mejor para las personas usuarias. En ese nuevo modelo de atención de salud los profesionales no son prescriptores que monopolizan los conocimientos sobre lo que las personas tienen, lo que ellas necesitan y lo que las debe motivar. Al contrario, aquí, la palabra esencial es la alianza entre el equipo de salud, la persona y la familia. Esa relación se instituye con base en el reconocimiento y en la valorización de que las personas y sus familias poseen ciertos conocimientos, habilidades, fortalezas, expectativas, preferencias y recursos interiores que deben ser considerados en el plan de cuidado. Además, la atención centrada en la persona y en la familia se lleva a cabo de forma relacional y orientada para resultados. Relacional porque la actitud del equipo de salud se orienta por la apertura, el respeto genuino y el bienestar del otro. Las personas cambian con mayor facilidad en contextos en los que se establecen relaciones basadas en la confianza mutua. Orientada para resultados porque el plan de cuidado tiene

como elemento central la definición conjunta de metas, de acuerdo con el grado de importancia y de confianza establecido por las personas usuarias (MORRISON, 2007).

La participación de la persona y de la familia en la atención de salud envuelve la comprensión del proceso salud/enfermedad y los factores que influyen sobre este proceso; el autodiagnóstico y el manejo de ciertos síntomas menores; la selección de los tratamientos, en alianza con los profesionales de salud; el uso apropiado de las tecnologías de tratamiento y de medicamentos; el monitoreo de los síntomas y de la evolución del tratamiento; la conciencia sobre la seguridad de las tecnologías sanitarias utilizadas; y la adopción de comportamientos de promoción de la salud y de prevención de condiciones de salud. Para que eso pueda ocurrir, la atención centrada en la persona y en la familia utiliza tres estrategias fundamentales: la atención colaborativa con el equipo de salud, la alfabetización sanitaria y el autocuidado apoyado (COULTER *et al.*, 2008).

La atención centrada en la persona y en la familia demanda habilidades de comunicación singulares de las personas usuarias y de los equipos de salud. Por parte de las personas usuarias implica la estructuración del proceso narrativo, la reflexión sobre su condición de vida, la reconstrucción de su historia y la identificación con la salud; por parte de los equipos de salud, el desarrollo de la escucha y de las habilidades comunicativas, la búsqueda de la empatía con el otro y la reflexión sobre la práctica mediada por los conocimientos individuales y por la vivencia interdisciplinaria.

La atención centrada en la persona y en la familia se justifica mucho más en las situaciones en la que hay más de un curso posible de acción y en las que ninguna opción es autoevidente para el equipo de salud y para la persona y su familia. En algunas circunstancias, como es el caso de personas mayores en situaciones críticas de salud, hay una tendencia a dejar las decisiones para el equipo de salud (BASTIAENS *et al.*, 2007).

Las estrategias adoptadas, en diferentes países, para el fortalecimiento de las relaciones entre el equipo de salud y las personas usuarias envuelven acciones sistémicas que se producen en el nivel micro de las relaciones entre las personas usuarias y los equipos de salud, y en los niveles del microsistema y del macrosistema de atención de salud (BODENHEIMER y GRUMBACH, 2007). Eso puede envolver: la elaboración de cartas de derechos y deberes de los usuarios; el uso de incentivos financieros; los procedimientos de regulación de los profesionales de salud que exijan la participación de las personas usuarias en la atención; el suministro de materiales de informaciones en salud; la educación permanente de los profesionales de salud en habilidades de comunicación; y la utilización de tecnologías de empoderamiento de las personas usuarias en los sistemas de atención de salud. Los profesionales de salud deben adquirir conocimientos y habilidades para: comprender la perspectiva de las personas usuarias; orientar las personas usuarias para fuentes seguras de información; educar para pro-

teger la salud y prevenir que la ocurrencia o recurrencia de las condiciones de salud; tener en cuenta las preferencias de las personas usuarias; comunicar las probabilidades de riesgos de la atención; compartir decisiones de tratamiento; trabajar en equipos multiprofesionales; utilizar tecnologías que faciliten el compromiso de las personas con su atención; y gestionar el tiempo efectivamente para que todo eso sea posible (COULTER *et al.*, 2008).

Existen evidencias de que procesos educacionales pueden aumentar las habilidades de comunicación de médicos, enfermeros y farmacéuticos y que eso determina una mayor participación de las personas usuarias, una reducción de la ansiedad y una mayor satisfacción con la atención compartida (BIEBER *et al.*, 2006). La participación proactiva de las personas usuarias conduce a una disminución de las prescripciones médicas y del costo de la atención de salud (COHEN *et al.*, 2004; STEVENSON *et al.*, 2004). La aplicación de tecnologías de empoderamiento de las personas usuarias como la preparación para una consulta, la utilización de diarios y los resúmenes de las consultas realizadas, aumentan el conocimiento de las personas y las colocan en posición de mayor control sobre su salud (GRIFFIN *et al.*, 2004). Los instrumentos de apoyo a las decisiones de las personas usuarias son efectivos e incentivan una aproximación del equipo de salud y de las personas, incrementan el conocimiento, determinan mayor adhesión a los tratamientos prescritos, mayor percepción de los riesgos involucrados y mayor respeto por las opciones y los valores de las personas (ELWYN *et al.*, 2006; OTTAWA HEALTH RESEARCH INSTITUTE, 2008). Además, pueden reducir en aproximadamente en 25% las tasas de cirugías electivas que presentan entre sí una enorme variabilidad en diferentes servicios de salud (O'CONNOR y STACEY, 2005).

Además, existen otras evidencias que defienden la introducción de la atención de salud colaborativa y centrada en la persona y en la familia. Ese tipo de atención promueve resultados positivos en la mejora de la satisfacción de las personas usuarias, en su participación en el proceso de atención, y en la calidad de vida de los usuarios (GLLOTH, 1990; SELTZER *et al.*, 1992; ANDERSON *et al.*, 1995; MALY *et al.*, 1996; WILLIAMS *et al.*, 1998; ARORA y McHORNEY, 2000; STEWART *et al.*, 2000; BERKKE *et al.*, 2001; NORRIS *et al.*, 2001; ROTHERT y O'CONNOR, 2001; HEISLER *et al.*, 2002; JOHNSON y BAMENT, 2002; KENNEDY y ROGERS, 2002; MEAD y BOWER, 2002; GLASGOW *et al.*, 2003; HEISLER *et al.*, 2003; LAFFEL *et al.*, 2003; PIETTE *et al.*, 2003; LEWIN *et al.*, 2004; LITTLE *et al.*, 2004; OLIVER *et al.*, 2004; SCLEGAJ *et al.*, 2004; WETZELS *et al.*, 2004; OSTERBERG y BLASCHKE, 2005; SINGH, 2005a; BODENHEIMER, 2007; HIBBARD *et al.*, 2007; AUSTRALIAN GOVERNMENT, 2008); y en la disminución de los costos de la atención (EPSTEIN *et al.*, 2005).

Bodenheimer (2007) realizó un estudio de caso sobre el Sr. P, un hombre de 63 años de edad, portador de múltiples factores de riesgos cardiovasculares y con baja adhesión a los tratamientos prescritos, en el cual concluyó que la transformación de

un paciente en un agente proactivo es un factor determinante para la obtención de resultados sanitarios favorables.

Las evidencias colectadas hicieron con que varios países del mundo como Alemania, Australia, Canadá, Estados Unidos, Francia, Holanda, Italia y Reino Unido adoptaran, cada vez más, políticas de implementación de la atención centrada en la persona y en la familia (COULTER *et al.*, 2008). En Brasil, la atención centrada en la persona y en la familia ha sido usada crecientemente por equipos del PSF (LOPES, 2005).

Como consecuencia de la adopción creciente de la atención centrada en la persona y en la familia, comienzan a aparecer propuestas para su evaluación. Una de ellas, está estructurada en las siguientes dimensiones: liderazgo; misión, visión y valores; mejora de la calidad; recursos humanos; información y educación; valores étnicos y culturales; alfabetización sanitaria; apoyo a la atención; y alianza entre el equipo de salud, la persona y la familia (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2008).

La atención centrada en la persona y en la familia implica que las personas usuarias de los sistemas de atención de salud sean portadoras de derechos y deberes que deben ser definidos y explícitos en las Cartas de las Personas Usuarias. En el Recuadro 14 la Organización Panamericana de la Salud sintetiza los principales derechos y deberes de las personas usuarias encontrados en la experiencia internacional.

Recuadro 14: Derechos y deberes más encontrados en las Cartas de las Personas Usuarias de los Sistemas de Atención de Salud

Los derechos de las personas usuarias son:

- Medidas preventivas para prevenir las enfermedades, incluyendo la educación en salud.
- Ambiente saludable y seguro que garantice salud o bienestar físico y mental.
- Acceso a la atención integral en los servicios de salud y con equidad para todos los grupos sociales.
- Acogida humanizada.
- Acceso a información sobre la condición de salud, los servicios prestados, la investigación y la innovación tecnológica.
- Participación y consentimiento informado en relación al estado de salud, a las decisiones clínicas y a la investigación científica.
- Posibilidad de elección entre diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Privacidad y confidencialidad de las informaciones concernientes al estado de salud y a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Observación de patrones de calidad.
- Seguridad de la atención de salud para las personas usuarias.
- Evitar sufrimiento o dolor innecesarios.
- Tratamiento adecuado a las necesidades individuales de las personas usuarias.
- Servicios ajustados a los valores de las personas usuarias, respetando sus creencias y culturas y sus necesidades de género.
- Posibilidad de reclamar y recibir respuestas apropiadas.
- Compensación moral y económica por daños físicos, morales o psicológicos causados por los servicios de salud.

Recuadro 14: Derechos y deberes más encontrados en las Cartas de las Personas Usuarias de los Sistemas de Atención de Salud

Los deberes de las personas usuarias son:

- Responsabilidad de las personas usuarias consigo mismas, lo que significa la responsabilidad en mantener o promover la propia salud y recuperarla participando proactivamente en el tratamiento de su condición de salud.
- Responsabilidad con los demás, no causando daños a la salud de otras personas mediante tratamiento abusivo, violento o de acceso moral o sexual.
- Responsabilidad con el sistema de atención de salud, contribuyendo para el uso justo y eficiente de los recursos del sistema.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2010)

En Brasil, el Ministerio de Salud (2006c) definió los principios básicos de los derechos de las personas usuarias del SUS: todo ciudadano tiene derecho al acceso ordenado y organizado a los sistemas de atención de salud; todo ciudadano tiene derecho a tratamiento adecuado y efectivo para su problema; todo ciudadano tiene derecho a tratamiento humanizado, acogedor y libre de cualquier discriminación; todo ciudadano tiene derecho a una atención que respete su persona, sus valores y sus derechos individuales; todo ciudadano tiene responsabilidades para que su tratamiento se produzca de forma adecuada; y todo ciudadano tiene derecho al comprometimiento de los gestores de salud para que los principios anteriores sean cumplidos.

Además de la atención colaborativa, una de las estrategias fundamentales de la atención centrada en la persona y en la familia es la alfabetización sanitaria.

Alfabetización sanitaria es el grado de acumulación, por parte de las personas usuarias de los sistemas de atención de salud, de capacidades para obtener, desarrollar, procesar y comprender las informaciones básicas que les permitan tomar decisiones y utilizar plenamente los servicios en beneficio de su salud. Eso incluye la capacidad de organizar y compartir con el equipo de salud el las vivencias y valores de cada persona y de cada familia. Una definición más abarcadora considera la alfabetización sanitaria como la capacidad de tomar decisiones maduras relacionadas con la salud en los contextos de la vida cotidiana, en espacios tales como el domicilio, el sistema de atención de salud, el trabajo y la arena política (COULTER *et al.*, 2008).

En Brasil, alguno trabajos importantes sobre las relaciones entre escolaridad y acceso a los servicios de salud (QUADROS *et al.*, 2004; NOVAES *et al.*, 2006; RIBEIRO *et al.*, 2006; TRAVASSOS *et al.*, 2006; LIMA-COSTA y MATOS, 2007; PEREIRA *et al.*, 2007), pero el tema específico de la alfabetización sanitaria no ha sido discutido significativamente y merece una mayor atención porque, ciertamente, es un obstáculo para la atención centrada en la persona y en la familia en el SUS.

La alfabetización sanitaria va más allá de la capacidad de lectura y envuelve otras, igualmente importantes, como la capacidad de escuchar, de hablar, de comprender, de hacer ciertas operaciones matemáticas muy básicas y, principalmente, de exponer los conocimientos acumulados a lo largo de la vida y de expresar, de forma asertiva, sus valores y sus preferencias en términos de atención de salud.

Existen tres niveles de alfabetización sanitaria: el nivel funcional: las habilidades básicas de leer y escribir necesarias para el efectivo funcionamiento en los contextos de la atención de salud; el nivel interactivo: las habilidades cognitivas y sociales que permiten la coparticipación en la atención de salud; y el nivel crítico, las habilidades de analizar y utilizar, de forma crítica, las informaciones sobre la salud (NUTBEAM, 2000).

En los Estados Unidos, en 1996, 46% de los americanos adultos, casi 90 millones de personas, presentaban dificultades para comprender y utilizar adecuadamente las informaciones y las orientaciones sobre su salud (INSTITUTE OF MEDICINE, 2003). Por eso, esa población presentaba peores niveles de salud y utilizaba más los servicios de urgencia y emergencia que la otra parte, constituida por 54% de la población. Para superar ese problema, se propuso la introducción de programas para reducir los efectos de la limitada alfabetización sanitaria en las escuelas en la educación primaria, así como en los programas de alfabetización de adultos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2004). En Europa, un estudio realizado en 22 países mostró que deficiencias de alfabetización sanitaria estaban asociadas con peores índices de salud (VON DEM KNESEBECK *et al.*, 2006).

La alfabetización sanitaria es una variable fundamental a ser considerada en el manejo de las condiciones crónicas porque afecta la capacidad de coparticipar en la atención de salud, de reconocer y registrar las señales y síntomas de una condición de salud, de autocuidarse, de utilizar prácticas preventivas y de comprender y adherir a los tratamientos prescritos, especialmente a los tratamientos medicamentosos. Por eso, han sido propuestas soluciones metodológicas para evaluación de la alfabetización sanitaria como herramienta de los servicios de salud (BAKER *et al.*, 1996).

Existen evidencias de que las deficiencias en la alfabetización sanitaria determinaron problemas como: menor capacidad de cuidado de las condiciones crónicas en general (WILLIAMS *et al.*, 1995; GAZMARARIAN *et al.*, 1999; BEERS *et al.*, 2003); los portadores de diabetes tuvieron más dificultad para controlar el nivel de glucosa y fueron más susceptibles a la ceguera (SCHILLINGER *et al.*, 2002); los portadores de cáncer de próstata tuvieron menos posibilidades de coparticipación en las decisiones sobre su tratamiento (KIM *et al.*, 2001); las personas usuarias de los sistemas de atención de salud tuvieron más dificultades de adherir a anticoagulantes terapéuticos (LASATER, 2003; WIN y SCHILLINGER, 2003), tuvieron menor comprensión de las prescripciones de medicamentos,

reportaron peores estados de salud (ARNOLD *et al.*, 2001; BAKER *et al.*, 2002) y presentaron 52% más riesgos de ser hospitalizados (BAKER *et al.*, 1998); y fue estimado que las fallas en la comprensión y la adhesión de las prescripciones de medicamentos fueron responsables, en los Estados Unidos, por 125.000 muertes anuales y por 100 mil millones de dólares anuales en costos de tratamientos y pérdida de productividad.

Aunque la limitada alfabetización sanitaria pueda afectar casi todos los grupos sociales, ella se manifiesta, con mayor fuerza relativa, en adultos, en personas mayores, en los pobres y en las personas con baja escolaridad.

Las relaciones entre escolaridad y alfabetización sanitaria son muy próximas (BARRETT *et al.*, 2008) y eso debe ser considerado en la situación brasileña y, especialmente, en el SUS, un sistema público universal. De acuerdo con la PNAD 2006, habían en Brasil, 12,3% analfabetos entre las personas con 5 o más años de edad, observándose, sin embargo, importantes diferencias regionales, ya que ese porcentaje en la Región Sur era de 7,6%, mientras que en el Noreste era de 22,10%. Habían también importantes diferencias de acuerdo con el ingreso familiar. La media de 10,4% de analfabetos entre las personas con 15 o más años de edad variaba de 17,9% para las personas con ingreso mensual familiar *per capita* menor que medio salario mínimo hasta 1,3% para las personas con más de dos salarios mínimos. En relación a la media de años de estudio en la población de más de 25 años de edad, ella era de 6,7 años para el país, pero variaba de 3,9 años en el quintil de menor ingreso a 10,2 años en el quintil de mayor ingreso. En relación al analfabetismo funcional, los datos mostraron una media nacional de 22,2% siendo mucho mayor en las personas mestizas y negras que en los blancos (IBGE, 2006). Es decir, existen profundas desigualdades en el país en cuanto a regiones, ingresos y color de la piel que determinan socialmente las deficiencias de alfabetización sanitaria.

Debe considerarse que los resultados de las deficiencias de alfabetización sanitaria son más importantes en la APS (BARRETT *et al.*, 2008). Consecuentemente, una APS de calidad debe incorporar entre sus preocupaciones fundamentales, estrategias que permitan trabajar con personas con *déficits* de alfabetización sanitaria para disminuir el impacto de esas deficiencias en los resultados de la atención.

La alfabetización sanitaria presenta tres grandes objetivos: la provisión y el intercambio de la información adecuada, el fomento del uso efectivo y apropiado de los recursos de salud y la reducción de las inequidades en salud.

Las necesidades de informaciones adecuadas son muy diversas y varían de acuerdo con la edad, la clase social, el género, las creencias y valores. Esas informaciones pueden variar a lo largo del desarrollo de una condición de salud. Por ejemplo, cuan-

do las personas reciben un diagnóstico, ellas necesitan informaciones prácticas para apoyar la atención, así como para reducir la ansiedad. Luego, ellas se concentrarán en los pronósticos de largo plazo y en el autocuidado, lo que implica informaciones más específicas y detalladas.

Para enfrentar el problema de las deficiencias de alfabetización sanitaria varias estrategias han sido utilizadas.

Para grupos de baja alfabetización sanitaria han sido desarrollados cursos, iniciativas con base comunitaria y la revisión de las informaciones para grupos con necesidades especiales. Evaluaciones de esas iniciativas han demostrado un mejor conocimiento y comprensión por parte de los usuarios (EAKIN *et al.*, 2002). Las informaciones visuales han sido utilizadas crecientemente.

Cada vez más se utiliza la Internet como fuente de información, pero eso puede provocar la exclusión de ciertos grupos como las personas mayores, algunos con necesidades especiales y grupos en situación de exclusión digital. Pero cuando esas barreras pueden ser superadas, existen evidencias de que esos grupos se benefician mucho de la información digital (GUSTAFSON *et al.*, 2002).

Informaciones en otros formatos electrónicos como textos en teléfonos móviles, audiotapes y otras intervenciones en ambiente web pueden aumentar la confianza de las personas usuarias y su habilidad para participar en las decisiones relacionadas con su salud y la mejora de los resultados sanitarios, especialmente cuando complementan las prácticas educacionales ofertadas en las unidades de salud.

De cualquier manera, las informaciones deben ser oportunas, apropiadas, confiables, seguras y relevantes. El equipo de salud usualmente piensa que es importante proveer información médica general como la etiopatogenia de las enfermedades, pero las personas están más interesadas en opciones de tratamientos, probabilidades de éxito o en como obtener apoyo para su condición de salud (SWAIN *et al.*, 2007).

ATENCIÓN NO PROGRAMADA Y ATENCIÓN PROGRAMADA

Un segundo cambio fundamental para alcanzar las interacciones productivas entre los equipos de salud y las personas usuarias de los sistemas de atención de salud está en la búsqueda de un equilibrio entre la atención de salud no programada y la atención de salud programada.

La forma de responder socialmente a las condiciones agudas y crónicas, a través de los sistemas de atención de salud, es lo que marca las diferencias entre la atención programada y no programada.

Las condiciones agudas y los eventos agudos de las condiciones crónicas deben ser respondidos a través de la atención no programada porque, generalmente, no es posible prever cuando una condición aguda va a ocurrir, ya sea una enfermedad infecciosa de curso corto, como una amigdalitis, un trauma o la agudización de una condición crónica. Por eso, es inherente a las condiciones y los eventos agudos una respuesta no programada. Eso es lo que justifica los puntos de atención de salud en una red de atención de urgencias y emergencias.

Al contrario, las condiciones crónicas, debido a su largo curso y, a veces, definitivo, deben ser manejadas a través de una atención programada. Es cierto que existen momentos de agudización en las condiciones crónicas, pero eso no puede ser considerado una condición aguda, sino un evento agudo derivado de complicaciones de las condiciones crónicas. Por lo tanto, las agudizaciones de las condiciones crónicas deben ser consideradas eventos agudos, y su ocurrencia debe ser entendida en la mayoría de los casos, como un evento centinela que señala una falla en el sistema de manejo de las condiciones crónicas.

Un sistema de atención de salud fuertemente centrado en la atención no programada es una señal de la fragilidad de la atención de las condiciones crónicas. Tómese el caso de un sistema público maduro, como el del Reino Unido, en el que 70% de los casos de urgencia y emergencia son resultantes de agudizaciones de condiciones crónicas (SINGH, 2005a; BIRMINGHAM AND BLACK COUNTY HEALTH AUTHORITY, 2006). Se sabe además, que una media de 40% de los casos en la atención no programada realizada en unidades de urgencia, no configuran de hecho urgencias, y por lo tanto no deberían ser atendidos en esos puntos de atención de salud (GOITIEN, 1990).

La atención no programada es el tipo de atención que se debe aplicar a las condiciones y eventos agudos, que acontece de forma intempestiva y sin posibilidades de previsión. Ese tipo de atención es absolutamente necesaria y los sistemas de atención de salud deben estar apropiadamente diseñados para eso. Sin embargo, su aplicación en situaciones de agudización de las condiciones crónicas debe ser minimizada, lo que envuelve acciones de mejora de la atención programada de las condiciones crónicas.

La atención no programada se centra en la conducta queja. Se caracteriza por la falta de informaciones estructuradas sobre las necesidades de las personas usuarias, por las diferentes expectativas de profesionales de salud y personas usuarias y por la imposibilidad de planificar totalmente la atención (IMPROVING CHRONIC ILLNESS

CARE, 2008). La atención no programada termina, generalmente, con una prescripción médica.

La atención programada es muy diferente. Es el tipo de atención que se debe aplicar a las condiciones crónicas, ofertada sin la presencia y el “ruido” del evento agudo y programada, previamente, con intervalos regulares y previsibles (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008). Es una atención que se produce con base en un plan de cuidado que fue elaborado por el equipo de salud en conjunto con la persona usuaria, y con el objetivo principal de posibilitar su monitoreo y de promover las alteraciones necesarias. La atención programada debe estar prevista en las directrices clínicas basadas en evidencias, según los diferentes estratos de riesgos de los portadores de una condición crónica. Esas directrices clínicas deben definir el tipo de consulta, quien la realiza, en que condiciones y con que frecuencia. La atención programada termina en un plan de cuidado elaborado o revisado y acordado entre el equipo de salud y las personas usuarias.

La atención programada debe obedecer algunos requisitos de calidad: prevenir las fallas mediante la estandarización a través de directrices clínicas basadas en evidencias que son aplicadas para las condiciones crónicas; identificar rápidamente las fallas y solucionarlas o reducir sus impactos negativos a través de un buen sistema de informaciones clínicas, centrado en una historia clínica informatizada y en el registro de los portadores de condiciones crónicas por estratos de riesgos; elaborar, colaborativamente, los planes de cuidado y la agenda de consultas periódicas; y rediseñar los procesos para superar las fallas ocurridas (KABCENELL *et al.*, 2006).

Los sistemas de atención de salud fragmentados, generalmente, presentan una relación desequilibrada entre la atención no programada y la atención programada, privilegiando la primera. Eso es natural porque ellos están estructurados, básicamente, para el control de las condiciones y los eventos agudos.

El enfrentamiento de las condiciones crónicas, predominantemente a través de respuestas discretas y no programadas, en unidades de emergencia ambulatoria u hospitalaria, conduce inevitablemente, al fracaso sanitario y económico de los sistemas de atención de salud. Como consecuencia, políticas de incremento de las unidades de emergencia, desconectadas de esfuerzos para mejorar la atención de las condiciones crónicas, especialmente en la APS, son estrategias ineficaces.

Ya que las condiciones agudas exigen una atención focalizada en el evento agudo y que habrá siempre, alguna cantidad de episodios de agudización de las condiciones crónicas, un sistema de atención de salud debe planificar la capacidad de oferta de la atención no programada para conseguir atender esa demanda. Por otro lado, en una RAS, organizada de acuerdo con el MACC, un objetivo principal debe ser minimizar la

ocurrencia de agudizaciones de esas condiciones y, consecuentemente, disminuir al máximo posible, la oferta de atención no programada. Acciones en ese sentido deben ser planificadas y deben estar basadas en la utilización de intervenciones que presenten evidencias de su efectividad.

La comprensión de esa dinámica de producción de las hospitalizaciones de urgencia y emergencia en los hospitales del Reino Unido, por condiciones crónicas indebidamente manejadas, llevó el Servicio Nacional de Salud a proponer, como meta para la mejora de la atención de las condiciones crónicas, una reducción de 5% en los días de hospitalizaciones no programadas, en el período de 2005 a 2008 (DEPARTMENT OF HEALTH, 2004).

Es posible reducir la atención no programada, ya sea ambulatoria u hospitalaria, implantándose RASs con los modelos de atención de las condiciones crónicas. Tómese el caso de las hospitalizaciones no programadas. Estudios indican que 75% de las rehospitalizaciones son evitables (IRANI *et al.*, 2007; BENGGOA, 2008). Billings *et al.* (2006) desarrollaron, con base en el estudio de las rehospitalizaciones del Reino Unido, un algoritmo que permite prever las probabilidades de rehospitalización de las personas usuarias de los sistemas de atención de salud en el período de un año.

En la literatura internacional, existen evidencias sobre el impacto del CCM en la reducción de esas hospitalizaciones (WAGNER, 1997; McALISTER *et al.*, 2001; BODENHEIMER *et al.*, 2002; BODENHEIMER, 2003; BIRMINGHAM AND BLACK COUNTY HEALTH AUTHORITY, 2006). Revisiones sistemáticas y meta-análisis realizados con portadores de insuficiencia cardíaca mostraron que la introducción de intervenciones claves del CCM permitieron reducir las hospitalizaciones no programadas en 50% a 85% y las rehospitalizaciones en hasta 30% (RICH *et al.*, 1995; PHILBIN, 1999; RICH, 1999; PHILBIN *et al.*, 2000; GONSETH *et al.*, 2004). Existen evidencias de que la integración de los puntos de atención de salud, especialmente entre la APS con la atención especializada y la atención hospitalaria contribuyó para disminuir las hospitalizaciones no programadas (DOUGHTY *et al.*, 2002). Esa es la explicación de los trabajos, anteriormente mencionados, que indican un porcentaje menor de hospitalizaciones en Kaiser Permanente en relación al Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (FEACHEM *et al.*, 2002; HAM *et al.*, 2003). Las hospitalizaciones no programadas pueden ser reducidas también, mediante la: integración de la atención de salud con los servicios de asistencia social (BERNABEI *et al.*, 1998; SOMMERS *et al.*, 2000); utilización de cuidados multiprofesionales después del alta hospitalaria en: insuficiencia cardíaca (RAUH, 1999; AHMED, 2002; CAPOMOLLA *et al.*, 2002); en enfermedad pulmonar obstructiva crónica (REA *et al.*, 2004); y en ancianos frágiles (WILLIAMS *et al.*, 1987). Las medidas más eficaces para reducir la atención no programada en hospitales es a través de la mejora de la APS. Eso puede producirse con la utilización de la consulta en grupos (COLEMAN *et al.*, 2001); el moni-

toreo periódico de los portadores de condiciones crónicas (BECK *et al.*, 1997; SCOTT *et al.*, 2004); y la integración entre la APS y los especialistas (WILLIAMS *et al.*, 2000; RAM *et al.*, 2004). Las visitas domiciliaria después del alta hospitalaria disminuyeron las hospitalizaciones no programadas (HUGHES *et al.*, 1997; TOWSEND *et al.*, 1998), así como los programas de educación permanente de los profesionales de salud (MANHEIM *et al.*, 1990; ROSSITER *et al.*, 2000) y los programas de educación para el autocuidado (ROBINSON *et al.*, 201; OSMAN *et al.*, 2002; BOURBEAU *et al.*, 2003; KENNEDY *et al.*, 2003).

La reducción de la atención no programada en los hospitales pasa también por la forma como son financiados los sistemas de atención de salud. Una revisión sistemática mostró que los sistemas de atención de salud financiados por presupuesto global o por capitación – los sistemas más adecuados a los objetivos de las RASs – reducen, en hasta 80% los días de hospitalizaciones en relación a los sistemas financiados por pago por procedimientos o por unidades de servicios (CHAIX-COUTOURIER *et al.*, 2000).

Esa revisión de la literatura nos permite ver que la atención hospitalaria no programada es un fenómeno que está asociado a un conjunto de causas, la mayor parte de ellas externas al hospital, y que la acción más común de aumentar la oferta de camas hospitalarias para la atención no programada, en casos de agudización de las condiciones crónicas, puede no ser la más adecuada. El mismo raciocinio se aplica al incremento de la oferta de unidades ambulatorias de urgencia y emergencia.

Algunos sistemas de atención de salud más maduros están considerando las agudizaciones de las condiciones crónicas como eventos centinelas que apuntan para fallas sistémicas que deben ser identificadas y superadas. Por ejemplo, Kaiser Permanente considera, en su filosofía, que las hospitalizaciones no programadas son una señal de falla sistémica, ya que ellas constituyen un alerta de que las personas usuarias no recibieron una buena atención en las etapas iniciales de su condición de salud, especialmente en la APS (KELLOGG, 2007; PORTER, 2007)

Las concepciones de sentido común y el ejercicio de cierta racionalidad de resultados inmediatos llevan a que los gestores, los profesionales de salud y la propia población, reivindiquen y concreticen, de forma reiterada, estrategias de incremento de la capacidad de las unidades hospitalarias o ambulatorias para la atención no programada, lo que genera una enorme ineficiencia asignativa y pobres resultados sanitarios.

Las consideraciones hechas sobre la atención programada y no programada deben llevar a reflexiones en el ambiente del SUS.

El sistema público brasileño es muy fragmentado y excesivamente centrado en la atención de las condiciones y los eventos agudos, lo que desequilibra la relación entre

la atención programada y no programada, privilegiando la atención de salud no programada. Eso es reforzado por una visión política de resultados de corto plazo y por una cultura general de valorización de los equipamientos de atención de las urgencias y las emergencias que son de alta visibilidad y que “aparentan” resolver, rápidamente, los problemas de salud de la población, predominantemente constituidos por condiciones crónicas.

Es cierto que, en las redes de atención de las urgencias y emergencias, en circunstancias bien definidas, hay espacio para la implantación de unidades de emergencia ambulatoria (UPAs). El programa nacional de incentivo de las UPAs, establecido por el Ministerio de Salud (2008d), fue recibido por políticos, como la posibilidad de superación de la gestión tradicional de salud, a través de una osadía gerencial que permitiría reducir la espera en las unidades de salud y como una de las pocas soluciones viables propuestas por la salud pública brasileña contemporánea (ARRUDA, 2008). Ese discurso político es excesivamente optimista porque no existen evidencias de que las UPAs puedan disminuir la espera, y mucho menos que puedan mejorar significativamente la situación de las condiciones crónicas de salud. Al contrario, existen evidencias de que la mejora de la AS es la que permite alcanzar esos objetivos y atender, con efectividad, los portadores de condiciones de urgencias menores (azules y verdes), la gran mayoría de personas usuarias en situación de urgencia. La retención de esas personas de menores riesgos en las unidades de APS es una precondition para la organización de la atención de urgencia y emergencia de niveles secundario y terciario. Además, como advirtió Pestana (2008), si las UPAs necesitan de financiamiento y directrices nacionales, eso sólo debe ser hecho si ellas se constituyen, verdaderamente, en puntos de atención de una red de atención de urgencias y emergencias y no como una estrategia sustitutiva o como un paradigma alternativo.

Aunque sean necesarias UPAs, no contribuirán para la mejora de la atención de salud en el SUS si no están integradas en RASs y si, paralelamente, no se organiza la atención de las condiciones crónicas, también en redes, pero con una alta prioridad para la mejora de la calidad de la APS. Las razones ya fueron explicadas y representadas en el Gráfico 8. Existe un peligro latente, para el cual debe prestarse atención, de una sobreoferta en la atención no programada de los eventos agudos que desorganice y comprometa la financiación de la APS debido al establecimiento de una competición predatoria por recursos escasos entre los dos tipos de equipamientos. Eso es particularmente importante en los municipios pequeños y medios.

Por otro lado, hay indicios de que las UPAs y la atención hospitalaria de urgencia y emergencia deben ser ofertados por un único prestador y en un contrato único. Eso facilita la comunicación y deja la atención más fluida. En los municipios de porte medio hay ventajas indiscutibles en la oferta de unidades de emergencia ambulatoria

en las unidades hospitalarias ya existentes y convocación para ese tipo de servicio de salud. Una de ellas, las economías de alcance obtenidas por ese diseño de la oferta que aumentará, significativamente, la eficiencia de las redes de atención de urgencias y emergencias.

ATENCIÓN UNIPROFESIONAL Y ATENCIÓN MULTIPROFESIONAL

Una tercera transformación para alcanzar las interacciones productivas entre el equipo de salud y las personas usuarias en la atención de las condiciones crónicas está en el cambio de la atención uniprofesional, centrada en el médico, para la atención multiprofesional.

Hay una crisis instalada en las microrrelaciones clínicas entre el equipo de salud, especialmente el médico, y las personas usuarias, que se manifiesta en todos los niveles de los sistemas de atención de salud. En los Estados Unidos, entre 62% a 65% de los portadores de hipertensión arterial, de colesterol elevado y de diabetes no contralan esas condiciones de salud (SAYDAH *et al.*, 2004; AFONSO *et al.*, 2006; ROUMIE *et al.*, 2006). Buena parte de esos resultados desfavorables se deben a un modelo de atención de salud concentrado excesivamente en la atención uniprofesional, generalmente propiciada por los médicos, con consultas rápidas. Esas consultas han sido denominadas consultas de 15 minutos (BODENHEIMER y LAING, 2007), ya que estudios demuestran que en los Estados Unidos, la duración media de una consulta médica de adultos es de 16,2 minutos y la de niños es de 14,2 minutos, con una variación entre 16 a 18 minutos (FERRIS *et al.*, 1998; STAFFORD *et al.*, 1999; LIN *et al.*, 2001; MECHANIC *et al.*, 2001; STARFIELD, 2002; IMPROVING CHRONIC CARE ILLNESS, 2008).

Existe una inconsistencia estructural entre el corto tiempo de la consulta médica y el incremento de las tareas de la atención de salud. Por ejemplo, actualmente, la atención de la diabetes es mucho más compleja y consumidora de tiempo que hace una década (GRUMBACH y BODENHEIMER, 2002). Además, estudios evaluativos mostraron que las personas usuarias tienen dificultades para captar las informaciones en consultas de menos de 18 minutos (BEISECKER y BEISECKER, 1990; KAPLAN *et al.*, 1996); que las consultas necesitan un tiempo mínimo de 20 minutos para envolver las personas usuarias efectivamente en las decisiones clínicas (KAPLAN *et al.*, 1995); y que la duración de las consultas es un fuerte predictor de la participación de las personas usuarias en las decisiones clínicas referentes a su salud (DEVEUGELE *et al.*, 2004).

Existen evidencias de que ese modelo de atención centrado en la atención uniprofesional, prestada por el médico, en corto tiempo, es fuente de muchos problemas. Se estimó que un médico de APS gastaría 7,4 horas por día de trabajo para proveer todos los servicios preventivos recomendados para un panel de 2.500 personas (YARNALL *et*

al., 2003) y más 10,6 horas diarias adicionales para prestar una atención de calidad a los portadores de condiciones crónicas de ese panel (OSTBYE *et al.*, 2005). Solamente para elaborar un buen plan de cuidado un médico gastaría, una media de 6,9 minutos (BODENHEIMER, 2007). Además, debe ser considerado también lo que Wagner *et al.* (1996) denominaron de “tiranía de lo urgente” en la que la atención de los eventos agudos se sobrepone al cuidado de las condiciones crónicas programadas en agendas sobrecargadas. Los médicos de familia deben cuidar, en cada consulta de una media de 3,05 problemas; pero eso varía de 3,88 problemas en las personas mayores a 4,6 problemas en los portadores de diabetes (BEASLEY *et al.*, 2004). Como resultado de todo eso, menos de 50% de los cuidados basados en evidencias son realmente prestados (BODENHEIMER, 2008); 42% de los médicos de APS manifiestan que no tienen tiempo suficiente para atender bien a las personas (CENTER FOR STUDYING HEALTH SYSTEM CHANGE, 2008); los médicos dedican apenas 1,3 minuto en orientaciones a personas portadoras de diabetes, utilizando un lenguaje técnico inadecuado para actividades educativas, cuando necesitarían de 9 minutos para esas actividades (WAITZKIN, 1984); tres de cada cuatro médicos orientan inadecuadamente en relación a la prescripción de medicamentos, lo que implica la no adhesión (O’BRIEN *et al.*, 1992; MORRIS *et al.*, 1997); y la atención médica en consulta corta determina baja satisfacción de las personas y relaciones empobrecidas entre los médicos y las personas usuarias (DUGDALE *et al.*, 1999).

Además, otros estudios reflejan lo que ha sido denominado como la regla de los 50% de la relación médico-persona usuaria en las consultas médicas. En un estudio, 50% de las personas usuarias salieron de la consulta sin comprender lo que el médico les dijo (ROTER y HALL, 1989); en un otro estudio, alrededor de 50% de las personas usuarias a las que fue solicitado por los médicos que se manifestaran sobre lo que entendieron de sus orientaciones mostraron una comprensión equivocada (SCHILLINGER *et al.*, 2003); y un tercer estudio mostró que 50% de las personas usuarias atendidas en las consultas médicas no fueron capaces de entender las prescripciones de medicamentos realizadas (SCHILLINGER *et al.*, 2005).

Esas evidencias demuestran, según Bodenheimer y Laing (2007), que la consulta médica de 15 minutos, como institución central de la atención de salud en los sistemas fragmentados, no funciona y debe ser sustituida por otras estrategias que requieren una atención de salud multiprofesional. La razón es que esa atención centrada en la consulta médica de corta duración no es capaz de proveer los cuidados adecuados para las condiciones agudas y crónicas, de manejar las múltiples condiciones de salud de acuerdo con las evidencias disponibles y, consecuentemente, de promover las interacciones productivas entre los médicos y las personas usuarias de los sistemas de atención de salud.

¿Cómo resolver ese problema sin prescindir de la consulta médica que es indispensable en el indelegable acto médico y en el ejercicio de liderazgo de los médicos en los equipos de salud?

Hay dos estrategias alternativas. Una primera, conocida como la estrategia del portero y con argumentos de sentido común, consiste en reducir la población bajo la responsabilidad de cada médico. Ella encuentra dos obstáculos insuperables: la baja oferta de médicos, principalmente de APS, y los costos que resultantes. La segunda, la solución más viable y que podría ser denominada estrategia de complementación, implica la utilización de un equipo de salud multiprofesional interactuando con los médicos y retirando de la responsabilidad de la consulta médica corta varias tareas que serían desempeñadas por otros profesionales del equipo de la APS (BODENHEIMER, 2008). En otros términos, la solución de complementación no consiste en aumentar el tiempo de la consulta médica, sino en agregarle tiempo de atención por otras categorías profesionales que integran un equipo multiprofesional de salud. La consulta médica de 15 minutos persistirá, pero será recualificada en un contexto de atención multiprofesional.

El análisis comparativo de las prácticas de la APS en Inglaterra y en los Estados Unidos apunta para la viabilidad de la solución de complementación. Existen evidencias de que una atención con más tiempo en Inglaterra produjeron mejores resultados en condiciones de salud como diabetes, asma y enfermedad coronaria (CAMPBELL *et al.*, 2001; WILSON y CHILDS, 2002). Aunque el tiempo de atención haya sido mayor en Inglaterra, los médicos ingleses gastaron menos tiempo en sus consultas (5 a 9 minutos) que los médicos americanos, pero existen prácticas complementarias realizadas especialmente por el personal de enfermería, en acciones preventivas, en cuidados continuos de las condiciones crónicas y en la atención domiciliaria que justifican los buenos resultados clínicos, incluso con menor tiempo para la consulta médica (BODENHEIMER, 2007).

El equipo multiprofesional está constituido por un grupo de trabajadores que intercambian informaciones regularmente sobre la atención de salud de un grupo de personas usuarias de los servicios de salud y que participan en la atención integrada a esa población (STARFIELD, 2002). El objetivo de la atención multiprofesional es prestar el servicio adecuado, en el lugar correcto, en el momento oportuno y por el profesional correcto (CLEMENTS *et al.*, 2007), lo que constituye la esencia de las RASs.

La distribución de las tareas de un equipo de salud, en la perspectiva de transitar de una atención uniprofesional centrada en el médico para una atención multiprofesional, se beneficia de la correcta composición de las categorías de funciones que pueden ser distribuidas entre los médicos y los otros profesionales de salud. Starfield (2002) identi-

fica tres categorías de funciones que deben ser objeto de la distribución en el equipo de salud: las funciones suplementarias que podrían ser realizadas por los médicos, pero de manera ineficiente, como aplicar inyecciones; las funciones complementarias para las cuales los médicos no cuentan ni con las habilidades, ni con el tiempo para realizarlas, como el consejo para los cambios de comportamiento y de los estilos de vida de las personas usuarias; y las funciones sustitutivas que son realizadas normalmente por los médicos, pero que pueden ser delegadas a otros miembros del equipo, tales como algunos procedimientos de tratamiento estandarizados. Otros autores consideran que la distribución de las funciones en los equipos multiprofesionales se lleva a cabo a través de las estrategias de mix de competencias que envuelven: el fortalecimiento: la expansión de las tareas de un determinado profesional; la sustitución: los papeles de un profesional son divididos con otro; la delegación: las tareas de un profesional son atribuidas a otro; y la innovación: la institución de nuevos profesionales (SIBBALD *et al.*, 2004; BOURGEAULT *et al.*, 2008; CARLARDY *et al.*, 2008).

La capacidad potencial de un equipo multiprofesional para mejorar los resultados sanitarios y económicos de los sistemas de atención de salud es su habilidad para aumentar el número y la calidad de los servicios disponibles (WAGNER, 2000).

El trabajo multiprofesional distribuye las tareas entre los diferentes miembros del equipo de salud, de acuerdo con los fundamentos de la atención de salud basada en la población (WAGNER, 1995). Eso significa registrar la población adscrita, registrarla por condiciones de salud y estratificar los portadores de condiciones de salud por riesgos, utilizando las herramientas de gestión de la clínica. Las condiciones agudas serán clasificadas por riesgos y las personas usuarias deben llegar a los médicos en el momento adecuado, según los riesgos, definidos por los colores (azul, verde, amarillo, naranja y rojo, según el Sistema Manchester de clasificación riesgo riesgo). Personas usuarias que necesitan cuidados preventivos, acciones de autocuidado, educación en salud y aspectos estandarizados de monitoreo o tratamiento podrán ser acogidas por miembros no médicos del equipo de salud. Una parte de la atención será hecha en sesiones de grupos, con la presencia concomitante de varios profesionales al mismo tiempo. Las personas usuarias portadoras de condiciones más complejas, según la estratificación, utilizarán el mayor tiempo de los médicos.

Algunas prácticas innovadoras de atención multiprofesional han sido propuestas como el modelo de pequeños equipos con base en la utilización de “coaches” de salud, profesionales no médicos que cuidan de las preconsultas, de la planificación de las agendas, de la discusión de metas con las personas usuarias, de la conciliación de medicamentos, de la prescripción de cuidados de rutina, de la postconsulta y que participan, de sus consultas junto con el médico (BODENHEIMER y LAING, 2007).

El cuidado multiprofesional es bueno para todos (BODENHEIMER y GRUMBACK, 2007). Para los médicos porque los retiran de tareas que no requieren sus competencias y disminuye la sobrecarga de la atención sobre ellos; para los otros profesionales de salud del equipo multiprofesional porque los incluyen en el trabajo en equipo con una clara distribución de las tareas; y para las personas usuarias porque, bien informadas sobre el trabajo multiprofesional, reciben una atención continua, integrando las acciones preventivas y curativas e incentivando el autocuidado. Hay indicios de que las personas pueden transferir su confianza en el médico para toda el equipo multiprofesional (BODENHEIMER, 2008). Las personas usuarias se benefician, ganando tiempo y comodidad al poder relacionarse en un mismo día con diferentes profesionales, en consultas programadas en secuencia o con grupos de profesionales.

La atención multiprofesional no es apenas un grupo de diferentes personas, con diferentes profesiones, actuando juntas en una unidad de salud, por un tiempo determinado. Es necesario crear un espíritu de equipo, lo que implica que los diferentes profesionales deben establecer y compartir una visión común y aprender a solucionar problemas a través de la comunicación, de modo que puedan maximizar las habilidades singulares de cada uno. Las tareas de la atención deben ser distribuidas de acuerdo con las competencias y las áreas de interés de cada miembro del equipo. Algunos elementos son fundamentales en el trabajo en equipo: estrategia de largo plazo, foco en la misión, en la visión y orientación para superar las resistencias a los cambios que el trabajo en equipo exige.

El trabajo multiprofesional es más que la suma de las contribuciones de diferentes profesionales, pues se beneficia de más ojos y más oídos, de los insights de diferentes cuerpos de conocimientos y de una gama más amplia de habilidades y, por eso ha sido considerado como un criterio de calidad en la atención de salud (WAGNER, 2000). Los miembros de los equipos de salud asumen funciones y responsabilidades para ejercer tareas compatibles con sus capacidades profesionales y sus puntos fuertes. La relación jerárquica en el modo de trabajo convencional, con fuerte dominio médico, es sustituida por relaciones horizontales, ya que cada miembro del equipo es valorado por su condición de prestador de servicios significativos e imprescindibles para la mejora de la salud de los portadores de condiciones crónicas. En un verdadero equipo hay una clara comprensión de que, aunque con diferentes funciones, no será posible agregar valor para las personas usuarias de los sistemas de atención de salud si todos no participan de forma integrada y cooperativa.

Hay indicios de que el trabajo en equipo en los sistemas de salud depende del grado en el que ellas son multiprofesionales y ejercen actitudes cooperativas entre sus miembros (ANDREASON *et al.*, 1995). Los modelos de equipos multiprofesiona-

les cooperativas más efectivos incluyen: una definición compartida del problema; el apoyo a las personas usuarias; la focalización compartida en problemas específicos; la elaboración compartida de los planes de cuidados; la confianza y el respeto mutuos; el monitoreo de las condiciones crónicas; y el acceso rápido a los médicos generalistas y especialistas (SINGH, 2005b). Para que el trabajo cooperativo se instale son imprescindibles las siguientes características: metas claras con objetivos medibles; sistemas clínicos y administrativos; clara división del trabajo; educación permanente de todos los profesionales; y proceso de comunicación efectivo (GRUMBACH y BODENHEIMER, 2004; BARRETT *et al.*, 2007).

El concepto de equipo puede ser bien innovador en ciertas regiones donde se impone la utilización de las herramientas del telesalud (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2003) y pueden ser constituidos equipos entre diferentes niveles de atención de una RAS que, en algunos casos, son esenciales para garantizar una atención óptima (PRITCHARD y HUGHES, 1995).

La división de las tareas de los miembros de los equipos de salud debe estar, en gran parte, definida en las directrices clínicas basadas en evidencias. Sin embargo, es necesario que haya una planificación previa para cada función clave de atención en la que queden bien claros los papeles de cada miembro del equipo. Para eso, se sugiere la utilización de una planilla de distribución de las tareas en los equipos que debe ser construida, en conjunto, por todos sus miembros. Generalmente, se proponen las tareas clínicas, pero pueden ser planificadas también, las tareas logísticas.

Una planilla de distribución de tareas en el equipo de salud es propuesta en el Cuadro 9. Tiene en sus columnas los profesionales involucrados y en las filas la función dividida en tareas.

Cuadro 9: Distribución de la función y sus tareas por el equipo de salud

FUNCIÓN	MÉDICO	ENFERMERO	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	AGENTE COMUNITARIO DE SALUD	Px	Py	Pz
Tarea 1							
Tarea 2							
Tarea 3							
Tarea 4							
Tarea n							

Fuentes: Mendes (1973); Improving Chronic Illness Care (2008)

El Cuadro 9 presupone un equipo de APS que tenga como profesionales mínimos el médico, el enfermero, el auxiliar de enfermería y el agente comunitario de salud y que, de acuerdo con la realidad de cada equipo puede agregar otros profesionales (Px a Pz) como el farmacéutico, el asistente social, psicólogo, fisioterapeuta y nutricionista. En cada célula debe ser descrito lo que el profesional debe hacer en cada tarea de una función clave.

La utilización del trabajo multiprofesional se lleva a cabo con la introducción de nuevas metodologías de atención como la atención continua.

La atención continua se indica para portadores de condiciones crónicas que son programados, en grupos de más o menos 8 personas, para un mismo horario, generalmente, en un turno de 4 horas. Esas personas usuarias tienen consultas individuales programadas con cada miembro del equipo de salud, lo que puede ser finalizado con una sesión en grupo. Por ejemplo, un portador de diabetes puede tener una consulta con el médico de 9h00 a 9h15; con el enfermero de 9h15 a 9h30; con el farmacéutico de 9h30 a 9h45; con el nutricionista de 9h45 a 10h00; y una sesión en grupo de 10h00 a 12h00. De esa manera, en una única mañana, en un único lugar, la persona usuaria recibe una atención prestada por un equipo multiprofesional de salud.

La atención continua se indica para portadores de condiciones crónicas en las siguientes situaciones: prevenir o minimizar complicaciones para personas con incapacidades importantes; gestionar de manera proactiva la atención en subpoblaciones específicas; coordinar los servicios preventivos; monitorear las intervenciones que han sido realizadas con base en evidencias de su efectividad o de patrones óptimos de atención; y elaborar o revisar los planes de cuidados realizados conjuntamente por el equipo de salud y por la persona usuaria. Los elementos incorporados a la atención continua son los cuidados preventivos, los cuidados rutinarios, la gestión de los medicamentos, la evaluación periódica del estado de salud, el apoyo al autocuidado, los cambios de comportamiento y de estilo de vida y la educación en salud. Los objetivos que serán alcanzados por la atención continua son: mejorar los resultados sanitarios, aumentar la satisfacción de las personas usuarias, monitorear la condición crónica, aumentar la satisfacción del equipo de salud y reducir la utilización de servicios innecesarios (GROUP HEALTH COOPERATIVE, 2001a). Por ejemplo, la atención continua de ancianos frágiles deben tener como foco la evaluación y el monitoreo de la capacidad funcional, la evaluación y el monitoreo de los medicamentos, la reducción de los riesgos de caída y el monitoreo de autocuidado y del trabajo de los cuidadores y de la familia.

La implantación de la atención continua exige una planificación adecuada del equipo multiprofesional y un espacio físico adecuado para las sesiones en grupo. Los equipos deben formar los grupos con base en el examen de las historias clínicas y en los registros de personas usuarias por condiciones de salud construidos por estratos de riesgos. Las historias clínicas y los planes de cuidados de los participantes deben ser revistos previamente por el equipo de salud. Los participantes deben ser indagados sobre su interés en participar y deben ser comunicados, previamente, de la fecha, del lugar y de los horarios. Debe ser confirmada la presencia de todos en el día anterior a la atención continua. El equipo debe programar las consultas individuales y la sesión en grupo.

Una buena planificación de la atención continua envuelve una distribución clara de las tareas que cada miembro del equipo multiprofesional debe realizar en aquel turno de trabajo con el grupo de personas definido, incluyendo las tareas logísticas realizadas por personal administrativo.

La atención continua a un grupo debe repetirse, por lo menos cuatro veces, en intervalos de tres o cuatro meses (GROUP HEALTH COOPERATIVE, 2001a).

Existen metodologías que permiten evaluar la cooperación entre los miembros de un equipo de salud. Una de ellas fue desarrollada por D'Amour *et al.* (2008) y aplicada en servicios de atención perinatal en cuatro regiones de Quebec, Canadá, con los objetivos de validar indicadores del modelo de cooperación, evaluar la cooperación interprofesional e inter-organizacional y proponer una tipología de cooperación.

El examen de la literatura permite encontrar evidencias de los papeles relevantes de enfermeros en relación al control de las condiciones crónicas (NAYLOR *et al.*, 1999; VRIJHOEF *et al.*, 2000; CONNOR *et al.*, 2002; KAMPS *et al.*, 2003; LITAKER *et al.*, 2003; MURCHLE *et al.*, 2003; NEW *et al.*, 2003; STROMBERG *et al.*, 2003; VRIJHOEF *et al.*, 2003; HALCOMB *et al.*, 2004; ROBLIN *et al.*, 2004); de farmacéuticos clínicos (LINTON *et al.*, 1992; HANLON *et al.*, 1996; BODGEN *et al.*, 1998; GATTIS *et al.*, 1999; LEAPE *et al.*, 1999; BERO *et al.*, 2000; BERNSTEN *et al.*, 2001; DEPARTMENT OF HEALTH, 2002; BORENSTEIN *et al.*, 2003; FINLEY *et al.*, 2003; TAYLOR *et al.*, 2003; BENNEY *et al.*, 2004); de agentes comunitarios (en el exterior: LORIG *et al.*, 1993; WITMER *et al.*, 1995; CORKERY *et al.*, 1997; NAVARRO *et al.*, 1998; LORIG *et al.*, 1999; en el SUS: MARTINS *et al.*, 1996; SOLLA *et al.*, 1996; GONZAGA y MÜLLER NETO, 2000; SILVA, 2001; SOUSA, 2001; CARVALHO, 2002; NUNES *et al.*, 2002; LEVY *et al.*, 2004; CHAVES, 2005; ESPÍNOLA y COSTA, 2006; FRAZÃO y MARQUES, 2006; LIMA *et al.*, 2008; SOUSA, 2008); de los equipos de salud mental (SIMON *et al.*, 2001; KATON *et al.*, 2002; OPIE *et al.*, 2002; SIMON *et al.*, 2002; UNUTZER *et al.*, 2002; GERSON y GERSON, 2003; KATON *et al.*, 2004; ASARNOW *et al.*, 2005); y en relación a los

asistentes sociales, algunos ensayos realizados no produjeron evidencias de mejores resultados sanitarios (CHRISTIE y WEIGALL, 1984; NOLAN *et al.*, 1987; WEINBERGER *et al.*, 1993), pero otros presentaron resultados favorables (WEINGARTEN *et al.*, 1985; BERNABEI *et al.*, 1998; RIEGEL *et al.*, 1999). Incluso así, Wagner (2000) afirma que los asistentes sociales deben ser considerados miembros esenciales de los equipos multiprofesionales de salud en situaciones que afectan poblaciones de ancianos en las que la integración con los recursos comunitarios es fundamental y en las que los límites entre el campo de la salud y el de la asistencia social son tenues. El mismo raciocinio podría ser utilizado para poblaciones en situación de alta vulnerabilidad social.

Existe una tendencia, sustentada por evidencias, a aumentar la participación de los enfermeros en la atención de las condiciones crónicas, en ciertas situaciones como la atención especializada, la APS, el monitoreo de determinadas condiciones de salud y la atención domiciliaria (WILLIAMS *et al.*, 1994; BROWN y GRINES, 1995; GREINER *et al.*, 1995; WEINBERGER *et al.*, 1995; DOWSWELL *et al.*, 1997; LEVY, 2000; RYDEN *et al.*, 2000; VRIJHOEF *et al.*, 2000; BLUE *et al.*, 2001; DAVIES *et al.*, 2001; PIORO *et al.*, 2001; GRADWELL *et al.*, 2002; HARRISON *et al.*, 2002; HERMIZ *et al.*, 2002; HORROCKS *et al.*, 2002; LENZ *et al.*, 2002; LIGHTBODY *et al.*, 2002; FRICH, 2003; MURCHIE *et al.*, 2003; VON REUTELN-KRUSE *et al.*, 2003; GRIFFITHS *et al.*, 2004; GUSTAFSSON *et al.*, 2004; KAMPS *et al.*, 2004; LAMBING *et al.*, 2004; LEE, 2004; LENZ *et al.*, 2004; MEJHERT *et al.*, 2004; SMITH *et al.*, 2004; TSUYUKI *et al.*, 2004; DICKINSON *et al.*, 2005; CARL-ARDY, 2008)

Existen también evidencias en relación al impacto positivo del trabajo del equipo multiprofesional en las experiencias de las personas usuarias (KASPER *et al.*, 2002; TAYLOR *et al.*, 2005; BARRETT *et al.*, 2007; ZWAR *et al.*, 2007); en el desarrollo profesional de los miembros de los equipos de salud (BENEY *et al.*, 2004; BARRETT *et al.*, 2007); en la calidad de la atención y en los resultados sanitarios (AHLMEN *et al.*, 1988; DEBUSK *et al.*, 1994; EVANS *et al.*, 1995; JITAPUNKUL *et al.*, 1995; WEINBERGER *et al.*, 1995; SLAETS *et al.*, 1997; VLIELAND *et al.*, 1997; AUBERT *et al.*, 1998; BODGEN *et al.*, 1998; MODELL *et al.*, 1998; SCHMIDT *et al.*, 1998; GATTIS *et al.*, 1999; GREINER *et al.*, 1999; SOMMERS *et al.*, 2000; WELLS *et al.*, 2000; McDONALD *et al.*, 2001; STEVENSON *et al.*, 2001; CAPOMOLLA *et al.*, 2002; KASPER *et al.*, 2002; MITCHELL *et al.*, 2002; OPLE *et al.*, 2002; PRONOVOST *et al.*, 2002; BUCCI *et al.*, 2003; FRICH, 2003; KAMPS *et al.*, 2003; TAYLOR *et al.*, 2003; FLETCHER *et al.*, 2004; LAURANT *et al.*, 2004; LOZANO *et al.*, 2004; MEJHERT *et al.*, 2004; STROKE UNIT TRIALISTS COLLABORATION, 2004; ZWARENSTEIN y BRIAN, 2004; PATTERSON, 2006; BARRETT *et al.*, 2007; CARL-ARDY *et al.*, 2008); en la utilización de los recursos de salud (WILLIAMS *et al.*, 1987; RICH *et al.*, 1993; RICH *et al.*, 1995; SLAETS *et al.*, 1997; TIMPKA *et al.*, 1997; NAYLOR *et al.*, 1999; RAUH *et al.*, 1999; RIEGEL *et al.*, 2000; AHMED, 2002; McDONALD *et al.*, 2002; LEDWIDGE *et al.*, 2003; LITAKER *et al.*, 2003; CAPLAN *et al.*,

2004; SINGH, 2005a; BARRETT *et al.*, 2007); y en la satisfacción de los prestadores de servicios (BYNG *et al.*, 2004; SMITH *et al.*, 2004; BARRETT *et al.*, 2007).

Esas reflexiones producidas por el cambio de la atención uniprofesional para la atención multiprofesional deben ser revistas en la singularidad del SUS.

Un análisis de la APS practicada en el SUS muestra el privilegio de la atención uniprofesional, fuertemente centrada en el médico, y realizada a través de consultas de 15 minutos. Existe incluso, un parámetro muy difundido de programación de cuatro consultas médicas por hora (SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD DE MINAS GERAIS, 2007b).

La introducción de los equipos del PSF en el SUS alivió la carga de trabajo médico, introduciendo la consulta de enfermería, pero en una perspectiva muy contaminada por la lógica de la atención médica de corta duración y que tiende a medicalizar el trabajo de la enfermería. Faltan evidencias robustas que permitan analizar, con profundidad, los resultados de ese modelo de atención en términos de resultados sanitarios y en el uso de recursos, por se puede suponer, a partir de las experiencias internacionales, que los mismos problemas constatados en países desarrollados deben estar ocurriendo en el SUS.

La propuesta de introducción de los Núcleos de Apoyo de Salud de la Familia (NAS-Fs) en la APS, aunque pueda tener resultados positivos en el proceso de educación permanente de los equipos de salud, es insuficiente para construir una propuesta consecuente de atención multiprofesional (MINISTERIO DE SALUD, 2008c). La razón es que los profesionales darán apoyo longitudinal a los equipos de PSF, pero no compondrán orgánicamente los equipos, incluso con capacidad de generación de vínculos con las personas usuarias del SUS. Eso está bien claro en la norma cuando se propone un NASF para 8 a 20 equipos de PSF. Sin considerar las posibilidades de creación de más un nivel de referencia en las RASs, lo que ciertamente, incluso no estando en la propuesta oficial, es una posibilidad de reinterpretación de la norma en la práctica social concreta.

Hay que tener claro que un equipo de salud de la familia, fuertemente centrado en la atención del médico y del enfermero, no consigue generar resultados sanitarios positivos en relación a las condiciones crónicas por todas las evidencias producidas por los modelos de atención de esas condiciones de salud. Llegó la hora de considerar la introducción, en esos equipos de PSF, como miembros orgánicos y no solamente como apoyadores, de otros profesionales como farmacéuticos clínicos, asistentes sociales, psicólogos, fisioterapeutas y nutricionistas. La hipótesis es que esos nuevos profesionales podrán ser utilizados en la proporción de 1 profesional por cada tres equipos de

PSF. Eso implicará mayores costos, mas debe aumentar la eficiencia asignativa del SUS porque esa medida es fuertemente costo efectiva.

Una revisión sistemática sobre el trabajo multiprofesional en los sistemas de atención de salud no permitió constatar evidencia de un tipo de composición de equipo de salud sobre otro, aunque se haya concluido que la introducción de enfermeros, asistentes sociales, profesionales de salud mental, farmacéuticos y agentes comunitarios haya sido una manera útil de expandir la fuerza de trabajo para el control de las condiciones crónicas; además, fue verificado que no basta incrementar las competencias de los equipos preexistentes para obtener mejores resultados sanitarios (SINGH, 2005b). Eso debe ser considerado al repensar los equipos de salud del SUS, especialmente en el PSF.

Sin esa expansión de los equipos de PSF para enriquecer el trabajo multiprofesional – lo que exigirá más recursos para la APS – no se resolverán los problemas de las condiciones crónicas. Ese es un movimiento imprescindible en el SUS para el cambio del ciclo de la atención básica para el de la APS.

ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA Y ATENCIÓN MÉDICA GENERALISTA

Un cuarto cambio importante para hacer productivas las interacciones entre los equipos de salud y las personas usuarias de los sistemas de atención de salud está focalizado en las relaciones entre los médicos especialistas y los médicos generalistas, aquellos mas habituados con la atención secundaria y terciaria y los de la APS.

Existen modelos distintos en la experiencia internacional. Uno de ellos es el modelo americano, con hegemonía de los profesionales especializados, y con profesionales de APS que pueden ser, además del médico de familia, internistas general, obstetras y pediatras. Otro, con variaciones, es el modelo de los sistemas públicos universales de los países de Europa Occidental y Canadá, con el acceso al especialista con algún tipo de limitación, y con base en médicos generalistas o médicos de familia que, generalmente, funcionan como reguladores del acceso a los especialistas.

La existencia de especialistas y generalistas obedece a los principios de la división técnica del trabajo, lo que exige competencias y habilidades diferenciadas por tipos de médicos. Eso es una expresión temática de las tendencias organizacionales en general, y del sector industrial en particular, en la que se observó la necesidad de la especialización para atender una creciente complejidad, pero bajo la supervisión y coordinación de gerentes generalistas cuando esa complejidad es muy alta (MOORE, 1992).

Los médicos que practican la APS deben tolerar la ambigüedad porque muchos problemas no pueden ser codificados según una nomenclatura patrón de diagnóstico; deben saber relacionarse con las personas usuarias sin la presencia de una anomalía biológica; y deben ser capaces de manejar varios problemas al mismo tiempo, muchas veces no relacionados con una etiología o una patogénesis. El médico de APS es orientado para los problemas y formado para responder a las manifestaciones más frecuentes de esos problemas, en un contexto de atención centrado en la persona y en la familia y con orientación comunitaria. Él debe tener competencias para la solución de problemas no diferenciados, competencias preventivas, competencias terapéuticas y competencias de gestión de recursos locales (McWHINNEY, 1989). Hay un dicho español que afirma que *“El médico de familia del Rey de España sabe menos cardiología que un cardiólogo, pero es el que más sabe sobre el Rey”* (GUSSO, 2005).

De manera diferente, los especialistas generalmente ven una enfermedad en etapas más avanzadas o después de remitida por el generalista; como su entrenamiento ocurre en puntos de atención secundarios y/o terciarios, operan con etapas diferentes de los problemas y tienden a sobreestimar la probabilidad de ocurrencia de enfermedades serias en la población (STARFIELD, 2002). Los especialistas, al tratar con determinados problemas con mayor frecuencia, pueden producir servicios de mayor calidad en su especialidad, en función de la escala. Pero no están tan bien preparados para tratar con síntomas y enfermedades vagos o con servicios preventivos o autocuidado, lo que significa, por otro lado, pérdida de la calidad de la atención de salud. Aunque especialistas usualmente presenten una mejor adhesión a las directrices clínicas dirigidas a la atención de enfermedades específicas, los resultados generales de la atención (especialmente, pero no exclusivamente resultados relatados por personas usuarias) no son mejores y, frecuentemente, son peores que cuando el cuidado es proporcionado por médicos de la APS. Estudios que comprueban la superioridad del cuidado ofrecido por especialistas están más propensos a ser metodológicamente frágiles, particularmente en relación a problemas de ajuste para el mix de casos (STARFIELD, 2007).

Esas diferencias entre los trabajos de generalistas y especialistas repercuten en su formación. Los médicos generalistas, a diferencia de los especialistas, deben ser formados y educados en unidades de APS y por educadores con conocimiento y experiencia en ese nivel de atención.

La utilización excesiva de los especialistas es responsable por la descoordinación en la atención de salud. Por ejemplo, en los Estados Unidos, 25% de los beneficiarios del sistema Medicare presentan cinco o más condiciones crónicas y, consecuentemente, cada uno de ellos consume una media de 13 consultas médicas por año, con diferentes médicos que generan 50 prescripciones (CHRISTENSEN *et al.*, 2009).

Existen evidencias de que la introducción de médicos generalistas en la APS produce buenos resultados: una mayor proporción de médicos generalistas disminuye las hospitalizaciones; reduce el flujo de personas usuarias para los servicios secundarios; disminuye la demanda por servicios de urgencia y emergencia; reduce los costos de la atención de salud y produce buenos resultados en los niveles de salud de la población (MOORE, 1992; SHI, 1994; JARMAN *et al.*, 1999; VOGEL Y ACKERMAN, 1998; GULLIFORD, 2002; GULLIFORD *et al.*, 2004; CAMPBELL *et al.*, 2003; SHI *et al.*, 2004; SHI *et al.*, 2005; STARFIELD, 2008; STARFIELD *et al.*, 2008). Existen también evidencias de que el acceso regular a la APS proporcionado por generalistas lleva a una reducción de la mortalidad (FRANKS y FISCELLA, 1998; VILLALBI *et al.*, 1999); a una mejora de los niveles de salud (O'MALLEY *et al.*, 2005); a un mayor acceso a servicios preventivos (STARFIELD *et al.*, 2008); a un mayor acceso a exámenes preventivos de cáncer de cuello de útero y a una mayor cobertura de vacunación antimeningocócica (REGAN *et al.*, 2003); a la reducción de hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria (PARCHMAN y CULLER, 1994); y a mejores resultados postquirúrgicos (ROOS, 1979). Una revisión encontró que en 19 de 20 estudios, la continuidad del cuidado es más probable con los generalistas que con los especialistas y está asociada con menores tasas de hospitalización y de atención en unidades de urgencia y emergencia y con reducción de los costos totales de la atención de salud (SAULTZ y LOCHNER, 2005).

Del punto de vista económico, la remuneración del trabajo de los médicos de familia, según estudio realizado en 14 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), cuesta una media de 50% menos que los especialistas (FUJISAWA y LAFORTUNE, 2008). En los Estados Unidos, en 2003, los médicos generalistas tuvieron un ingreso anual medio de 157 mil dólares mientras que los especialistas recibieron, en media, 296 mil dólares (BODENHEIMER y GRUMBACH, 2007). Hay otros trabajos que evidencian un costo menor con los generalistas (GREENFIELD *et al.*, 1992; WEIS y BLUSTEIN, 1996; DE MAESENEER *et al.*, 2003; BODENHEIMER y GRUMBACH, 2007). En los Estados Unidos los costos de la atención de salud son mayores en regiones con una mayor proporción de especialistas (WELCH *et al.*, 1993). Países con mayor proporción de médicos de APS tienden a presentar menores gastos sanitarios *per capita* en relación a los países con mayores proporciones de especialistas (STARFIELD, 2002).

Los gastos mayores con especialistas se deben a la tendencia de estos médicos de aumentar el volumen de los procedimientos realizados (MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMMISSION, 2005). Incluso cuando el valor pago por el procedimientos sea reducido, tal como ocurrió en el programa Medicare en los Estados Unidos, los especialistas compensaron esa reducción con el aumento del volumen de procedimientos (ROPER, 1988). En el período de 1988 a 2002, mientras el volumen de procedimientos

realizados por médicos generalistas, por beneficiario/año, creció 2,6%, el volumen de procedimientos ofertados por cardiólogos y dermatólogos aumentó 5,9%. Otros estudios mostraron que los especialistas aumentan su productividad haciendo más procedimientos por hora de trabajo; al contrario, dada la naturaleza y la presión de la agenda de los médicos de APS, no es posible aumentar la productividad de esos profesionales sin perjudicar la calidad y disminuir la satisfacción de las personas usuarias. Se puede concluir que hay una asociación fuerte entre el aumento del volumen y el aumento del ingreso de los especialistas, sugiriendo que el aumento del volumen es más significativo que el aumento del valor de los procedimientos para determinar el crecimiento del ingreso de los médicos especialistas (BODENHEIMER y GRUMBACH, 2007).

Del punto de vista de un otro objetivo de los sistemas de atención de salud, la equidad, fue constatado que médicos generalistas contribuyen para la reducción de las inequidades en salud, lo que no acontece con los especialistas (STARFIELD, 2006).

Los médicos de APS varían según países: en los Estados Unidos diferentes profesionales – internistas especializados, internistas generales, médicos de familia, obstetras y pediatras – están presentes en la prestación de cuidados primarios, pero en Europa Occidental y en Canadá predominan los médicos de familia y los generalistas.

Una investigación realizada en los Estados Unidos, comparando la APS por internistas y los médicos de familia/generalistas mostró que: los internistas gastaron más tiempo con las personas usuarias; pidieron más exámenes laboratoriales (73% de las consultas contra 34% de los médicos de familia/generalistas); solicitaron más radiografías (53% de las consultas contra 19% de los médicos de familia/generalistas); por otro lado, los internistas tuvieron mayor probabilidad de ofrecer orientaciones referentes a problemas de salud (17,8% de los internistas contra 12,4% de los médicos de familia/generalistas). Esa misma investigación, comparando los pediatras y los médicos de familia/generalistas, concluyó que los pediatras pidieron más exámenes laboratoriales, pero prescribieron menos medicamentos para ciertas categorías de enfermedades (NOREN *et al.*, 1980). Otra investigación demostró que los pediatras realizaron más exámenes diagnósticos, dieron más orientación para el crecimiento y el desarrollo y realizaron más inmunizaciones, mientras que los médicos de familia orientaron más sobre los problemas familiares, dieron más orientación sobre sexualidad y presentaron mayor probabilidad de ofrecer una variedad más amplia de servicios, especialmente en cirugías menores. Esa investigación comparó también, el trabajo de los médicos de familia y de los internistas generales, lo que reveló que los internistas pidieron dos veces más exámenes de sangre, radiografías torácicas y electrocardiogramas, gastaron más tiempo con las personas, remitieron más para especialistas, hospitalizaron más y el costo medio de la consulta fue dos veces mayor para los internistas (FERRIS *et al.*, 1998;

STARFIELD, 2002). Un otro estudio comparativo de médicos de familia e internistas generales indicó que las personas atendidas por los médicos de familia gastaron menos con medicamentos e hicieron menos consultas con dermatólogos y psiquiatras, pero utilizaron más las consultas de urgencia y emergencia; las tasas de hospitalización, de consultas ambulatorias y los gastos con exámenes de laboratorio y radiológicos fueron iguales para los dos tipos de médicos (STARFIELD, 2002). En términos de satisfacción de las personas usuarias, fue mayor entre los que utilizaron los médicos de familia en relación a los que utilizaron internistas generales o pediatras (FARREL *et al.*, 1982). Shi *et al.* (2003) verificaron que una mayor oferta de médicos de APS está asociada con menores tasas de mortalidad, pero al desagregar los tipos de médicos, constató que esa reducción se produjo con los médicos de familia, pero no con los internistas generales, ni con los pediatras.

En cuanto a las proporción entre especialistas y generalistas, estudios realizados en áreas con mayor presencia de especialistas que de generalistas mostraron peores resultados: mayores tasas de consultas médicas desvinculadas de las necesidades de salud; los especialistas pueden tratar exageradamente las personas de manera superficial (ENGEL *et al.*, 1989); y hay una mayor frecuencia de exámenes complementarios falso-positivos (STARFIELD, 2005). Los exámenes falso-positivos podrían llevar a diagnósticos de enfermedades que no existen y, consecuentemente, a nuevos exámenes y a tratamientos innecesarios; la probabilidad de precisión en los resultados positivos de los exámenes diagnósticos varía con el lugar en el que son realizados: es de 1:50 en la APS y de 1:3 en la atención especializada (STARFIELD, 2008); los médicos de APS están en mejores condiciones para evitar errores de diagnósticos porque conocen mejor sus beneficiarios y los acompañan longitudinalmente, por largos períodos de tiempo (STARFIELD, 2008). Shi *et al.* (2003) mostraron que hay una asociación entre mayores proporciones de especialistas y tasa de mortalidad más altas. Generalmente, los especialistas solicitan más exámenes complementarios porque son entrenados en puntos de atención secundarios y terciarios en los que las personas presentan una mayor posibilidad de tener una enfermedad. Baicker y Chandra (2008), estudiando el Medicare en los Estados Unidos, verificaron que las regiones con más alta concentración de especialistas presentaron gastos mayores en salud y propiciaron una atención menos efectiva y de menor calidad.

Ha sido sugerido que la excesiva utilización de la atención especializada en relación a la APS en los Estados Unidos es una de las causas para que el país, a pesar de tener el mayor gasto *per capita* en salud del mundo, ocupe la posición 23ª en la expectativa de vida al nacer. Se sabe también, que cuanto mayor la oferta de especialistas mayores las tasas de consultas a los especialistas, probablemente, en función del principio de la inducción de la demanda por la oferta. Además, se sabe que la utilización de los especialistas fuera de su área de actuación principal produce resultados peores que los producidos por mé-

dicos generalistas. Se puede afirmar que los médicos de APS trabajan tan bien cuanto los especialistas en el cuidado de las enfermedades específicas más comunes y tienen mejor desempeño cuando las medidas de calidad son más genéricas (STARFIELD, 2008).

Existen estudios que comparan la atención de las gestantes prestada por obstetras y médicos de familia. Uno de ellos no encontró diferencia en los riesgos biológicos para las gestantes, pero concluyó que aquellas cuidadas por médicos de familia tuvieron una incidencia significativamente menor de cesáreas, de uso de fórceps, de diagnósticos de desproporción céfalopélvica y de nacimientos prematuros (DEUTCHMAN *et al.*, 1995). Otro estudio observó que las mujeres atendidas por médicos de familia, en relación a aquellas atendidas por obstetras, presentaron menor probabilidad de recibir anestesia epidural durante el trabajo de parto o una episiotomía y presentaron tasas menores de cesáreas (HUETSON *et al.*, 1995).

Las proporciones entre médicos generalistas y especialistas varían fuertemente, incluso en países que adoptaron el generalista en la APS: en el Reino Unido: 60% de generalistas y 40% de especialistas; en Portugal: 30% de generalistas y 70% de especialistas; en España, 37% de generalistas y 63% de especialistas; y en los Estados Unidos, 1/3 de generalistas y 2/3 de especialistas (GUSSO, 2005; STARFIELD, 2008). Con relación al porcentaje de personas atendidas por especialistas hay una variación por países: 60% a 80% de la población en los Estados Unidos, 31% de la población en Ontario, Canadá; 30% de la población en España y 15% de las personas abajo de 65 años en el Reino Unido (STARFIELD, 2007).

El análisis de todas esas evidencias permiten suponer que un buen sistema de atención de salud, estructurado en la perspectiva de las RASs, debe buscar una optimización de las relaciones entre los médicos especialistas y los médicos de APS, especialmente los médicos de familia o generalistas, pero con estos últimos ejerciendo las funciones de *gatekeepers*.

Por esa razón, el elemento de apoyo a la decisión CCM tiene como uno de sus componentes esenciales, la integración entre la atención especializada y la APS. Eso significa la necesidad de construir, en una RAS, una alianza productiva entre los especialistas y los generalistas, para garantizar los mejores resultados sanitarios.

Existen diferentes formas de integración entre los especialistas y los médicos de APS. La más común es a través de una relación próxima y personal entre esos profesionales, con un trabajo clínico conjunto. En ese caso, se establece una relación de colaboración en la que el especialista actúa más como interconsultor y, generalmente, no captura para sí la persona referida. Otro modelo es el de intercambio del cuidado entre el especialista y el médico de APS (KATON *et al.*, 1995). Un otro modelo establece

una mediación entre el especialista y el médico de APS, a través de un gestor de caso (FRIEDMAN *et al.*, 1998). Un otro modelo consiste en visitas periódicas del especialista para proporcionar una atención conjunta con el médico de atención primaria de salud (McCULLOCH *et al.*, 1998). Para facilitar la comunicación entre los especialistas y los médicos de APS, algunas organizaciones sanitarias están colocando juntos, en una misma instalación física, esos dos profesionales (PORTER y KELLOGG, 2008).

La relación de alianza entre los especialistas y los médicos de APS debe basarse en una comunicación fluida. En el modelo más común de referencia y contrarreferencia, el médico de APS debe consultar al especialista, principalmente, en las siguientes situaciones: dificultad para hacer un diagnóstico, metas de tratamiento no alcanzadas y tratamiento muy especializado. El médico de APS debe definir bien por qué razón está solicitando la consulta; hacer las preguntas para las que le gustaría tener respuestas del especialista; enumerar los procedimientos que está adoptando, principalmente en relación a los medicamentos; enumerar los resultados que ha obtenido; y decir lo que espera que el especialista haga. Por otro lado, en el informe de contrarreferencia, el especialista debe decir lo que hizo para la persona y qué resultados obtuvo; responder a las preguntas colocadas en la referencia por el médico de APS; hacer recomendaciones para el tratamiento y para el seguimiento de la persona en la APS; y establecer cuándo y en qué circunstancias la persona debe volver a él (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

Existen evidencias de que la integración entre especialistas y generalistas mejora la atención de salud mediante la reducción del uso de recursos (McINNES *et al.*, 1995; McCULLOCH *et al.*, 1998; DOUGHTY *et al.*, 2002; FEACHEM *et al.*, 2002; KASPER *et al.*, 2002; SIMON *et al.*, 2002; HAM *et al.*, 2003; REA *et al.*, 2004; SINGH, 2005b; KELLOGG, 2007; PORTER, 2007); la mejora de la calidad de vida (McCULLOCH *et al.*, 1998; DOUGHTY *et al.*, 2002; KATON *et al.*, 2002; UNUTZER *et al.*, 2002); la obtención de mejores resultados sanitarios (HOSKINS *et al.*, 1993; EASTWOOD y SHELDON, 1996; OSMAN *et al.*, 1996; GRIFFIN, 1998; VARROUD-VIAL *et al.*, 1999; WAGNER *et al.*, 1999; DONOHOE *et al.*, 2000; SIMON *et al.*, 2001; KASPER *et al.*, 2002; GIL-BODY *et al.*, 2003; MAISLOS y WEISMAN, 2004; SINGH, 2005b; KELLOGG, 2007; PORTER, 2007); la mayor satisfacción de las personas usuarias (BYNG *et al.*, 2004); y la mejora de la comunicación (MOORMAN *et al.*, 2001; MALCOLM *et al.*, 2000; OVERHAGE *et al.*, 2002; HYSLOP y ROBERTSON, 2004).

Es oportuno que las reflexiones sobre la integración de los especialistas y de los médicos de APS sean traídas para la realidad del SUS. Algunas críticas realizadas de forma desinformada y sin base en evidencias, intentan imponer al PSF una solución simplista y obsoleta, consagrada ideológicamente y corporativamente, y que se expande políticamente, sin tener su estrategia radicalmente reformulada. Y la reformulación radical

propuesta consiste en sustituir el médico de familia por la presencia permanente, en las unidades de APS, de pediatras, clínicos generales y obstetras (Pinotti, 2008).

Como se vio anteriormente, no existen evidencias de que el uso de esos especialistas en la APS produzca mejores resultados sanitarios que la utilización de los médicos de familia. Además, esa alternativa sería inviable en función de la restricción de la oferta de esos especialistas y por el alto costo que esa propuesta representaría.

Por lo tanto, la solución médica para el SUS está en radicalizar la introducción de los médicos de familia en el PSF, formándolos mejor, focalizando la graduación en la APS, expandiendo las residencias en medicina familiar y garantizando programas de educación permanente efectivos. Además de garantizar salarios dignos y relaciones de trabajo decentes que garanticen un mínimo de seguridad a los médicos que optan por dedicarse a un nuevo modo de hacer medicina que les exige dedicación integral.

Será necesario estrechar las relaciones entre los especialistas y los médicos de familia, para eso, es necesario implantar las RASs y los modelos de atención de las condiciones crónicas, lo que implicará la utilización de las modernas tecnologías de gestión de la clínica y de sistemas logísticos potentes.

ATENCIÓN PRESENCIAL Y ATENCIÓN NO PRESENCIAL

Un quinto cambio importante para hacer productivas las interacciones entre los equipos de salud y las personas usuarias de los sistemas de atención de salud consiste en buscar un equilibrio entre la atención profesional presencial y no presencial. No se trata aquí de analizar las herramientas del telesalud, utilizadas en un contexto más amplio, sino de verificar las posibilidades de aumento de las consultas no presenciales, realizadas por los equipos de salud, en el ambiente micro-organizacional, especialmente a través del teléfono o del correo electrónico.

La atención de salud está caracterizada, en Brasil y otros lugares, por una centralidad en la atención presencial, cara-a-cara, con la participación relativa muy frágil de la atención no presencial. Por eso, hay una tendencia de utilización óptima de esos dos tipos de atención, lo que lleva a un aumento relativo de las consultas no presenciales.

Trabajos realizados en diferentes lugares muestran que las consultas no presenciales pueden presentar, en determinadas situaciones, especialmente en el monitoreo de los portadores de condiciones crónicas, resultados tan buenos cuanto los de las consultas presenciales. Estudios realizados en el Reino Unido, comparando el monitoreo de 278 portadores de asma por teléfono, con el monitoreo presencial cara-a-cara, mostró que el monitoreo no presencial permitió alcanzar un mayor número de personas, con

los mismo resultados sanitarios y con la misma satisfacción de los usuarios (PINNOCK *et al.*, 2003). Resultado semejante fue obtenido en Corea por Kim y Oh (2003) en el control glucémico de portadores de diabetes. En los Estados Unidos se demostró que el contacto telefónico de médicos y enfermeros fue tan efectivo cuanto el contacto presencial en la promoción del autocuidado en portadores de diabetes (WHITLOCK *et al.*, 2000) y más efectivos en el control glucémico y en los cuidados con los pies (PIETTE *et al.*, 2001). Kaiser Permanente ha utilizado cada vez más las consultas no presenciales, incentivando las consultas médicas por correo electrónico. Los médicos tienen 48 horas para contactar sus clientes y son remunerados por esas consultas electrónicas. Eso permitió reducir en 10% las consultas médicas presenciales en aquella organización de salud (PORTER y KELLOGG, 2008). Las consultas no presenciales, en esa organización, son parte de una política de cuidado electrónico (e-cuidado) que envuelve, además, el acceso *on-line* a las historias clínicas informatizadas, el acceso *on-line* a los resultados de exámenes, prescripciones *on-line* de medicamentos de uso continuo, selección *on-line* de los médicos por parte de las personas usuarias, programación electrónica de las consultas y acceso *on-line* a material educativo (PORTER, 2007).

Existen evidencias de que la consulta no presencial produce buenos resultados en el control de las condiciones crónicas mejorando la calidad de la atención (PIETTE *et al.*, 1999; LUSIGNAN *et al.*, 2001; LaFRAMBOISE *et al.*, 2003); mejorando la calidad de vida de las personas usuarias (KRUGER *et al.*, 2003); determinando beneficios en el uso de los recursos (WASSON *et al.*, 1992; BLERMANN *et al.*, 2000; BENATAR *et al.*, 2003); e impactando en los resultados sanitarios (HORAN *et al.*, 1990; WEINBERGER *et al.*, 1996; PIETTE, 2000; MONTANI *et al.*, 2001; RIEGEL *et al.*, 2002; OH *et al.*, 2003; OSLIN *et al.*, 2003; KWON *et al.*, 2004; SINGH, 2005a; SHEA, 2006).

A semejanza de lo que ha venido aconteciendo en otros países, se debería buscar en el SUS una composición adecuada entre las consultas profesionales presenciales y no presenciales, con aumento relativo de las consultas por teléfono y por correo electrónico.

La mejora rápida de la telecomunicación en Brasil es un factor favorable. Datos de la Encuesta Nacional de Muestreo por Domicilio del IBGE de 2007 indican que 77,7% de las residencias brasileñas cuentan con teléfonos, fijos o móviles, lo que corresponde a 43,14 millones de residencias (DAOUN, 2008). En cuanto al acceso a Internet la situación es menos confortable, con un estimado de 39 millones de brasileños usuarios, pero con variaciones significativas en relación a regiones e ingresos de las personas, lo que trae implicaciones de inequidad para un sistema público de salud (COMISIÓN NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, 2008). Pero el crecimiento del acceso domiciliario a Internet ha sido significativo (JULIASZ, 2006). Datos de 2011 muestran que ya hay 51,8 millones de personas con acceso a internet.

ATENCIÓN INDIVIDUAL Y ATENCIÓN EN GRUPO

Un sexto cambio importante para hacer productivas las interacciones entre los equipos de salud y las personas usuarias de los sistemas de atención de salud está en la búsqueda de una relación adecuada entre las consultas profesionales individuales y las consultas profesionales en grupos.

La consulta en grupo ha sido adoptada como una manera de superar los problemas de los sistemas de atención de salud estructurados en una atención uniprofesional, centrados fuertemente en la consulta médica de corta duración y que da consecuencia a prácticas multiprofesionales efectivas (MASLEY *et al.*, 2000). La consulta en grupo va más allá de una consulta dirigida para las necesidades biológicas y médicas para tratar con los aspectos educacionales, psicológicos y sociales de un grupo de personas portadoras de condiciones crónicas de salud (GROUP HEALTH COOPERATIVE, 2001b).

Como el propio nombre indica, la consulta en grupo no se destina a una personas individualmente, y generalmente no es proporcionada por un único profesional, sino que se centra en grupos de personas con condiciones de salud semejantes, contando con la participación de varios profesionales de un equipo de salud. En ese modelo, el equipo de salud facilita un proceso interactivo de atención de salud que se produce en encuentros periódicos de un grupo de portadores de determinada condición crónica.

La consulta en grupo fue desarrollada inicialmente para grupos de ancianos frágiles, con resultados muy positivos: 30% de disminución de la demanda en servicios de urgencia y emergencia; 20% de reducción de hospitalizaciones; disminución de las consultas con especialistas y aumento de las consultas con profesionales de la APS; disminución de llamadas telefónicas para médicos y enfermeros; mayor satisfacción de las personas usuarias; disminución de los costos de la atención (GROUP HEALTH COOPERATIVE, 2001b). Posteriormente, fue adoptado para otras condiciones crónicas como diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca, cáncer, asma, depresión, dolor crónico y fibromialgia (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2008).

La implantación de la consulta en grupo supone una adecuada planificación del equipo multiprofesional y un espacio físico apropiado para su consecución, con los medios necesarios para el desarrollo de los trabajos de grupo.

La planificación debe ser minuciosa, debiendo envolver un tiempo de por lo menos dos meses, antes de comenzar las consultas. Esa planificación previa envuelve la definición de los objetivos de las consultas de grupo que pueden ser: aumentar la satisfacción de las personas usuarias y del equipo con la atención de salud, alcanzar los patrones óptimos definidos en las directrices clínicas e implantar un sistema de monitoreo.

Los grupos deben ser formados por portadores de condiciones crónicas con situaciones semejantes, alrededor de 20 a 25 personas. Es recomendable seleccionar alrededor de 50 personas, teniendo en cuenta que, una media de 30% a 50% de las personas son sensibles a participar en actividades de grupo. Los participantes deben, previamente, manifestar su intención de participar en los grupos. Esos grupos son formados a partir del examen de los registros por condiciones de salud, según la estratificación de los riesgos. Las historias clínicas y los planes de cuidados de los participantes deben ser revistos por el equipo de salud. Debe haber una clara definición de las tareas que serán desempeñadas por cualquier miembro del equipo y puede ser interesante la utilización de una planilla de distribución de responsabilidades, como la propuesta en el Cuadro 9. Después de la elaboración de la lista de participantes, debe ser hecha una segunda verificación, más minuciosa, para excluir personas que no presentan condiciones para la participación en las consultas en grupo, como personas en procesos nosológicos terminales, personas con serios problemas de memoria o de audición, personas con diferencias culturales, étnicas o lingüísticas profundas (pueden ser organizados grupos específicos para esas personas), personas que viajan constantemente, etc. Los participantes deben recibir una carta, por escrito, informando el lugar, la fecha y el horario de las consultas y el equipo debe programar previamente esas consultas. Otro contacto telefónico o por correo electrónico, debe ser hecho en los días inmediatamente anteriores a la actividad. Una reunión preparatoria del equipo de salud debe ser hecha antes de la primera sesión. Las informaciones sobre cada participante del grupo son revistas y socializadas, así como el papel de cada miembro del equipo en la consulta. La adecuación del espacio físico para la consulta, así como los medios (rotafolio, marcadores, hojas de papel, estetoscopio, aparatos de presión, tarjetas de identificación, computadoras, televisor, videos, etc.).

Las principales normas de funcionamiento de la consulta en grupo son: fomentar la participación de todos; dar opinión de forma abierta y honesta; preguntar si no entienden lo que está siendo discutido; tratar todos con respeto y compasión; escuchar atentamente los otros; dar tratamiento confidencial a las informaciones compartidas en el grupo; ser objetivo para que el trabajo pueda comenzar y finalizar en el tiempo programado; y estar presente en todas las sesiones planificadas.

El Recuadro 15 describe una consulta en grupo.

Recuadro 15: Una sesión de consulta en grupo

Un miembro del equipo debe estar presente en la sala antes que las personas lleguen para acogerlas y ayudarlas con la identificación en las tarjetas, colocando el nombre por el cual les gustaría ser llamadas. A la hora convenida el equipo multiprofesional se dirige a la sala. Un miembro del equipo asume el papel de facilitador-líder, normalmente el médico, y abre la sesión. Ese facilitador-líder debe dominar dinámicas de grupo de manera que pueda trabajar apropiadamente con los diferentes tipos de comportamientos en grupo. Él les dará la bienvenida y presentará brevemente todos los miembros del equipo de salud, así como de los participantes (15 minutos). Enseguida, habla sobre los objetivos de la consulta en grupo y abre espacio para preguntas, tales como: ¿qué quieren hacer? ¿qué esperan de ese trabajo en grupo? ¿qué les gustaría saber sobre su condición de salud? Después habla sobre las normas de la consulta en grupo e indaga sobre las expectativas, incluso de confidencialidad.

Después se ofrece un tiempo para interactuar y responder las preguntas de los participantes. Esas serán respondidas por los otros miembros del equipo. Eso muestra para los participantes que el equipo trabaja conjuntamente. Los miembros del equipo de salud deben resistir a la tentación de dar clases, de decir a los participantes lo que ellos deberían hacer en relación a sus síntomas y sus tratamientos; esa actitud prescriptora por parte de los profesionales de salud compromete las posibilidades de éxito de la consulta en grupo. El papel de cada miembro del equipo de salud es solamente facilitar la interacción del grupo y crear un ambiente de confianza en el que los participantes puedan colocar abiertamente sus expectativas, sus miedos, sus angustias, sus esperanzas y sus posibilidades de controlar sus condiciones de salud. Los profesionales de salud no deben responder a las preguntas, sino redireccionarlas al grupo con preguntas como: ¿alguien aquí ha experimentado ese problema? ¿qué funcionó para usted? Eso aumenta la confianza de los participantes y sus habilidades de resolver, por sí mismos, sus problemas de salud (30 minutos). Enseguida, se hace un intervalo, pero durante ese tiempo (15 minutos) el médico conversa individualmente con cada participante y puede rehacer la receta de medicamento de uso continuo y el enfermero toma los signos vitales, cada uno comenzando de un lado. En caso de contar con la presencia de otros profesionales ellos deben tener un momento con aquellos participantes que lo deseen; por ejemplo, el farmacéutico puede verificar la conciliación de los medicamentos y el nutricionista puede hacer una evaluación de la alimentación. Los miembros del equipo deben preguntar a los participantes si desean consultas individuales después de la consulta en grupo y en caso de que sí, deben programarlas.

Hay un intervalo en el que debe ser ofrecido un café u otros alimentos traídos por los participantes. Después del breve receso, se retoma la sesión, para un momento de preguntas abiertas sobre la salud de los participantes o sobre la dinámica del grupo, que serán hechas y consideradas por todos los miembros del equipo de salud. Ese momento puede ser estimulado por el facilitador-líder, a partir de un hecho relevante como, por ejemplo, un nuevo tratamiento que apareció en la prensa (15 minutos). Después de ese período de interacciones, se inicia una nueva discusión sobre lo que se pretende debatir en la próxima consulta en grupo, generalmente, un mes después de esa primera sesión. Existe una tendencia en los equipos de salud a definir técnicamente esa agenda de discusión. Pero se sabe que dejar que esa agenda surja de los participantes contribuye con el fortalecimiento de los vínculos entre los participantes y para que los grupos desarrollen un sentimiento de autoconfianza. Por último, se encierra la sesión, con un posicionamiento claro y fuerte por parte del facilitador-líder, con agradecimientos y con la programación de la fecha y del lugar del próximo encuentro (15 minutos).

A continuación tienen lugar las consultas individuales que fueron programadas en el inicio de la sesión (30 minutos) y se termina con un tiempo libre que podrá ser utilizado por el equipo de salud de acuerdo con la evolución de la sesión (30 minutos). De esa manera, una sesión de grupo típica tiene una duración media de 2 horas y 30 minutos.

Fuentes: Scott y Robertson (1996); Beck *et al.* (1997); Masley *et al.* (1997); Terry (1997); Scott *et al.* (1998); Noffsinger (1999a); Noffsinger (1999b); Noffsinger (1999c); Sadur *et al.* (1999); Thompson (2000); Group Health Cooperative (2001b); Improving Chronic Illness Care (2008).

La consulta en grupo ofrece una alternativa nueva y más satisfactoria a los equipos multiprofesionales de salud para interactuar con las personas usuarias. Esta alternativa hace la atención de salud más eficiente, mejora el acceso a los servicios y utiliza procesos de grupos para motivar cambios de comportamientos y mejorar los resultados sanitarios. Las personas que participan en la consulta colectiva relatan que ellas se conocen mejor; pasan a saber que no son las únicas personas con una determinada condición de salud; se relacionan con personas como ellas; adquieren nuevos conocimientos; tienen la oportunidad de levantar cuestiones libremente; y pasan a gustar de la compañía de los otros miembros del grupo (GROUP HEALTH COOPERATIVE, 2001b).

Existen evidencias de que la consulta en grupo tiene un impacto en la calidad de la atención de salud (NOFFSINGER, 1999b; SADUR *et al.*, 1999; WAGNER, 2000; CLANCY *et al.*, 2003); en la satisfacción de los usuarios (COLEMAN *et al.*, 1999; NOFFSINGER, 1999a; CLANCY *et al.*, 2003; SCOTT *et al.*, 2004; SINGH, 2005a); en el mejor uso de los recursos (BECK *et al.*, 1997; NOFFSINGER, 1999b; COLEMAN *et al.*, 2001; SINGH, 2005a); y en la mejora de la calidad de vida (SCOTT *et al.*, 2004).

El SUS ha acumulado una experiencia relevante en la utilización de trabajos de grupos en la atención de salud, principalmente en relación a los grupos operativos (PEIXOTO, 1996; TEIXEIRA, 1997; ABDUCH, 1999; PEREIRA y LIMA, 2002; TEIXEIRA, 2002; TORRES *et al.*, 2003; FORTUNA *et al.*, 2005; SILVEIRA y RIBEIRO, 2005; DIAS y CASTRO, 2006) y ese esfuerzo debe ser acentuado. Por otro lado, hay que resaltar que la consulta en grupo es diferente de los grupos operativos, tanto en su dinámica, como en sus objetivos.

El incremento relativo de las consultas en grupo debe tener una expresión en la infraestructura física de las unidades de salud, especialmente en las unidades de APS, con el desplazamiento del espacio hegemónico, de punto de vista material y simbólico, del consultorio médico para la sala de actividades de grupos. La arquitectura de las unidades de salud debe incorporar esos cambios proponiendo salas amplias, amigables para los usuarios de los servicios, con los medios necesarios (acceso a Internet, aparatos multimedia, televisor, etc.) que viabilicen las sesiones de grupos productivas. Un buen ejemplo son los espacios-salud de las unidades de APS de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba. Además, esas salas pueden ser utilizadas para otras actividades de salud, como las actividades educacionales de profesionales y de personas usuarias, y abiertas para actividades comunitarias, especialmente en los fines de semana.

ATENCIÓN PROFESIONAL Y ATENCIÓN POR LEGOS

Un séptimo cambio importante para hacer productivas las interacciones entre los equipos de salud y las personas usuarias de los sistemas de atención de salud consiste en desarrollar actividades de grupos de portadores de condiciones crónicas, conducidas por legos portadores de esas condiciones.

El uso de personas legas para tratar las condiciones crónicas ha sido crecientemente reconocido (CORKERY *et al.*, 1997; BARLOW *et al.*, 2005). En algunos países ha sido oficialmente estimuladas, como en el Reino Unido, donde fue estructurado el Programa de Pacientes Expertos (DEPARTMENT OF HEALTH, 2001) que está basado en el intercambio y la transferencia de los conocimientos y habilidades en el manejo de las condiciones crónicas de una persona usuaria para otras. Y surgió como una alternativa de ofertar, en el Servicio Nacional de Salud, el autocuidado apoyado.

El programa de personas usuarias expertas surgió a partir de las observaciones de algunos médicos de que algunas personas conocían mejor su condición de salud que ellos y que las personas usuarias tienen un conocimiento mayor con relación a: experiencia con la condición crónica; las circunstancias sociales en las que esa condición se produce; y las actitudes frente a los riesgos, a los valores y las preferencias individuales (DEPARTMENT OF HEALTH, 2001). Ese programa evolucionó, en algunas situaciones, para trabajos de grupos de portadores de una determinada condición crónica de salud, coordinados por pares, es decir, por personas usuarias con vivencia de aquella condición.

La persona usuaria experta es seleccionada entre un grupo de portadores de la misma condición crónica y va a actuar como facilitadora en sesiones de grupo con los demás portadores de la misma condición. En la selección, hecha por el equipo de salud, a través de entrevista y observación, de acuerdo con criterios tales como la empatía, el interés en ayudar, la motivación, la habilidad de comunicación, el interés en el trabajo voluntario y la capacidad de autocuidado. El criterio fundamental es que esos facilitadores hayan experimentado los problemas de la condición de salud y, por lo tanto, dándoles legitimidad para interactuar con otras personas que están pasando por los mismos problemas.

La persona usuaria experta pasa por una formación para ser capacitada como facilitadora de grupos, realizada por el equipo de salud. Los grupos son formados por portadores de una misma condición de salud, en un número de 10 a 15 personas. Algún miembro del equipo de salud puede estar presente en el grupo, pero solamente como observador.

Bodenheimer y Grumbach (2007) afirman que cuando un grupo interactúa con el problema, presentado por un portador de una condición similar, puede beneficiarse

tanto o más que con la intervención de un médico o de otro profesional de salud. En esos grupos, las interacciones humanas son exponencialmente multiplicadas, beneficiando la atención de salud.

Existen evidencias de que esos programas de personas usuarias expertas producen resultados positivos para la salud de portadores de condiciones crónicas en las siguientes situaciones: en la mejora del acceso a la atención (SWIDER, 2002; SINGH, 2005a); en los resultados sanitarios (CHERNOFF *et al.*, 2002; FU *et al.*, 2003; LOZANO *et al.*, 2004); en la adhesión al autocuidado (RIEGEL y CARLSON, 2004; JOVELL *et al.*, 2006; MESTRE *et al.*, 2008); y en el uso de recursos de salud (FU *et al.*, 2003; LOZANO *et al.*, 2004; SINGH *et al.*, 2005a). Por eso, esos programas han sido introducidos en las políticas oficiales de sistemas públicos de atención de salud como el del Ministerio de Salud del Reino Unido (DEPARTMENT OF HEALTH, 2001; EXPERT PATIENTS PROGRAMMES, 2008) y en el sistema público de atención de salud de Cataluña, España (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2007).

La introducción de programas semejantes a los de las personas usuarias expertas, a través de reuniones de grupos de portadores de una determinada condición crónica de salud, facilitados por pares, debería ser incentivada en el SUS, especialmente en la APS.

El Recuadro 16 a continuación describe la experiencia del Programa Paciente Experto, en Cataluña, España.

Recuadro 16: El Programa Paciente Experto del Instituto Catalán de Salud, en España

El Programa Paciente Experto tiene los siguientes objetivos: conseguir la adhesión de las personas usuarias; conocer el grado de satisfacción de esas personas; mejorar la calidad de vida percibida por esas personas; mejorar el conocimiento de las personas usuarias sobre la condición crónica; mejorar el grado de autocuidado para poder adquirir un manejo correcto de la condición crónica; mejorar la adhesión a los tratamientos; disminuir el número de consultas médicas y de enfermería; y disminuir las hospitalizaciones y la atención de urgencia y emergencia.

El programa tiene nueve sesiones de 1 hora y 30 minutos que se distribuyen en un período de dos meses y medio. El número de participantes está limitado a diez, con el objetivo de garantizar una comunicación fluida y efectiva entre los participantes. Una persona usuaria es escogida en función de su experiencia y de su vivencia de la condición crónica y actúa como facilitadora del grupo. Para eso, pasa por una formación en dinámica de grupos proporcionada por el equipo de salud. Algún miembro del equipo de salud puede participar, pero exclusivamente como observador, sin interferir en la dinámica de grupo.

Recuadro 16: El Programa Paciente Experto del Instituto Catalán de Salud, en España

La evaluación del proceso se realiza en dos fases. La primera, después de cada sesión; y la segunda, seis a 12 meses después del fin de los trabajos. Ambas evaluaciones buscan evaluar aspectos cualitativos y cuantitativos, valorizándose, por un lado, los conocimientos adquiridos, los cambios de comportamientos y de estilos de vida, el grado de autocuidado y la satisfacción de los participantes y, por otro, la utilización de los servicios de APS, de los servicios de urgencia y emergencia y de las hospitalizaciones.

La evaluación hecha en diez grupos de personas usuarias de la APS, en Barcelona, portadores de insuficiencia cardíaca, en un total de 78 participantes, mostró que al final del programa, 20,1% mejoraron sus comportamientos y estilos de vida y 9,2% adquirieron nuevos conocimientos; seis meses después, 25% mejoraron sus comportamientos y estilos de vida y 13,2% mejoraron sus conocimientos sobre la enfermedad. Además, los resultados cualitativos demostraron un alto grado de satisfacción de los participantes con el programa.

Fuente: Mestre *et al.*, 2008.

Además de la atención por personas usuarias expertas, han aparecido modelos innovadores de redes facilitadoras para la atención de salud. Son grupos de personas portadoras de una determinada condición que se reúnen para conocer e intercambiar informaciones con “personas como yo”. Eso posibilita comparar la evolución de sus condiciones de salud, el progreso en el tratamiento y comunicar y aprender unos con los otros. El caso más conocido es el de los Alcohólicos Anónimos, pero existen otras experiencias. La Revolution Health está construyendo una red de personas con condiciones crónicas, basada en un amplio banco de datos (CHRISTENSEN *et al.*, 2009); la Restless Legs Syndrome Foundation (2008) ayuda los portadores del síndrome de las piernas inquietas a conocer los últimos tratamientos y proporciona informaciones para orientar mejor los profesionales de salud; el *website dLife* ofrece informaciones y un foro donde los portadores de diabetes se enseñan como tratar mejor la diabetes (FOR YOUR DIABETES LIFE, 2008); y en España el Forumclínic difunde información sanitaria a los profesionales de salud y personas portadoras de condiciones crónicas y comunica esas personas creando comunidades virtuales (BADIA *et al.*, 2009).

ATENCIÓN PROFESIONAL Y EL AUTOCUIDADO APOYADO

Finalmente, un octavo cambio necesario para hacer productivas las interacciones entre los equipos de salud y las personas usuarias de los sistemas de atención de salud consiste en introducir, además del cuidado profesional, el autocuidado apoyado. Eso significa que es necesario aumentar las intervenciones de autocuidado apoyado en las RASs porque los sistemas fragmentados de atención de salud son excesivamente centrados en la atención profesional.

Es lo que se señala en la Figura 12, con la línea transversal que va desde el nivel de prevención de las condiciones de salud hasta la gestión de caso. Lo que encima de esa

línea debe ser, principalmente, motivo de atención profesional; lo que está debajo de esas líneas, debe ser manejado, principalmente, con intervenciones de autocuidado apoyado.

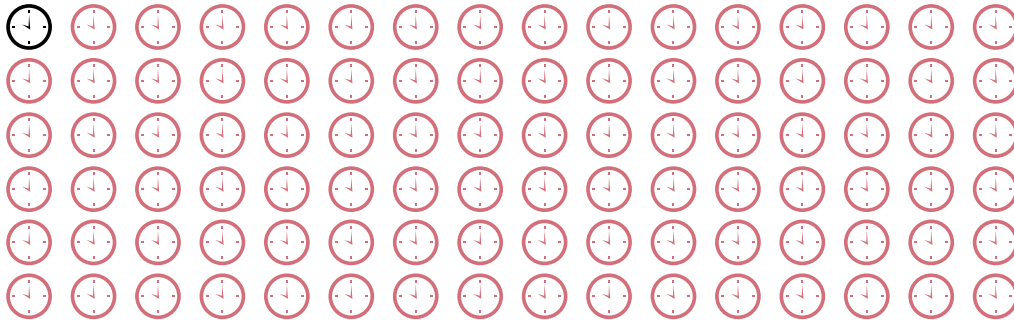
En las condiciones crónicas, se opera con una combinación entre cuidados profesionales y autocuidado apoyado que varía según la estratificación de riesgo de la condición de salud. Existen evidencias de que 65 a 80% de los portadores de condiciones crónicas, los de menor riesgo, pueden tener su atención de salud centrada en el autocuidado apoyado, prescindiendo del constante cuidado profesional directo, especialmente médico. Generalmente, esas personas interactúan con los equipos multiprofesionales de atención primaria de salud, con fuerte énfasis en el autocuidado apoyado, no siendo necesario más de una consulta médica por año (SINGH, 2005b; PORTER y KELLOGG, 2008).

El autocuidado apoyado está basado en el principio de que las personas portadoras de condiciones crónicas conocen su condición y sus necesidades de atención, tanto como los profesionales de salud (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005b). Es como afirma, con razón, un ex-director del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, a respecto de los portadores de condiciones crónicas: *“Cuando usted sale de la clínica, usted continúa con una condición crónica. Cuando el enfermero sale de su casa, usted continúa con una condición crónica. Durante la noche, usted lucha sólo contra el dolor. El fin de semana usted tiene hacerle frente a la condición crónica sin la ayuda de un profesional de salud. Vivir con una condición crónica es mucho más que recibir atención médica o de un profesional”* (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005a).

Existen estudios que muestran que el cuidado profesional en los portadores de condiciones crónicas consume pocas horas durante un año. Por ejemplo, en Inglaterra, una persona portadora de diabetes consume una media anual de 3 horas de atención por profesionales de salud, en un total de 8.760 horas que componen el año (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005a; COLIN-THOME, 2008). Tomándose el mayor valor, el de 3 horas, cada portador de diabetes se relaciona directamente con un profesional de salud menos de un milésimo del total de horas de un año. En todo el tiempo restante, las 8.757 horas del año, esa persona convive con su diabetes sin la ayuda profesional.

Eso es representado por Ham (2007a), en la Figura 15 a continuación, siendo el primer reloj marcado el tiempo del cuidado profesional, y los otros, el total de horas en el que un portador convive con su condición durante un año sin ayuda profesional.

Figura 15: Tiempo del cuidado profesional en la vida de un portador de condición crónica



Fuente: Ham (2007a)

Christensen *et al.* (2009) crearon una matriz para analizar el enfrentamiento de las enfermedades crónicas, a partir del cruzamiento de dos variables en dos ejes: la motivación para adherir al mejor tratamiento conocido que varía de débil (consecuencias retardadas) a fuerte (consecuencias inmediatas); y el grado en el que es necesario el cambio de comportamiento de la persona portadora de la enfermedad que varía de mínimo a máximo. El eje vertical mide la motivación de los portadores de enfermedades crónicas para evitar las complicaciones o síntomas de su enfermedad mediante la adhesión al tratamiento. Esa motivación es despertada por la intensidad y por la urgencia con la que esas personas sienten las complicaciones. Las personas con una motivación débil tienden a posponer la adhesión a los cambios, por ejemplo, en los casos de obesidad o sobrepeso, en los que las consecuencias son de largo plazo. El cambio alimentario siempre se queda para la próxima semana. Al contrario, personas portadoras de dolores lumbares tienden a tener una motivación fuerte porque si no adhieren al tratamiento los dolores inmediatos y fuertes. El eje horizontal mide el grado de importancia del cambio comportamental. Eso varía a partir de una posición polar en la que lo único que se pide al portador de la enfermedad crónica es que tome pastillas (grado mínimo de necesidad de cambio de comportamiento), pero hay otras enfermedades, como la diabetes, denominadas enfermedades dependientes del comportamiento, que exigen de las personas un grado máximo de cambios que envuelven la pérdida de peso, el ejercicio físico, la alimentación saludable y la vigilancia continua de los síntomas, además de tomar regularmente medicamentos. Las acciones de autocuidado apoyado, aunque sean necesarias para todas las condiciones crónicas, se aplican con mayor fuerza, a las personas portadoras de condiciones con mayor grado de necesidad de cambio comportamental.

El autocuidado apoyado fue definido como la prestación sistemática de servicios educacionales y las intervenciones de apoyo para aumentar la confianza y las habilidades de las personas usuarias de los sistemas de atención de salud en la gestión de sus problemas, lo que incluye el monitoreo regular de las condiciones de salud, el

establecimiento de metas y el apoyo para solucionar esos problemas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2003). Los principales objetivos del autocuidado apoyado son generar conocimientos y habilidades en los portadores de condiciones crónicas para conocer su problema; para decidir y escoger su tratamiento; para adoptar, cambiar y mantener comportamientos que contribuyan con su salud; para utilizar los recursos necesarios para apoyar en el proceso de cambio; y para superar las barreras que obstaculizan la mejora de su salud (MORRISON, 2007).

La expresión autocuidado apoyado no significa pasar el problema de la condición crónica para la exclusiva responsabilidad de sus portadores. Para que el autocuidado se produzca con efectividad, el portador de la condición crónica debe tener el apoyo de la familia, de los amigos, de las organizaciones comunitarias y, especialmente, del equipo multiprofesional de salud.

Los apoyadores más próximos son la familia, los cuidadores y los amigos. Después, los recursos comunitarios como la iglesia, la escuela, el club, la asociación de portadores de condiciones crónicas, la biblioteca, las redes de apoyo social en la Internet, etc. Y por supuesto, el equipo de salud, principalmente los profesionales de la APS.

Una parte significativa de las intervenciones de autocuidado apoyado está basada en una o más teorías del comportamiento humano (RIJKEN *et al.*, 2008). Esas teorías fueron mencionadas anteriormente, en la discusión sobre las intervenciones de prevención de las condiciones de salud.

Las intervenciones para apoyar las personas a mejorar su salud y gestionar su condición de salud requieren un conjunto de estrategias que varían con el nivel de conocimiento, las creencias sobre la condición de salud, las actitudes frente a los cambios, el grado de importancia, el nivel de confianza, la solidez de las redes de apoyo social y el nivel de motivación.

Existen un concepto importante en el autocuidado apoyado que es el de autoeficacia que expresa el grado de confianza de una persona para cambiar comportamientos para llegar a los objetivos deseados: si las personas piensan que pueden hacer algo, ellas probablemente lo harán; si las personas piensan que no pueden hacer algo, ellas probablemente no lo harán. Existen evidencias de que la autoeficacia esta asociada con comportamientos saludable (MARKS *et al.*, 2005).

El autocuidado apoyado esta basado en algunos pilares: la información y la educación para el autocuidado, la elaboración y el monitoreo de un plan de autocuidado y el material de apoyo para el autocuidado (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005b; LORIG *et al.*, 2006; BODENHEIMER, 2007).

La educación para el autocuidado es realizada, generalmente, por los equipos de salud o por pares, y tiene el objetivo de que las personas conozcan más profundamente sus condiciones crónicas de salud para gerenciarlas mejor. En relación a las personas legas como facilitadores de la educación para el autocuidado, fue visto anteriormente que ellas funcionan muy bien. Sin embargo, algunos estudios indicaron que varios profesionales obtuvieron, también, buenos resultados como facilitadores de actividades educativas de autocuidado, como los enfermeros de APS (HORNER, 1998; LeFORT, 2000; RICHARDS *et al.*, 2003); los equipos multiprofesionales de la APS (MESTERS *et al.*, 1994; TSCHOPP *et al.*, 2002); los farmacéuticos (STEINWEG *et al.*, 1998); los educadores en salud (SIMINERIO *et al.*, 2005); y los equipos multiprofesionales hospitalarios (LIKITMASKUL *et al.*, 2002; BOURBEAU *et al.*, 2003).

Otros estudios mostraron que las acciones educativas proporcionada por profesionales de salud y por personas portadoras de condiciones crónicas son, ambas, efectivas, y cuando comparadas entre sí no indican diferencias en los resultados obtenidos (LORIG *et al.*, 1986; LORIG *et al.*, 2001; BARLOW *et al.*, 2002; SWIDER, 2002; FU *et al.*, 2003; LORIG *et al.*, 2003). Es interesante destacar que los facilitadores pares presentan mejoras en sus condiciones crónicas después de las actividades educativas en las que actuaron como facilitadores (HAINSWORTH y BARLOW, 2001; STRUTHERS *et al.*, 2003; BARLOW *et al.*, 2005).

Han sido ofertados, también, cursos para preparar cuidadores de los portadores de condiciones crónicas y esos cuidadores relatan, al final de los cursos, que ellos adquieren una mayor motivación y confianza (SINGH, 2005b). Esos programas tienen el objetivo de preparar los cuidadores para que expresen adecuadamente la empatía, refuercen las elecciones del portador de condición crónica y ayuden en la solución de los problemas.

Las actividades educacionales para el autocuidado pueden ser dirigidas a personas con una misma condición crónica o a portadores de diferentes condiciones crónicas. En el Reino Unido son más comunes las actividades dirigidas a portadores de diferentes condiciones crónicas. Esos cursos duran, normalmente, seis semanas, en sesiones de dos horas y media, con grupos de ocho a 16 participantes. Los temas desarrollados incluyen como romper el ciclo de los síntomas, la alimentación, los ejercicios, la comunicación, el manejo del dolor y la medicación (DEPARTMENT OF HEALTH, 2001).

El Recuadro 17 a continuación describe el curso para el autocuidado desarrollado en Inglaterra para portadores de artritis.

Recuadro 17: Curso para el autocuidado de la artritis

El curso tiene el objetivo de capacitar personas adultas para gestionar sus vidas de manera más efectiva y para su autocuidado.

El curso se desarrolla en seis sesiones educacionales de dos horas y media, con los siguientes contenidos: los mitos sobre la artritis; las técnicas de relajamiento; los programas de ejercicios; la comunicación con el equipo de salud; y lo que las personas pueden hacer para sí mismas en relación a la artritis.

El curso envuelve diferentes actividades educacionales como sesiones de discusión, de tempestad cerebral y breves exposiciones de los facilitadores. Esas actividades son conducidas por dos facilitadores.

Los participantes reciben materiales educacionales escritos, en audio o videos.

Al final de cada sesión, los participantes deben elaborar un plan de autocuidado semanal.

Fuente: Singh (2005b)

Esas actividades educacionales para el autocuidado de las condiciones crónicas fueron desarrolladas, inicialmente, por la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford, en los Estados Unidos (STANFORD EDUCATION RESEARCH CENTER, 2008), pero se diseminaron por el mundo. Existen evidencias de que esas actividades educacionales para el autocuidado son efectivas en diferentes países: en Australia (OSBORNE *et al.*, 2007); en Canadá (LeFORT, 2000; BOURBEAU *et al.*, 2003); en China (LORIG *et al.*, 1999; SINGH, 2005a); en España (GENERALITAT DE CATALUNYA, 2007; MESTRE, 2008); en los Estados Unidos (SHAMES *et al.*, 2004; STANFORD EDUCATION RESEARCH CENTER, 2008); en Hong Kong (CHOY *et al.*, 1999); en India (GHOSH *et al.*, 1998); en Noruega (GALLEFOSS, 2004); en Nueva Zelanda (WRIGHT *et al.*, 2003); en Reino Unido (DEPARTMENT OF HEALTH, 2001; SCHIEL *et al.*, 2004); y en Taiwán (CHIANG *et al.*, 2004).

Existen también, evidencias de que las actividades educacionales para el autocuidado producen resultados favorables para los portadores de condiciones crónicas, en cuanto a la mejora de la calidad de vida y las experiencias de las personas usuarias (BROUGH *et al.*, 1982; MESTERS *et al.*, 1994; BARLOW *et al.*, 1998; LORIG *et al.*, 1999; BARLOW *et al.*, 2001; DEPARTMENT OF HEALTH, 2001; BARLOW *et al.*, 2002; CHIANG *et al.*, 2004; SCHIEL *et al.*, 2004; SHAMES *et al.*, 2004; COULTER y ELLINS, 2006; MESTRE *et al.*, 2008); la calidad de la atención de salud (BODENHEIMER *et al.*, 2002; RILEY *et al.*, 2001; MESTRE *et al.*, 2008); los resultados sanitarios (MAYO *et al.*, 1990; LORIG y HOLMAN, 1993; GHOSH *et al.*, 1998; CHOY *et al.*, 1999; CLARK *et al.*, 2000; GROESSL y CRONAN, 2000; LeFORT, 2000; LORIG *et al.*, 2001; BODENHEIMER *et al.*, 2002; NORRIS *et al.*, 2002; GUEVARA *et al.*, 2003; KRISHNA *et al.*, 2003; LORIG *et al.*, 2003; WARSI *et al.*, 2003; WHEELER *et al.*, 2003; WOLF *et al.*, 2003; LORIG *et al.*, 2004; WARSI *et al.*, 2004; CHODOSH *et al.*, 2005; DAVIDSON, 2005; DAVIS *et*

al., 2006; LORIG *et al.*, 2006; GENERALITAT DE CATALUNYA, 2007; OSBORNE *et al.*, 2007; COULTER *et al.*, 2008; PARTNERSHIP FOR PREVENTION, 2008; STANFORD EDUCATION RESEARCH CENTER, 2008); y el uso de los recursos (FRIES *et al.*, 1997; CHARLTON *et al.*, 1990; LORIG *et al.*, 1993; DEPARTMENT OF HEALTH, 2001; ROBINSON *et al.*, 2001; OSMAN *et al.*, 2002; BOURBEAU *et al.*, 2003; KENNEDY *et al.*, 2003; GALLEFOSS, 2004; SINGH, 2005a; KENNEDY *et al.*, 2007; STANFORD EDUCATION RESEARCH CENTER, 2008).

Para la elaboración conjunta, entre el equipo de salud y la persona usuaria, del plan de autocuidado ha sido propuesta la metodología de los 5 As (en inglés, *assess, advise, agree, assist* y *arrange*).

La evaluación (*assessment*) consiste en la comprensión de las creencias, de los conocimientos y de los comportamientos de las personas usuarias en dos áreas: sanitaria y motivacional. En el área sanitaria es necesario entender el problema de la persona: que condición crónica tiene, la severidad de esa condición, la capacidad de autocuidado y lo que ella sabe sobre esa condición de salud. El componente emocional envuelve la comprensión del deseo de cambiar los comportamientos de salud y la identificación de las barreras para alcanzar ese objetivo. Aquí, las teorías psicológicas y comportamentales como el modelo de las etapas de cambio y la entrevista motivacional, son herramientas que han sido utilizadas.

El consejo (*advice*) consiste en la transmisión de informaciones específicas sobre los riesgos y los beneficios de los cambios a través de la educación en salud y el entrenamiento de habilidades. Informaciones ayudan a las personas a valorizar la importancia de cambiar sus comportamientos y a aumentar la motivación. Clement (1995) demostró que 76% de los portadores de diabetes tipo 2 no tenían informaciones adecuadas sobre esa condición de salud. Además, muchos portadores de diabetes aprenden a verificar la glucosa, pero no comprenden el significado de los números obtenidos en la medida. Es fundamental para iniciar un proceso de enseñanza-aprendizaje eficaz, antes de informar, preguntar a las personas, especialmente a los adultos, lo que ellas desean saber, ya que los adultos sólo aprenden lo que les parece significativo. Es importante también, cerrar el ciclo de información preguntando a las personas si ellas entendieron lo que fue informado, ya que mitad de ellas no consiguen comprender las informaciones repasadas por el equipo de salud. Existe evidencia de que ese encerramiento del ciclo mejora la comprensión de las personas usuarias y los resultados en la atención a los portadores de diabetes (SCHILINGER *et al.*, 2003).

La concordancia (*agree*) consiste en la elaboración conjunta del plan de autocuidado basado en las prioridades, convicciones y confianza para cambiar las personas. No sirve de nada la estrategia tradicional de decirle a las personas que ellas deben parar

de fumar o deben caminar 30 minutos por día. Es necesario cambiar eso mediante una relación colaborativa entre los profesionales de salud y las personas.

La asistencia (*assist*) consiste en la identificación de las barreras personales, de las estrategias, de las tecnologías de solución de problemas y del apoyo social y ambiental para el autocuidado. Existe evidencia de que la asistencia, adecuadamente realizada, está asociada con la mejora del control de la glucemia en portadores de diabetes (VAN DAM *et al.*, 2003) y el control de la presión arterial en portadores de hipertensión (BOULWARE *et al.*, 2001)

El monitoreo (*arrange*) consiste en la elaboración y la ejecución conjunta de un sistema de monitoreo. El autocuidado apoyado no es una actividad de corto plazo; al contrario, exige un acompañamiento regular y sistemático por mucho tiempo. El monitoreo puede ser realizado de varias formas, dependiendo de las condiciones objetivas del sistema de atención de salud y de las preferencias de las personas: visitas regulares a los servicios, contacto telefónico, por correo electrónico, grupos de pares o recursos comunitarios. Existe evidencias de que el monitoreo regular mejora los niveles glucémicos de los portadores de diabetes (GRIFFIN y KINMONTH, 2000; NORRIS *et al.*, 2002) y mejora el control de la hipertensión (FAHEY *et al.*, 2005).

Un factor central del autocuidado apoyado está en la elaboración conjunta de un plan de acción, entre el equipo de salud y los portadores de condiciones crónicas. Una forma de elaborar ese plan es a través de entrevistas motivacionales (MORRISON, 2007).

Los objetivos del plan de autocuidado son: identificar los cambios que deben ser realizados; describir qué, dónde, cuándo, cuánto y con qué frecuencia los cambios ocurrirán; identificar y listar las barreras para esos cambios e identificar y listar las estrategias de superación de esas barreras; evaluar el grado de confianza de las personas para cumplir las metas; y documentar y monitorear esas metas.

La forma como las personas se colocan frente a una condición crónica varía de una actitud activa y de convivencia con sus restricciones o de forma más reactiva o de reducción de su sociabilidad, muchas veces colocando su condición de salud como el centro de su vida. La diferencia entre esas posturas delante de la ocurrencia de una condición crónica no está determinada por la condición en sí, sino por la forma como las personas deciden manejarla. La expresión decisión es central en las condiciones crónicas porque el autocuidado constituye siempre, una decisión entre ayudarse o no hacer nada.

La decisión por el autocuidado implica que una persona: decide sobre las metas que desea alcanzar; construye alternativas para alcanzar esas metas; elabora un plan de autocuidado para llegar a esas metas; implementa el plan de acción; monitorea los resultados; realiza cambios cuando necesarios; y celebra las metas alcanzadas. El apoyo del equipo de salud o de familiares y amigos puede ayudar en la construcción del plan de acción. Decidir lo que será hecho puede ser la parte más difícil y exige realismo y especificidad por parte del autocuidador. Para alcanzar las metas es fundamental elaborar una lista de alternativas y escoger las más viables. La elaboración del plan de cuidado debe ser hecha a partir de planes de acción de corto plazo, por ejemplo, planes semanales. Debe contener acciones específicas que pueden ser realísticamente cumplidas en el tiempo definido. Las acciones del plan deben corresponder a lo que las personas desean y pueden hacer de forma sistemática. Las acciones deben referirse a comportamientos específicos; por lo tanto, no se planea relejar en aquella semana, sino escuchar todos los días las grabaciones de relajamiento; o no se planea perder un kilo, sino eliminar la comida después de la cena.

El plan de acción debe contener qué hacer, dónde, cuánto, cuándo y con qué frecuencia hacerlo. Por ejemplo, qué: caminar; dónde: en el barrio; cuánto: quince minutos por día; cuando, temprano por la mañana; y con qué frecuencia, todos los días. Es fundamental que el plan de acción contenga el grado de confianza de la persona para su cumplimiento. Para eso, la persona debe hacerse la siguiente pregunta: en una escala de 0 a 10, siendo 0 sin ninguna confianza y 10 confianza total, cuánta certeza tiene de que cumplirá aquel plan de acción. Una puntuación de 7 o más significa que el plan es realista y debe ser cumplido. Si el resultado es inferior a 7 el plan debe repensado con metas menos ambiciosas. El plan debe ser escrito y colocado en un lugar visible para ser consultado todos los días.

Al final de cada semana el plan debe ser revisto. Eso permite adecuar el plan a las posibilidades reales de la persona. Para eso, deben utilizarse métodos de solución de problemas: identificar el problema, listar las alternativas para solucionarlo, escoger las alternativas más viables, monitorear los resultados y, en algunas circunstancias, aceptar la idea de que el problema no puede ser solucionado en ese momento. Por último, la persona debe celebrar sus conquistas, lo que puede ser hecho mediante autoincentivos, cosas agradables o pequeños regalos proporcionados a sí mismo luego de haber alcanzado las metas (LORIG *et al.*, 2006).

El establecimiento de metas y la concordancia de las personas en definir las actividades para alcanzarlas es un factor importante para llegar a buenos resultados en el manejo de las condiciones crónicas (HANDLEY *et al.*, 2006) y se ha verificado que está asociado con mejores patrones de alimentación (AMMERMAN *et al.*, 2002) y de ejercicios físicos (SHILTS *et al.*, 2004). La Asociación Americana de Cardiología y la Asocia-

ción Americana de Diabetes recomiendan la definición de metas como un componente en la reducción de los riesgos cardiovasculares (BODENHEIMER, 2007).

El Recuadro 18 presenta un formulario para elaboración y monitoreo del plan de autocuidado apoyado.

Recuadro 18: Un ejemplo de plan de autocuidado apoyado

Nombre

Fecha

1. Meta: ¿Qué? ¿Dónde? ¿Cuánto? ¿Cuándo? ¿Con qué frecuencia?

Ejemplo: Esta semana iré a caminar en la Plaza JK, durante 30 minutos, después del desayuno, todos los días.

2. Las principales barreras para alcanzar esa meta son:

3. Las acciones posibles para superar esas barreras son:

4. Mi grado de confianza en el alcance de la meta es (de 0, totalmente sin confianza, a 10, totalmente seguro)

5. Monitoreo

DÍA	CHECKLIST	COMENTARIOS
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

Fuente: Adaptado de Lorig *et al.* (2006)

Son importantes, en el autocuidado apoyado, las redes de apoyo social. Un estudio realizado por la Universidad del Estado de Rio de Janeiro con 2.240 mujeres con relación al autoexamen de las mamas, considerado un marcador del autocuidado en mujeres, verificó que la posibilidad de realizar el autoexamen más frecuente fue dos veces mayor entre las mujeres con mayor apoyo social, cuando comparadas con la que contaban con menor apoyo (ANDRADE *et al.*, 2005).

Las condiciones crónicas, especialmente, las enfermedades crónicas, han venido acompañadas de síntomas. Generalmente, no pueden ser percibidos por otras personas y son de difícil descripción, en su singularidad, incluso por profesionales de salud. Los principales síntomas son la fatiga, el estrés, la dificultad de respiración, el dolor, la ira, la depresión y los problemas de sueño que interactúan entre sí y se retroalimentan.

Esos síntomas, sin embargo, se manifiestan de forma muy especial en cada portador de condición crónica. Por eso, el autocuidado apoyado debe envolver la capacidad de las personas para gestionar sus síntomas. Eso es hecho a través de métodos de solución de problemas, como fue visto en el plan de acción del autocuidado. Primero, es fundamental identificar el síntoma que se siente. Después, es necesario intentar determinar la causa del síntoma en cada momento que se manifiesta y eso no es fácil porque los síntomas de las condiciones crónicas son numerosos, complejos e interrelacionados. Por ejemplo, la fatiga puede ser causada por una condición crónica, por la inactividad física, por una alimentación inadecuada, por descanso insuficiente, por problemas emocionales (estrés, ansiedad, miedo y depresión) y por determinados medicamentos. Un medio para llegar a ese paso es escribir un diario sobre como se manifiestan los síntomas. Una vez identificada la causa será más fácil usar técnicas de manejo del síntoma. Por ejemplo, en el caso de estrés pueden ser utilizadas, rutinariamente, diferentes técnicas de relajamiento muscular y de meditación (LORIG *et al.*, 2006).

Para el autocuidado apoyado será necesario, algunas veces, disponer de recursos materiales para su implantación. Es el caso de medicamentos y equipamientos de salud. Pero lo más significativo consiste en la movilización de los recursos comunitarios que existen en los clubes, en las iglesias, en las escuelas, en las asociaciones de portadores de condiciones crónicas y en otros movimientos sociales.

Existen evidencias de que el autocuidado apoyado tiene resultados favorables en el control de las condiciones crónicas.

La Organización Mundial de la Salud (2003) afirma categóricamente, en un documento sobre los cuidados para las condiciones crónicas: *“Existen evidencias substanciales, en más de 400 estudios sobre el autocuidado, de que los programas que proporcionan asesoramiento, educación, retroalimentación y otros auxilios a los pacientes con condiciones crónicas están asociados a mejores resultados”*.

Existen evidencias de que el autocuidado apoyado permite obtener resultados sanitarios positivos (LORIG y HOLMAN, 1993; DEPARTMENT OF HEALTH, 2001; RENDERS *et al.*, 2001; NORRIS *et al.*, 2002; GUEVARA *et al.*, 2003; INSTITUTE OF MEDICINE, 2003; NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE, 2003; WARSI *et al.*, 2003; WARSI *et al.*, 2004; COULTER *et al.*, 2008); en la calidad de vida (DEPARTMENT OF HEALTH,

2001); en la satisfacción de las personas usuarias (BARLOW *et al.*, 2000; DEPARTMENT OF HEALTH, 2001; BARLOW *et al.*, 2002); en la calidad de la atención (BROWN, 1990; BARLOW *et al.*, 1998; BARLOW *et al.*, 2001; MONNINKHOF *et al.*, 2003); y en el uso de los recursos (LORIG *et al.*, 1989; CHARLTON *et al.*, 1990; LORIG *et al.*, 1993; FRIES *et al.*, 1997; COLE, 1998; BARLOW *et al.*, 1999; BARLOW *et al.*, 2001; OSMAN *et al.*, 2002; INSTITUTE OF MEDICINE, 2003; KENNEDY *et al.*, 2003; SHEARER *et al.*, 2004; FOSTER *et al.*, 2007).

El Recuadro 19 describe de manera sucinta no de los manuales más conocidos y utilizados sobre el autocuidado apoyado, producido por la Universidad de Stanford en los Estados Unidos.

Recuadro 19: Viviendo una vida saludable con condiciones crónicas: un manual de desarrollo del autocuidado apoyado

La propuesta de desarrollo del autocuidado apoyado, expuesta en un libro para utilización por los portadores de condiciones crónicas, fue elaborada a partir del estudio del autocuidado en las condiciones crónicas de la Universidad de Stanford, California, Estados Unidos.

El objetivo del manual es posibilitar a los portadores de condiciones crónicas vivir una vida saludable, con autonomía y placer por la vida, con base en acciones de autocuidado.

El autocuidado es definido por el siguiente raciocinio lógico: la condición crónica tiene una larga duración o es permanente; generalmente las personas conviven con la condición durante toda su vida; los profesionales de salud cuidan del portador de condición crónica durante pocas horas en el año; por lo tanto, es imposible manejar bien la condición crónica sin el autocuidado apoyado.

El autocuidado apoyado implica el conocimiento de las causas de la condición crónica, de lo que puede ser hecho y de como la condición o las intervenciones clínicas afectan la vida de las personas. El autocuidado apoyado no significa que los portadores de condición crónica deban asumir, exclusivamente, la responsabilidad por su salud, sino que conozcan su condición y coparticipen en la elaboración y el monitoreo del plan de cuidado, juntamente con el equipo de salud, en una relación colaborativa.

Una característica del autocuidado es la necesidad y la búsqueda de apoyo. Por eso, se habla de autocuidado apoyado. El apoyo puede venir del equipo de salud, de la familia, de los amigos y/o de la comunidad. Recursos importantes para el autocuidado apoyado son organizaciones comunitarias como las asociaciones de portadores de condiciones crónicas específicas, grupos religiosos de la comunidad, comunidades virtuales, organizaciones sociales y el acceso a informaciones, especialmente en la Internet.

Las condiciones crónicas presentan síntomas que deben ser manejados en el autocuidado. Los síntomas más comunes son: la fatiga, el estrés, las dificultades respiratorias, los dolores, las molestias físicas, la ira, las depresiones y los trastornos del sueño.

Las acciones de autocuidado apoyado relativas a las condiciones crónicas y a sus síntomas envuelven: las técnicas de relajamiento y meditación; los ejercicios físicos regulares; el desarrollo de la flexibilidad a través de alargamientos; la comunicación con otras personas y con el equipo de salud; la búsqueda de una sexualidad positiva; el desarrollo de hábitos alimentarios saludables; la capacidad de hacer frente a la muerte; y el autocuidado en relación a los medicamentos.

Recuadro 19: Viviendo una vida saludable con condiciones crónicas: un manual de desarrollo del autocuidado apoyado

Algunos capítulos del libro son dedicados a condiciones crónicas singulares como las enfermedades respiratorias crónicas, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, las artritis y la diabetes.

Fuente: Lorig *et al.* (2006)

Las consideraciones hechas sobre el autocuidado apoyado deben ser traídas para una reflexión en el SUS. Ese tema tan importante en el cuidado de las condiciones crónicas de salud, no ha sido tratado teóricamente con la prioridad que merece, ni incorporado, rutinariamente, en la práctica social del SUS.

La atención de salud en el SUS está fuertemente centrada en la atención profesional y dentro de ella, en el cuidado médico y, de manera suplementaria, el enfermero. Eso sobrecarga la agenda de esos profesionales y deja el sistema ineficiente porque los médicos y enfermeros son sobredemandados por personas usuarias con riesgos menores – 65% a 80% de ellas – que podrían estar con una atención centrada en el autocuidado apoyado, con mejores resultados y con un uso más eficiente de los recursos escasos.

Es definitivamente fundamental que el autocuidado apoyado sea colocado en discusión y que sea introducido en los modelos de atención de salud del SUS. No es posible enfrentar una situación de salud en la que $\frac{3}{4}$ de la carga de enfermedad está constituida por condiciones crónicas sin implantar un modelo de atención de las condiciones crónicas y, en ese modelo el componente fundamental para la efectividad y la eficiencia de los sistemas de atención de salud que es el autocuidado apoyado.

La adopción del autocuidado apoyado, como indican las evidencias producidas en muchos países, determinará mejoras en la calidad de la atención y en los resultados sanitarios y económicos del SUS.

LA GESTIÓN DE LA CLÍNICA

Las consideraciones sobre la gestión de la clínica son hechas en relación a sus fundamentos, sus orígenes, su concepto y los tipos de tecnologías más utilizadas.

LOS FUNDAMENTOS DE LA GESTIÓN DE LA CLÍNICA: LA SINGULARIDAD DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD

Los sistemas de atención de salud presentan algunas características que lo singularizan frente a otros sistemas sociales complejos. Esas características singulares fueron agrupadas por Mendes (2002b) en características generales, existencia de riesgos ca-

tastróficos, susceptibilidad a los valores sociales, singularidad económica, singularidad del objeto, singularidad tecnológica y singularidad organizacional. La manifestación de esas singularidades en la práctica social de esos sistemas se hace a través de las leyes y principios universales que los gobiernan.

Los sistemas de atención de salud, se inscriben en el campo de las ciencias biológicas en general, y en el campo de la medicina, en particular. Por lo tanto, lidian muchas veces con fenómenos biológicos cuyas incertidumbres siempre están presentes. Aunque haya esfuerzos recientes para disminuir esas incertidumbres, no es posible operar con seguridad absoluta en las intervenciones sanitarias (FERRAZ, 2008).

El develamiento de esas singularidades de los sistemas de atención de salud y de las leyes y principios universales que los rigen está en la base de un movimiento que caracteriza la gestión de salud en el inicio del siglo XXI y que se manifiesta por el desplazamiento de la gestión de medios para la gestión de fines y, por consecuencia, del desarrollo e implementación de la gestión de la clínica. Así, los modelos de atención a las condiciones crónicas además de convocar una nueva clínica exigen una nueva gestión, la gestión de la clínica.

Las singularidades más expresivas son las económicas y las organizacionales y los principios y leyes que, en parte, derivan de ellas.

LA SINGULARIDAD ECONÓMICA DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD

La naturaleza económica singular de los servicios de salud fue identificada a partir del trabajo seminal de Arrow (1963).

La primera diferencia fundamental está en la imprevisibilidad de las enfermedades, lo que genera incertidumbre y transforma la información y el conocimiento en mercaderías. La información bajo la forma de cuidados especializados es lo que es adquirido de los profesionales de salud. El carácter que desvanece de la información como mercadería sugiere que ella se aparta de forma considerable de las premisas usuales acerca de su comercialización.

La demanda por servicios de salud es irregular e imprevisible, al contrario de la demanda por otros bienes porque está asociada a un ataque a la integridad personal. Así, la enfermedad no constituye apenas un riesgo, sino que está asociada a un costo, expresado por la disminución o pérdida de la capacidad de trabajo.

Los servicios de salud constituyen actividades en las que el producto y la actividad de producción son idénticos. En esos casos, la mercadería adquirida no puede ser pro-

bada por el consumidor antes de comprarla y ello introduce un elemento de confianza entre prestador y consumidor. El comportamiento de los profesionales de salud es supuestamente gobernado por una preocupación con el bienestar del consumidor, lo que no es un comportamiento esperado del vendedor de otros productos.

La orientación para la colectividad distingue los servicios de salud de otros negocios en los que el autointerés o la motivación individual egoísta de los participantes es la norma aceptada.

Hay otras diferencias entre los servicios de salud y otros negocios: la propaganda y la competición por precios son prácticamente inexistentes; los cuidados prescritos por los profesionales de salud serían supuestamente destituidos de autointerés; los cuidados debería ser orientados por las necesidades de las personas y no limitados por consideraciones financieras.

La asignación de recursos en los sistemas de atención de salud sufre una gran influencia de compulsiones éticas. Hay una enorme incertidumbre en relación al producto. La recuperación de una enfermedad es tan imprevisible cuanto su incidencia.

Hay una fuerte asimetría de información entre los profesionales de salud y las personas que demandan sus cuidados y las dos partes son conscientes de esa asimetría. Esa asimetría de información conjuntamente con la urgencia de algunos servicios de salud, está en la base de un fenómeno especial de esos servicios: la inducción de la demanda por la oferta.

La elasticidad de la demanda inducida no está rigurosamente establecida, pero el gobierno de los Estados Unidos fijó valor de 0,5 para efectos de planificación. Para países en desarrollo esa elasticidad es mucho más alta que en los países desarrollados, dada la fragilidad regulatoria vigentes en ellos. La acción discrecional de los profesionales de salud, en esos países proveniente de la casi inexistencia de aplicación de los instrumentos de gestión de la clínica, eleva la elasticidad de la demanda inducida a 1,0. En síntesis, la elasticidad de la demanda inducida es comparativamente mayor que la elasticidad precio de la demanda (HSIAO, 2000).

La posibilidad de los profesionales de salud de inducir la demanda está asociada al hecho que esos profesionales recibirán más dinero al ofrecer más servicios. Pero, puede ocurrir que los profesionales de salud pueden no recibir incentivos financieros para prestar más servicios, aun cuando ellos tienen la capacidad de hacerlo (RICE, 1998). Es por eso que, se colocan como alternativos, los sistemas de pago que facilitan la inducción de la demanda por la oferta, como el pago por unidad de servicio o por procedimientos, y los sistemas que la dificultan, como el pago por capitación o por presupuesto global.

El fenómeno de la inducción de la demanda por la oferta es uno de los elementos que hacen las medidas de racionalización de la oferta – pago por capitación, revisión de uso, evaluación tecnológica en salud, presupuestos globales, etc. – superiores a aquellas de racionalización de la demanda, en el control de los costos de los sistemas de atención de salud (RICE, 1998).

Los problemas informacionales en la economía de los servicios de salud pueden generar relaciones imperfectas de agencia, cuando son examinados en el ángulo de la teoría principal-agente. Los profesionales de salud pueden actuar como agentes simultáneamente, de las personas y de las organizaciones de salud. La teoría económica advierte que hay problemas en la relación principal-agente cuando el agente es llevado a perseguir sus objetivos propios en detrimento del principal. En cierto sentido, esos problemas pueden ser aliviados creando incentivos apropiados para los agentes y monitoreando y sancionando sus comportamientos. Sin embargo, los problemas se hacen particularmente agudos cuando hay múltiples principales para un único agente, colocando esos agentes en diferentes direcciones (MILLS *et al.*, 2001). Por ejemplo, un médico en un hospital puede ser visto como un agente para la persona que atiende, intentando prestar el mejor cuidado posible, o como un agente para el administrador hospitalario que puede tener un objetivo, como el control de costos, incompatible con las necesidades de la persona usuaria del hospital.

En cuanto a la oferta, la entrada no es libre, lo que restringe lo supuesto de la completa movilización de los factores de producción. Los costos de la educación en las profesiones de salud son altos, siendo necesaria una certificación para el ejercicio profesional y, además una educación permanente.

La determinación de precios no es la usual de la teoría económica. Hay una extensiva discriminación de precio de acuerdo con el ingreso, con el extremo de costo cero para personas indigentes o para usuarios de sistemas públicos. La competición por precios no es muy frecuente.

Está presente la indivisibilidad. En la teoría económica existe indivisibilidad cuando un bien o servicio al ser ofrecido, sirve de la misma forma a uno o a inúmeros consumidores. Los servicios de salud constituyen indivisibilidades muy importantes.

Los seguros contra los riesgos sanitarios presentan serios problemas en su práctica social provenientes principalmente del hecho de que el seguro es un contrato en el que un tercero, el asegurador asume los riesgos y está de acuerdo en pagar por los servicios de salud prestados al usuario. Los problemas más importantes, encontrados en los seguros de salud son el daño moral (*moral hazard*), la selección adversa y la selección de riesgos.

El daño moral significa que las personas tienden a sobreutilizar los servicios de salud por estar cubiertas por un seguro. Como observa Pauly (1968), en el clásico trabajo al respecto, eso no es resultado de un desvío moral, sino de un comportamiento racional del consumidor. Teóricamente el daño moral puede presentar dos grandes problemas. El primero es que las personas, además de tender a consumir más servicios, pueden también sobreutilizar los servicios más caros en relación a su efectividad, llevando a bajas ganancias por unidad monetaria invertida. El segundo, puede haber un incentivo para que las personas se descuiden de las actividades promocionales y preventivas porque no incurrirán en costos de tratamiento, si se enferman.

Hay quien apunte que el daño moral puede determinar, en los seguros públicos universales de salud, una pérdida de recursos proveniente de la sobreutilización de servicios de costo cero, denominadas de pérdida del sistema de bienestar. Esa posición proviene de análisis realizados sobre el clásico experimento realizado por la Rand Corporation en Estados Unidos, que permitieron a Feldman y Dowd (1991) cuantificar esas pérdidas. Para controlarlas pueden ser introducidas estrategias de copago para desestimular la excesiva demanda (PHELPS, 1995). Rice (1998) se contrapuso fuertemente a ese posicionamiento de las pérdidas del sistema de bienestar, tanto en el aspecto metodológico como político. Desde el punto de vista metodológico, cuestiona la generalización de los datos a partir de la muestra del estudio. Desde el punto de vista de las políticas de salud, ratifica las constataciones de Starr (1994) de que las distorsiones del sistema de atención de salud son determinadas por incentivos que expanden, incontrolablemente las prácticas médicas, determinando una sobreoferta de los servicios. Eso genera consecuencias perversas como la oferta de servicios innecesarios.

La selección adversa se produce predominantemente por la acción racional de las personas usuarias de seguros salud y expresa la posibilidad de que el asegurado tenga costos medios mayores que los que la aseguradora puede pagar. Eso ocurre porque la cantidad de cobertura que una persona adquiere depende del autoconocimiento de su salud y de sus riesgos. En esas condiciones las personas más jóvenes y más sanas tenderán a no adquirir el seguro por considerar sus riesgos menores que aquellos implícitos en la prima por pagar. Por otro lado, los consumidores de más alto riesgo tendrán mayor interés en participar en el seguro. La selección adversa puede llevar a que adultos mayores y personas con patologías crónicas tiendan a pagar primas muy altas que los imposibilite de participar en el seguro salud (PEREIRA, 1995).

Con la finalidad de protegerse de la combinación de bajas primas y costos potenciales elevados, los aseguradores utilizan la selección de riesgos (cream skinning). Aumentan sus costos administrativos para refinar los mecanismos de control y crean barreras para la filiación de personas de mayor riesgo o con patologías de alto costo y/o desarrollan mecanismos para la desafiliación de esas personas. La selección

de riesgos es facilitada por la extrema concentración de la severidad y de los costos de las enfermedades en un número relativamente pequeño de personas. No es raro que los aseguradores dividan los asegurados en grupos, por criterios de riesgos, y cobran primas diferenciadas con valores mucho mayores para aquellos de mayor riesgo. Y muchas veces, la competición entre aseguradores se produce mucho más por la capacidad de seleccionar riesgos que por la calidad y el precio de los servicios prestados (ENTHOVEN, 1988).

La presencia de daños morales y selección adversa del lado de los asegurados, y la selección de riesgos del lado de los aseguradores, crea una contradicción casi insuperable que hace difícil la regulación de los seguros de salud.

Ciertos servicios de salud constituyen bienes públicos, es decir, el consumo de una persona no reduce la cantidad disponible para que los otros consuman; son típicamente, bienes en relación a los cuales ningún consumidor puede ser excluido: si son disponibles para alguien deben ser disponibles para todos, como mínimo, local y temporalmente. Si los bienes públicos deben estar disponibles, ellos deben ser financiados por el Estado o por alternativas no mercadológicas (MUSGROVE, 1996).

Los servicios de salud son cargados de externalidades, entendidas como efectos de un agente económico que genera beneficios o perjuicios a otros agentes y que no es contabilizada en la formación de precios. En esos casos, el consumidor puede adquirir una intervención y beneficiarse de ella, pero no puede impedir que otros consumidores también se beneficien, de alguna manera, de ella (MUSGROVE, 1996). Un ejemplo es el control de tuberculosis. Una persona al tratarse mejora individualmente, pero también impide que su enfermedad infecte a otras personas. Por otro lado, los costos económicos y sociales del tratamiento y el hecho de que los síntomas desaparecen tempranamente, pueden llevar al abandono del tratamiento con consecuencias para el enfermo y para otras personas.

Los mercados de productos farmacéuticos y de equipos biomédicos están protegidos por la legislación de patentes. En la práctica, esa legislación genera monopolios de medicamentos y de tecnologías por un número considerable de años, lo que compromete la competitividad y la eficiencia de esos mercados.

En su conjunto, esas características económicas de los servicios de salud llevan a la configuración de un mercado imperfecto generando fallas de mercado. Esas fallas en teoría económica, representan un desequilibrio entre lo que el mercado ofrece y lo que los consumidores racionales, plenamente informados, deberían demandar. Las fallas de mercado llevan a un desequilibrio entre las necesidades de las personas y la oferta o la demanda por servicios de salud (MUSGROVE, 1996) y significan la ausencia de prerequisites para el funcionamiento de un mercado competitivo. La existencia de

las fallas de mercado en los sistemas de servicios de salud hace precaria la regulación mercadológica y demanda la acción regulatoria del Estado.

LA SINGULARIDAD ORGANIZACIONAL DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD

La teoría de las organizaciones es una disciplina que evolucionó de la concepción de organizaciones como sistemas programables a la manera de las máquinas a sistemas complejos, permanentemente mutables y adaptables. Así, la visión racionalista y positiva de las organizaciones fue reemplazada por otra que reconoce la complejidad, la multicausalidad, la indeterminación y la inexistencia de un orden natural.

Morgan (1996) trata de explicar el funcionamiento de las organizaciones a través del uso de metáforas: la organización como máquina, como organismo, como cerebro, como cultura, como sistema político, como presidio psíquico, como flujo y transformación y como instrumento de dominación.

Una estrategia alternativa de explicación del funcionamiento de las organizaciones trata de considerarlas en términos de configuraciones que expresen sistemas típicos de relaciones entre atributos. Ello permite establecer para cada organización-tipo, características, modos de funcionamiento y problemas específicos.

Mintzberg sugiere que las organizaciones son constituidas por operadores, los que producen bienes y servicios; por un centro de decisiones; por gerentes; por una tecnoestructura de especialistas que planifica el trabajo de los operadores; y por personal de apoyo. Esas diferentes estructuras están vinculadas por un sistema de creencias, representaciones y tradiciones que componen la cultura organizacional. En función de las singularidades de composición de esas estructuras, las organizaciones son codificadas por ese autor en siete configuraciones principales: emprendedora, mecanicista, profesional, diversificada, innovadora, misionaria y política (MINTZBERG, 1979; MINTZBERG, 2003).

Las organizaciones de salud son, de acuerdo con esa tipología, organizaciones profesionales. Eso significa que son organizaciones que dependen fundamentalmente, para operar bien, de sus operadores. El trabajo de producción exige cualificaciones de alto nivel; el mecanismo dominante de coordinación es la estandarización de las cualificaciones; el saber y las habilidades son formalizados a través del proceso de formación; las normas son definidas por las asociaciones de profesionales; y debido a la complejidad y a la variabilidad de su trabajo, los profesionales tienen alta libertad en las decisiones relativas al tipo y a la manera de producir los servicios. Como consecuencia, los papeles de la tecnoestructura de los gerentes y de los centros de decisiones, en esas organizaciones profesionales es limitado de alguna forma. Los profesionales necesitan

de servicios de apoyo, pero ellos pueden producir casi todo sin los demás componentes de la organización. El ambiente de esas organizaciones es complejo con tendencia a la estabilidad. La autonomía relativa de los profesionales segmenta la organización en distintos grupos de intereses divergentes, lo que dificulta los cambios organizacionales más integrales y el trabajo multiprofesional. Contradictoriamente, la autonomía de los profesionales facilita los micro cambios (DUSSAULT, 1992).

En las organizaciones profesionales hay dificultades para la formalización y el control de los procesos de trabajo y, por eso, la centralización y la burocratización no son estrategias administrativas compatibles con la producción de servicios de calidad.

En las organizaciones profesionales de salud se agregan otras singularidades: ellas atienden a necesidades complejas y variables, lo que implica autonomía de los operadores para adaptar los servicios a las características especiales de las personas usuarias; hay un gran desequilibrio de información entre los profesionales y las personas usuarias de los servicios; los resultados de los servicios de salud son difíciles de establecer y medir; la prestación de los servicios de salud comporta una dimensión ética y moral inolvidable; y los profesionales tienden a ser más leales a su profesión que a su organización (DUSSALT, 1992).

La tensión entre autoridad administrativa y autoridad de especialistas fue abordada también por Etzioni (1989), autor de la corriente estructuralista que clasifica los servicios de salud como organizaciones especializadas, con una composición de técnicos y especialistas superior a la del personal administrativo, lo que hace complejo el proceso de gerencia. El principio individualizado de la autonomía médica, considerado necesario para el trabajo especializado eficiente, una vez que debe adaptar los servicios a las demandas específicas de las personas usuarias, se opone al principio de la autoridad administrativa, control y coordinación de las acciones como un todo y dificulta el trabajo de equipo en los servicios de salud debido a los límites disciplinarios y corporativos.

Como resultado de la singularidad organizacional de los sistemas de atención de salud, sus instituciones presentan una serie de características: no funcionan mecanismos de coordinación autoritarios o excesivamente centralizados; deben ser organizaciones flexibles y adaptables a los cambios externos; la autonomía de los profesionales debe ser sometida a algún tipo de control; la autonomía de los profesionales es una condición necesaria para la oferta de servicios de calidad; la participación de la población usuaria en las decisiones es deseable; son necesarios mecanismos de decisión por consenso; son necesarios mecanismos de control de los intereses corporativos; y los profesionales deben trabajar por responsabilidad. En síntesis, las organizaciones de atención de salud, como organizaciones profesionales, no pueden ser burocratizadas.

Las organizaciones de atención de salud operan con un número enorme de micro decisiones clínicas. Ocurre que esas micro decisiones clínicas, debido a las leyes y a los principios del sistema de atención de salud, están lejos de ser racionales, especialmente en lo que concierne a la variabilidad de los procedimientos de salud ofertados a la población. Por esa razón, se instala una permanente contradicción: como organizaciones profesionales, las organizaciones de atención de salud no pueden controlar demasadamente las acciones de sus operadores, pero por otro lado, no pueden dejar que actúen con total autonomía. De ahí que la gestión de esas organizaciones siempre se hará con algún conflicto entre los profesionales-operadores y los gerentes de la tecnoestructura.

Eso coloca la necesidad de una gestión que permita a los profesionales sentirse responsables por los servicios, pero que al mismo tiempo les imponga algún tipo de límite. Lo que significará la construcción de una organización dialógica en la que los profesionales de la punta participen de las decisiones estratégicas y operativas y en la que los instrumentos de limitación de la libertad clínica, expresados en directrices clínicas, sean acordados con los profesionales. En conclusión, la naturaleza singular de las organizaciones de salud demanda la gestión de la clínica.

LOS PRINCIPIOS Y LAS LEYES DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN DE SALUD

Además de presentar características muy singulares, los sistemas de atención de salud se guían por algunos principios y obedecen a algunas leyes. Por eso, es necesario conocer esas características, esas leyes y esos principios – y también, sus implicaciones prácticas en lo cotidiano del hacer salud – para que se pueda realizar una buena gestión de esos sistemas sociales de altísima complejidad.

Infelizmente hay un desconocimiento casi generalizado de esas singularidades de los sistemas de atención de salud, lo que contribuye para dificultar aun más, su gestión y consecuentemente el alcance de sus objetivos.

La Ecuación de Evans

Esa ecuación expresa una ley y dice que *“en cualquier sociedad y en cualquier momento, el total de los ingresos disponibles para la atención de salud debe ser igual al total de rentas recibidas por los prestadores de servicios y ambos, deben ser iguales al valor total de bienes y servicios utilizados en la atención de salud”*.

En otros términos: total de ingresos = total de rentas = total de gastos (EVANS, 1996).

Los ingresos pueden ser provenientes de impuestos y tasas (T), de primas de seguros (R) y de cargas directas a las personas usuarias de los servicios (C). Esos ingresos financian la prestación de servicios (Q), que tienen precios explícitos o implícitos (P). Pero, los profesionales de salud merecen rentas que dependen de los tipos y cantidades de servicios ofrecidos por ellos (Z) y de los índices de pagos de aquellos recursos (W). El costo total de la atención de salud será el producto del volumen de servicios ofrecidos (Q) y el precio de esos servicios (P). Pero, ellos serán iguales a las rentas totales recibidas por los que ofrecen servicios a la atención de salud (EVANS, 1996).

$$\text{Así, } T + C + R = P * Q = W * Z$$

Cualquier cambio en una de esas variables agregadas debe ser equilibrado por un cambio compensador en otra variable del mismo lado del signo de identidad, o por la ecualización de los cambios de cada uno de los otros términos en la identidad. Un aumento en el índice salarial de los trabajadores hospitalarios (W), por ejemplo, podría ser compensado por la reducción del número de empleados (Z), o por la reducción en el pago de otros trabajadores del sistema de servicios de salud (otros componentes de $W * Z$). Si eso no ocurre, entonces el gasto total va a aumentar. El precio implícito de los servicios hospitalarios (P), debe aumentar, como también algunos componentes del ingreso. Desde que la mayoría de los sistemas de atención de salud públicos son financiados por impuestos, el resultado será un aumento explícito de los impuestos o de la cuota de la tributación total que es usada para financiar el sistema de atención de salud. El aumento podría ser pasado adelante a través de cargas directas para los usuarios del sistema.

De la misma forma, un aumento grande de la oferta de médicos en el mercado (aumento de Z) puede llevar a una necesidad de aumentar los ingresos, vía incremento de los impuestos, o compensar los mayores gastos con la disminución del sueldo medio de los médicos (disminución de W). Eso ocurre porque, tal como los economistas suelen decir, no hay banquete de gratis y, por lo tanto, alguien tiene que pagarlo. Ambos ajustes son políticamente incómodos.

La Ley de Wildavsky

La Ley de Wildavsky, conocida como la Ley de los gastos médico, fue formulada de la siguiente forma: *“los gastos de los sistemas de servicios de salud aumentarán hasta lograr el nivel de los recursos disponibles, de modo que ese nivel debe ser limitado para mantener los costos controlados”* (EVANS, 1996).

En un lenguaje más popular, la Ley de Wildavsky podría ser denominada de “Ley de saco sin fondo” de los sistemas de atención de salud. Ella proviene del hecho de que

los sistemas de atención de salud no disponen de mecanismos internos de equilibrio y tienden a crecer, sin límites, si es permitido. Esa propensión al crecimiento incontrolado de los gastos de los servicios de salud deriva de la constatación de que las necesidades en salud son potencialmente infinitas.

Dada la Ley de Wildavsky, los gestores de salud deben introducir estrategias que permitan contener el crecimiento tendencial de los gastos de los sistemas de atención de salud. Para eso, hay diferentes estrategias que pueden ser manejadas, con mayor o menor eficiencia. Tales estrategias varían según el posicionamiento de diferentes corrientes frente a la crisis de los sistemas de servicios de salud: racionalistas, sistémicos y estructuralistas (MENDES, 1999). Esas estrategias no son excluyentes entre sí.

En el SUS, la contraposición a la Ley de Wildavsky es hecha por la imposición de los techos financieros de las programaciones pactadas e integradas.

La Ley de Roemer

Milton Roemer, estudiando las tasas de ocupación de hospitales, en los años 50 y 60, verificó que esas tasas eran semejantes en regiones con distintas relaciones entre camas y habitantes. Observó, entonces, que, siempre, las camas ofrecidas tendían a ser utilizadas y que eso expresaba un caso particular de inducción de la demanda por la oferta, característica económica de los sistemas de atención de salud.

Con base en sus verificaciones empíricas, formuló la Ley de Roemer que dice que *“Si hay camas hospitalarias disponibles, ellas tienden a ser usadas, independientemente de las necesidades de la población”* (ROEMER, 1993).

Desde una perspectiva estructural, la Ley de Roemer significa que la capacidad instalada determina el uso. Esa inferencia es plausible porque el énfasis en atender las necesidades es ilimitado en relación al uso total, mientras que la elección informada es remota en la realidad de los sistemas de atención de salud. El juicio profesional puede muy bien dictar – o por lo menos influir fuertemente – los tipos particulares de atención de salud que son ofrecidos a las personas. Y los encargos para las personas usuarias claramente influyen en la disponibilidad de esas personas o su capacidad de contactar los prestadores de servicios y de cumplir sus recomendaciones. Sin embargo, en el nivel agregado, esas influencias son superadas por los efectos de la capacidad instalada.

Dada la existencia de la Ley de Roemer, los gestores de salud deben saber diagnosticarla, para anular sus efectos. Una forma eficaz de contraponerse a la Ley de Roemer es utilizar mecanismos de pago a los prestadores de servicios que desincentiven la

sobreprestación de servicios hospitalarios. Por ejemplo, el pago por capitación de un paquete de servicios que incluya las hospitalizaciones o el pago por presupuesto global para los hospitales, ciertamente, anulan los efectos de la Ley de Roemer. Un ejemplo de Ley de Roemer, en el SUS, es el alto porcentaje de internaciones por condiciones sensibles a la atención ambulatoria, verificado en los hospitales de pequeño porte que representan 1/3 de las internaciones totales y que llegan en un año, a más de 1 mil millón de reales (MENDES, 2002a). Esos hospitales, como son pagados por procedimientos (AIHs), hacen internaciones innecesarias para compensar sus costos.

Además de la Ley de Roemer, se manifiestan, en los sistemas de atención de salud, otros casos particulares de inducción de la demanda por la oferta. Evans (1996) muestra que, en diferentes sistemas, el uso de servicios médicos expandió con aumentos en la oferta de médicos, de forma suficiente para mantenerlos lucrativamente empleados. Bunker *et al.* (1982) demuestran que el número de cirugías realizadas en un sistema de atención de salud, varía en la razón directa del número de cirujanos.

La variabilidad en la prestación de los servicios de salud

La medicina no es una ciencia dura; por eso, los servicios de salud son proveídos con alto grado de incertidumbres. Esas incertidumbres llevan a diferencias significativas en los juicios sobre como intervenir en la atención de salud, lo que, por su vez, genera una gran variabilidad en los procedimientos sanitarios.

Es preciso tener claro que no toda variabilidad en la prestación de servicios es mala. Hay otro tipo de buena variabilidad que proviene de la atención centrada en la persona y en la familia. Pero, seguramente, en los servicios de salud, hay una predominancia de la mala variabilidad que refleja los límites del conocimiento profesional y fallas en su aplicación. Esa mala variabilidad hace con que sean prestados servicios a personas que no los necesitan aumentando los costos del sistema de atención de salud (MULLEY, 2010)

Estudios demuestran que esas malas variaciones – que no se explican ni por la mejor evidencia científica, ni por las necesidades de la población – se establecen por los diferenciales de prevalencia de las enfermedades, por la disponibilidad de los servicios, por las preferencias culturales por ciertos tipos de servicios de salud, por la ideología de una cierta escuela médica y por el estándar estructural y financiero de los incentivos presentes en los sistemas de atención de salud.

Así, en la práctica de los sistemas de atención de salud, se manifiestan fuertes variaciones en la prestación de servicios de salud entre países, entre estados y entre ciudades de un mismo país, entre unidades de salud de una misma ciudad y entre sistemas de financiación de servicios de salud distintos.

Las variaciones interpaíses son mostradas por los siguientes datos: la tasa estandarizadas de cirugías es dos veces mayor en Estados Unidos que en el Reino Unido; y la razón de procedimientos seleccionados entre Estados Unidos y Canadá varía de 8,0/1 para la resonancia magnética, 7,4/1 para la radioterapia, y 2,7/1 para la cirugía cardíaca (BATTISTA *et al.*, 1994).

La variación en los procedimientos médicos repercute en las tecnologías médicas. Un estudio comparativo del uso de tecnologías médicas seleccionadas en Canadá, Alemania y Estados Unidos mostró grandes variaciones entre esos tres países en unidad de tecnología por 1 millón de personas. Para cirugía cardíaca abierta: Canadá, 1,3 por millón; Alemania, 0,8 por millón; y Estados Unidos, 3,7 por millón. Para radioterapia: Canadá, 4,8 por millón; Alemania, 4,6 por millón; y Estados Unidos, 10,3 por millón. Para resonancia magnética: Canadá, 1,1 por millón; Alemania, 3,7 por millón; y Estados Unidos, 11,2 por millón (RUBLEE, 1994). Hay diferencias significativas en las tasas de utilización de exámenes de imagen, en hospitales semejantes de Canadá y Estados Unidos, siendo 40% mayor en Estados Unidos la utilización de esos exámenes complementarios. Esa diferencia se debe, fundamentalmente, a que los hospitales americanos utilizan la resonancia magnética y la tomografía computarizada, en una escala 119% mayor que sus congéneres canadienses (KATZ *et al.*, 1996).

Las variaciones intrapaíses no son menos significativas. Las amigdalectomías pueden variar en una relación de 1 a 10 en ciudades de Estados Unidos, lo mismo ocurriendo con las apendicetomías; las histerectomías pueden variar en una relación de 1 a 6, en los 72 Distritos Sanitarios de Dinamarca; estudios hechos en Estados Unidos sobre prostatectomías transuretrales e implantación de marcapasos mostraron variaciones entre 60% y 460% en relación a los estándares medios (WENNBURG y GITTELSOHN, 1973; GLIED, 1997). Una investigación realizada en Estados Unidos comparó tasas de hospitalización por algunas enfermedades en estados, en el sistema Medicare. La tasa de hospitalización por asma, varió de 64,8 por 100.000 en Utah a 247,7 por 100.000 en Kentucky; la tasa de hospitalización por diabetes varió de 91,0 por 100.000 en Hawái a 483,8 por 100.000 en Mississippi; y la tasa de hospitalizaciones por hipertensión varió de 70,7 por 100.000 en Utah a 603,5 por 100.000 en Mississippi (LEWIN-VHI, 1994).

Investigación realizada en la ciudad de Rio de Janeiro mostró que mujeres con mejor condición social presentaron mayores oportunidades de partos cesáreas; y que la presencia de médicos contratados por los hospitales fue factor protector para oportunidades de cesáreas (PINHEIRO, 2000).

Los servicios de salud están, por sus características intrínsecas, sujetos a variaciones en su oferta y en su consumo. Dada la deficiente información de las personas sobre

los servicios de salud, es poco probable que la racionalización de uso de esos servicios pueda hacerse, significativamente, del lado de las personas usuarias.

Dada la fuerza de las variaciones en la prestación de servicios de salud y sus consecuencias sobre la racionalidad del uso de esos servicios, es que se está proponiendo un nuevo campo de la gestión de los sistemas de atención de salud, denominado de gestión de utilización de los servicios de salud – como parte intrínseca de la gestión de la clínica – y que puede ser definido como las actividades de un sistema de atención de salud destinadas a racionalizar la utilización de los servicios de salud de una población definida (COCHRANE, 2001a).

Un estudio extensivo hecho en el Reino Unido analizó las variaciones de la prestación de varios servicios y propuso alternativas para la solución del problema: un análisis constante de las variaciones y la publicación periódica de esos datos; una priorización de las variaciones que tengan mayor impacto en la equidad, en la efectividad, en la eficiencia y en los resultados sanitarios; la creación de incentivos para la reducción de la variabilidad; y la elaboración de directrices clínicas para los procedimientos de mayor variabilidad (APPLEBY, 2011).

La gestión de la utilización se contrapondrá al carácter entrópico de las variaciones en la prestación de servicios de salud y garantizará que los objetivos de la efectividad, de la eficiencia y de la seguridad de los sistemas de atención de salud puedan ser alcanzados.

La Ley del Lápiz del Médico

Los médicos ocupan un papel muy central en los sistemas de atención de salud. La principal razón es que, como se vio, las instituciones sanitarias son organizaciones basadas en el conocimiento y, en ese tipo de organización, hay una gran transferencia del poder de decisión para los trabajadores de la punta. Y los trabajadores de la punta que más ejercitan el poder de decisión en las instituciones de salud son los médicos.

El poder de decisión más relevante es el de ordenar los gastos del sistema de atención de salud. Son los médicos los que toman las decisiones de hospitalizar a las personas, de dar las altas hospitalarias, de prescribir los medicamentos, de hacer los exámenes complementarios, de realizar las cirugías, etc. Para tener una idea del poder médico basta verificar que las hospitalizaciones consumen en torno de la mitad de los recursos de los sistemas de atención de salud y que los medicamentos gastan otros 10% a 20%.

Los médicos toman sus decisiones y las concretizan a través de registros escritos por sus lápices (o computadoras). De ahí que se denominó de Ley del Lápiz del Médico

la tendencia universal de que la parte más significativa de los gastos de los sistemas de atención de salud, más del 75% en general, es realizada por los médicos, con su autorización escrita (DOWLING, 1997).

Un estudio de caso, realizado en Estados Unidos, reveló que una empresa de seguro salud tubo un perjuicio de USD\$ 1,7 millón en un año y que, de ese total, USD\$ 1,5 millón fueron debidos a cinco médicos cuyos gastos excedían a dos desviaciones-estándar arriba del promedio ajustado por edad y sexo de las personas usuarias (CONRAD, 1997).

Para contraponerse a la Ley del Lápiz del Médico deben ser introducidas ciertas restricciones – especialmente a través de los instrumentos de la gestión de la clínica – lo que genera, en la gobernanza cotidiana de los sistemas de atención de salud, una situación de tensión permanente entre los gestores de salud y los médicos.

Eso ocurre porque en los sistemas de atención de salud, la responsabilidad de decidir sobre las necesidades de las personas usuarias debería ser entregada a un grupo de técnicos desinteresados, independientes y competentes, cuya *proxy* social son los médicos. Ocurre que los médicos son entrenados bajo la tradición hipocrática de ofrecer todos los tipos de intervenciones, a todas las personas. Esa ética individual o hipocrática entra en conflicto con una ética social que deriva de la necesidad de solamente ofertar servicios medicamente necesarios y de comprobada efectividad y seguridad a aquellas personas que más se beneficiarían con los escasos recursos de los sistemas de atención de salud.

La constatación de ese conflicto ético, inherente a los sistemas de atención de salud, llevó Maynard (2000) a observar que la ética hipocrática, muchas veces, por generar ineficiencias derivadas de la alta concentración de gastos en procedimientos muy intensivos, niega a personas usuarias potenciales que dejan de tener acceso al sistema los servicios que las podrían beneficiar. Lo que conformaría una situación antiética. En otros términos, ese importante economista inglés de la salud considera la ineficiencia médica, determinada por la ética individualista y autorizada por el lápiz del médico, antiética.

La Ley de la Concentración de la Severidad de las Condiciones de Salud y de los Gastos con Servicios de Salud

Esa Ley se sustenta en abundante evidencia empírica. El trabajo original fue el clásico experimento de Rand Corporation que verificó que el 1% de los americanos gastaba el 28% de los recursos totales del sistema de atención de salud (NEWHOUSE *et al.*, 1981). En un trabajo posterior, Berk y Monheint (1992), trabajando los gastos con servicios de salud en Estados Unidos, en el año de 1987, llegaron a los siguientes resultados: el 1% de la población gastó el 30% de los recursos totales del sistema de atención de salud; el 2% de la población gastaron el 41%; el 5% de la población gas-

taron el 58%; 20% de la población gastaron el 72%; el 30% de la población gastaron el 91%. Por otro lado, el 50% de la población gastaron, solamente, el 3%; y el 25% de la población nada gastaron en el año. Los datos evidenciaron, aun, que la concentración está aumentando relativamente, a lo largo de los años, aunque con menor fuerza en los últimos años.

Evans (1996) calculó que el 1% de los americanos que más gastó con servicios de salud tubo un dispendio medio anual de USD\$ 90.000,00, contra USD\$ 180,00 para los 50% que menos gastaron. Ese mismo autor afirmó que ese estándar de gastos se observa en cualquier sistema de atención de salud contemporáneos y garantiza que se encuentra tanto en los países ricos, cuanto en los países pobres.

En una provincia canadiense, el 5% de personas usuarias más frecuentes de los servicios de salud fueron responsables por el 35% de las atenciones médicas ambulatorias y por el 68% de las hospitalización agudas (GOVERNMENT OF BRITISH COLUMBIA, 2008).

Investigación realizada en la UNIMED de Minas Gerais mostró que el 10% de sus clientes concentraron el 65,7% de los gastos totales de esa operadora de planes de salud en 2006 (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Con base en los trabajos pioneros, Roos *et al.* (1989) formularon la Ley de la Concentración de la Severidad de las Condiciones de Salud y de los Gastos con Servicios de Salud, de la siguiente forma: *“Una pequeña minoría de portadores de condiciones de salud muy complejas es responsable por una gran mayoría de los gastos de atención de salud. Ese estándar ha sido encontrado en todos los grupos de edad y se ha mostrado consistente a lo largo del tiempo”*.

La Ley de la Concentración de la Severidad de las Condiciones de Salud y de los Gastos con Servicios de Salud tiene importantes implicaciones en la gobernanza de los sistemas de atención de salud.

Una implicación importante está en las conclusiones del trabajo de Berk *et al.* (1988) y significa que los esfuerzos de contención de costos del sistema de atención de salud, si son dirigidos a la media de la población, sin discriminar aquellos que gastan más recursos, no tendrá un impacto significativo sobre los gastos totales.

Otra implicación importante está en las políticas redistributivas. Tanto las necesidades de salud como los recursos para hacer frente a ellas están distribuidos muy desigualmente, en cualquier sociedad; además, están negativamente correlacionados, como se observa de la Ley de Hart de la atención inversa (HART, 1971). El resultado es que para dar atención a aquellos que más necesitan, gran parte de los costos de

un sistema de atención de salud debe ser pagado por otros. En otros términos, en un sistema de atención de salud justo, debe haber un esfuerzo redistributivo de los más saludables (los que menos gastan) para los menos saludables (los que más gastan). Eso puede ser conseguido, más eficientemente, por un sistema de financiación basado en impuestos generales.

Una otra significativa implicación de esa Ley en la gobernanza de los sistemas de atención de salud fue constatada por Aaron (1991) que notó que la concentración de los gastos con servicios de salud crea un enorme incentivo para las operadoras de seguros privados de salud identificar las personas usuarias de alto costo e intentar minimizar su número, de modo que garantice la rentabilidad de la empresa y controle los valores de las primas pagadas. En otras palabras, la Ley de la Concentración de la Severidad de las Condiciones de Salud y de los Gastos con Servicios de Salud estimula las operadoras privadas de seguro salud a ejercitar la selección de riesgos, identificando aquel bajo porcentaje de personas portadoras de enfermedades muy complejas o de lesiones preexistentes. Eso, muchas veces, significa que la competición de las operadoras de seguros privados, no se produce por precio y calidad, sino que, en buena parte, por la capacidad de identificar y excluir las personas usuarias de mayor costo.

Estudio hecho en una operadora privada de seguro salud mostró que el 22% de los portadores de asma, clasificados como portadores de asma severa, fueron responsables por el 85% de los gastos con esa enfermedad, lo que representó USD\$ 4.347,00 por paciente/año; diferentemente, los portadores de asma leve, el 60% del total de enfermos afiliados a la operadora, representaron menos del 10% de los gastos con la enfermedad, en promedio, USD\$ 115,00 paciente/año (ZITTER, 1996).

Con base en esas evidencias de la concentración de los gastos y de la severidad de las condiciones crónicas, algunos sistemas de atención de salud, envés de excluir a las personas con enfermedades graves y costosas, instituyeron la gestión de casos – una de las tecnologías de gestión de la clínica – que permite identificar esas personas para interceder y coordinar los cuidados prestados a ellas.

LOS ORÍGENES Y EL CONCEPTO DE GESTIÓN DE LA CLÍNICA

La expresión gestión de la clínica no es muy encontrada en la literatura internacional, pero en Brasil, fue adoptada por Mendes (2001b) para expresar un sistema de tecnologías de microgestión de los sistemas de atención de salud, aplicable al SUS.

La gestión de la clínica, propuesta por Mendes (2001b), tiene sus orígenes en dos movimientos principales: uno, más antiguo, desarrollado en el sistema de atención de

salud de Estados Unidos, la atención gestionada (*managed care*); otro, más reciente, la gobernanza clínica (*clinical governance*) que se estableció en el Servicio Nacional de Salud (NHS), el sistema público de atención de salud del Reino Unido.

El movimiento de la atención gestionada surgió en el sistema privado americano, pero algunos de sus fundamentos fueron inspirados en el sistema público inglés (COCHRA- NE, 2001b): la financiación global de un paquete de servicios; el fin de las barreras de acceso a los servicios; y la utilización de la APS como coordinadora del sistema de atención de salud, el gatekeeping. Esos tres elementos centrales del sistema público del Reino Unido fueron reinterpretados a la luz del escenario norteamericano y constituyeron los pilares esenciales de la construcción de la atención gestionada.

La atención gestionada representó una reacción de sectores del sistema privado americano al sistema prevaleciente en aquel país, el sistema de unidad de servicio (*fee-for-service system*) que se caracteriza por: libre elección de los médicos por las personas usuarias; libertad clínica de los profesionales de salud; relación directa entre profesionales de salud y las personas usuarias sin intervención de una tercera parte; pago a los prestadores por unidad de servicios o procedimientos; y práctica clínica organizada por profesionales aislados o reunidos en pequeños grupos (ROYCE, 1997; ZELMAN y BERENSON, 1998).

La atención gestionada fue propuesta para contraponerse a los problemas que sus propositores identificaron en el sistema de unidad de servicios: la inducción de la demanda por la oferta; el ejercicio de riesgo moral por parte de las personas usuarias; el pequeño incentivo dado a los prestadores en controlar sus costos; y los incentivos a la sobreprestación de servicios. De la combinación de esos elementos resulta una propensión al incremento de los costos de los sistemas de atención de salud y una cierta imposibilidad en oponerse a ella.

La atención gestionada surgió con la institución de las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMOs), en los años 30 y 40, en California. Se consolidaron, sin embargo, en los años 60 y, en los años 70, existían más de 30 organizaciones HMOs en Estados Unidos; en los años 80, pasaban de 230 organizaciones, cubriendo 9 millones de personas; y en los años 90 cubrían más de 38 millones de americanos (MILLER y LUFT, 1994).

La atención gestionada puede ser caracterizada por: una nueva institucionalidad, construida a partir de las HMOs; un sistema de pago prospectivo que permite repartir los riesgos con los prestadores de servicios; y la introducción de tecnologías de microgestión de los sistemas de atención de salud.

La atención gestionada está siempre en el centro de un debate, muchas veces apasionado y siempre acompañado por intereses económicos y corporativos enormes, en Estados Unidos y en otros lugares. Una evaluación exenta, hecha a partir de una meta-análisis realizada por los investigadores ingleses Robinson y Steiner (1998), concluyó que no hay evidencias de que el sistema de unidad de servicios tenga un desempeño mejor que la atención gestionada: *“Seguramente, la evidencia no es desfavorable a la atención gestionada en relación al sistema de unidad de servicio. Las organizaciones de atención gestionada han tenido éxito en reducir algunos tipos de utilización de servicios de salud, principalmente hospitalizaciones, y en aumentar los cuidados preventivos. Ellas parecen haber alterado los estándares de cuidados sin causar daños a los resultados en relación a los pacientes. Sin embargo, hay algunas áreas como consultas médicas, prescripción de medicamentos, calidad de la atención en una perspectiva procesal y equidad en el manejo de los adultos mayores en que los datos son inconclusos”*.

La propuesta de la gestión de la clínica se inspiró en la atención gestionada trayendo de ella, y adaptando a la realidad del sistema público brasileño, uno de sus elementos constitutivos, el conjunto de tecnologías de microgestión de los sistemas de atención de salud que comprobaron, empíricamente, ser eficaces (ROBINSON y STEINER, 1998). Además, buscó incorporar, en su propuesta de auditoría clínica, las tecnologías de revisión de la utilización, también muy eficaces en el control de la variabilidad de los procedimientos médicos (RESTUCCIA, 1995).

Esa convocación de ciertos aspectos de la atención gestionada y su adaptación a los sistemas nacionales públicos de atención de salud ha sido hecha, contemporáneamente, en varios países, como Alemania, Canadá y Reino Unido (COCHRANE, 2001d; BUS-SE, 2004). Las influencias de la atención gestionada son tan nítidas en el sistema público de atención de salud del Reino Unido que Colin-Thomes (2001) afirma que el NHS tiene los atributos de las organizaciones americanas de atención gestionada.

De otro lado, la gobernanza clínica surgió como parte de la agenda modernizadora de los laboristas del Reino Unido, implantada en el período post-tatcheriano.

La agenda de la gobernanza clínica sufrió una fuerte influencia de intelectuales vinculados al Partido Laborista, especialmente de London School of Economics, que habían estudiado la atención gestionada americana. Sus bases teórico-conceptuales fueron explicitadas en un libro blanco del NHS (DEPARTMENT OF HEALTH, 1997) y fueron sintetizadas en algunos principios generales: universalidad; colaboración y foco en las personas usuarias; eficiencia económica; confianza pública; y mejora de la calidad de los servicios (COCHRANE, 2001c). Además, la influencia a los conceptos de gobernanza, conceptualizados y practicados, tanto en la gobernanza corporativa cuanto en

la gestión pública (GRAY, 2009). El vector de la calidad de los servicios de salud de la agenda modernizadora del gobierno inglés fue denominado de gobernanza clínica.

La gobernanza clínica fue definida como una estructura a través de la cual las organizaciones del NHS son responsables por la continua mejora de la calidad de sus servicios y por el mantenimiento de altos estándares en los cuidados, creando un ambiente en el cual la excelencia clínica en la atención de salud florezca (DEPARTMENT OF HEALTH, 1998).

La gobernanza clínica se estableció a través de algunos principios operativos: la oferta de servicios de calidad a todos, independientemente de edad, género, clase social o cultura; el establecimiento de estándares nacionales de calidad basados en buenas prácticas; la obediencia a las necesidades de la población, definidas localmente; el trabajo de asociación entre hospitales, comunidades de servicios y autoridades locales para colocar las personas usuarias como focos centrales del sistema de atención de salud; la garantía de provisión de valor para el dinero invertido; la creación de una cultura de calidad en el sistema de atención de salud; y el restablecimiento de la confianza pública en el sistema.

Las actividades que componen la gobernanza clínica son: líneas claras de responsabilidad y compromiso, un extenso programa de acciones de mejora de la calidad, políticas dirigidas a la gestión de riesgo e intervenciones educacionales y gerenciales para la mejora del desempeño de los profesionales (RAMCHARAN, 2010).

Para operacionalizar esos principios fueron propuestas nuevas estructuras y sistemas: un conjunto de directrices clínicas nacionales, basadas en evidencias clínicas; estándares de desempeño contruidos con indicadores de efectividad clínica, seguridad y eficiencia; institución del Instituto Nacional de Excelencia Clínica; institución de la Comisión de Mejora de Salud; y la formalización de un sistema de gobernanza clínica, capaz de garantizar servicios de calidad en todos los niveles de cuidados del sistema de atención de salud (McSHERRY y PEARCE, 2002a).

La gobernanza clínica se desarrolla en la práctica social, a través de una acción ordenada y concomitante, en seis elementos fundamentales: la educación permanente de los profesionales de salud; la auditoría clínica, subordinada a una política de calidad y realizada por el método de auditoría que confronta la práctica real con estándares de excelencia predefinidos y busca reducir la distancia entre ellos; la efectividad clínica que es la medida de la extensión en que una particular intervención clínica realmente funciona; la gestión de los riesgos, sea para las personas usuarias, sea para los profesionales de salud, sea para las organizaciones de salud; el desarrollo de nuevas prácticas clínicas y su incorporación en directrices clínicas; y la transparencia, cuando

el desempeño del sistema de atención de salud está permanentemente abierto al escrutinio público (STAREY, 1999).

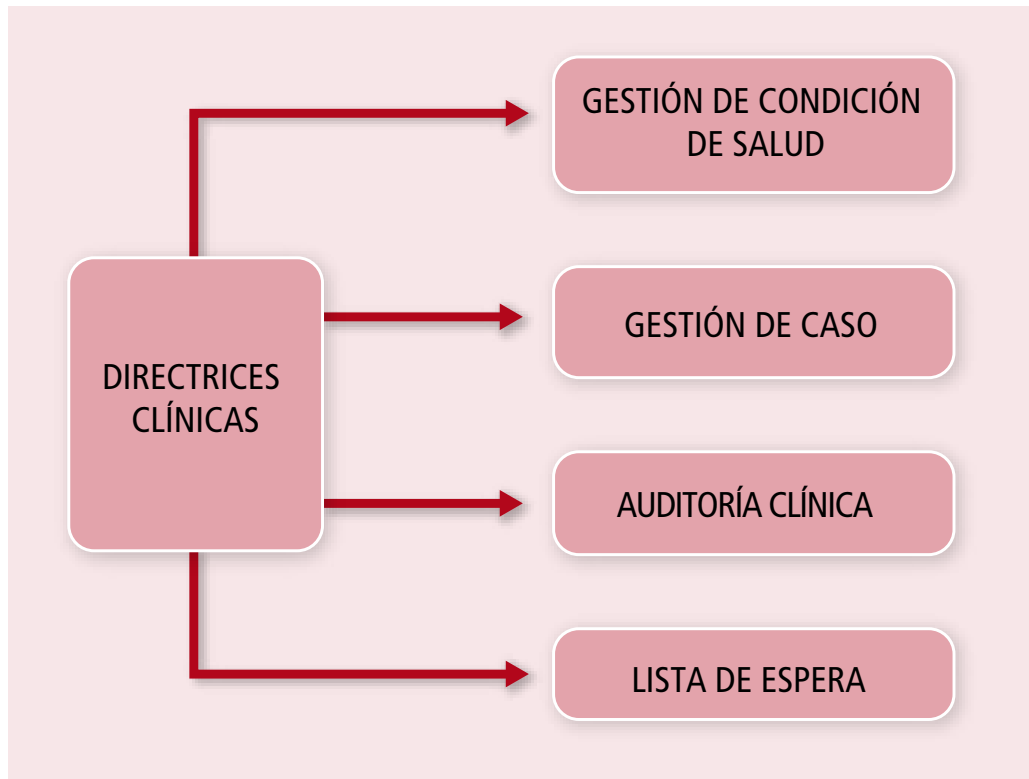
La propuesta de la gestión de la clínica incorpora, de la gobernanza clínica, especialmente la centralidad que da a la educación permanente de los profesionales de salud, la gestión de los riesgos de la atención y una visión contemporánea de auditoría clínica, íntimamente vinculada a una cultura de calidad de los servicios de salud.

No es tarea fácil producir una definición de gestión de la clínica, aunque sus elementos estructurales sean, en gran parte, aquellos presentes en sus dos matrices: la atención gestionada y la gobernanza clínica. Es como conceptuar un elefante que en la opinión de Cochrane (2001d), es más fácil de describir que de definir.

La gestión de la clínica es un conjunto de tecnologías de microgestión de la clínica, destinado a proveer una atención de salud de calidad: centrada en las personas; efectiva, estructurada con base en evidencias científicas; segura, que no cause daños a las personas usuarias y a los profesionales de salud; eficiente, provista con los excelentes costos; oportuna, prestada en el tiempo cierto; equitativa, de manera que reduzca las desigualdades injustas; y ofertada de forma humanizada (MENDES, 2002b; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

La gestión de la clínica, por lo tanto, está constituida por las tecnologías sanitarias que parten de las tecnologías-madres, las directrices clínicas, para a partir de ellas, desarrollar las tecnologías de gestión de la condición de salud, de gestión de caso, de auditoría clínica y de listas de espera, conforme se ve en la Figura 16.

Figura 16: Las tecnologías de gestión de la clínica



LOS TIPOS DE TECNOLOGÍAS DE LA GESTIÓN DE LA CLÍNICA

El análisis de la Figura 16 permite verificar que hay cinco tipos de tecnologías de gestión de la clínica: las directrices clínicas, la gestión de la condición de salud, la gestión de caso, la auditoría clínica y la lista de espera.

LAS DIRECTRICES CLÍNICAS

El concepto

Las directrices clínicas son recomendaciones preparadas, de forma sistemática, con el propósito de influenciar decisiones de los profesionales de salud y de las personas usuarias al respecto de la atención apropiada, en circunstancias clínicas específicas (INSTITUTE OF MEDICINE, 1990).

Para alcanzar sus objetivos, las directrices clínicas deben combinar medicina basada en evidencia, evaluación tecnológica en salud, evaluación económica de los servicios de salud y garantía de calidad (EDDY, 1990).

En la realidad, el proceso de desarrollo de las directrices clínicas debe ser encarado, no como un proceso lineal, sino como un ciclo de actividades interdependientes que involucran la elaboración, la implantación, la evaluación y la revisión de las directrices clínicas, la educación permanente, la acreditación de los servicios de salud, la evaluación tecnológica en salud y la auditoría clínica (HARBOUR, 2008).

A pesar de sufrir cuestionamientos frecuentes – como los que las comparan a libros de recetas gastronómicas – las directrices clínicas son imprescindibles para la gestión de la clínica y deben ser vistas, no como dirección, pero como un camino para una atención de salud efectiva y de calidad.

La medicina basada en evidencia

Las directrices clínicas, como también las otras tecnologías de gestión de la clínica, se asientan en la medicina basada en evidencia (MBE), entendida como el uso consciente, explícito y prudente de la mejor evidencia para tomar decisiones al respecto de la atención de salud. La práctica de la MBE significa la integración de la capacidad clínica individual con la mejor evidencia clínica externa, proveniente de la investigación científica. Por esa razón, la epidemiología clínica encuentra, aquí, un campo privilegiado de actuación.

La MBE se justifica por algunas razones principales (SACKETT *et al.* 1997): primero, porque las evidencias están siendo constantemente generadas y deben ser incorporadas a la práctica clínica; segundo, porque aunque esas evidencias sean necesarias para la práctica cotidiana de la medicina hay dificultades en obtenerlas; tercero, porque el conocimiento médico evolucionó muy rápidamente y el desempeño clínico se deteriora con el tiempo; cuarto, porque la entropía clínica no es superable por los programas convencionales de educación continuada; y por fin, porque la MBE permite a los clínicos mantenerse actualizados.

La capacidad clínica proviene de la experiencia de la práctica clínica. La evidencia clínica externa es consecuencia de las investigaciones básicas en medicina, pero, principalmente, de las investigaciones clínicas sobre la precisión de los diagnósticos, la potencia de los pronósticos y la efectividad y seguridad de los procedimientos preventivos, curativos y rehabilitadores.

Según Spasoff (1999), la MBE busca resumir los resultados de investigación a través, especialmente, de la revisión sistemática y de la meta-análisis. La revisión sistemática

difiere de la revisión bibliográfica por los criterios rigurosos de selección de los trabajos que serán examinados y por el uso de criterios uniformes para evaluarlos siendo, por lo tanto, menos subjetiva. Constituye un método de síntesis de la literatura que permite extrapolar resultados de estudios independientes, evaluar la consistencia de cada uno e identificar posibles inconsistencias. La meta-análisis es un proceso de usar métodos estadísticos para combinar los resultados de diferentes estudios; es el método estadístico aplicado a la revisión sistemática que articula los resultados de dos o más estudios primarios (LAST, 1995).

Una revisión sistemática se hace de acuerdo con algunas etapas: especificación del problema; especificación de los criterios para la inclusión de los estudios; clasificación de las características de los estudios; combinación de los resultados de los estudios conforme unidades comunes; relación de los resultados con las características de los estudios; y presentación de los resultados (OXMAN *et al.*, 1994)

La MBE provee evidencias que pueden ser clasificadas en categorías de evidencias y fuerzas de recomendación. Hay varias metodologías para eso. En relación a la clasificación en categorías de evidencias, el Royal College of Physicians (2000) propone:

Ia: basada en meta-análisis o ensayos clínicos aleatorios;

Ib: basada en, al menos, un ensayo clínico aleatorio;

IIa: basada en, al menos, un estudio control bien diseñado, no aleatorio;

IIb: basada en, al menos, un estudio casi-experimental;

III: basada en, al menos, un estudio no experimental descriptivo, tal como estudio comparativo o estudio de correlación;

IV: basada en informes, opiniones o experiencias de respetados expertos.

Las categorías de evidencias determinan las fuerzas de las recomendaciones definidas por letras de A a D (SHEKELLE *et al.*, 1999):

A: directamente basada en la categoría I;

B: directamente basada en la categoría II o recomendación extrapolada de la categoría I;

C: directamente basada en la categoría III o extrapolada de la categoría I y II;

D: directamente basada en la categoría IV o extrapolada de las categorías I, II y III.

En Brasil, el Proyecto Directrices de la Asociación Médica Brasileña y del Consejo Federal de Medicina ha usado los criterios del Centro de Medicina basada en Evidencia de la Universidad de Oxford (CENTER FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE, 2008).

Algunos centros de MBE se instalaron y proveen, con regularidad, revisiones sistemáticas de la evidencia disponible y están accesibles en páginas de Internet.

La MBE, a pesar de las críticas, ha presentado impactos positivos y ha sido, crecientemente, reconocida (SHIN *et al.*, 1993).

Los tipos de directrices clínicas

Hay dos tipos principales de directrices clínicas: las líneas-guía (*guidelines*) y los protocolos clínicos. Algunos autores mencionan un tercer instrumento, las vías clínicas (*clinical pathways*) que son recomendaciones que se aplican, generalmente, a personas hospitalizadas o hospitales/día y que consideran las acciones referentes a cada día de hospitalización y criterios de alta (COCHRANE, 2001e).

Las líneas-guía son recomendaciones sistemáticamente desarrolladas con el objetivo de prestar la atención de salud apropiada en relación a una determinada condición de salud, realizadas de manera que todo el proceso sea normalizado, a lo largo de su historia natural, cubriendo, por lo tanto, las intervenciones promocionales, preventivas, curativas, cuidadoras, rehabilitadoras y paliativas realizadas en todos los puntos de atención de una RAS.

Las líneas-guía normalizan todo el proceso de atención de salud, en todos los puntos de atención, obedeciendo a la acción coordinadora de la atención primaria de salud. Las líneas-guía se aproximan de un concepto muy utilizado en el SUS, las líneas de cuidado (FRANCO y MAGALHÃES JÚNIOR, 2004; INSTITUTO NACIONAL DE CÁNCER, 2006).

De otra forma, los protocolos clínicos son recomendaciones sistemáticamente desarrolladas con el objetivo de prestar la atención de salud apropiada en relación a partes del proceso de una condición de salud y en un punto de atención de salud determinado. Así, los protocolos clínicos son documentos específicos, más volcados a las acciones de promoción, prevención, cura/cuidado, rehabilitación o paliación, en que los procesos son definidos con mayor precisión y menor variabilidad. Utilizando una metáfora, se puede decir que las líneas-guía son la película y los protocolos clínicos los fotogramas.

Por ejemplo, la normalización de la atención prenatal, al parto y al puerperio, a lo largo de todos los puntos de atención de salud, es hecha a través de una línea-guía; la explicación en detalles del diagnóstico y tratamiento de la toxoplasmosis – una parte de todo el proceso – es hecho por un protocolo clínico.

Las funciones de las directrices clínicas

Las directrices clínicas cumplen cuatro funciones esenciales en los sistemas de atención de salud: la función gerencial, la función educacional, la función comunicacional y la función legal.

La función gerencial proviene de la necesidad de controlar la Ley de la variabilidad de los servicios de salud. El control de la variabilidad se hace, fundamentalmente, por la verificación de las evidencias y su incorporación en las líneas-guía o en los protocolos clínicos. Subsidiariamente, se adoptan las tecnologías de auditoría clínica, especialmente las tecnologías de gestión de la utilización de los servicios de salud (ROBINSON y STEINER, 1998). Además, la utilización de directrices clínicas es fundamental para reducir la complejidad de la gestión de la atención de salud por la vía de la estandarización de los procesos, haciendo más administrable la atención de salud.

Además, las líneas-guía, como instrumentos gerenciales, deben generar una planilla que contenga los parámetros de la atención de salud que gobernarán la elaboración de la programación de los servicios de salud en relación a la condición de salud específica.

La función educacional proviene de la utilización de las directrices clínicas como instrumentos de los procesos de educación permanente para los profesionales de salud y de educación en salud para las personas usuarias de los sistemas de atención de salud. Así, esos instrumentos de normalización de los procesos de trabajo en salud, después de elaborados, deben ser transformados en productos educacionales que deben ser apropiados por los profesionales de salud y por las personas usuarias del sistema de atención de salud. Eso es importante porque el objetivo fundamental de las directrices clínicas es cambiar los comportamientos de los profesionales de salud y de las personas usuarias de los sistemas de atención de salud.

La función comunicacional presupone el uso de las directrices clínicas como instrumentos de comunicación entre el sistema de atención de salud y sus profesionales y la población usuaria. Para eso, las directrices clínicas, escritas en un lenguaje singular, más inteligible para los profesionales de salud, deben ser editadas – bajo la forma de otros productos comunicacionales – para que sean apropiadas por las personas usuarias comunes.

La función comunicacional objetiva, también, garantizar una acción comunicativa dentro de las organizaciones de atención de salud, en que todas las personas involucradas en los cuidados de salud adopten las mismas directivas de acción. Una organización sin directrices clínicas implantadas será, necesariamente, una organización armónica, donde cada cual crea sus propias rutinas de cuidado. Por eso, cuando se

normalizan los procedimientos a ser seguidos por todos los profesionales de salud y cuando se socializa ese conocimiento, se crea la posibilidad de una comunicación horizontal y vertical compatible con la acción comunicacional de la planificación. En una organización en que los procedimientos no estén normalizados en directrices clínicas, cada profesional actúa conforme su orientación personal, generando graves problemas de planificación y comunicación.

Por fin, las directrices clínicas cumplen una función legal. Eso ocurre porque las Cortes de Justicia, especialmente en los países más desarrollados, cada vez más, al juzgar los contenciosos en los sistemas de atención de salud, utilizan como base de sus deliberaciones, las directrices clínicas (HURWITZ, 1999). Por lo tanto, la obediencia a las normas definidas en líneas-guía y en protocolos clínicos acaba constituyendo una protección jurídica para los profesionales y para las organizaciones de salud.

La experiencia internacional en el uso de las directrices clínicas

Las directrices clínicas tienen una utilización universal, generalizada y creciente.

En el Reino Unido, las directrices clínicas existen hace décadas. Aunque la mayoría de las directrices clínicas utilizadas se deriven de conferencias de consenso, hay un creciente interés en el uso de métodos explícitos para desarrollar directrices clínicas basadas en evidencia. En ese sentido, como parte de la implementación de la política de gobernanza clínica, el NHS creó el Instituto Nacional de Excelencia Clínica. En Holanda, el Colegio Holandés de Médicos Generalistas viene produciendo directrices clínicas desde 1987, ya acumulando centenas de ellas. En Finlandia, hay más de 700 directrices clínicas producidas por órganos nacionales o regionales desde 1989. En Francia, la Agencia Nacional de Acreditación y Evaluación en Salud ya publicó más de 100 directrices clínicas producidas por conferencias de consenso o adaptadas de otros países. En España, las directrices clínicas han sido producidas por las agencias estatales de evaluación tecnológica. En Estados Unidos, millares de directrices clínicas, producidas por asociaciones profesionales o por empresas privadas, son utilizadas de forma rutinaria para mejorar la calidad de la atención de salud y para reducir los costos de la atención de salud. En Canadá, en Alemania y en Italia, se usan crecientemente las directrices clínicas (WOOLF *et al.*, 1999).

En Brasil, hay un creciente interés en la implantación de directrices clínicas. La Asociación Médica Brasileña y el Consejo Federal de Medicina, involucrando varias sociedades científicas, a través del Proyecto Directrices, ya produjeron, aproximadamente, una centena de directrices clínicas. En el SUS, varias instituciones adoptan directrices clínicas. En el Recuadro 20 se relata la utilización de líneas-guía en la Secretaría de Estado de Salud de Espírito Santo.

Recuadro 20: Las líneas-guía de la Secretaría de Estado de Salud de Espírito Santo

La Secretaría de Estado de Salud de Espírito Santo lanzó una colección de documentos intitulada "Una Nueva Salud", compuesta por líneas-guía y manuales que orientan la organización de las RASs en el estado.

Hacen parte de esa colección las líneas-guía de hipertensión y diabetes, hanseniasis, salud del adulto mayor, DST/Sida, salud mental y salud bucal.

Las líneas-guía fueron desarrolladas como instrumentos fundamentales de un modelo de atención de salud volcado para las condiciones crónicas que utiliza la gestión de la clínica para el abordaje de las condiciones ya establecidas. Para eso, las condiciones de salud son estratificadas por riesgos y las directrices son normalizadas por los diferentes estratos poblacionales.

Las líneas-guía contienen planillas de programación que están siendo aplicadas en las unidades de APS del estado, conformando programaciones anuales. Además, constituyen una base para la estructuración de programas de educación permanentes de los profesionales de salud.

Fuente: Secretaría de Estado de Salud de Espírito Santo (2008)

El proceso de elaboración de las directrices clínicas

La elaboración de las líneas-guía y de los protocolos clínicos es hecha a través de un proceso que involucra varias etapas (FELTON, 1998; COCHRANE, 2001e).

El tiempo de elaboración de una directriz clínica varía mucho. En Escocia, el tiempo promedio gastado ha sido de 28 meses, a partir de la constitución del grupo: 15 meses para revisión de la literatura y para elaboración de la primera versión, 10 meses para revisión de pares y consulta pública y 3 meses para la publicación (HARBOUR, 2008).

Las etapas de elaboración de las directrices clínicas son: la elección de la condición de salud, la definición del equipo de elaboración, el análisis situacional de la condición de salud, la búsqueda de evidencias y de directrices clínicas relevantes, los contenidos de las directrices clínicas, la formalización de las directrices clínicas, la evaluación de las directrices clínicas, la validación de las directrices clínicas, la publicación de las directrices clínicas y la revisión de las directrices clínicas.

La elección de la condición de salud

Hay una tendencia a privilegiar las condiciones crónicas, dado su mayor impacto en la carga de enfermedades, pero deben ser normalizadas, también, las condiciones agudas.

La condición de salud debe ser elegida por su relevancia para el sistema de atención de salud. Esa relevancia puede ser determinada por la magnitud, por el costo, por la importancia para las personas usuarias o por prioridades políticas o institucionales. En general, el proceso de priorización de las condiciones de salud involucra: las condiciones de salud consideradas como prioritarias en las políticas de salud; las áreas de

incertidumbre clínica, con mucha variabilidad; las condiciones para las cuales existan intervenciones efectivas que pueden reducir la mortalidad y la morbilidad; las condiciones iatrogénicas; y las necesidades percibidas, por diferentes actores sociales de salud, para una determinada directriz clínica (HARBOUR, 2008).

La definición del equipo de elaboración

El equipo de elaboración de la directriz clínica debe ser multidisciplinario. Entre sus miembros deben estar: médicos generalistas de la institución; médicos especialistas de dentro y fuera de la institución; enfermeros; farmacéuticos clínicos; especialistas en apoyo diagnóstico y terapéutico; especialistas en epidemiología clínica; especialista en salud pública; especialista en economía de salud; asistente social; y profesional con experiencia en escribir directrices clínicas. Algunas organizaciones tienen como norma colocar personas portadoras de la condición de salud o su organización, como miembros de los grupos-tarea. Es el caso de Escocia en que el Scottish Intercollegiate Guidelines Network coloca, por lo menos, dos representantes de personas portadoras de la condición de salud en el equipo (HARBOUR, 2008).

Hay evidencias de que consultas a grupos de gestores y a representantes de las personas usuarias como, por ejemplo, las asociaciones de portadores de enfermedades determinadas, deben ser realizadas durante el proceso de elaboración de las directrices clínicas (FRE- THEIM et al, 2006). Esa es una directiva usualmente utilizada por el Instituto Nacional de Excelencia Clínica, en Reino Unido (KELSON, 2005). Eso se justifica en función de las limitaciones de las evidencias científicas en relación a variables importantes como género, etnicidad, incapacidad, orientación sexual, etc. (HARBOUR, 2008).

El equipo debe tener entre 10 a 20 miembros y un coordinador con habilidad de facilitar un ambiente abierto y dialógico; de comprender los papeles de cada punto de atención de salud; y de manejar instrumentos de planificación de trabajo de grupo (SHEKELLE et al., 1999). Los miembros del equipo deben declarar, formalmente, por escrito, la inexistencia de conflicto de interés en relación a ese trabajo. Es ideal que ese equipo se instituya bajo la forma de un grupo-tarea, dentro de una organización por proyectos o matricial.

El análisis situacional de la condición de salud

El equipo debe iniciar su trabajo haciendo un análisis de las condiciones de enfrentamiento de la condición de salud presentes en la institución. Eso significa, operativamente, diseñar los flujos de las personas usuarias por todos los puntos de atención de salud, anotando lo que es hecho en cada uno de ellos y por cuales profesionales.

Ese análisis situacional permite identificar los puntos frágiles que deben ser modificados por las directrices clínicas.

La búsqueda de evidencias y de directrices clínicas relevantes

Esa etapa es de la búsqueda de las mejores evidencias en las literaturas nacional e internacional. El instrumento es el de la medicina basada en evidencia, especialmente las revisiones sistemáticas de la literatura y la meta-análisis.

Para tal, hay que consultar a las fuentes autorizadas de evidencias. También, hay que buscar líneas-guía o protocolos clínicos ya publicados y accesibles. Por ejemplo, una consulta a Cochrane Collaboration, a MEDLINE, a EMBASE, Guidelines International Network (www.g-i-n.net), National Library for Health Guidelines Finder (www.guideline.gov), National Institute for Health and Clinical Excellence (www.nice.org.uk), Centre for Reviews and Dissemination at the University of York (www.crd.york.ac.uk/crdweb/), The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (www.sign.ac.uk) y otros, generalmente proveerá una lista de revisiones de evidencia, de líneas-guía y de protocolos clínicos disponibles internacionalmente. En Brasil, se debe, especialmente, consultar las directrices clínicas producidas por el Proyecto Directrices de la Asociación Médica Brasileña y del Consejo Federal de Medicina y por el Ministerio de Salud.

Las evidencias recolectadas deben ser organizadas por categorías de evidencias y clasificadas según la fuerza de las evidencias. En la ausencia de evidencias, consensos de opiniones deben ser utilizados.

Además de las mejores evidencias clínicas, debe haber una preocupación por los costos. Así, frente a dos alternativas tecnológicas, igualmente efectivas, debe ser incorporada aquella de menor costo o aquella más costo efectiva. Es necesario, además, considerar la viabilidad de las intervenciones recomendadas (SHEKELLE *et al.*, 1995).

Hay quien proponga la incorporación, en las directrices clínicas, de valores de las personas usuarias que sean muy importantes en los procesos decisorios, pero ellos no siempre influyen en la fuerza de las recomendaciones hechas (SCHÜNEMANN *et al.*, 2006).

Dada la abundancia de directrices clínicas disponibles en la literatura internacional, hay una discusión relevante entre elaborar nuevas directrices clínicas originales o hacer una adaptación de directrices clínicas ya existentes a un contexto organizacional determinado. Una revisión sistemática sobre el tema mostró que hay ventajas en adaptar directrices clínicas ya existentes porque, de esa forma, se eliminan duplicaciones de

esfuerzos y retrabajos, además de ser más viable en situaciones de baja capacidad institucional para generar directrices clínicas originales (FERVERS *et al.*, 2006).

Los contenidos de las directrices clínicas

Las líneas-guía y los protocolos clínicos tienen contenidos diferentes.

Las líneas-guía normalizan todo el proceso de la condición de salud, a lo largo de su historia natural; así, deben incorporar las acciones promocionales, preventivas, curativas, cuidadoras, rehabilitadoras y paliativas relativas a la condición de salud. Además, normaliza las acciones que se desarrollan en todos los puntos de atención de una RAS (niveles de atención primaria, secundaria y terciaria de salud) y en los sistemas de apoyo.

Una característica esencial de las líneas-guía es que se desarrollen por grados de riesgo, lo que necesariamente involucra la estratificación de los riesgos y que se normalicen las acciones referentes a cada estrato singular. Las líneas-guía no normalizan acciones para gestantes o hipertensos en general, pero buscan estratificar esas condiciones de salud en grupos de riesgo que exigen manejos clínicos específicos. Por ejemplo, una línea-guía para atención prenatal y al parto debe considerar manejos diferenciados para las gestantes de riesgo habitual y de alto riesgo; los portadores de hipertensión pueden ser agrupados en riesgos bajo, medio, alto y muy alto.

La estratificación de riesgos es fundamental por varias razones: las personas usuarias deben ser agrupadas en varias categorías de condiciones de salud de modo que intervenciones específicas sean diseñadas y que se obtengan resultados positivos; la estratificación es necesaria para estudios de evaluación económica; y estudios epidemiológicos necesitan la estratificación de riesgos. Además, es una condición necesaria para operar el MACC, mostrado en la Figura 12, en sus niveles 3, 4 y 5.

Una línea-guía, para cumplir bien su función gerencial, debe contener, al final, una planilla con los parámetros de programación referentes a aquella condición. Esa planilla que representa una síntesis de lo que fue normalizado, será el instrumento básico para la realización, a cada año, de la programación local.

Diferentemente, los protocolos clínicos van a normalizar parte del proceso de la condición de salud, en un único punto de atención de la RAS. Por ejemplo, un protocolo clínico puede ser desarrollado para la medicación antilipídica en personas portadoras de altos índices de colesterol en la APS.

Las directrices clínicas deben reflejar, en su cuerpo, el proceso de elaboración, pero el Scottish Intercollegiate Guidelines Network sugiere una estructura estandarizada:

una clara definición de la condición de salud que se está normalizando; una explicación de las diferentes intervenciones alternativas; un sumario de las evidencias obtenidas, con sus niveles de evidencia y las referencias bibliográficas; las recomendaciones derivadas de las evidencias obtenidas; y una discusión de adaptaciones locales o de evidencias débiles o inexistentes (HARBOUR, 2008).

La formalización de las directrices clínicas

Una vez que las evidencias estén recolectadas y los flujos organizados, para el cual se puede utilizar la técnica de seminarios, se debe escribir el documento de la línea-guía o del protocolo clínico.

La forma es muy importante para que se pueda mejor comunicar el contenido a los profesionales de salud. El lenguaje debe ser claro, sin ambigüedades y definiendo todos los términos con precisión. Ayuda mucho que las directrices clínicas estén organizadas en algoritmos, respaldados por gráficos comprensibles para los lectores.

Se sugiere que el equipo de trabajo sea acompañado por un profesional con familiaridad en la formalización de directrices clínicas o en organización de sistemas y métodos.

La evaluación de las directrices clínicas

Después de ser validadas, las directrices clínicas deben ser evaluadas.

Hay varias herramientas para hacerse la evaluación de directrices. El Recuadro 21 muestra la propuesta del instrumento AGREE de gran utilización en el ambiente internacional.

Recuadro 21: El instrumento AGREE de evaluación de las directrices clínicas

El instrumento AGREE (Appraisal of Guideline Research and Evaluation) tiene por finalidad proporcionar una estructura de base para la evaluación de la calidad de directrices clínicas. Por calidad de directrices clínicas se entiende la confianza en como los sesos potenciales del desarrollo de esas normas fueron adecuadamente abordados y en como las recomendaciones tienen validez interna y externa y son exequibles en la práctica. Ese proceso implica llevar en consideración los beneficios, los riesgos y los costos de las recomendaciones, como también las cuestiones prácticas a ellas relacionadas.

Así, la evaluación incluye juicios de valor sobre los métodos usados en el desarrollo de las directrices clínicas, sobre el contenido de las recomendaciones finales, como también sobre los factores asociados a su acogida por los potenciales utilizadores. El instrumento AGREE evalúa tanto la calidad del enunciado como la calidad de algunos aspectos intrínsecos a las recomendaciones. Permite evaluar la validez esperada de las directrices clínicas, o sea, la probabilidad de lograr los resultados finales pretendidos. Ese instrumento no evalúa el impacto de las directrices clínicas en los resultados finales de salud de las personas usuarias. La mayoría de los criterios contenidos en el instrumento AGREE se basa más en presupuestos teóricos que en la evidencia empírica.

El instrumento AGREE fue desarrollado a través de discusiones entre investigadores de varios países con larga experiencia y conocimientos extensos en el dominio de las directrices clínicas. Él debe ser encarado como un reflejo del estado actual del conocimiento en ese campo.

El instrumento AGREE se destina a evaluar directrices clínicas desarrolladas por grupos locales, regionales, nacionales o internacionales, o por organizaciones gubernamentales afiliadas. Está volcado para nuevas directrices clínicas o para actualizaciones de directrices clínicas existentes. Constituye una herramienta genérica, pudiendo ser aplicada a directrices clínicas para cualquier condición de salud, incluyendo aspectos de promoción de salud, de prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidado, rehabilitación o paliación de condiciones de salud. Ese instrumento se adecua a directrices clínicas producidas tanto en formato electrónico como en papel.

El instrumento AGREE se destina a gestores, a técnicos involucrados en la elaboración de directrices clínicas, a prestadores de servicios de salud y a educadores.

El instrumento AGREE contiene 23 ítems clave, distribuidos en seis dominios. Cada dominio pretende abordar una dimensión individual de la calidad de las directrices clínicas. Ámbito y finalidad (ítems 1-3): se refiere al objetivo global de la directriz clínica, a las cuestiones clínicas específicas y a la población objeto de personas usuarias; participación de las partes (ítems 4-7): enfoca hasta que punto la directriz clínica representa o no los puntos de vista de sus utilizadores potenciales; rigor de desarrollo (ítems 8-14): se relaciona con el proceso de recolección de evidencia utilizado, con los métodos de formulación de las recomendaciones y de la respectiva actualización; claridad y presentación (ítems 15-18): tiene que ver con el lenguaje y el formato de la directriz clínica; aplicabilidad (ítems 19-21): se refiere a las implicaciones de la aplicación de la directriz clínica en términos organizacionales, comportamentales y de costos; independencia editorial (ítems 22-23): tiene que ver con la exención de las recomendaciones y el reconocimiento de posibles conflictos de interés de los elementos del grupo de desarrollo de la directriz clínica.

Se recomienda que cada directriz clínica sea evaluada por, por lo menos, dos evaluadores, preferencialmente cuatro, de manera que aumente la seguridad de la evaluación. Cada ítem es clasificado en una escala de 4 puntos, yendo desde 4 "Concuerdo enteramente" a 1 "Discuerdo vehementemente", con dos puntos intermedios: 3 "Concuerdo" y 2 "Discuerdo". La escala mide hasta que punto un determinado criterio (ítem) fue cumplido. Hay, siempre, un espacio para comentarios.

Fuente: The AGREE Collaboration (2001)

La validación de las directrices clínicas

Las directrices clínicas, para ser eficaces, deben pasar por un proceso de validación, involucrando la validación interna y externa. El proceso de validación es importante para garantizar que el instrumento de normalización sea aceptado y utilizado posteriormente.

La validación interna es realizada por un consenso interno de la organización, lo que es facilitado por la inclusión de funcionarios de la institución en el grupo-tarea. Es útil el dominio, por algún miembro del grupo-tarea, de técnicas de formación de consensos, como el método delphi y las técnicas de grupos nominales. La validación externa debe ser obtenida, cuando sea posible, a través de la manifestación explícita de sociedades corporativas temáticas. Una línea-guía de atención prenatal y al parto se legitima cuando es validada por una sociedad de obstetricia y por una sociedad de médicos de familia. Aquí, también, facilita tener como miembro del grupo-tarea, profesionales respetados por las sociedades corporativas respectivas. La validación externa debe ser buscada, también, con grupos que representan las personas usuarias como, por ejemplo, las asociaciones de portadores de patologías.

La publicación de las directrices clínicas

Después de validadas, las directrices clínicas deben ser publicadas.

La publicación debe tener una diagramación adecuada, con el fin de que sea amigable a sus usuarios y debe utilizar material de calidad, para que resista un uso frecuente. Deben ser hechas impresiones que permitan su distribución a todos los profesionales de salud que van a utilizar las directrices clínicas. Cada profesional debe utilizar la directriz clínica como base para su práctica cotidiana, lo que significa tenerla a su disposición en el espacio de trabajo.

Además de la publicación en papel, se debe suministrar la publicación en medio electrónico, en la página de la organización. Eso es fundamental porque la publicación electrónica puede sufrir revisiones en períodos de tiempo menor que la publicación en papel. La tendencia es de valorizar, relativamente, las publicaciones electrónicas, incluso por razones de costos.

Idealmente, el acceso de los profesionales de salud a las directrices clínicas debe ser posible, con facilidad, a través de las historias clínicas.

La revisión de las directrices clínicas

Una vez que las evidencias surgen con mucha frecuencia, es prudente que los instrumentos de normalización sean revistos periódicamente. Cochrane (2001e) sugiere que esa revisión sea anual. Para Harbour (2008), el período ideal de revisión es de tres años.

Cuando una directriz clínica es considerada para revisión, tres alternativas se presentan: una revisión parcial, una revisión completa o su archivamiento.

La implantación de las directrices clínicas

Las principales barreras para la implantación de las directrices clínicas son: factores estructurales, como la ausencia de incentivos financieros; factores organizacionales; factores individuales relativos a conocimientos, habilidades y actitudes; y problemas en las relaciones entre los profesionales de salud y las personas usuarias (HARBOUR, 2008).

Para superar esos problemas debe ser definida una estrategia de implantación de las directrices clínicas, combinando diferentes intervenciones que presentan evidencias de efectividades diferenciadas (NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION, 1999): la publicación y distribución en material escrito, pequeña efectividad; auditoría clínica y *feedback*, efectividad moderada; educación permanente en grupos, efectiva; educación permanente individual, efectiva; opinión de líderes, efectividad variable; divulgación en los medios de comunicación, efectiva; incentivos financieros, efectividad variable; recordatorios de las historias clínicas informatizadas, efectivos, pero no en todos los casos; la combinación de esas intervenciones es más efectiva que la utilización de una o de pocas intervenciones aisladas. Por lo tanto, la implantación de directrices clínicas debe ser hecha por un mix de esas diferentes estrategias. Simplemente publicar y enviar el documento a los profesionales de salud es poco efectivo y puede llevar a que las directrices sean puestas en una gaveta.

Una revisión de la literatura, conducida por el American College of Cardiology y por la American Heart Association, encontró evidencias de que las intervenciones multifactoriales destinadas a superar barreras para los cambios de comportamiento, la atención multidisciplinaria de personas de alto riesgo, la extensión académica, los *feedbacks* relativos a los resultados, los recordatorios y las opiniones de líderes locales facilitan la adhesión de los profesionales a las directrices clínicas. La misma revisión concluye que la simple distribución de las directrices clínicas tienen poco efecto en la adhesión (ACC/AHA GUIDELINES FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC HEART FAILURE IN THE ADULT, 2005)

Otros estudios mostraron que la introducción de las directrices clínicas a través de la educación basada en problemas tuvo impacto favorable en programas de control de diabetes (FEDER *et al.*, 1995) y que la incorporación de las directrices en historias clínicas informatizadas aumentó la adhesión de médicos de la APS a esas directrices clínicas (PAYNE *et al.*, 1995; RUOFF, 2002;).

Una revisión sistemática realizada con base en dos otras revisiones, cinco ensayos clínicos aleatorios y tres estudios evaluativos de utilización de directrices clínicas en las condiciones crónicas verificaron que métodos educacionales activos y enfocados estimulan los profesionales de salud a seguir esas directrices (SINGH, 2005a).

Las evidencias en relación al uso de las directrices clínicas

Directrices clínicas basadas en evidencias demostraron ser eficaces en definir que intervenciones deben ser ofertadas para un servicio de calidad, en llamar la atención para intervenciones inefectivas o peligrosas, en reducir la variabilidad de los procedimientos médicos y en mejorar la comunicación en las organizaciones de salud.

Además, constituyen una referencia necesaria para la auditoría clínica, especialmente para las tecnologías de gestión de la utilización de los servicios; por la estandarización de los servicios, las directrices clínicas aumentan la eficiencia económica del sistema de atención de salud; y la introducción de las directrices clínicas permite racionalizar las tasas de permanencia hospitalaria, la utilización de medicamentos, las tasas de cirugía y los exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico (WOOLF *et al.*, 1999).

Las limitaciones de las directrices clínicas están en que son hechas para situaciones medias que pueden no aplicarse a todas las personas y también, en que pueden estar distorsionadas por las opiniones y visiones del grupo que las elaboró. Además, aunque reduzcan la variación de los procedimientos médicos, pueden disminuir la atención individualizada para determinadas personas que necesitan de cuidados especiales. La forma de elaboración, a través de algoritmos binarios, puede sobresimplificar procedimientos complejos de la medicina (WOOLF *et al.*, 1999).

Una meta-análisis de 59 estudios evaluativos sobre directrices clínicas, involucrando el período de 1976 a 1992, realizada por Grimshaw y Russell (1993), mostró que, con excepción de cuatro estudios, todos los otros mostraron significativas mejoras en el proceso de atención de salud; 9 de los 11 estudios que evaluaron resultados también mostraron efectos positivos. Esos autores sugirieron que las directrices clínicas son más efectivas cuando son desarrolladas internamente, con la participación de los profesionales que las utilizarán.

Tunis *et al.* (1994) hicieron un encuesta nacional para verificar la reacción de los médicos americanos a las directrices clínicas. Los resultados referentes a la familiaridad con las directrices clínicas fueron muy diferentes, variando del 11% para pruebas de estrés a 59% para protocolos sobre dislipidemias. Los subespecialistas son los que más conocen las recomendaciones para su área. Cuanto mayor el tiempo de práctica médica, mayor el conocimiento de las directrices clínicas. La confianza con las directrices clínicas varió: las menos confiables son las producidas por operadoras privadas de planes de salud, después de las producidas por órganos gubernamentales; las más confiables son las producidas por asociaciones corporativas. La mayoría de los médicos dice que las directrices clínicas fueron buenas y convenientes como instrumentos educacionales (64%), como fuentes de consulta (67%) que mejoraron la calidad de atención (70%). El 25% de los médicos las encontraron sobresimplificadas, rígidas y como una amenaza a la libertad clínica.

Hay evidencias de que las directrices clínicas funcionan mejor cuando son utilizadas en conjunto con otras técnicas de gestión de la clínica y en RASs (ROBINSON y STEINER, 1998). Eso es explicable porque la existencia de las directrices clínicas no garantiza su aplicación. Eso sólo puede ser conseguido con una buena estrategia de implantación que pasa por la tecnología de gestión de la condición de salud.

Hay evidencias sobre el impacto de directrices clínicas en la mejora de: la coordinación de los equipos de salud (SULCH *et al.*, 2000; SULCH *et al.*, 2002a); la estandarización de la atención (PAYNE *et al.*, 1995; RENDERS *et al.*, 2001; RUOFF, 2002); la reducción de las hospitalizaciones y la permanencia en los hospitales (CRANE y WEBER, 1999; JOHNSON *et al.*, 2000; SULCH *et al.*, 2000; CHAPPELL *et al.*, 2004); la calidad de vida de las personas usuarias (SULCH *et al.*, 2002b; KWAN y SANDERCOCK, 2004); el aumento de la satisfacción de las personas usuarias (KWAN y SANDERCOCK, 2004); la calidad de la atención (RENDERS *et al.*, 2001; THOMAS *et al.*, 2004); la obtención de mejores resultados clínicos (FEDER *et al.*, 1995; SO WY *et al.*, 2003; THOMAS *et al.*, 2004); la disminución del uso de medicamentos (JOHNSON *et al.*, 2000); y la reducción de los costos de la atención de salud (CRANE y WEBER, 1999).

Además, hay evidencias de que las directrices clínicas son mejor aplicadas cuando llevan en cuenta las circunstancias locales, el cuidado multiprofesional, la implantación por procesos de educación permanente y cuando viabilizan el uso de alertas para los profesionales de salud y las personas usuarias (NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION, 1994; FEDER *et al.*, 1995; AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY, 2005; SINGH, 2005a)

LA GESTIÓN DE LA CONDICIÓN DE SALUD

Se utiliza, aquí, el término de gestión de la condición de salud y no el más encontrado en la literatura internacional, que se refiere a la gestión de la enfermedad, porque

éste engloba también la gestión de condiciones como el embarazo, el acompañamiento de personas mayores, de niños y de adolescentes, que no son enfermedades, pero que son condiciones crónicas.

El histórico

La tecnología de gestión de la condición de salud surgió en la Conferencia de Atención Gestionada, en Estados Unidos, en la primavera de 1993, como gestión de la enfermedad (*disease management*), una tecnología de micro gestión de la clínica destinada a enfrentar una enfermedad específica.

Desde su surgimiento, la gestión de la condición de salud ha venido pasando por sucesivas generaciones (ZITTER, 1996). La primera generación consistió en la provisión de uno o más servicios, normalmente de cuidado o cura, que no eran regularmente ofertados en relación a determinada enfermedad. La segunda generación avanzó en el sentido de privilegiar acciones concernientes a las personas usuarias más graves y más costosas, una respuesta parcial a la Ley de la concentración de la severidad y de los gastos en salud. Esas dos generaciones dieron origen al nombre gestión de la enfermedad, ya que eran volcadas fuertemente para determinada enfermedad, con acciones de cuidado, cura o rehabilitación. La tercera generación vino junto con la implantación de los sistemas integrados o RASs y la tecnología pasó a abarcar toda la historia de una condición de salud, a través de medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria y con estratificación de los riesgos poblacionales. La cuarta generación que se está iniciando es la transformación de la gestión de enfermedad en gestión de salud o en gestión total de la salud (COUCH, 1998), en la que el énfasis se dará en medidas promocionales y preventivas destinadas a optimizar el estado de salud, con un enfoque menos orientado a las medidas de cura, cuidado y rehabilitación.

Aunque la gestión de la condición de salud haya sido originada en la atención gestionada de Estados Unidos, ella se esparció por varios países del mundo, especialmente en los sistemas públicos universales de los países de Europa Occidental. Según Ham (2007a), esa tecnología presenta más oportunidades de éxito en los sistemas públicos universales por tener ahí, mejores condiciones contextuales para su pleno desarrollo.

La propuesta de gestión de la condición de salud que se presenta, aquí, aunque beneficiándose de las experiencias internacionales más maduras, fue desarrollada para adaptarse a las singularidades del SUS e involucra un conjunto de acciones sobre factores de riesgo biopsicológicos (dislipidemia, hipertensión arterial, depresión, etc.) o sobre una condición de salud ya establecida (diabetes, enfermedad coronaria, asma, etc.), según su estratificación de riesgos. Es a través de la gestión de la condición de salud que se operan los niveles 3 y 4 del MACC, mostrado en la Figura 12.

El concepto

La gestión de la condición de salud puede ser definida como el proceso de administración de un factor de riesgo biopsicológico o sobre una determinada condición de salud ya establecida, a través de un conjunto de intervenciones gerenciales, educacionales y en el cuidado, con el objetivo de alcanzar buenos resultados clínicos, de reducir los riesgos para los profesionales y para las personas usuarias, contribuyendo para la mejora de la eficiencia y de la calidad de la atención de salud.

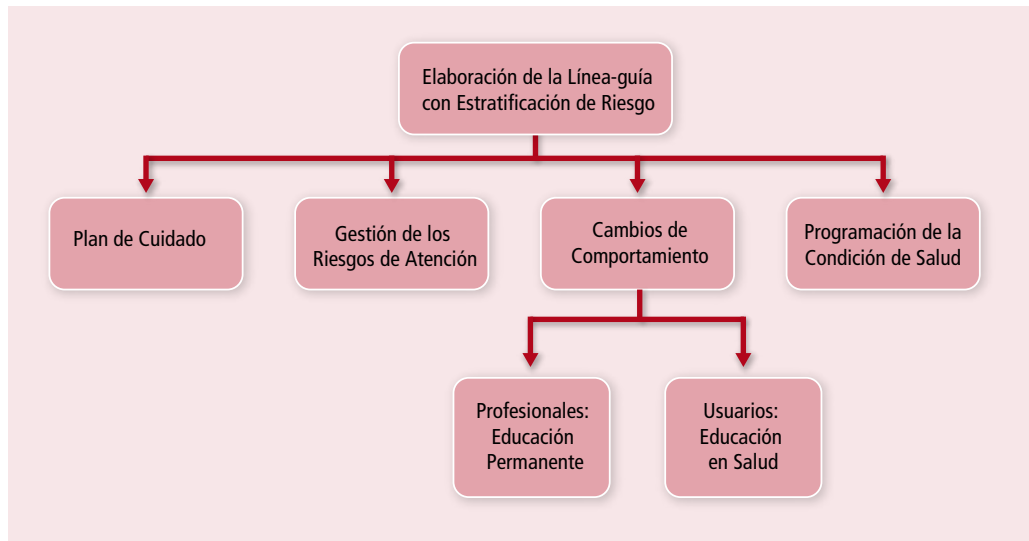
La gestión de la condición de salud se hace, además de factores de riesgo biopsicológicos, sobre una condición de salud establecida, estratificada por riesgos. La división entre condición de salud de nivel 1 y condición de salud de nivel 2 (Figura 12), separa las condiciones de bajo y medio riesgos de las condiciones de alto y muy alto riesgos, en consonancia con el modelo de la pirámide de riesgo. La razón es que diferentes estratos tienen manejos clínicos diferenciados y concentración de trabajo profesional y de autocuidado apoyado diversos. En la gestión de la condición de salud de nivel 1 se va a privilegiar, relativamente, el autocuidado apoyado y la gestión de la condición de salud de nivel 2 se centra, relativamente, en la atención profesional, aunque manteniendo los procedimientos de autocuidado.

La gestión de la condición de salud tiene como premisa la mejora de la atención de salud en toda la RAS, o sea, en el continuo de puntos de atención de salud que compone esa red. La gestión de la condición de salud comienza con una correcta comprensión de toda historia de esa condición, expresa en un mapa de la condición de salud.

La gestión de la condición de salud es un proceso intensivo en cognición para mejorar continuamente el valor de la atención de salud. La gestión de la condición de salud ha sido considerada un cambio radical en el abordaje clínico, porque ella se mueve de un modelo de un profesional de salud individual, que responde a un enfermo a través de procedimientos curativos, cuidadores y rehabilitadores, para un abordaje basado en una población adscrita, en la que los factores de riesgo biopsicológicos y las condiciones de salud ya establecidas, son enfrentados a través de estrategias enfocadas en la estratificación de riesgos y en la atención basada en la población.

La gestión de la condición de salud es representada, gráficamente, en la Figura 17.

Figura 17: La gestión de la condición de salud



Las indicaciones de la gestión de la condición de salud

La gestión de la condición de salud es una tecnología especialmente indicada para el manejo de las condiciones crónicas que necesitan de atención por largo tiempo y en diferentes puntos de atención de una RAS.

La gestión de la condición de salud es un enfoque que se dirige a una población determinada y es, por lo tanto, una tecnología que exige, como pre-condición, el conocimiento y la relación constante con una población adscrita que será sujeto de las intervenciones en relación a una condición de salud determinada. O sea, presupone el conocimiento de la población a través de un sistema de información con capacidad de hacer su registro, por condición de salud y por riesgos en relación a esa condición.

El proceso de desarrollo de la gestión de la condición de salud

El instrumento básico para el desarrollo de la gestión de la condición de salud es la línea-guía relativa a esa condición porque ella va a definir las acciones que serán desarrolladas en cada punto de atención de salud y sus relaciones con los sistemas de apoyo, englobando los procesos de cura, cuidado, rehabilitación y paliación.

La gestión de la condición de salud, tal como se observa en la Figura 17, se estructura en cuatro grandes componentes: el plan de cuidado, la gestión de los riesgos de atención de salud, los cambios de comportamiento de profesionales de salud y de personas usuarias y la programación de la atención de salud.

El plan de cuidado

El corazón de la gestión de la condición de salud está en la elaboración del plan de cuidado para cada persona usuaria del sistema de atención de salud. En algunos casos, involucrará el contexto familiar y la red de apoyo social de la persona usuaria.

Ese plan de cuidado es elaborado, conjuntamente, por el equipo de salud y cada persona usuaria e involucra metas que serán cumplidas a lo largo de períodos determinados. Eso exige un cambio profundo en las relaciones entre los profesionales de salud y las personas usuarias, a través de la introducción de la gestión colaborativa y centrada en la persona y en la familia. En esa nueva forma de relación entre el equipo de salud y las personas usuarias no hay más prescriptores, de un lado, y receptores pasivos, pacientes por lo tanto, de otro; equipo de salud y persona usuaria actúan cooperativa y proactivamente en la elaboración, monitoreo y evaluación del plan de cuidado, a lo largo del proceso. El centro de la relación entre el equipo de salud y la persona usuaria, en la atención a las condiciones crónicas, no es la queja principal, sino el plan de cuidado.

El plan de cuidado involucra varios momentos: el diagnóstico físico, psicológico y social; la explicación detallada de las intervenciones de corto, mediano y largo plazos y la definición de los responsables por ellas en el equipo multiprofesional; la elaboración conjunta de metas que serán cumplidas; la definición de los pasos para alcanzar esas metas; la identificación de los obstáculos para el alcance de las metas; las acciones para superar esos obstáculos; el apoyo y los recursos necesarios para alcanzar las metas; el establecimiento del nivel de confianza de la persona usuaria para alcanzar las metas; y el monitoreo conjunto de las metas a lo largo del tiempo.

Es el plan de cuidado lo que coloca, efectivamente, la persona usuaria como el centro de la atención de salud, con la colaboración del equipo de salud y con el apoyo de un sistema eficaz de informaciones en salud. Y que trae los elementos fundamentales para una participación proactiva de las personas usuarias en su atención, que recoge y acoge su grado de confianza en cumplir las metas definidas y que permite un monitoreo conjunto de ese plan. Por eso, Kabnecell *et al.* (2006) sugieren que un plan de cuidado robusto debe tener tres atributos: el enfoque de trabajo en equipo; la participación proactiva de las personas usuarias; y el apoyo de un sistema de informaciones en salud eficaz.

El plan de cuidado es parte fundamental de la historia clínica informatizada.

La gestión de los riesgos de atención de salud

La atención de salud no se hace, infelizmente, de acuerdo con estándares excelentes de clínica. Un estudio hecho en Estados Unidos mostró que, en media, la calidad adecuada de atención a la población adulta, cuando es comparada con recomendaciones basadas en evidencias, fue de, solamente, el 54,9%, un *déficit* de calidad medio de 45,1%. Ese valor promedio de calidad recomendada logró el 54,9% para los cuidados preventivos, el 53,5% para los cuidados de los eventos agudos y el 56,1% para el cuidado de las condiciones crónicas. Variaciones mayores fueron obtenidas cuando se consideraron condiciones específicas; por ejemplo, el manejo de personas portadoras de dependencia alcohólica sólo fue adecuado en 10,5% de los casos (McGLYNN *et al.*, 2003). No fue diferente el estudio sobre la atención de los niños y de los adolescentes en el mismo país, realizado posteriormente. Se verificó que, en media, la atención recomendada sólo fue obtenida en 46,5% de los casos, variando de 67,6% en los cuidados de los eventos agudos, el 53,4% en las condiciones crónicas y el 40,7% en los cuidados preventivos. En los servicios preventivos para adolescentes la atención adecuada sólo fue de 34,5% (MANGIONE-SMITH *et al.*, 2007).

Uno de los problemas centrales de los sistemas de atención de salud es que ellos pueden causar daños a las personas usuarias y a los equipos de salud. Esos daños pueden ser debidos a errores o a eventos adversos. Los errores son definidos como fallas en una acción planeada o por el uso de una planificación incorrecta y los eventos adversos como los daños causados por la intervención sanitaria y no por las condiciones de las personas que son sometidas a ella; los eventos adversos prevenibles son aquellos atribuibles a un error o a una falla sistémica de la atención de salud (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999). Por otro lado, los servicios seguros son conceptuados como aquellos que son prestados sin causar daños a las personas usuarias y a los profesionales y que aumentan la confianza de las personas en la atención de salud (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a).

Un clásico trabajo sobre el sistema de atención de salud de Estados Unidos mostró que los problemas de errores y eventos adversos del sistema de atención de salud constituyeron la tercera causa de muerte en aquel país y fueron responsables por 48 a 98 mil muertes por año, mitad de las cuales por reacciones adversas de medicamentos (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999; STARFIELD, 2000). En parte, esos eventos adversos debido a medicamentos fueron consecuencia de la percepción exagerada de las personas de los aspectos positivos de los medicamentos y de la prisa en aprobar la entrada en el mercado de los medicamentos, ambas situaciones vinculadas a los modos de operar de la gran industria farmacéutica, como advierte Angell (2008).

En un trabajo subsiguiente, el mismo Instituto de Medicina propuso la superación del “abismo de la calidad” del sistema de atención de salud americano a través de reformas profundas que estructuren un nuevo concepto de calidad, basado en algunos objetivos, entre los cuales, la prestación de servicios seguros que eviten daños a las personas usuarias. Esa institución hace una recomendación explícita para el cambio del sistema americano que es la de colocar la seguridad como una propiedad inherente de ese sistema y que las personas usuarias deben estar seguras de que no sufrirán daños causados por la atención de salud. Reducir los riesgos y garantizar la seguridad requiere mayor atención del sistema para prevenir y mitigar sus errores (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). Por eso, se definió un concepto de seguridad de las personas usuarias como la capacidad de un sistema de atención de salud para evitar los daños de la atención que se supone ser prestada para ayudar a mejorar sus condiciones de salud (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

En el Reino Unido, 1 de cada 20 personas usuarias de los servicios de atención secundaria sufren daños en consecuencia de intervenciones sanitarias, lo que lleva a 850 mil eventos adversos en los hospitales por año, y a un costo adicional de 2 mil millones de libras por año (EMSLIE, 2002); mitad de esos eventos adversos son prevenibles (Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS, 2000). Esos eventos son responsables por aproximadamente 40 mil muertes anuales, lo que hace con que las iatrogenias del sistema de atención de salud de aquel país, a semejanza de Estados Unidos, sean la tercera causa de muertes en aquella población, solamente superados por las muertes por enfermedades cardiovasculares y por cáncer.

Tres casos de prácticas clínicas de mala calidad, en el Reino Unido, tuvieron fuerte repercusión en los medios de comunicación: uno, la investigación Allitt de la muerte causada por mala práctica de enfermería en cuatro niños; otro, el caso de Bristol, de las muertes excesivas en procedimientos realizados por un cirujano cardíaco pediátrico; y un tercero, de los asesinatos en serie perpetrados por el médico generalista más popular de Hyde, Manchester, Harold Shipman (McDONALD, 1996; THE LANCET, 1998; MAYNARD, 2010). La necesidad del NHS reconquistar la confianza de la opinión pública, comprometida por esos casos terribles, fue una de las razones que llevaron a la propuesta de gobernanza clínica en el sistema público de aquel país y, dentro de ella, un componente fuerte de gestión de los riesgos de atención de salud.

Investigaciones realizadas en Europa mostraron que, en media, 1 de cada 10 personas internadas en los hospitales presentaron, por lo menos, un evento adverso relacionado con los servicios prestados. Por eso, la Organización Mundial de la Salud está considerando que servicios de calidad, seguros para las personas y para los profesionales, deben ser inscritos como derechos de la persona humana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008a). Estudio de la Rand Corporation mostró que los ciudadanos

de la Unión Europea agregan más de 146 mil hospitalizaciones/año como resultado de eventos adversos, de las cuales 50 mil son evitables (CONKLIN *et al.*, 2008).

La gestión de los riesgos de atención de salud se estructura a partir del principio hipocrático: primero, no cause daños. Y reconoce que los errores y los eventos adversos son resultados acumulativos de problemas que se dan en la forma como los procesos son organizados y en los ambientes físico y social en que la atención de salud es prestada.

Hay un reconocimiento creciente de que la gestión de los riesgos de atención de salud debe estar integrada en procesos de desarrollo de la calidad, ya que se entiende un servicio de calidad como aquél que organiza sus recursos de acuerdo con las necesidades de salud de las poblaciones a través de intervenciones promocionales, preventivas, curativas, cuidadoras, rehabilitadoras y paliativas, prestadas con seguridad para las personas usuarias y para los profesionales de salud, sin desperdicios económicos y dentro de estándares excelentes predefinidos (OVERETVEIT, 2004).

El concepto de gestión de los riesgos de atención de salud significa desarrollar buenas prácticas clínicas que permitan disminuir los riesgos clínicos y la ocurrencia de incidentes dañosos o adversos para las personas usuarias de los sistemas de atención de salud (McSHERRY y PIERCE, 2002b). Los riesgos clínicos se representan por variaciones en las intervenciones diagnósticas o terapéuticas en relación a estándares definidos intencionalmente.

La gestión de los riesgos de atención de salud procura aumentar la capacidad de las organizaciones de salud y de sus miembros para desarrollar acciones positivas que reduzcan los riesgos de muerte y de secuelas para las personas usuarias y sus consecuencias económicas, morales o de prestigio para las organizaciones de salud (DEPARTMENT OF HEALTH, 1994).

La implantación de la gestión de los riesgos de atención de salud involucra un conjunto integrado de acciones: la definición de una estrategia de gestión de los riesgos de la atención; la identificación, en cada organización, de un grupo para coordinar esas acciones; la explicación detallada de estándares excelentes de atención segura, con base en evidencias clínicas; la implantación de un sistema de informe de eventos adversos; el montaje de un sistema de vigilancia de los riesgos de atención, involucrando la identificación, el monitoreo y la evaluación de los riesgos – por ejemplo, el sistema de farmacovigilancia; la implantación de un sistema de ecucha que recolecte e acoja las manifestaciones de malas prácticas clínicas por parte de las personas usuarias del sistema de atención de salud; la articulación con el sistema de auditoría clínica; la implantación de sistema de educación permanente de los profesionales de salud para reducción de los riesgos clínicos; y la provisión de información

a las personas usuarias sobre los riesgos y los beneficios de determinadas intervenciones médicas.

La gestión de los riesgos de la atención presupone un sistema de gestión de desempeño que tiene en vista garantizar que los servicios son prestados de forma efectiva, apropiada y en tiempo oportuno (DEPARTMENT OF HEALTH, 1997). Ese sistema opera, de un lado, con variables individuales como las quejas de las personas usuarias de los sistemas de atención de salud y sus repercusiones en los medios de comunicación y, de otro, con variables organizacionales como los eventos adversos, los indicadores de calidad y las revisiones de desempeño. Eso se explica porque el mal desempeño puede ser resultado de fallas individuales y/o de fallas procesales o sistémicas. La gestión de desempeño busca responder a dos cuestiones: ¿Qué estamos haciendo? Y ¿Cuán bien lo estamos haciendo? (McSHERRY y PEARCE, 2002b).

La Comisión Europea para la Salud y Protección del Consumidor está proponiendo un programa de gestión de los riesgos de atención de salud con base en tres grandes áreas: la estructuración de un sistema de vigilancia de los riesgos de atención de salud; la implantación de mecanismos de compensación financieras para las personas víctimas de errores médicos o eventos adversos; y el desarrollo y el uso de los conocimientos y de las evidencias (CONKLIN *et al.*, 2008).

Un ejemplo de gestión de riesgos de atención de salud, aplicado en larga escala, fue la Campaña de Cien Mil Vidas del Institute for Healthcare Improvement, realizada en Estados Unidos, y que tuvo por objeto salvar cien mil vidas en millares de hospitales de aquel país, en un período de 18 meses, a través de un programa con intervenciones en cinco áreas: la promoción de una cultura organizacional de seguridad; la mejora del trabajo en equipo y de la comunicación para promover la seguridad de las personas usuarias; el perfeccionamiento de la respuesta rápida para prevenir ataques cardíacos y otros eventos críticos en el hospital; la prevención de infecciones asociadas a la atención de salud en las unidades de cuidados intensivos; y la prevención de efectos adversos de medicamentos en la atención hospitalaria. Los resultados de esa campaña, evaluados a través de 10 estudios de casos realizados por MacCarthy y Blumenthal (2006), mostraron resultados altamente positivos: una reducción significativa en los eventos adversos y en las infecciones hospitalarias; una aparente eliminación de errores serios como cirugías realizadas en el lugar equivocado; una reducción de las tasas de mortalidad; una mejora en las actitudes de seguridad, en los trabajos en equipo y en las comunicaciones relativas a los desempeños de seguridad; un aumento en los informes sobre incidentes de seguridad y una efectiva investigación de sus causas con la prescripción de acciones preventivas para evitar problemas futuros; un aumento de la moral del personal de enfermería y una reducción de la rotación y del absentismo de los enfermeros; una utilización más eficiente del tiempo del equipo de salud pela

eliminación del retrabajo; y una economía de recursos financieros por la disminución de las tasas de permanencia en los hospitales. La mayoría de esos casos mostró una asociación estrecha entre las acciones de seguridad de las personas usuarias con otras medidas de programas de calidad y destacó la importancia relativa mayor de las intervenciones de creación de una cultura de seguridad.

El mismo Instituto lanzó una campaña de protección de 5 millones de vida en el período de diciembre de 2006 a diciembre de 2008, involucrando muchos hospitales en todo el país (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2007). Esa campaña fue extendida a otros países y, en Brasil fue coordinada por el Instituto Qualisa de gestión (2008) con el nombre de "Protegiendo 5 millones de Vidas".

Medidas simples pueden integrar un sistema de gestión de riesgos de atención de salud con énfasis en la calidad. Por ejemplo, durante su proceso de acreditación, el Hospital Israelita Albert Einstein, en São Paulo, implantó una política de lateralidad en la que se optó por hacer siempre, una marca en la persona, en el lado a ser operado, a fin de evitar cirugías equivocadas y pérdida de tiempo. Es muy sencillo, ahorra tiempo y aumenta el margen de seguridad para la persona a ser operada (LOTTENBERG, 2007).

Está claro que la gestión de riesgos de atención de salud guarda una relación estrecha con la auditoría clínica, tecnología de gestión de la clínica, considerada, más adelante en este capítulo.

La gestión de los riesgos de atención de salud puede tener un segundo componente que son los riesgos para los equipos de salud. Ese componente tiene en vista asegurar que los profesionales de salud están trabajando en estándares adecuados de bioseguridad, en ambientes saludables y protegidos en relación a infecciones (STAREY, 1999).

Los cambios de comportamiento de los profesionales de salud y de las personas usuarias

Los cambios de comportamientos de los profesionales de salud y de las personas usuarias se llevan a cabo, en la gestión de la condición de salud, a través de procesos educacionales potentes. En relación a los profesionales de salud involucra métodos adecuados de educación permanente y en lo que concierne a las personas usuarias a través de procesos de educación en salud.

La educación permanente de los profesionales de salud debe evolucionar de una educación tradicional para procesos de educación permanente contemporáneos.

La educación tradicional de los profesionales de salud: está basada en intervenciones aisladas y puntuales; utiliza metodologías centradas en los profesores y con énfasis en la transmisión de conocimientos; desvincula las intervenciones educacionales de las prácticas profesionales; separa las intervenciones educacionales de los cambios de desempeño; no es construida con base en análisis de necesidades de los que están siendo educados; produce respuestas estandarizadas y no individualizadas; y las iniciativas de adhesión son responsabilidades individuales (MAMEDE, 2005a).

La educación continuada en el SUS ha sido ofertada, predominantemente, de esa forma tradicional. Son actividades educacionales convencionales como cursos cortos, seminarios, talleres; se centran en las necesidades de sus formuladores, normalmente gerentes de programas de salud que no tiene una buena formación en educación; son intervenciones cortas y puntuales; no siempre son significativas para los que están siendo educados; y no se hacen sobre problemas concretos del cotidiano de los que están siendo educados. El resultado es un enorme volumen de recursos aplicado para bajos resultados educacionales. Se Agregan, a esos costos directos, costos indirectos muy altos, derivados de la retirada constante de los profesionales de sus actividades de rutina en sus unidades de salud. Esa forma de proceso educacional necesita ser cambiada radicalmente.

La superación de los procesos tradicionales de educación de los profesionales de salud se hace a partir de grandes tendencias: la educación como un proceso permanente: pre-graduación, graduación, formación para especialidad, educación permanente; la educación permanente evolucionando para el desarrollo educacional permanente en los campos científico-técnico, gerencial, social y personal; la articulación de la educación permanente con la mejora de las prácticas profesionales; la adopción de fundamentos provenientes de la investigación científica en las áreas de psicología cognitiva y educación profesional; y el movimiento de la educación basada en evidencia (MAMEDE, 2005b).

Los procesos de educación permanente han venido demostrando ser eficaces para la incorporación de las prácticas definidas en las directrices clínicas (SIBLEY *et al.*, 1982). Pero se va caminando en el sentido de estrategias educacionales que valorizan la enseñanza-aprendizaje tutorial, realizado con base en el aprendizaje por problemas, en el aprendizaje significativo y organizado por círculos de pares (MAMEDE, 2001).

La educación permanente de los profesionales de salud tiene como sujetos personas adultas. La educación de personas adultas es hecha por la andragogía que tiene características de aprendizaje bien diferentes de aquellas de la pedagogía, destinadas al aprendizaje de los niños. Las principales características del aprendizaje andragógica son: el aprendizaje adquiere una característica más centrada en el aprendiz, en la independencia y en la autogestión del aprendizaje; las personas aprenden lo que realmente necesitan saber o aprendizaje para la aplicación práctica en la vida; la experiencia es

rica fuente de aprendizaje a través de la discusión y de la solución de problemas en grupo; y el aprendizaje es basado en problemas, exigiendo amplia gama de conocimientos para llegar a la solución. En la andragogía, el profesor se transforma en un facilitador eficaz de actividades de grupos, debiendo demostrar la importancia práctica del asunto a ser estudiado, transmitir el entusiasmo por el aprendizaje y la sensación de que aquel conocimiento hará diferencia en la vida de los aprendices (PERILLO *et al.*, 2007).

La educación permanente de los profesionales de salud debe ser basada en los factores de cambio de las prácticas profesionales: los factores predisponentes, los factores habilitadores y los factores reforzadores. Los factores predisponentes involucran la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes, tales como actividades formas (cursos y conferencias), materiales impresos y audiovisuales. Los factores habilitadores son aquellos que facilitan las modificaciones de la práctica profesional en el ambiente de trabajo como las directrices clínicas, las consultas a colegas y materiales de educación en salud. Los factores reforzadores son aquellos que consolidan los cambios de las prácticas profesionales como las alertas y los *feedbacks*. Hay también, factores multipotenciales como las revisiones de las historias clínicas, las opiniones de profesionales-líderes y los incentivos (ADELSON *et al.*, 1997). Los incentivos económicos y no económicos en relación a la adopción de los procedimientos recomendados son fundamentales, juntamente con las estrategias educacionales, para los cambios de las prácticas clínicas.

Una estrategia importante para la educación permanente de profesionales de salud es el círculo de perfeccionamiento de la práctica profesional, una reflexión crítica de un grupo de profesionales sobre su propio desempeño, con el objetivo de alcanzar una mejora continua en la atención de las personas. Ese círculo es: un proceso permanente que involucra la definición de criterios, la evaluación del desempeño y la implementación de los cambios; la forma de educación permanente que asocia el aumento del conocimiento con el cambio de la práctica profesional; y el método para aprender y cambiar (MAMEDE, 2005c).

La educación permanente para los profesionales de salud exige un cambio estructural en las organizaciones de salud que deben colocar la actualización permanente de sus profesionales como la principal inversión en sus activos. Esa organización, consecuentemente, debe proveer los recursos financieros y los medios educacionales necesarios para alcanzar tal objetivo. Eso significa valorizar el momento educacional como parte de la carga horaria contratada ofreciéndolo, por lo tanto, en tiempo protegido.

Un caso de educación permanente de profesionales de salud que utiliza los principios de la andragogía es el Programa de Educación Permanente de los Médicos de Familia de la Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais, descrito en el Recuadro 22.

Recuadro 22: El Programa de Educación Permanente de los Médicos de Familia de la Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais (PEP)

El PEP es la intervención educacional implantada por la Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais para desarrollar la educación permanente de los médicos del Programa de Salud de la Familia (PSF) en el estado. El propósito es inducir una cultura de cambio y de renovación de la práctica del profesional y crear un sistema de mejora permanente del desempeño en búsqueda de la excelencia de los cuidados a las personas usuarias del SUS.

Fundamentado en los principios del aprendizaje de adultos y en las mejores evidencias disponibles en la literatura, el PEP es una intervención multifacetada que articula estrategias educacionales para aprendizaje de individuos, de pequeños grupos, de grandes grupos y de entrenamiento en servicio. El punto de partida del proceso de aprendizaje es la consulta médica centrada en la persona y en la familia.

Además del aprendizaje del conocimiento científico factual, es enfatizado el desarrollo de habilidades, especialmente las de comunicación, comportamientos y actitudes, importantes en la APS. El aprendizaje colaborativo y el foco en datos de la realidad de los pares, el hábito de evaluación de la práctica y medición de conclusiones, el desarrollo del aprendizaje autodirigido de largo plazo y la orientación a la calidad de la atención son directrices que orientan las actividades educacionales del programa.

El PEP está estructurado alrededor de los Grupos de Perfeccionamiento de la Práctica. Cada grupo es integrado por 8 a 10 médicos que trabajan en el PSF de una misma microrregión de salud o ciudad. Sus miembros dedican 16 horas mensuales a las actividades de aprendizaje, en el horario de trabajo, con tiempo protegido para ese fin. Las actividades de aprendizaje están organizadas en cuatro grandes estrategias educacionales: el círculo de perfeccionamiento de la práctica profesional, el plan de desarrollo personal, los módulos de capacitación y el entrenamiento en servicio de habilidades clínicas. En la selección de los tópicos para estudio y en la programación de las actividades educacionales, las áreas prioritarias de la política estatal de salud son priorizadas, especialmente aquellas contenidas en las líneas-guía referentes a los programas estructuradores.

En cada municipio en que las actividades educacionales son desarrolladas, es implantada una sala de educación permanente. Esa sala de educación permanente del PEP es dotada del mobiliario, equipos, material de consumo, computador con acceso a Internet y acervo bibliográfico necesarios al desarrollo de las actividades. En la implantación de esas salas, se busca montar un espacio con privacidad y tranquilidad, un ambiente físico apropiado para el aprendizaje de adultos.

Las actividades educacionales de los grupos de perfeccionamiento de las prácticas son supervisadas, de forma presencial, por profesores de las Facultades de Medicina regionales. Los profesores reciben capacitación previa en los principios, directrices, estrategias y herramientas educacionales preconizados en el PEP. La asociación de la Facultad de Medicina con la Secretaría de Estado de Salud es formalizada mediante contrato o convenio, con la participación de la Escuela de Salud Pública de Minas Gerais. La implantación del PEP en una microrregión es negociada con los municipios y sometida a aprobación de la Comisión Intergestores Bipartita Microrregional (CIB Microrregional) correspondiente. La adhesión de cada municipio es oficializada por la firma de declaración de compromiso del gestor para la promoción de la participación de sus médicos y para garantizar tiempo protegido para las actividades educacionales.

La gestión del PEP es compartida por la Coordinación Estatal, por la Comisión Regional y el Coordinador Regional, necesariamente un profesor de la Facultad de Medicina asociada. Se encuentra en fase de implantación el sistema de monitoreo y evaluación del PEP y una asociación con la Sociedad Mineira de Medicina de Familia y Comunidad. Esa Sociedad deberá asumir la función de acreditar los grupos de perfeccionamiento de las prácticas, hacer el acompañamiento longitudinal de su funcionamiento y validar las actividades de los médicos participantes para fines de recertificación.

Recuadro 22: El Programa de Educación Permanente de los Médicos de Familia de la Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais (PEP)

Los primeros grupos de médicos fueron implantados en las microrregiones de Janaúba/Monte Azul y Montes Claros/Bocaiúva, a partir del 2005. La evaluación de la percepción del programa por los médicos participantes de esos GAPS, hecha a través de un cuestionario estructurado, respondido por 120 médicos de familia, está descrita en el cuadro a continuación.

LA PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS PARTICIPANTES DEL PEP EN LAS MICRORREGIONES DE MONTES CLAROS/ BOCAIÚVA, Y JANAÚBA/MONTE AZUL, MARZO/2008

VARIABLE	RESPUESTA	%
Interés en participar del PEP	Grande y Muy Grande	97
Satisfacción personal con el PEP	Grande y Muy Grande	86
Autoevaluación de su participación en el PEP	Buena y Excelente	77
Potencial del PEP para cambia la práctica	Grande y Muy Grande	95
Interés por la búsqueda de nuevos conocimientos después del PEP	Aumentó Mucho	88
Interés en continuar participando del PEP	Grande y Muy Grande	90
Oportunidad para crecimiento personal y Profesional	Grande y Muy Grande	98

El PEP, en 2010, estaba implantado en 33 microrregiones englobando 356 municipios mineiros, logrando 1.696 médicos de PSF organizados en 183 grupos de perfeccionamiento profesional y, aproximadamente, 150 salas de educación permanente. Las escuelas asociadas son: Facultad de Medicina de la Universidad Estatal de Montes Claros, Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Juiz de Fora, Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Uberlândia, Facultad de Ciencias Médicas de Minas Gerais, Facultad de Medicina de Barbacena, Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais, Facultad de Medicina de la Universidad del Triangulo Mineiro, Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Ouro Preto, Facultad de Medicina de la Universidad Federal de São João Del Rei, y Universidad Federal de los Vales do Jequitinhinha y del Mucuri.

Los recursos de inversión para implantación de las salas de educación permanente y de costeo para pago de los profesores y material de consumo son proveídos integralmente por la Secretaría de Estado de Salud con recursos del tesoro estatal. No hay contrapartida financiera por parte de los municipios, Facultades de Medicina asociadas o médicos participantes del programa. En valores actuales, el costo aproximado del PEP es de 400 reales/mes/médico, incluyendo las inversiones para implantación de las salas de educación permanente.

En síntesis, el PEP es una propuesta educacional innovadora. El programa tiene potencial de efectividad para cambiar la práctica y mejorar el desempeño de los médicos de familia, organizar los servicios y, en consecuencia, cualificar el cuidado y contribuir para la mejora de los índices de salud de las personas usuarias.

Fuente: Silvério (2008); Schneider *et al.* (2010)

Hay evidencias en la literatura internacional sobre los efectos positivos de la educación permanente en el cambio de comportamiento de los profesionales de salud y en

otras dimensiones de la práctica profesional, sobre los resultados sanitarios y sobre las personas usuarias de los sistemas de atención de salud.

Waddell (1991), en una meta-análisis, concluyó que la educación permanente afectó positivamente la práctica de la enfermería. Davis *et al.* (1992), en una revisión de 50 ensayos clínicos aleatorios, verificaron que intervenciones de educación permanente mejoraron el desempeño de los médicos y los resultados sanitarios. Davis *et al.* (1995) en una revisión sistemática constataron que intervenciones educacionales estuvieron asociadas con mejores desempeños de los profesionales y con mejores resultados sanitarios. Finlay *et al.* (1998), en un ensayo clínico aleatorio, encontraron que la capacitación de estudiantes de Medicina en el abordaje de portadores de cáncer a través del desarrollo de habilidades comunicacionales, nos habilitaron mejor para el reconocimiento de los valores de las personas usuarias, para escuchar mejor sus consideraciones y para ayudarlas a tomar decisiones sobre su salud. Kinmonth *et al.* (1998), en un estudio de caso control hecho en el Reino Unido, encontraron que el entrenamiento de médicos generalistas y enfermeros con procesos educacionales centrados en los portadores de diabetes de tipo 2 mejoraron sus habilidades de comunicación, la satisfacción de las personas usuarias y sus percepciones de bienestar. La World Health Organization (1998), en una revisión sistemática, concluyó que la educación permanente de los profesionales de salud, juntamente con una metodología de educación en salud y de autocuidado reduce el uso de los servicios de salud y los costos de atención. Casebeer *et al.* (1999) encontraron una asociación entre teleconferencias interactivas y una mejora de la gestión de enfermedades crónicas por médicos generalistas. Davis *et al.* (1999), en una meta-análisis de la educación permanente de profesionales de salud, evidenciaron que actividades educacionales que proveen la oportunidad de ejercitar habilidades clínicas, permiten cambiar los comportamientos clínicos de esos profesionales y, en algunas situaciones, impactar positivamente los resultados sanitarios. Braybrook y Walker (2000) compararon procesos educacionales individuales activos y pasivos sobre prescriptores de medicamentos en la APS y llegaron a la conclusión que los procesos activos son más efectivos para cambiar los comportamientos de los profesionales que los procesos pasivos y que, ambos, son más efectivos que ninguna intervención educacional. Ilett *et al.* (2000) encontraron que la utilización de farmacéuticos clínicos como educadores de 112 médicos generalistas ingleses redujo el número de prescripciones de antibióticos y el costo de la asistencia farmacéutica. Smits *et al.* (2002) concluyeron que los médicos estaban más satisfechos cuando sometidos al aprendizaje basado en problemas que en la educación continuada tradicional. Schoenbaum *et al.* (2001) en un ensayo clínico aleatorio hecho con 46 médicos de APS, involucrando 1.356 portadores de depresión, constataron que, después de dos años de participación de los médicos en procesos educacionales, las personas usuarias presentaron menos días de síntomas depresivos y menos absentismo en el trabajo. Weingarten *et al.* (2002), en una meta-análisis de 118 estudios de programas de gestión de condición de salud,

verificaron que la educación permanente de los profesionales de salud, juntamente con recordatorios y *feedbacks*, estaban asociados con una mayor adhesión de esos profesionales a las directrices clínicas y con mejor control de las enfermedades. Robertson *et al.* (2003), revisando 15 investigaciones sobre educación permanente para profesionales de salud, verificaron que esas actividades prestadas de forma constante e interactiva, contextualmente relevante y basada en evaluación de las necesidades de los que están siendo educados mejora los conocimientos, las habilidades y las actitudes de los profesionales de salud e impacta favorablemente la salud de las personas usuarias. Darer *et al.* (2004) realizaron un *survey* con 1.236 médicos americanos sobre sus percepciones y llegaron a la conclusión de que ellos no consideraban adecuados sus entrenamientos para lidiar con las condiciones crónicas, pero los médicos de familia se sentirán mejor capacitados que los clínicos generales, los pediatras, los cirujanos y otros especialistas no cirujanos; el 80% de los entrevistados dijeron que los entrenamientos adicionales tuvieron un efecto positivo en sus actitudes en relación a la atención a los portadores de condiciones crónicas. Lewin *et al.* (2004), en una revisión de Cochrane sobre la educación centrada en las personas, constataron que médicos y enfermeros de APS cuando participaron de actividades educacionales con esa metodología de atención de salud aumentaron la satisfacción de las personas usuarias con los cuidados recibidos. Singh (2005a) en una revisión sistemática encontró evidencia de que procesos de educación activos tienen algún impacto en las habilidades de los profesionales de salud.

Hay también evidencias sobre los efectos positivos en el cambio de comportamiento de los profesionales y en los resultados sanitarios de la utilización de factores reforzadores y multidimensionales como los recordatorios, los *feedbacks*, las auditorias y los incentivos económicos y no económicos cuando articulados con programas de educación permanente (EAGLE *et al.*, 1990; MUGFORD *et al.*, 1991; DAVIS *et al.*, 1994; JOHNSTON *et al.*, 1994; WEINGARTEN *et al.*, 1994; ELLRODT *et al.*, 1995; BALAS *et al.*, 2000; JOHNSTON *et al.*, 2000; OLIVARIUS *et al.*, 2001; FRIJLING *et al.*, 2002; SANDERS y SATYVAVOLU, 2002; FRIGLING *et al.*, 2003; KOGAN *et al.*, 2003; BALAS *et al.*, 2004; HULSCHER *et al.*, 2004; THOMSON *et al.*, 2004; SINGH, 2005a).

Hay quien sugiere que la educación permanente de médicos debe ser acompañada por estrategias de recertificación profesional, ya que la educación permanente solamente no permitiría identificar los médicos que presentan bajo desempeño profesional. Hay evidencias de que la recertificación de los médicos está asociada con mejores resultados clínicos y con mejor calidad de atención de salud (CHEN *et al.*, 2006; MERKUR *et al.*, 2008).

La gestión de la condición de salud, además de cambiar comportamientos de los profesionales, debe cambiar los comportamientos de las personas usuarias de los ser-

vicios de salud. Ese cambio de comportamiento de las personas usuarias es, también, realizado por acciones educativas, lo que demanda la educación en salud.

Las personas usuarias de los sistemas de atención de salud deben apropiarse de las directrices clínicas que normalizan el proceso de intervención frente a la condición de salud. Eso exige un proceso de mediación de comunicadores y educadores y un espacio organizacional de la educación y comunicación. Es el campo de la educación en salud.

Las variables importantes de ese momento son los contenidos de los mensajes, los medios de comunicación y el *feedback*. De esa forma, las directrices clínicas deben ser traducidas en lenguaje adecuado, por los comunicadores y educadores, para las personas usuarias, y transmitidas a través de medios pertinentes.

La educación en salud involucra estrategias como la realización de encuestas o grupos focales; la búsqueda de los mejores medios para los mensajes específicos (electrónico, impreso, hablado, visual); y la evaluación por *feedback* de la eficacia de los métodos comunicacionales utilizados.

Además, hay que tener un proceso educacional que permita que las personas usuarias se apropien de las directrices clínicas. Valorizar la educación de las personas usuarias, de manera que cambien sus comportamientos en relación a la condición de salud y que participen proactivamente del plan de cuidados, es un elemento esencial de la gestión de la condición de salud y parte de su función educacional.

La educación en salud se vale mucho de las teorías del campo de la psicología organizacional aplicadas a cambios de comportamiento que fueron discutidas anteriormente.

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

La programación de la condición de salud

La programación de la condición de salud se estructura en tres momentos: la elaboración de la programación, el contrato de gestión y el monitoreo y evaluación.

La programación local se hace en cada punto de atención de salud de una RAS.

Dada la función coordinadora que la APS tiene en las RASs, la programación de ese nivel de atención merece un cuidado especial porque la mayoría de las acciones de

un sistema de atención de salud, en la perspectiva de una red, son programadas en el nivel de los cuidados primarios.

La programación local debe ser hecha utilizando la planilla de programación que es parte integrante de las líneas-guía, referentes a la APS. Esa planilla contiene los parámetros de atención de salud que deben orientar la programación.

De esa forma, la programación local de la gestión de la condición de salud es realizada a través del momento normativo del plan estratégico, ya que las planillas expresan las principales normalizaciones realizadas en las líneas-guía. Por ejemplo, la línea-guía de atención al prenatal de la Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais (2003) contiene, entre otros, los siguientes parámetros en su planilla de programación: inscribir como mínimo, el 70% de las embarazadas residentes en el área de cobertura hasta el 4° mes de embarazo; proveer como mínimo, 7 consultas para cada embarazada; realizar los exámenes previstos en los protocolos en el 100% de las embarazadas; inmunizar el 100% de las embarazadas inscritas; realizar exámenes para VIH, sífilis y toxoplasmosis en el 100% de las embarazadas; notificar el 100% de los casos positivos de VIH, toxoplasmosis y sífilis; tratar el 100% de las embarazadas positivas para VIH, toxoplasmosis y sífilis; identificar las patologías que puedan resultar en parto prematuro en 100% de las embarazadas inscritas; detectar y encaminar el 100% de las embarazadas de riesgo para el servicio de referencia; y realizar el monitoreo del 100% de las embarazadas conforme la línea-guía. Esos parámetros son la base de la programación local hecha por un equipo de PSF.

La programación local debe ser hecha para un período de un año, por el propio equipo que la ejecutará.

Hay que establecer objetivos realísticos, en términos de resultados esperados, para el proceso de gestión de la condición de salud. Indicadores de resultados bien específicos son definidos y validados por los profesionales de salud.

Los objetivos y metas fijados en la programación local deben ser uno de los elementos básicos para la elaboración del contrato de gestión entre la autoridad sanitaria (por ejemplo, el Secretario Municipal de Salud) y la unidad prestadora de servicios (por ejemplo, la Unidad de APS o el equipo de salud de la familia).

El contrato de gestión sigue, en términos generales, lo que fue discutido, anteriormente, sobre contractualización, en la gobernanza de las RASs.

Hay evidencias, provenientes de evaluaciones rigurosas realizadas en varios países, inclusive en Brasil, de que la introducción de contratos como instrumentos de la con-

dición de salud contribuye para la obtención de mejores resultados económicos en los sistemas de atención de salud (WORLD BANK, 2006; LOEVINSOHN, 2008).

Esos contratos deben ser basados en desempeño, lo que significa: establecer objetivos claros y sus indicadores; desarrollar sistema de monitoreo con base en la producción y utilización oportuna de los indicadores; y producir consecuencias para el contratado, ya sea en términos de bonos o de penalidades, conforme el desempeño.

Para que el contrato de gestión funcione, algunas condiciones son importantes: el diálogo entre los principales actores sociales en situación; la definición de los objetivos del contrato y la selección de los indicadores: no deben ser muy numerosos, en general menos que una decena, y deben medir, sobretodo, resultados, más que estructura y procesos; los indicadores deben ser medibles de forma independientemente; algunos indicadores deben ser de equidad y calidad, objetivos muy olvidados en los contratos; la definición clara del propósito de los servicios a ser contratados: ¿qué?, ¿qué cantidad?, ¿con qué calidad?, ¿en cuánto tiempo? y ¿para quién?; el sistema de pago debe estar alineado con los indicadores de desempeño y debe contener incentivos positivos (bonos) o negativos (sanciones) al contratado; el contratado debe tener la mayor autonomía posible para ejecutar el contrato; el plan de contrato debe ser implementado y debe definir como el contrato será administrado; y el tiempo de contrato debe ser, en general, de tres a cinco años, para crear un ambiente de contractualización adecuado para el contratado (LOEVINSOHN, 2008).

La programación y el contrato de gestión deben ser monitoreados y evaluados, a través de un sistema de monitoreo y evaluación.

El sistema de monitoreo consiste en el trabajo de seguimiento constante de los objetivos y metas predefinidos en la programación y acogidos en el contrato de gestión, con vistas al perfeccionamiento de la eficiencia, de la efectividad y de la calidad de los servicios. El monitoreo constituye una actividad continua y periódica, es decir, hecha en intervalos de tiempo regulares, definidos en el plan de contrato en función de la naturaleza de cada indicador. La evaluación, diferente del monitoreo, es una actividad que se caracteriza por ser una intervención episódica que convoca, en general, una investigación evaluativa.

Los resultados, efectivamente alcanzados y demostrados por el sistema de monitoreo y evaluación deben servir para reajustar el proceso de gestión de la condición de salud de la siguiente forma: los resultados se transforman en base de conocimientos; los objetivos pueden ser reajustados a la luz del que efectivamente se puede alcanzar;

las líneas-guía pueden ser revisadas; y las estrategias educacionales y comunicacionales pueden ser ajustadas.

Las evidencias sobre la gestión de la condición de salud

Hay evidencias, en varios países, sobre los efectos positivos de la aplicación de la tecnología de gestión de la condición de salud en condiciones crónicas específicas, especialmente en relación a: enfermedades cardiovasculares (RICH, 1999; KNOX y MISCHKE, 1999; DEPARTMENT OF HEALTH, 2000; DOUGHTY *et al.*, 2002; STEWART *et al.*, 2002); enfermedades respiratorias crónicas (NAISH *et al.*, 1995; BAKER *et al.*, 2002; BOURBEU *et al.*, 2003; BARBANEI *et al.*, 2003; GRIFFITHS *et al.*, 2004); diabetes (SADUR *et al.*, 1999; SIDOROV *et al.*, 2000; SPERL-HIDDEN *et al.*, 2000; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001; MORRISON *et al.*, 2001; VRIJHOEF *et al.*, 2001; SIDOROV *et al.*, 2002; WALSH *et al.*, 2002; SPERL-HIDDEN y O'CONNOR, 2005; BE-AULIEU *et al.*, 2006); atención a los adultos mayores (RICH *et al.*, 1995; GONSETH *et al.*, 2004); y depresión (COYNE *et al.*, 2001; SCOTT *et al.*, 2002; ROBERTS *et al.*, 2002; OSLIN *et al.*, 2003). Hay también, evidencias que muestran el incremento de la eficiencia en el uso de los recursos de salud (RUBIN *et al.*, 1998; TESTA y SIMONSON, 1998; STEFFENS, 2000; McALISTER *et al.*, 2001; NG *et al.*, 2001; CAPOMOLLA *et al.*, 2002; RAMSEY *et al.*, 2002; SIDOROV *et al.*, 2002; FIREMAN *et al.*, 2004; GHALI, 2004; NEUMEYER-GROMEN *et al.*, 2004); y en la mejora de resultados sanitarios (ZITTER, 1996; BYRNES *et al.*, 1998; JOHANSSON *et al.*, 2001; ENDICOTT *et al.*, 2003; FIREMAN *et al.*, 2004; HAM, 2007a).

En Alemania, la gestión de la condición de salud se convirtió en un programa oficial del Ministerio de Salud, propuesto como forma de mejorar la calidad y de aumentar el costo efectividad de la atención de las condiciones crónicas. Así, una Ley federal, promulgada en 2002, obligó a las Cajas del país a adoptar la gestión de la condición de salud para diabetes, cáncer de mama, asma y enfermedades coronarias. La implantación de la gestión de la condición de salud para diabetes en las Cajas alemanas, permitió una significativa disminución en los infartos de miocardio, en los accidentes vasculares-cerebrales, en las amputaciones, en las cegueras, en las nefropatías y en otras complicaciones serias de la enfermedad, lo que hizo costo efectiva su implantación (BUSSE, 2004)

En Brasil, las experiencias de utilización de la gestión de la condición de salud son incipientes.

En el sistema público brasileño, hay una experiencia relevante de introducción de la gestión de la condición de salud en la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba, descrita en el Recuadro 23. La Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais ha venido coordinando, en el estado, la implantación de RASs, en las que uno de los elementos cen-

trales es la introducción de la gestión de la condición de salud en las Unidades de APS de los municipios mineros (SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD DE MINAS GERAIS, 2007a).

Recuadro 23: La gestión de la condición de salud en la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba

Tradicionalmente, el Sistema Municipal de Salud de Curitiba ejerce, en el SUS, posiciones de vanguardia, lo que hace con que ocupe, entre ciudades de características socioeconómicas semejantes, el primer lugar en un ranking de mejores indicadores de salud.

La Secretaría Municipal de Salud ha desarrollado experiencias innovadoras en los campos gerencial y asistencial. Entre ellas se destacan: la gestión plena municipal, la modernización de la infraestructura física, la historia clínica informatizada, la central de regulación, la tarjeta calidad SUS, la acogida solidaria, el sistema de patología clínica, las vigilancias de óbitos maternos e infantiles, el desarrollo de directrices clínicas, etc.

En la 6ª Conferencia Municipal de Salud, realizada en 2001, se deliberó por la implantación del Sistema Integrado de Servicios de Salud de Curitiba, lo que significó una opción por la organización de las RASs en el municipio. Como consecuencia de esa opción política, se decidió implantar la gestión de la clínica en el municipio.

En 2004, hubo un amplio proceso de capacitación de los técnicos de la Secretaría Municipal de Salud en gestión de la clínica. Participaron de talleres de gestión de la clínica más de 150 funcionarios del nivel central y de los distritos sanitarios y las autoridades sanitarias locales de las Unidades de APS.

La gestión de la condición de salud en Curitiba involucró la utilización de directrices clínicas basadas en evidencia con la estratificación de la población por riesgos (atención de la mujer y niños, salud oral, salud mental, hipertensión, diabetes y otras), la comunicación de las directrices clínicas a través de talleres, la educación permanente de los profesionales de salud, la programación local de las Unidades de APS con base en las planillas construidas a partir de las directrices clínicas y el contrato de gestión entre la Secretaría Municipal de Salud y los equipos de APS, con incentivos financieros vinculados al desempeño de los equipos.

La existencia de la tarjeta de identificación de las personas usuarias del SUS y de la historia clínica informatizada fueron factores fundamentales para la introducción de la gestión de la condición de salud en Curitiba.

Una evaluación rigurosa de la experiencia de Curitiba, hecha por el Banco Mundial, mostró que elementos vinculados a la gestión de la condición de salud, como la existencia de directrices clínicas, la comunicación de esas directrices al cuerpo técnico, la educación permanente de los profesionales de salud, la programación con base en las planillas generadas por las directrices clínicas y el contrato de gestión con los equipos de APS, fueron factores importantes en el alcance de los buenos resultados.

Fuentes: Ducci *et al.* (2001); Secretaría Municipal de Salud de Curitiba (2004); World Bank (2006).

LA GESTIÓN DE CASO

El concepto

La gestión de caso (*case management*) es el proceso cooperativo que se desarrolla entre un profesional gestor de caso y una persona portadora de una condición de salud muy compleja y su red de apoyo social para planificar, monitorear y evaluar opciones de cuidados y de coordinación de atención de salud, de acuerdo con las necesidades de la persona y con el objetivo de propiciar una atención de calidad,

humanizada, capaz de aumentar la capacidad funcional y de preservar la autonomía individual y familiar.

La gestión de caso cumple varios objetivos: defender las necesidades y las expectativas de las personas usuarias en situación especial; proveer el servicio adecuado para cada persona; aumentar la calidad del cuidado; y disminuir la fragmentación de la atención de salud.

El papel principal de un gestor de caso es la defensa de la persona portadora de una condición crónica muy compleja, de su familia y de su red de apoyo social. Ese papel de defensa implica, en relación a la persona y su familia: defender sus intereses; empoderarlas para el autocuidado y para la autonomía; facilitar la comunicación con los prestadores de servicios; y coordinar el cuidado en toda la RAS (MULLAHY, 1998).

La gestión de caso se deriva, en gran parte, de la Ley de la Concentración de la Severidad de las Condiciones de Salud y de los Gastos con Servicios de Salud que, como se vio anteriormente, dice que los enfermos más graves y más costosos son pocos en la población general. Más importante, esas personas son las que más sufren. Por consecuencia, una atención especial y singular debe ser dada a esos portadores de condiciones de salud muy complejas, no sólo por problemas de costos, sino principalmente, por razones humanitarias. Los portadores de condiciones crónicas muy complejas, elegibles para la gestión de caso, pueden variar de 1% a 3% (MULLAHY, 1998) o de 1% a 5% (PORTER y KELLOGG, 2008).

La gestión de caso, corresponde, en el MACC, como se ve en la Figura 12, al nivel 5 de las intervenciones sanitarias, destinadas a los portadores de condiciones de salud muy complejas. Corresponde, además, al nivel 3 de la pirámide de riesgo de la Kaiser Permanente.

La gestión de caso es conducida por un gestor de caso que, normalmente, es un enfermero o un asistente social. Ese es el formato más común de la propuesta denominada de *hands-off* en la que el gestor de caso ejerce la coordinación de la atención, cuida de la movilización de los recursos y monitorea los resultados, sin involucrarse directamente en la prestación de servicios. En algunas circunstancias, la gestión de caso puede ser hecha por un pequeño equipo multiprofesional, en un formato *hands-on* en la que los gestores de caso, además de las funciones de coordinación, movilización de recursos y monitoreo, ejecutan, directamente, algunos procedimientos (MULLAHY, 1998).

Un buen gestor de caso debe conocer la naturaleza de los servicios proveídos en toda la red asistencial, ser buen negociador y ser hábil en la comunicación.

El gestor de caso se responsabiliza por una persona durante toda la duración de la condición crónica de salud y juzga la necesidad de atención de salud y la calidad de los servicios ofrecidos y recibidos. Ese gestor de caso tiene la incumbencia de coordinar la atención, utilizando todos los servicios y todas las instituciones que componen una RAS, para determinar el nivel adecuado de la prestación de los servicios y para verificar si el plan de cuidado está siendo bien prescrito y cumplido.

Una forma singular de gestión de caso es la gestión de casos catastróficos, en que se monitorean personas portadoras de condiciones de salud que representan alto riesgo sanitario, económico y social, como VIH/sida, ciertos nacimientos prematuros, trasplantes, terapia renal substitutiva, lesiones medulares, etc.

Los objetivos de la gestión de caso

La gestión de caso persigue varios objetivos: defender las necesidades de las personas usuarias y de sus familias; aumentar la satisfacción de las personas usuarias y de sus familias; estimular la adhesión a los cuidados prescritos en las directrices clínicas; ajustar las necesidades de salud a los servicios proveídos; asegurar la continuidad del cuidado en la RAS; reducir los efectos adversos de las intervenciones médicas; mejorar la comunicación entre los profesionales de salud y las personas usuarias de los servicios; mejorar la comunicación y la colaboración en el equipo de profesionales de salud; reducir, sin perjuicio de la calidad, la permanencia en las unidades de salud; incrementar la calidad de vida de las personas usuarias; incrementar la autonomía de las personas; estimular el autocuidado; monitorear los planes de tratamiento, la rehabilitación y las acciones paliativas; asistir a las personas usuarias y a sus familias en el acceso al punto de atención de salud adecuado; evaluar las altas de servicios; y prevenir las hospitalizaciones sociales.

El proceso de desarrollo de la gestión de caso

El proceso de la gestión de caso involucra varias etapas (ALLIOTA, 2001; POWELL, 2000):

La selección del caso

La primera etapa consiste en seleccionar las personas usuarias de los sistemas de atención de salud que deben ser acompañadas por la gestión de caso.

Las personas que necesitan de la gestión de caso, en general, son aquellas que presentan condiciones crónicas muy complejas, como las portadoras de comorbilidades; aquellas que utilizan polifarmacia; aquellas que presentan problemas de alta de los servicios; aquellas que presentan baja adhesión a las intervenciones prescritas; aque-

llas que son afectadas por daños catastróficos; aquellas que son objeto de eventos-continela; aquellas que presentan graves problemas familiares o económico-sociales; y aquellas que son desprovistas de redes de apoyo social. Algunas indicaciones adicionales pueden ser hechas: las personas que viven sólo; los adultos mayores débiles; las personas con readmisiones hospitalarias sucesivas; las personas portadoras de disturbios mentales graves; las personas que presentan evidencias de algún tipo de abuso; los mendigos; y las personas en etapa de pobreza extrema.

Para Mullahy (1998), los criterios de elegibilidad deben ser definidos en función de las variables de diagnóstico, tipo de tratamiento, cantidad de hospitalizaciones domiciliarias, costo, lugar de tratamiento y estándares de cuidados. A lo que se debe adicionar la red de apoyo social y la situación socioeconómica.

Las directrices clínicas deben suministrar los elementos fundamentales para la selección de las condiciones de salud elegibles para la gestión de caso.

El Recuadro 24 ilustra la selección de adultos mayores en un centro de salud inglés.

Recuadro 24: La selección de adultos mayores para la gestión de caso en el Centro de Salud Castlefields, en Rucorn, Reino Unido

En ese centro de salud, un enfermero, trabajando en conjunto con un asistente social, considera los adultos mayores de más de 65 años elegibles para la gestión de caso si ellos se encuadran en tres o más de los siguientes criterios: presencia de cuatro o más condiciones crónicas; presencia de seis o más medicamentos prescritos por seis meses o más; dos o más hospitalizaciones en los últimos 12 meses; dos o más atenciones de urgencias en los últimos 12 meses; dos o más atenciones en ambulatorios en los últimos 12 meses; los adultos mayores que están entre los 3% más frecuentes usuarios de los servicios de salud; personas que tuvieron hospitalización de más de cuatro semanas en los últimos 12 meses; personas que tuvieron más de cuatro visitas por los asistentes sociales en los últimos tres meses; y personas que los costos de medicamentos exceden a 100 libras por mes.

La introducción de la gestión de caso, para adultos mayores, en ese centro de salud, permitió reducir las hospitalizaciones entre el 7,5% a el 16,6% y con la aplicación de 173 mil libras en su implantación permitió economizar 1,15 millones de libras por año.

Fuente: Department of Health (2005a)

La identificación del problema

La selección del caso es seguida de la identificación del problema. Para tal, es necesario recolectar el máximo de informaciones sobre la persona que será el sujeto de la gestión de caso. Ese momento comienza con la entrevista de la persona; si ella está incapacitada de comunicarse, fuentes secundarias son utilizadas, especialmente el sistema de apoyo social: esposa o esposo, otros miembros de la familia, cuidadores, amigos, vecinos, miembros de iglesias y movimientos sociales.

Una evaluación fundamental es de la capacidad para el autocuidado.

Es importante consultar la historia de salud, lo que incluirá entrevistas con el equipo de APS o con el especialista responsable por la atención, el examen de las historias clínicas, entrevistas con los responsables por la atención domiciliaria y con los cuidadores. Es importante la verificación de las condiciones odontológicas, de visión, de audición, de la salud ocupacional, de la salud mental, de la capacidad funcional y, muy importante, de la capacidad para el autocuidado.

Las condiciones de vida, especialmente aquellas vinculadas al medio ambiente familiar, deben ser levantadas. Son importantes las informaciones domiciliarias relativas a la presencia de escaleras, de teléfono, de equipos de utilidad doméstica, de baños, de equipos de láser y de necesidades de equipos médicos complementares.

Una ficha de identificación del problema deberá contener: nombre, edad, grupo étnico, dirección, estado civil, tipo de empleo, situación socioeconómica, nivel educacional, grupo cultural y orientación religiosa; toda la historia médica de la persona; la presencia de factores complicadores, de cronicidad y comorbilidad; la historia personal de no adhesión a los tratamientos y de actitudes no colaborativas; las medicaciones tomadas y que están siendo utilizadas; la historia familiar en relación a enfermedades crónicas; las alergias; la evaluación nutricional; la evaluación dermatológica; el historial de uso de las unidades de salud por la persona; y el uso de prácticas médicas complementares e integrativas.

La elaboración y la implementación del plan de cuidado

Si el momento de la identificación del problema permite decidir a donde llegar, la elaboración y la implementación del plan de cuidado definen la mejor manera de alcanzar los objetivos propuestos por la gestión de caso. Así, en esa etapa, se exige mucha creatividad porque hay, siempre, varias maneras alternativas de llegar a los objetivos trazados.

Por eso, en la elaboración del plan de cuidado, el gestor de caso deberá decidir sobre: lo que necesita ser hecho; como hacerlo; quien proveerá los servicios necesarios; cuando los objetivos serán alcanzados; y donde el cuidado será prestado. Es fundamental la participación, en la elaboración del plan de cuidado, de la persona usuaria y de su familia. O sea, el plan de cuidado es un acto solidario del gestor de caso, de la persona usuaria y de su familia. En algunos casos el plan exigirá la presencia de otros actores como el cuidador, la iglesia, miembro de movimiento social u otros.

Comienza con el establecimiento de los objetivos de la gestión de caso. La mayoría de los objetivos está compuesta por metas menores o actividades que deben ser alcanzadas, para que se cumplan los objetivos mayores. Así, el objetivo mayor de un adulto mayor que recibió una prótesis de cuadriles, de andar metros con independencia, involucra metas intermediarias como realizar la cirugía, retirar todos los equipos de apoyo vital, estabilizar los exámenes de sangre, utilizar una silla de ruedas etc.

El objetivo final de una gestión de caso es la calidad de la atención de salud y el uso eficiente de los recursos, de modo en dar lo máximo posible de autonomía a las personas. Para tal, es necesario priorizar las necesidades y los objetivos y, eso, puede generar conflictos entre las propuestas del gestor de caso y las expectativas de la persona o de su familia.

Priorizadas las necesidades y los objetivos hay que detallar las intervenciones previstas en el plan de cuidado, lo que va a involucrar el conocimiento profundo de la RAS, con las especificidades de cada punto de atención y de los sistemas de apoyo. Es, aquí, en el momento de la implementación, que el gestor de caso ejercita su función de coordinación de la atención de salud, buscando garantizar la prestación de la atención adecuada, en el lugar correcto, con la calidad necesaria y con el costo adecuado y de forma humanizada. La consulta permanente a las líneas-guía y a los protocolos clínicos es fundamental para el trabajo consecuente del gestor de caso. Es esencial conocer todos los recursos de la comunidad que puedan ayudar a implementar el plan de cuidado.

La implementación es el momento de poner el plan de cuidado en ejecución. Por ejemplo, en el día de un alta hospitalaria el gestor de caso debe: monitorear la estabilidad de la persona; dar instrucciones para el alta hospitalaria; dar las instrucciones relativas a todos los cuidados domiciliarios; obtener la concordancia de la persona o de sus familiares con el alta; preparar la lista de teléfonos de profesionales de referencia; providenciar el transporte hasta la residencia; y verificar las condiciones domiciliarias de recepción y acomodación de la persona.

El monitoreo del plan de cuidado

El plan de cuidado debe ser monitoreado constantemente para verificar si sus objetivos están siendo cumplidos y para determinar reajustes de las intervenciones prescritas. El monitoreo puede ser presencial, por teléfono o correo electrónico.

El monitoreo debe hacerse, además, para verificar si las necesidades de la persona y de su familia fueron satisfechas. Una gestión de caso exitosa implica alcanzar esas necesidades en varios campos: crear una atmósfera de esperanza; responder con honestidad todas las cuestiones; garantizar el cuidado humano y de calidad; conocer el

pronóstico; conocer la evolución de la persona; estar presente, frecuentemente, con la persona; saber lo que está siendo hecho y lo que deberá ser hecho para la persona; hablar frecuentemente con los profesionales que prestan el cuidado; estar presente en la residencia de la persona cuando sea necesario; instruir sobre los cuidados a ser proveídos; y saber abordar la posibilidad de la muerte.

Las evidencias sobre la gestión de caso

Resultados positivos de la gestión de caso ya son reconocidos: evita problemas potenciales, con la adopción de medidas preventivas; evita los casos de urgencia por agudización de la condición crónica; disminuir las hospitalizaciones innecesarias; evita las hospitalizaciones sociales; provee un contacto duradero y humano con las personas; y monitorear las intervenciones médicas, reduciendo los eventos adversos.

Evidencias de buena calidad muestran que la gestión de caso puede: disminuir las hospitalizaciones (BOYD *et al.*, 1996; BERNABEI *et al.*, 1998; HICKEY *et al.*, 2000; ALLIOTA, 2001); reducir el tiempo de permanencia en los hospitales (RIEGEL *et al.*, 2002; SINGH, 2005a; reducir las emergencias (BOYD *et al.*, 1996; BERNABEI *et al.*, 1998; LARAMEE *et al.*, 2003); se constituye en una herramienta costo efectiva (MUKAMEL *et al.*, 1997; RICH y NEASE, 1999; CHALLIS *et al.*, 2002); aumentar el uso de la APS (FITZGERALD *et al.*, 1994); mejorar la atención a los portadores de diabetes (AUBERT *et al.*, 1998; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001; POLONSKY *et al.*, 2003; SVOREN *et al.*, 2003; KREIN *et al.*, 2004; VETTER *et al.*, 2004), a los portadores de enfermedades mentales (HOLLOWAY *et al.*, 1995; GOREY *et al.*, 1998; BEDELL *et al.*, 2000), a los portadores de asma (GREINER *et al.*, 1999), a los portadores de lesión medular (CARDOSO-GONZALES *et al.*, 2000), en la prevención de VIH/sida (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2008), a los portadores de enfermedades cardiovasculares (ALLEN *et al.*, 2002); reducir las desigualdades entre grupos sociales (CALIFORNIA MEDICAL TYPE 2 DIABETES STUDY GROUP, 2004); mejorar la satisfacción de los usuarios (ALLIOTA, 2001; KREIN *et al.*, 2004); reducir los costos de la atención de salud (RUDY *et al.*, 1995; GREINER *et al.*, 1999; ZIGURAS y STUART, 2000; LIM *et al.*, 2003; CHI *et al.*, 2004); mejorar la capacidad funcional de las personas usuarias (FERGUSON y WEINBERGER, 1998; HUTT *et al.*, 2004); perfeccionar la comunicación entre el equipo de salud y las personas usuarias (EGAN *et al.*, 2002); y mejorar la calidad de atención de salud (REUBEN, 2002; KANE *et al.*, 2003; SMITH, 2003; BOADEN *et al.*, 2005; SINGH y HAM, 2006; PORTER, 2007; KELLOGG, 2007).

Experiencias de gestión de caso en Brasil

En Brasil, la introducción de la gestión de caso ha sido hecha, principalmente, por operadoras de planes privados de salud.

La Intermédica instituyó un programa de acompañamiento multidisciplinario de casos de alta complejidad denominado de Case. En ese programa, cada equipo multidisciplinario queda responsable por 200 personas usuarias; los números mostraron que las hospitalizaciones de los pacientes acompañados por el Case bajaron significativamente.

La GEAP Fundación de Seguridad Social está reestructurando su Programa de gestión de Casos que monitorea los beneficiarios que necesitan de atención especial en razón de sus patologías, a través de equipos multiprofesionales. Esos equipos actúan como orientadoras de cuidados, facilitando la recuperación física y emocional de los pacientes (UNIDAS, 2004).

Hay experiencias de aplicación de la gestión de caso en UNIMEDs de Minas Gerais, relatadas en el Recuadro 25 y que presenta buenos resultados económicos.

Recuadro 25: La gestión de caso en UNIMEDs en Minas Gerais

La UNIMED de Belo Horizonte introdujo la gestión de caso domiciliario y verifico, en 296 clientes acompañados, como mínimo, por 18 meses, que el costo mensual de la atención bajo de R\$ 1.118,00 a R\$ 568,00, una reducción del 49,2%. El número medio de hospitalizaciones pasó de 0,140 por usuario/mes a 0,113 por usuario/mes, una baja de 19,6%.

La UNIMED de Governador Valadares aplicó la gestión de caso en 50 clientes que completaron un año de acompañamiento. El acompañamiento antes y después de un año permitió verificar los siguientes resultados: baja del costo anual de la atención de R\$ 12.056,00 a R\$ 6.065,00, lo que significó una baja del 49,7%; reducción del tiempo medio de hospitalización de 22,6 días a 5,0 días, una disminución del 77,6%; y reducción del tiempo medio de hospitalización en unidad de terapia intensiva que bajo de 1,8 días por persona usuaria para 0,2 día por persona usuaria, una reducción del 89,1%.

Fuente: Chaves (2008)

Aunque la gestión de la clínica sea muy importante para el SUS, no parece haber relatos significativos de utilización rutinera de esa tecnología de gestión de la clínica en el sistema público brasileño. La Secretaría Municipal de Salud de Janaúba, en Minas Gerais, obtuvo resultados muy positivos en la reducción de la mortalidad infantil y una de las explicaciones posibles de esa baja puede estar en la introducción de la gestión de caso aplicada a las embarazadas y a los niños, identificadas en la estratificación de esas subpoblaciones como de condiciones de salud muy complejas (ALBUQUERQUE, 2008).

LA AUDITORÍA CLÍNICA

El concepto

Auditoría es una palabra que ha adquirido diferentes significados. Algunas veces es usada, más estrictamente, como la evaluación de la calidad de atención; otras veces, en un sentido más amplio, como la evaluación de la calidad de la atención y los cambios de la práctica de salud para mejorar la atención. De cualquier forma, la auditoría clínica debe ser entendida en el contexto de la garantía de la calidad de la atención de salud.

La palabra auditoría se deriva de la expresión latina *audire* que significa escuchar. La expresión auditoría fue usada, inicialmente, como la audición de relatos orales sobre los recursos gastos; solamente después, fue ampliada para campos de salud, además del financiero.

El Servicio Nacional de Salud del Reino Unido define auditoría como “un sistemático análisis crítico de la calidad de la atención de salud, incluyendo los procedimientos usados en el diagnóstico y tratamiento, el uso de los recursos y los resultados para los pacientes” (SECRETARIES OF STATE FOR HEALTH, 1989). Una otra definición, usada en Escocia, más abarcadora, dice que la auditoría es “*el proceso sistemático por el cual los profesionales de salud continuamente monitorean y evalúan sus prácticas clínicas, la organización de los servicios, las funciones gerenciales y las actividades educativas*” (NORMAN y REDFERN, 2000).

La auditoría clínica fue introducida, de forma más sistemática, como parte de programas de calidad, en los países desarrollados, a partir de los años 80.

La auditoría clínica se caracteriza por dos marcos esenciales: es enfocada en las personas usuarias de los sistemas de atención de salud y se desarrolla en un ambiente cultural de mejora de la eficacia clínica con el objetivo de optimizar los resultados clínicos. Así, la visión contemporánea de auditoría clínica se distancia, radicalmente, de un enfoque anterior de una cultura fiscalizadora o policial, volcada para el control de los recursos, enfocada en los aspectos contables y financieros de los servicios de salud y en una actitud de punición o de foco excesivo en el control de costos. Es un instrumento fundamental de mejora de la calidad de la atención de salud.

La auditoría clínica, en general, se hace en relación a un estándar normativo que se establece a priori y que se encuentra normalmente consolidado en directrices clínicas basadas en evidencia.

La importancia de la auditoría clínica

La auditoría clínica se impone en función de la singularidad organizacional de los sistemas de atención de salud. Las organizaciones profesionales se mueven en una permanente tensión entre gerentes y profesionales. Uno de los instrumentos para administrar ese conflicto es la auditoría clínica porque ella permite crear estándares objetivos y transparentes. Además, el principio de la variabilidad de las prácticas de salud exige que se instituya el control de la utilización de los servicios de salud, una de las funciones centrales de la auditoría clínica. Eso implica considerarla, también, como instrumento de control de los costos de atención de salud. Hay evidencias de que el control de costos es más efectivo cuando es realizado del lado de la oferta de los servicios que del lado de la demanda (SALTMAN y FIGUERAS, 1997). La auditoría clínica es un instrumento de control de la oferta.

Las categorizaciones de la auditoría clínica

La auditoría clínica puede ser categorizada según su foco, su enfoque, su naturaleza y su temporalidad.

Según su foco se identifican tres formas de auditoría (NORMAN y REDFERN, 2000): la auditoría genérica, cuando se evalúa la calidad de una unidad de salud o de parte de ella, por ejemplo, un hospital; la auditoría específica, cuando se evalúa la calidad de un procedimiento clínico determinado, por ejemplo, los partos cesáreas; y la auditoría profesional, cuando se evalúa la calidad de la atención propiciada por un profesional determinado o por un grupo profesional, por ejemplo, un médico o un grupo de cardiólogos.

Hay tres enfoques principales de auditoría clínica (BERWICK y KNAPP, 1990): la auditoría implícita que utiliza la opinión de expertos para evaluar la práctica de la atención de salud; la auditoría explícita que evalúa la atención prestada contrastándola con criterios predefinidos, especialmente en las directrices clínicas; y la auditoría a través de eventos-centinela que parte de la ocurrencia de ciertos eventos inaceptables, denunciadores de fallas sistémicas en un sistema de atención de salud que, investigados, llevarán a una propuesta de mejora de la calidad de todo el sistema.

En las auditorías implícitas los auditores trabajan en grupos, asumiéndose que el juicio de un grupo es mejor que el juicio individual. Las auditorías explícitas pueden ser conducidas por profesionales sin experiencia en la atención de salud, pero entrenadas para esas auditorías. Las auditorías explícitas son más simples y más baratas que las auditorías implícitas y, por eso, son criticadas por la sobresimplificación y por la falta de relevancia clínica. En general, los profesionales de salud prefieren las auditorías implícitas, mientras los gestores optan por las auditorías explícitas.

En cuanto a la naturaleza, las auditorías clínicas pueden ser: uniprofesionales, cuando son realizadas por uno o más auditores de una única formación, médicos en general; y multiprofesionales, cuando sean realizadas por un grupo de auditores, con varias formaciones.

En cuanto a la temporalidad las auditorías clínicas pueden ser divididas en auditorías previas o prospectivas hechas ex-ante; auditorías alternativas o concomitantes, producidas en tiempo real; y auditorías retrospectivas realizadas ex-post.

La metodología de la auditoría clínica

La manera convencional de representar la auditoría clínica es como un ciclo, conocido como el ciclo de la auditoría clínica y que se representa en la Figura 18. La base operativa de ese ciclo es la comparación de la práctica clínica corriente con un excelente estándar normativo. Si el servicio prestado no coincide con el estándar normativo deben introducirse cambios para mejorar la calidad.

Figura 18: El ciclo de la auditoría clínica



Fuentes: Shaw (1990); Norman (2000)

La visión de la auditoría como un ciclo es fundamental para la introducción de cambios en los sistemas de atención de salud porque solamente cuando el ciclo se cierra se instituye una nueva práctica y se integra esa práctica en un nuevo orden de las cosas (SAUNDERS, 2010)

El ciclo de la auditoría clínica es un proceso que presenta seis momentos: la identificación del problema a ser auditado; el establecimiento de excelentes estándares o metas; la evaluación del grado de consistencia entre el estándar y el problema elegido, estableciendo la brecha que será superada por la auditoría; la identificación de los cambios necesarios para que el problema sea superado; la implementación de los cambios identificados; y el monitoreo del proceso de cambio.

La experiencia ha demostrado que la fase más crítica del ciclo de la auditoría clínica es la implementación y el monitoreo de los cambios, lo que es muchas veces, desconsiderado en los sistemas tradicionales de auditoría de salud.

Otra propuesta de ciclo de auditoría ha sido hecha desde la gobernanza clínica que introduce las contribuciones de las personas usuarias en el centro del ciclo y define los elementos interrelacionados del ciclo que son: elegir un tema para la auditoría; identificar o definir los estándares en las normas; elaborar un plan de acción para la auditoría; analizar los servicios en relación a los estándares o a las normas; identificar los puntos débiles y las carencias; desarrollar un plan para los cambios; implementar el plan de acción para los cambios; y monitorear el plan de acción de los cambios (SAUNDERS, 2010).

Las tecnologías de auditoría clínica

Hay varias tecnologías disponibles para la realización de auditorías clínicas. Las más utilizadas son las tecnologías de revisión de la utilización, la perfilización clínica, las presentaciones de caso, los eventos adversos o centinelas y los *surveys*.

Las tecnologías de revisión de la utilización

La revisión de la utilización de los procedimientos clínicos puede hacerse de varias maneras (ROBINSON y STEINER, 1998; COCHRANE, 2001f): la revisión previa la prospectiva, la revisión concomitante la alternativa, la revisión retrospectiva, la segunda opinión y la revisión por pares. Una importante constatación es la de que revisión de la utilización se hace en casos individuales.

En la revisión previa la prospectiva los objetivos por evaluar son predefinidos y la evaluación se hace en relación a esos objetivos predeterminados. Hay un supuesto que los servicios sólo deben ser prestados si resultan en beneficios a las personas usuarias.

La revisión prospectiva requiere una autorización para la realización de un procedimiento, una auditoría ex-ante. Esa autorización puede ser buscada por la persona usuaria o por el profesional de salud y significa una previa evaluación de la necesidad de la atención requerida, antes que sea materializada. En general, las organizaciones de salud especifican con anterioridad, cuáles son las categorías de atención para las cuales son necesarias previas autorizaciones. Ejemplos de revisión prospectiva son las previas autorizaciones para hospitalización o para ciertos exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico.

En la revisión concomitante el alternativa se hace una comparación de la atención en el momento que está siendo prestada con estándares predeterminados o en relación a la opinión de otro profesional de salud que se reconoce competente. Esa revisión se produce cuando un profesional de salud solicita a otro profesional o a un gerente el plan de intervención para la verificación de su propiedad, durante la fase de intervención. La revisión concomitante es más utilizada para monitorear la duración de la permanencia del paciente en los hospitales o para controlar el uso de ciertos servicios durante el tratamiento. Es la forma de revisión de uso más común en Estados Unidos (RESTUCCIA, 1995) y la más recomendada en nuestro medio (GOMES *et al.*, 2008).

En la revisión retrospectiva se contrastan los procedimientos realizados en la persona usuaria y constantes de su historia clínica con un estándar normativo predefinido. Esa revisión involucra un análisis de las historias clínicas para verificar si los procedimientos correspondieron a los estándares prefijados, siendo por lo tanto, una auditoría ex-post. Cuando se encuentra que el profesional se desvió del excelente estándar normativo, él debe ser notificado por escrito o por un panel de pares. Algunas instituciones utilizan, además del *feedback* para el profesional, ciertos incentivos financieros negativos.

La segunda opinión obligatoria es usada para confirmar si ciertos procedimientos indicados, especialmente cirugías, están indicados correctamente o si hay opciones más costo efectivas que deban ser adoptadas. Muchas veces, pacientes necesitando de cirugía deben ser vistos por los médicos antes de la intervención.

La revisión por pares (*peer review*) es realizada por paneles de profesionales de salud de la misma categoría de modo en evitar conflictos entre éstos y los gerentes y en remitir las decisiones clínicas a los pares, donde son mejor aceptadas. Los paneles de revisión por pares deciden al respecto del que constituye atención de salud apropiada y efectiva. Así, ejerciendo una acción externa de profesionales de salud sobre profesionales de salud – y no de los gerentes sobre los profesionales de salud – hay una mejor posibilidad de cambiar los estándares de la práctica clínica.

La perfilización clínica

La perfilización clínica es una técnica que se acerca de la revisión de la utilización pero de ella, se diferencia porque opera con informaciones agregadas y no con casos individuales. Por ello, fue definida por Cave (1995) como el análisis estadístico y el monitoreo de datos para la obtención de informaciones que permitan evaluar la propiedad de la atención de salud.

La perfilización clínica compara el procedimiento de un grupo de profesionales de salud con un excelente estándar, derivados en general, de las directrices clínicas y de las prácticas institucionales.

Esa técnica exige la definición de una variable clínica significativa (por ejemplo, la duración de las hospitalizaciones), la verificación de todos los procedimientos de un grupo de profesionales, muchas veces los médicos, en relación a aquella variable en un determinado período de tiempo, y la comparación con estándares predefinidos para esa variable. Para que la perfilización clínica sea útil, los datos deben ser estandarizados de modo que los casos sean comparables. Por ejemplo, el número de electrocardiogramas solicitados deben ser estandarizados diferentemente para los médicos de familia y para los cardiólogos.

El objetivo es identificar los profesionales desviadores (*outliers*) e incentivarlos, positivamente a cambiar sus procedimientos para que se acerquen de los estándares normativos. La perfilización clínica ha sido ampliada a la perfilización de hospitales y de condiciones de salud.

Un caso específico de perfilización clínica es la tecnología de *benchmarking* (COCHRANE, 2001g). Esa técnica fue desarrollada por Rank Xerox al final de los años 70 y ha sido considerada como una de las herramientas más potentes para mejorar el desempeño organizacional (WAIT, 2004). El *benchmarking*, en términos más amplios, constituye un punto de referencia para la excelencia organizacional en relación al cual se mide y se compara una organización determinada o parte de ella. En el caso de la auditoría clínica, interesa enfocar en aspectos clínicos de la organización.

La presentación de casos

Esa tecnología involucra la revisión de casos individuales bajo la forma de sesiones clínicas. La ventaja de esa tecnología es su simplicidad; la desventaja es que solamente un pequeño número de casos puede ser evaluado y el proceso es altamente subjetivo. Esa tecnología es muy utilizada porque permite a los profesionales de salud co-

municarse efectivamente entre sí y compartir ideas y prácticas. Pero exige un clima de confianza mutua entre los profesionales para prosperar.

La revisión de los eventos adversos y de los eventos-centinela

Es cada vez más común en los sistemas de atención de salud, la ocurrencia de eventos inesperados que causan daños de salud a las personas, conocidos como eventos adversos. He aquí que la auditoría clínica se encuentra con la gestión de los riesgos de la atención de salud.

Por ello, se está utilizando cada vez más frecuentemente, la tecnología de revisión de los eventos adversos que consiste en auditar la ocurrencia de atención de salud de baja calidad o de efectos adversos de la atención de salud. Un ejemplo es la auditoría sobre lesiones autoinfligidas en pacientes de hospitales psiquiátricos.

Además de ello, hay una tendencia de evaluar todos los eventos-centinela que ocurran en un sistema de atención de salud. Su presencia exige una respuesta inmediata de la auditoría clínica para identificar y superar esos eventos que apuntan para fallas sistémicas más amplias. Por ejemplo, la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba audita todos los casos de sífilis congénita.

Los *surveys*

Los *surveys* son evaluaciones sobre lo que está ocurriendo en un período determinado de tiempo, o durante un período de tiempo (Gray, 2009). Aunque sea posible identificar la existencia de un problema por un *survey* es difícil determinar la causa de ese problema, lo que exige en general, otros tipos de evaluación.

Acostumbran ser realizados a través de la aplicación de cuestionarios o de entrevistas y son dirigidos principalmente para la evaluación de resultados de los sistemas de atención de salud. Son técnicas que requieren tiempo, especialización y presentan costos significativos. Son muy utilizadas las encuestas de opinión de personas usuarias o de profesionales.

LAS LISTAS DE ESPERA

Los sistemas públicos universales de atención de salud presentan, como una debilidad estructural, el largo tiempo de espera en procedimientos en que la demanda excede la oferta.

Los tiempos de espera constituyen, hoy, el principal problema de los sistemas de atención de salud en los países de la Europa Occidental y no Canadá porque generan insatisfacción en las poblaciones y aumentan los costos de la atención. In embargo, hay poca evidencia de calidad sobre el deterioro de la salud en función de esos tiempos de espera (HURST y SICILIANI, 2003). En el Reino Unido, encuestas de opinión demostraron que el tiempo de espera para acceso a especialistas y a cirugías electivas constituyen la primera y segunda quejas de los ciudadanos en relación al Servicio Nacional de Salud (NHS).

Los tiempos de espera entre la indicación y la realización de una cirugía electiva pueden variar de: 58 semanas en Portugal, 41 semanas en Reino Unido, 36 semanas en la Italia, y 15 semanas en la Holanda (FLEMING *et al.*, 1992). Esas variaciones se explican en función de una combinación, del lado de la demanda, de servicios públicos gratuitos y del lado de la oferta, de una capacidad insuficiente de oferta.

Mientras las listas de espera muestran el stock de personas usuarias en búsqueda de atención en un punto determinado del tiempo, el tiempo de espera evidencia el diferencial de tiempo para ofrecer el servicio en función de la actual y de la futura oferta.

La superación del problema del tiempo de espera exige intervenciones del lado de la oferta y de la demanda. Del lado de la oferta, el incremento de las intervenciones y de la productividad de los servicios es el fundamental. Por ejemplo, incrementando la cantidad de los servicios y la productividad del sistema a través de la ambulatorización de cirugías electivas o definiendo incentivos para aumento de la oferta como en los trabajos colectivos del SUS. Del lado de la demanda, se pueden adoptar políticas de reducción de las necesidades por mejoras en la APS y de racionalización de la demanda a través del establecimiento de criterios de estratificación de riesgos.

Una buena política de superación de los tiempos de espera incluye una combinación de medidas de los lados de la demanda y de la oferta y la definición de metas nacionales en relación a tiempos de espera máximos. Medidas del lado de la oferta fueron efectivas en Australia, España, Holanda; por otro lado, medidas del lado de la demanda fueron efectivas en países como Dinamarca, Noruega y Suecia (STREET y DUCKET, 1996).

Las listas de espera constituyen una tecnología de gestión de la clínica orientada a racionalizar el acceso a servicios en que existe un desequilibrio entre oferta y demanda.

Esa tecnología para que funcione adecuadamente, implica dos condiciones esenciales: la transparencia y el ordenamiento por necesidad de la población. Por ello, la lista de espera puede ser conceptualizada como una tecnología que regula el uso de servicios

en determinados puntos de atención de salud estableciendo criterios de ordenamiento por necesidades y riesgos, y promoviendo la transparencia.

El criterio de la transparencia es fundamental y se basa en una información amplia y republicana sobre la oferta de servicios por diferentes prestadores y sobre las listas de espera. Ello ha sido hecho por diferentes países que colocan en internet informaciones sobre listas de espera en relación a diferentes procedimientos, por prestadores y por tiempos de espera, lo que ha contribuido para reducir esos tiempos. Como ejemplos: en Inglaterra, <http://www.nhs.uk/waitingtimes/waitingtimes.aps>; en British Columbia, en Canadá: <http://www.swl.hlth.gov.bc.ca/swl/index.htm>; en Dinamarca, <http://www.ventefinfo.dk/venterlister/>; en Holanda: <http://www.wachttijstaanpak.nl/>; en Noruega, <http://www.sykehusvalg.net/>; en Suecia; www.lf.se/vantetider/. En el SUS, hay una buena experiencia acumulada en operación de listas de espera para los trasplantes de órganos. Sin embargo, esa tecnología debería ser extendida a otros procedimientos electivos en donde hay fuerte desequilibrio entre la oferta y la demanda.

Además de garantizar la transparencia, esas listas contribuyen, significativamente, para la disminución de los tiempos de espera y para la mejora de la evaluación de la población en relación a los sistemas de atención de salud (HURST y SICILIANI, 2003).

Os criterios de ordenamiento por necesidades es una medida efectiva de racionalización de la demanda e implica la utilización de criterios de riesgos en el acceso a los servicios ofrecidos. En servicios de salud, en general, no se puede adoptar el criterio de orden de llegada o de inscripción; ello es desastroso porque una persona puede presentar un riesgo mayor que coloca en jaque la integridad de un órgano, de un sistema o de la vida y por lo tanto, necesita ser atendida antes que otro que llegó primero, pero presenta menor riesgo.

Para que el criterio de ordenamiento por necesidades y riesgos funcione, en la práctica, él necesita ser sustentado por protocolos clínicos que prioricen esos riesgos. Es el caso, por ejemplo, de la clasificación de riesgos para acceso a los servicios de urgencia y emergencia, propiciados por el Sistema Manchester de clasificación de riesgo.

LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN A LAS CONDICIONES CRÓNICAS (MACC)

La implantación del MACC puede hacerse por varias maneras, pero se sugiere que sea realizada por procesos de cambio deliberados, asentados en tecnologías de educación potentes.

Una propuesta sólida de implantación de modelos para condiciones crónicas es la de la Serie de Avances Innovadores desarrollada a partir de 1995, por el Institute for Healthcare Improvement (2003) con base en un proceso de cambio. Ese modelo, en continuo perfeccionamiento, se estructura en la idea de que la mejor manera de introducir cambios en los sistemas de atención de salud es a través del aprendizaje colaborativo entre equipos de salud.

Una serie completa de aprendizaje puede durar de 6 a 15 meses y puede involucrar muchos equipos de salud, en varios puntos de atención de salud y aun en varias organizaciones, para buscar mejoras en temas de interés común. Cada uno de los proyectos se denomina de Proyecto Colaborativo.

La concepción básica del proceso está, de un lado, en una combinación de expertos en áreas clínicas con expertos en gestión en la búsqueda de cambios significativa y, de otro, en la constatación de que procesos educacionales convencionales no generan cambios. Para que ocurran cambios es necesario un proceso de aprendizaje, más o menos largo, que articule talleres presenciales estructurados por principios educacionales sólidos de capacitación de adultos, con períodos de dispersión post-taller. En los períodos presenciales, los diferentes equipos – que pueden variar de 10 a 160 – se reúnen para aprender en conjunto y colaborativamente sobre el tema en cuestión y para planificar el período de dispersión, en los cuales los miembros de cada equipo volverían a sus organizaciones para implementar los cambios definidos en la planificación hecha durante el taller.

Una evaluación con líderes del área de salud, en los campos clínico, político y de gestión, permitió identificar los factores-clave para identificar los campos de cambios: la práctica clínica actual no está alineada con el conocimiento científico disponible; algunas mejoras podrían producir resultados claramente positivos al incrementar la calidad de los servicios y reducir los costos de la atención de salud; y la posibilidad de una mejora importante debe haber sido constatada en, por lo menos, una organización-centinela. La aplicación de esos criterios llevó a la identificación de áreas prioritarias de cambio como atención al asma, a los partos cesáreas, al dolor lumbar, cuidados intensivos de adultos y neonatos, cirugía cardíaca en adultos, eventos adversos de medicamentos, etc.

La Serie de Avances Innovadores presenta cinco elementos esenciales: la selección del tema, el reclutamiento de los facilitadores, la definición de las organizaciones participantes y de sus miembros, los talleres presenciales y los períodos de dispersión.

La selección se hace sobre temas que estén maduros para mejorar. Se reclutan entre 5 a 15 profesionales con capacidad de facilitar el proceso educacional, involucrando

especialistas en educación y en clínica, como también profesionales de experiencias exitosas; uno de esos facilitadores coordinará el Proyecto Colaborativo. Las organizaciones participantes son definidas y deben indicar un equipo multiprofesional con capacidad de aprendizaje, de implantación de un proyecto-piloto y de extensión del piloto en mayor escala. Los talleres presenciales son intervenciones educativas que involucran a los facilitadores y a los equipos de salud de las diferentes organizaciones participantes del proyecto. Los períodos de dispersión son las intervenciones que deben ser realizadas en ese tiempo y que fueron planificadas en los talleres presenciales, teniendo obligatoriamente que trabajar con indicadores que midan los cambios pretendidos. Todo trabajo es acompañado por informes mensuales de medición de los impactos de cambios que son compartidos por todos los participantes de todas las organizaciones, especialmente en un ambiente web.

Los participantes de un Proyecto Colaborativo operan con un Modelo de Mejora para implementar los cambios. Ese modelo presenta cuatro elementos fundamentales para los cambios: el establecimiento de metas específicas y medibles; la definición de medidas de mejora que pueden ser monitoreadas en el tiempo; los cambios-clave que resultarán en las mejoras deseadas; y una serie de ciclos de cambios durante los cuales los equipos de salud aprenden (ASSOCIATES IN PROCESS IMPROVEMENT, 2008).

El Modelo de Mejora tiene dos partes. En la primera parte, se harán tres cuestiones para identificar los cambios necesarios y, en la segunda parte, será utilizado el ciclo PDCA para facilitar la implantación de los cambios identificados.

Los propositores del modelo afirman que, no todos los cambios conducen a mejoras en el sistema de atención de salud. Sin embargo, todas las mejoras exigen cambios porque la capacidad de desarrollar, implementar y evaluar los cambios es esencial a cualquier individuo, grupo u organización que desea mejorar (ASSOCIATES IN PROCESS IMPROVEMENT, 2008).

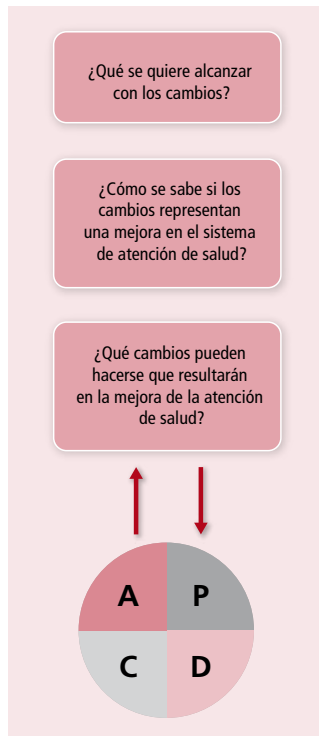
Las cuestiones-clave son: ¿qué se quiere alcanzar con los cambios (la meta)?, ¿cómo se sabe si los cambios representan una mejora en la atención de salud (la medición)? ¿Qué cambios pueden hacerse que resultarán en la mejora de la atención de salud (los cambios)? la pregunta “qué se quiere alcanzar con los cambios” implica una definición, por escrito, de los objetivos que se desea alcanzar en relación a una determinada población, de la expresión de esos objetivos en indicadores medibles y del montaje de un sistema de monitoreo de esos indicadores para verificar si los cambios implantados llevaron a los resultados deseados. La pregunta “cómo se sabe si el cambio representa una mejora de la atención de salud” exige una respuesta que muestre que los objetivos y los indicadores definidos significan componentes-clave de la atención de salud y si

hay un monitoreo adecuado de esos indicadores, por lo menos, en cinco mediciones. La pregunta “qué cambios pueden hacerse que resultarán en la mejora de la atención de salud” es respondida por el análisis de su coherencia con un de los seis elementos del modelo de atención crónica y con cuatro criterios: ¿contribuyen para la mejora de la atención a las condiciones crónicas?, ¿engloban intervenciones efectivas de cambios de comportamiento?, ¿involucran el autocuidado apoyado? y ¿monitorean las metas definidas en los planes de cuidado?

A partir de ahí, los cambios se van ejecutando de forma cíclica: los equipos de salud planifican detalladamente los cambios, considerando las características culturales y organizacionales; introducen los cambios en sus procedimientos estándares; monitorean los cambios utilizando indicadores cuantitativos; y evalúan los resultados del trabajo para dar sostenibilidad a los cambios.

La Figura 19 representa la concepción del Modelo de Mejora.

Figura 19: el modelo de mejora



Fuente: Associates in Process Improvement (2008)

El Modelo de Mejora está compuesto por tres talleres presenciales, seguidos de períodos de dispersión de implantación de los cambios propuestos en el mundo real de los sistemas de atención de salud. La implantación de los cambios en los períodos de dispersión es realizada a través de ciclos de PDCA.

El taller 1 tiene como objetivos discutir el Modelo de Mejora, presentar los seis elementos constitutivos del CCM y preparar los ciclos de implantación de los cambios que serán hechos efectivos en el período de dispersión. El taller 2 tiene como objetivos profundizar los elementos de diseño del sistema de prestación de servicios, de apoyo a las decisiones, de sistema de información clínica y de autocuidado apoyado, implementar el sistema de monitoreo y evaluación de los cambios, detallar el elemento de los recursos de la comunidad, introducir el concepto de difusión de los cambios y preparar los ciclos de implantación de los cambios que se harán en el período de dispersión. El taller 3 busca redefinir los planes para la mejora de la atención a las condiciones crónicas, implementar las estrategias de difusión de los cambios, elegir y trabajar tópicos clínicos-clave de sustentación de los cambios y preparar los ciclos de implantación de los cambios que se harán en el período de dispersión.

Las acciones planificadas en los talleres presenciales son implementadas a través de los ciclos del PDCA. Toda administración de procesos consta en establecer el mantenimiento en las mejoras de los estándares montados en la organización, que sirven como referencias para su administración. Introducir la administración de los procesos significa implementar la administración repetitiva vía PDCA (SOUSA, 2006).

El ciclo PDCA fue desarrollado por Walter A. Shewart en la década de los 20, pero comenzó a ser conocido como ciclo de Deming en 1950, por haber sido ampliamente difundido por ese autor. Es una técnica simple que tiene en vista el control de los procesos, pudiendo ser usado de forma continua para la administración de las actividades de una organización. Se compone de un conjunto de acciones en una secuencia dada por el orden establecido por las letras que componen la sigla: P (*plan*: planificar), D (*do*: hacer, ejecutar), C (*check*: verificar, controlar), y la (*act*: actuar, actuar correctivamente).

En el Modelo de Mejora, la finalización de cada ciclo del PDCA lleva inmediatamente al inicio de un nuevo ciclo por el equipo que está conduciendo los cambios que debe responder a cuestiones como: ¿qué funcionó y qué no funcionó? ¿qué debe ser introducido, qué debe ser cambiado y qué debe ser desechado? Frecuentemente, un equipo prueba más de un cambio al mismo tiempo, lo que exige la implantación de varios ciclos simultáneamente.

Los resultados de la aplicación del Modelo de Mejora, en conjunto con una filosofía educacional de “todos enseñan, todos aprenden”, en cientos de Proyectos Colabora-

tivos aplicados en varios países, son muy favorables en relación a: reducción de efectos adversos de medicamentos, control de la hipertensión, control de embarazadas de alto riesgo, control glicémico en diabéticos, reducción del tiempo de espera en la atención primaria de salud, tratamiento del cáncer, control de la tuberculosis, cuidados intensivos y reducción de costos de la atención de salud (BERWICK, 1994; PLSEK, 1997; BERWICK, 1998; FLAMM *et al.*, 1998; KILO *et al.*, 1998; BEVAN *et al.*, 2000; LEAPE *et al.*, 2000; LYNN *et al.*, 2000; BATE *et al.*, 2002; OVRETVEIT *et al.*, 2002; WILSON *et al.*, 2004). La metodología de avances innovadores, en combinación con la filosofía “todos enseñan, todos aprenden”, produjo resultados impresionantes en muchos sistemas de atención de salud de Estados Unidos, Canadá y Europa (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2003). La organización OSF Healthcare redujo los eventos adversos de medicamentos el 75%. El Bureau of Primary Care de Estados Unidos implantó un proyecto colaborativo que cubrió 12 millones de americanos, el cual resultó en el crecimiento en esa población de la meta nacional de los exámenes de hemoglobina glicada del 300%. El Servicio Nacional de Salud de Reino Unido lanzó un proyecto de mejora que logró aproximadamente 2.000 centros de salud, con cobertura de 18,2 millones de personas usuarias, lo que permitió reducir las listas de espera en 60%. La metodología fue aplicada por el Partners in Health en Perú, lo que incrementó el nivel de cura de personas con tuberculosis al 80%, muy superior a la media nacional.

El Recuadro 26 muestra la utilización de un ciclo PDCA en la implantación del modelo de atención crónica (CCM) usando el Modelo de Mejora.

Recuadro 26: un ejemplo de utilización de un ciclo de PDCA en el Centro de Salud Rocky Road

P: el equipo de salud del Centro de Salud entendió que, la introducción de un registro de los diabéticos podría aumentar el porcentaje de personas con examen de hemoglobina glicada realizado de forma rutinera. Elaboraron protocolos clínicos para el monitoreo de la glicemia a través de hemoglobina glicada y de autocuidado en términos de monitoreo de la glicemia.

D: el registro de los diabéticos fue desarrollado y probado durante 2 semanas por enfermeros y por portadores de la condición de salud que aceptaron participar. Para ello, fue necesario revisar el sistema de información clínica sobre diabetes.

C: el tiempo gastado para completar las informaciones de los diabéticos aumentó de 1 para 2 minutos y el tiempo para entrar con esos datos en el sistema de información clínica fue de 3 minutos adicionales. El tiempo de espera de los diabéticos con el nuevo sistema, aumentó en 8 minutos. Entre los diabéticos apenas mitad presentaba buenos niveles de hemoglobina glicada; tras la introducción de los cambios, todos los portadores presentaban buenos resultados.

A: Tras una reunión con el director del Centro, se introdujeron cambios en el sistema de registro de los diabéticos, el cual fue hecho buscándose una solución desarrollada por una red de Centros de Salud de otro estado. También se hizo una revisión en el registro de los diabéticos para disminuir el tiempo gastado con el nuevo sistema.

Fuente: Health Disparities Collaboratives (2004)

LA EVALUACIÓN DE LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

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

Hablar de integración de los sistemas de atención de salud involucra un conjunto de abordajes que pueden connotar coordinación, cooperación o integración a través de los sistemas de atención de salud. Por ello, se busca desarrollar una taxonomía de la integración de esos sistemas que permita un análisis situacional de la etapa de integración de una RAS. No es una tarea fácil porque no es simple establecer los límites entre las diferentes etapas de integración de los sistemas de atención de salud (SIMOENS y SCOTT, 1999). Además de ello, no hay, en esos sistemas, una evolución lineal en el sentido de una integración completa.

La integración puede ocurrir en configuraciones estructurales complejas y diferentes que reflejan los diferentes entornos y momentos sociales de los sistemas de atención de salud.

A pesar de ello, hay en la literatura internacional, propuestas de taxonomías de integración de los sistemas de atención de salud. Las más encontradas son: los tipos de integración: integración funcional y clínica (SIMOENS y SCOTT, 1999); la amplitud de la integración: integración horizontal y vertical (AXELSSON y AXELSSON, 2006); el proceso de integración: integración estructural, cultural y social (FABBRICOTTI, 2007); y el grado de integración: colaboración a la integración completa (LEUTZ, 1999).

La Organización Panamericana de Salud presenta una propuesta de evaluación de las RASs que va desde una situación hipotética de absoluta fragmentación de los servicios hasta una situación también hipotética de absoluta integración, para definir como posibilidades reales, por lo menos, tres niveles de integración: sistemas fragmentados, sistemas parcialmente integrados y sistemas integrados. Es la construcción se hace en función de los diferentes atributos que, según esa institución conforman los sistemas de atención de salud: población/territorio, oferta de servicios, primer nivel de atención, atención especializada, mecanismos de coordinación asistencial, tipo de cuidado, gobernanza del sistema, gestión del sistema, recursos humanos, sistemas de información, financiación y vínculos con otros sectores (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2008).

Es fundamental utilizar una metodología de evaluación de las RASs que pueda ser aplicada como línea de base y después, periódicamente, para verificar si el grado de

integración de esas redes se están moviendo en qué dirección: estabilidad, involución o evolución.

Para ello, se presenta un cuestionario para evaluación del grado de integración de las RASs, construido a partir de las concepciones teórica y operativa de ese libro y medido en las dimensiones de la población, de la APS, de los puntos de atención secundaria y terciaria, de los sistemas de apoyo, de los sistemas logísticos, del sistema de gobernanza y del modelo de atención de salud.

La aplicación del cuestionario tiene dos funcionalidades: primero, permitir la definición en determinado tiempo, del grado de integración de las RASs: sistema fragmentado, red en etapa inicial, red en etapa avanzada y red integrada; segundo, proporcionar a partir de un análisis horizontal de cada cuestión, la construcción de un plan de desarrollo institucional para la integración del sistema de atención de salud que se analiza.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

1. Instrucciones para el uso del cuestionario

Tras una lectura del cuestionario y una breve discusión sobre su contenido, debe completarse por un equipo que trabaje en la(s) red(es), involucrando gestores y prestadores de servicios.

Esa evaluación está orientada a proveer a los gestores y a los profesionales de salud un diagnóstico de la etapa en que se encuentran la(s) red(es) de atención de salud y un sentido de cambio para mejorar la atención de salud en esa(s) red(es).

Al final del cuestionario, un sistema de puntuación permitirá verificar la etapa de desarrollo de la(s) red(es) de atención de salud: redes fragmentadas, redes en etapa inicial, redes en etapa avanzada y redes integradas. Además de ello, los resultados deben posibilitar la identificación de áreas críticas del desempeño de la(s) red(es) de atención de salud. A partir de la identificación de esas áreas, debe ser instituido un programa de desarrollo institucional y clínico que permita fortalecer la(s) red(es) y hacer con que ella(s) evolucione(n) en el sentido de red(es) de atención integrada.

El completado del cuestionario debe ser hecho según las siguientes instrucciones:

Complete cada cuestión tras una breve discusión sobre ella.

El cuestionario puede ser aplicado en una institución en su conjunto o en una red temática de una institución. En ese último caso, hay que revisar las cuestiones relativas a los puntos de atención secundaria y terciaria para adecuarlos a una única red.

Para cada cuestión responda con un valor que varíe de 0 la 3, siendo:

- 0 (cero): corresponde a la no existencia de lo que está siendo preguntado;
- 1 (uno): existe lo que está siendo preguntado, pero con un funcionamiento básico o incipiente;
- 2 (dos): existe lo que está siendo preguntado, con un funcionamiento razonablemente bueno, pero insuficiente;
- 3 (tres): corresponde a su existencia en operación de forma excelente.

2. Interpretación de los resultados

El cuestionario de evaluación de la etapa de desarrollo de la(s) red(es) de atención de salud está organizado de tal forma que, permita identificar un continuo que puede situarse entre un sistema fragmentado hasta una red integrada.

Debe hacerse la suma del total de puntos recibidos para cada elemento o componente de la(s) red(es) evaluada. El resultado final deberá ser interpretado así:

SCORE	INTERPRETACIÓN
0 a 130	Incapacidad para la operación de RASs: sistema fragmentado
131 a 260	Capacidad básica para operar RASs: red de atención de salud incipiente
261 a 390	Capacidad razonablemente buena para operar RASs: red de atención de salud avanzada
391 a 522	Excelente capacidad para operar RASs: redes integradas de atención de salud

Además de ese análisis cuantitativo, se debe hacer un análisis cualitativo, seleccionándose todos los scores inferiores a 3, pero especialmente los valores 0 y 1, relativos a cada una de las cuestiones, analizadas en una dimensión horizontal. Esos puntos críticos deberán conformar un plan de desarrollo institucional de la(s) red(es) de atención de salud.

ELEMENTO O COMPONENTE	CUESTIÓN EVALUADA	SCORE (0 a 3)
POBLACIÓN	1. ¿Hay una población claramente definida bajo responsabilidad de la RAS?	
	2. ¿Hay una clara definición de las necesidades de salud de esa población?	
	3. ¿La estructura operativa de la RAS está formateada en función de esas necesidades?	
	4. ¿Hay un proceso de territorialización de la RAS?	
	5. ¿La RAS dispone de un Plan Director de Regionalización?	
	6. ¿El Plan Director de Regionalización, en su estructuración, incorporó los principios de contigüidad territorial, subsidiaridad económica y social, economía de escala, relaciones entre escala y calidad, identidad cultural, flujos viales, flujos asistenciales y acceso?	
	7. ¿Están identificados los territorios sanitarios con escala adecuada para la oferta de los puntos de atención de salud secundarios?	
	8. ¿Están identificados los territorios sanitarios con escala adecuada para la oferta de los puntos de atención de salud terciarios?	
	9. ¿La población de responsabilidad de la RAS está toda adscrita a una unidad de APS o a un equipo de PSF?	
	10. ¿La población está registrada en la APS por unidad familiar?	
	11. ¿Las unidades familiares están clasificadas por riesgos sociales?	
	12. ¿La población está subdividida por perfil demográfico?	
	13. ¿La población está subdividida por factores de riesgo?	
	14. ¿La población está subdividida por condiciones de salud establecidas?	
TOTAL – Población		

ELEMENTO O COMPONENTE	CUESTIÓN EVALUADA	SCORE (0 a 3)
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	15. ¿El equipo de la APS tiene claro su papel de responsabilización por su población adscrita?	
	16. ¿Hay un equipo multiprofesional con responsabilidades claras de cada miembro en la APS?	
	17. ¿Esas responsabilidades derivan de las líneas-guía de las diferentes condiciones de salud?	
	18. ¿Referencia de la APS es un requisito para el acceso a los otros niveles de atención de salud?	
	19. ¿Hay incentivos para que las personas usuarias adopten la APS como puerta de entrada de la red?	
	20. ¿Las relaciones entre la APS y los demás niveles de atención de la RAS están claramente definidas?	
	21. ¿La APS opera con sistemas de información suficientes para registrar y suministrar informaciones clínicas, epidemiológicas y gerenciales?	
	22. ¿Hay una buena interacción entre los equipos de APS y de atención especializada (consultas u orientaciones de rutinas por escrito, por correo electrónico o sesiones clínicas conjuntas)?	

ELEMENTO O COMPONENTE	CUESTIÓN EVALUADA	SCORE (0 a 3)
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	23. ¿Hay un vínculo estrecho y continuo entre los equipos de APS y las personas usuarias y sus familias?	
	24. ¿La APS está organizada adecuadamente para prestar los cuidados a las condiciones agudas y/o a los eventos de agudización de las condiciones crónicas de su responsabilidad, según un sistema de clasificación de riesgo de las urgencias y emergencias, y los protocolos clínicos?	
	25. ¿La APS está adecuadamente organizada para prestar los cuidados a las mujeres y a los niños, según las líneas-guía?	
	26. ¿La APS está organizada adecuadamente para prestar los cuidados a los adolescentes y a los adultos mayores, según las líneas-guía?	
	27. ¿La APS está organizada adecuadamente para prestar los cuidados a los portadores de hipertensión y de enfermedades cardiovasculares, de diabetes, de tuberculosis, de hanseniasis, de trastornos mentales, de VIH/sida, de enfermedades respiratorias crónicas, de enfermedades renales y de enfermedades bucales, según las líneas-guía?	
	28. ¿La APS está organizada adecuadamente para hacer el acompañamiento de los niños, de los adolescentes y de los adultos mayores?	
	29. ¿La historia clínica utilizada en la APS está estructurada por familia?	
	30. ¿Los equipos de APS utilizan de forma rutinaria instrumentos de abordaje familiar (genograma, listado de problemas familiares, firo, practice y otros)?	
	31. ¿Los equipos de APS se articulan de forma rutinaria con organizaciones comunitarias?	
	32. ¿Los agentes comunitarios de salud están capacitados para el papel de articulación entre los equipos de APS y las organizaciones comunitarias?	
	33. ¿Existe un Consejo Local de Salud eficaz en el control social de la APS?	
TOTAL – Atención Primaria de salud		

ELEMENTO O COMPONENTE	CUESTIÓN EVALUADA	SCORE (0 a 3)
LOS PUNTOS DE ATENCIÓN DE SALUD SECUNDARIOS y TERCIARIOS	34. ¿En el diseño de la RAS hay una articulación entre los puntos de atención de salud y los territorios sanitarios (secundarios y microrregión, terciarios y macrorregión)?	
	35. ¿En el diseño de la RAS se considera una escala mínima capaz de ofrecer servicios de forma económica y con calidad?	
	36. ¿En el diseño de la RAS se considera la integración horizontal para obtener ganancias de escala a través de fusiones o alianzas estratégicas?	
	37. ¿En el diseño de la RAS hay una preocupación con procesos de sustitución de los puntos de atención de salud para prestar la atención correcta en el lugar cierto?	
	38. ¿En el diseño de la RAS hay un movimiento de sustitución hospitalaria?	
	39. ¿Hay la oferta de hospitales/día?	

ELEMENTO O COMPONENTE	CUESTIÓN EVALUADA	SCORE (0 a 3)
LOS PUNTOS DE ATENCIÓN DE SALUD SECUNDARIOS y TERCARIOS	40. ¿Hay la oferta de cirugía ambulatoria?	
	41. ¿Hay la oferta de hospitalizaciones domiciliarias?	
	42. ¿Hay la oferta de camas de larga permanencia?	
	43. ¿Hay la oferta de centros de enfermería (<i>nursing homes</i>)?	
	44. ¿Hay la oferta de cuidados paliativos?	
	45. ¿En el diseño de la RAS hay un movimiento de sustitución de la atención ambulatoria especializada a través del refuerzo de la APS?	
	46. ¿Hay servicios hospitalarios de nivel terciario a los cuidados a los traumas en la atención a las urgencias y emergencias?	
	47. ¿Hay servicios hospitalarios de nivel terciario a la atención a las urgencias y emergencias clínicas, especialmente las cardiovasculares?	
	48. ¿Hay maternidad de alto riesgo para los cuidados a las embarazadas de alto riesgo? ¿Ella opera de forma integrada con la APS?	
	49. ¿Hay casa de apoyo a la embarazada y a la púérpera articulada con la maternidad de alto riesgo?	
	50. ¿Hay servicios hospitalarios de atención terciaria a los cuidados a los niños? ¿Ellos operan de forma integrada con la APS?	
	51. ¿Hay servicios hospitalarios de atención terciaria a los cuidados a los cánceres especialmente de cuello de útero y de mama? ¿Ellos operan de forma integrada con la APS?	
	52. ¿Hay servicios hospitalarios de atención terciaria a los cuidados a las enfermedades cardiovasculares? ¿Ellos operan de forma integrada con la APS?	
	53. ¿Hay servicios hospitalarios de atención terciaria a los cuidados al diabetes? ¿Ellos operan de forma integrada con la APS?	
	54. ¿Hay servicios hospitalarios de atención terciaria a los cuidados a las enfermedades renales? ¿Ellos operan de forma integrada con la APS?	
	55. ¿Hay servicios hospitalarios de atención terciaria a los cuidados a las enfermedades respiratorias crónicas? ¿Ellos operan de forma integrada con la APS?	
	56. ¿Hay servicios hospitalarios de nivel secundario para los cuidados a las urgencias y emergencias? ¿Ellos operan de forma integrada con la APS?	
	57. ¿Hay servicios ambulatorios especializados para los cuidados a las urgencias y emergencias? ¿Ellos operan de forma integrada con la APS?	
	58. ¿Hay servicios hospitalarios de nivel secundario (maternidad de riesgo habitual y unidad de hospitalización pediátrica) para los cuidados a las mujeres y a los niños? ¿Ellos operan de forma integrada con la APS?	
	59. ¿Hay servicios ambulatorios especializados de nivel secundario para los cuidados a las mujeres y a los niños? ¿Ellos operan de forma integrada con la APS?	
60. ¿Hay servicios ambulatorios especializados de nivel secundario para los cuidados a los cánceres de mama y de cuello del útero? ¿Ellos operan de forma integrada con la APS?		

ELEMENTO O COMPONENTE	CUESTIÓN EVALUADA	SCORE (0 a 3)
LOS PUNTOS DE ATENCIÓN DE SALUD SECUNDARIOS Y TERCIARIOS	61. ¿Hay servicios ambulatorios especializados de nivel secundario para el acompañamiento de los niños, de los adolescentes y de las personas adultos mayores? ¿Ellos operan de forma integrada con la APS?	
	62. ¿Hay servicios ambulatorios especializados y hospitalarios de nivel secundario para los cuidados a la hipertensión y a las enfermedades cardiovasculares? ¿Ellos operan de forma integrada con la APS?	
	63. ¿Hay servicios ambulatorios especializados y hospitalarios de nivel secundario para los cuidados al diabetes? ¿Ellos operan de forma integrada con la APS?	
	64. ¿Hay servicios ambulatorios especializados y hospitalarios de nivel secundario para los cuidados a los trastornos mentales? ¿Ellos operan de forma integrada con las unidades de APS?	
	65. ¿Hay servicios ambulatorios especializados y hospitalarios de nivel secundario para los cuidados a las enfermedades renales? ¿Ellos operan de forma integrada con la APS?	
	66. ¿Hay servicios ambulatorios especializados y hospitalarios de nivel secundario para los cuidados a las enfermedades respiratorias crónicas? ¿Ellos operan de forma integrada con la APS?	
	67. ¿Hay servicios ambulatorios especializados y hospitalarios de nivel secundario para los cuidados al VIH/sida? ¿Ellos operan de forma integrada con la APS?	
	68. ¿Hay servicios ambulatorios y hospitalarios de nivel secundario para los cuidados a la tuberculosis? ¿Ellos operan de forma integrada con la APS?	
	69. ¿Hay servicios de atención ambulatoria especializada de nivel secundario para los cuidados a la hanseniasis? ¿Ellos operan de forma integrada con la APS?	
	70. ¿Hay servicios ambulatorios especializados para los cuidados a las enfermedades orales? ¿Ellos operan de forma integrada con la APS?	
	71. ¿Las líneas-guía establecen claramente las relaciones de los servicios ambulatorios y hospitalarios con la APS?	
	72. ¿Hay instrumentos operativos eficaces de contra referencia para la APS?	
	73. ¿Se hace el modelado de cada punto de atención de salud ambulatoria u hospitalaria secundario, según las líneas-guía?	
	74. ¿Ese modelado describe la cartera de servicios a ser ofrecida?	
	75. ¿Ese modelado implica la construcción de los protocolos clínicos relativos a las intervenciones más relevantes a ser realizadas?	
	76. ¿El modelado implica la elaboración de una planilla a ser utilizada en la programación del punto de atención de salud?	
TOTAL – Atención Secundaria y Terciaria		

ELEMENTO O COMPONENTE	CUESTIÓN EVALUADA	SCORE (0 a 3)
LOS SISTEMAS DE APOYO	77. ¿El sistema de asistencia farmacéutica contempla la selección de los medicamentos hecha a partir de las líneas-guía?	
	78. ¿El sistema de asistencia farmacéutica contempla una programación hecha a partir de las necesidades de la población adscrita a la RAS?	
	79. ¿El sistema de asistencia farmacéutica contempla los mecanismos de adquisición de los insumos farmacéuticos?	
	80. ¿El sistema de asistencia farmacéutica contempla el almacenamiento de los insumos farmacéuticos?	
	81. ¿El sistema de asistencia farmacéutica contempla los mecanismos de distribución racional de los insumos farmacéuticos?	
	82. ¿El sistema de asistencia farmacéutica utiliza la farmacoeconomía?	
	83. ¿El sistema de asistencia farmacéutica utiliza los formularios terapéuticos?	
	84. ¿El sistema de asistencia farmacéutica contempla la atención farmacéutica?	
	85. ¿El sistema de atención farmacéutica contempla la conciliación de medicamentos?	
	86. ¿El sistema de asistencia farmacéutica contempla la manipulación de la adhesión a los tratamientos medicamentosos?	
	87. ¿El sistema de asistencia farmacéutica contempla la farmacovigilancia?	
	88. ¿Hay un sistema estructurado de exámenes de imagen, construido con base en escala y calidad?	
	89. ¿Hay protocolos clínicos que orientan la indicación de los exámenes de imagen y su interpretación?	
	90. ¿Hay un sistema estructurado de exámenes de análisis clínicos con la concentración del procesamiento y la descentralización para las unidades de salud de la RAS, de la recolección de las muestras?	
91. ¿Hay protocolos clínicos que orientan la indicación de exámenes de análisis clínicos, su recolección, su flujo, su procesamiento y el análisis de sus resultados?		
TOTAL – Sistemas de apoyo		
ELEMENTO O COMPONENTE	CUESTIÓN EVALUADA	SCORE (0 a 3)
LOS SISTEMAS LOGÍSTICOS	92. ¿Existe un registro de base poblacional único que integra las informaciones epidemiológicas y gerenciales?	
	93. ¿Hay una base de datos única que incorpora toda población usuaria y la clasifica en subpoblaciones por riesgos?	
	94. ¿Hay una tarjeta de identificación de las personas usuarias con un número único para cada persona, articulado con la identificación de la familia y del territorio sanitario?	

ELEMENTO O COMPONENTE	CUESTIÓN EVALUADA	SCORE (0 a 3)
LOS SISTEMAS LOGÍSTICOS	95. ¿Hay una historia clínica informatizada familiar única que puede ser accedida en los diferentes puntos de atención de salud y en los sistemas de apoyo de la red?	
	96. ¿La historia clínica informatizada familiar integra las informaciones de la APS, de la atención ambulatoria especializada, de la atención hospitalaria, los exámenes de análisis clínicos, de patología clínica, de imágenes y de asistencia farmacéutica?	
	97. ¿La historia clínica informatizada familiar permite la emisión de recetas informatizadas?	
	98. ¿La historia clínica informatizada familiar está elaborada para emitir recordatorios y alertas, y dar <i>feedbacks</i> relativos a situaciones de salud definidas?	
	99. ¿El equipo de APS programa directamente las intervenciones electivas en la atención ambulatoria especializada?	
	100. ¿El equipo de APS programa directamente la atención hospitalaria electiva?	
	101. ¿El equipo de APS programa directamente algunos exámenes de análisis clínicos o de imágenes?	
	102. ¿Hay un sistema de regulación de las urgencias y de las emergencias con médico regulador permanente?	
	103. ¿Hay un sistema de transporte en salud integrado en la RAS con rutas predefinidas y comunicación en tiempo real?	
	104. ¿El sistema de transporte de urgencias y emergencias es prestado por ambulancias de apoyo básico y apoyo avanzado?	
	105. ¿El sistema tiene un módulo de transporte de personas usuarias para procedimientos electivos prestado con vehículos adecuados?	
	106. ¿El sistema tiene un módulo de transporte de muestras de exámenes de análisis clínicos?	
	107. ¿El sistema tiene un módulo de transporte de residuos en salud con vehículos adecuados y sistema de incineración?	
TOTAL – Sistemas logísticos		

ELEMENTO O COMPONENTE	CUESTIÓN EVALUADA	SCORE (0 a 3)
EL SISTEMA DE GOBERNANZA DE LA RED	108. ¿Existe una estructura organizacional de gobernanza de la RAS?	
	109. ¿Ese sistema de gobernanza dispone de un diseño organizacional?	
	110. ¿La RAS tiene un plan estratégico? ¿Ese contempla un plan estratégico de mediano y largo plazos y un plan operativo de corto plazo? ¿Él genera un mapa estratégico?	
	111. ¿La misión, la visión y los valores de la RAS son claramente establecidos, conocidos y compartidos por todos los participantes?	
	112. ¿Hay un sistema de monitoreo y evaluación de la RAS?	
	113. ¿Ese sistema contempla la evaluación de las personas usuarias?	
	114. ¿Hay un sistema de acreditación de la RAS?	

ELEMENTO O COMPONENTE	CUESTIÓN EVALUADA	SCORE (0 a 3)
EL SISTEMA DE GOBERNANZA DE LA RED	115. ¿Hay un sistema de contractualización de los prestadores de servicios propios (contratos internos) o en tercería (contratos externos)?	
	116. ¿Ese sistema de contractualización está alineado con los objetivos de la RAS y contiene incentivos para el alcance de esos objetivos?	
	117. ¿Las gerencias de los puntos de atención de salud y de los sistemas de apoyo conocen y adhieren a los objetivos de la RAS?	
	118. ¿El ente de gobernanza opera con foco en la maximización de las eficiencias técnica y asignativa?	
	119. ¿Los incentivos financieros están alineados con los objetivos de la RAS?	
	120. ¿Cómo es hecho el pago a los prestadores (por unidad de servicio o por procedimiento, 0; por unidad de servicio o por procedimiento aliado a otra forma, 1; por presupuesto global, 2; por capitación, 3 por capitación ajustada?	
	121. La RAS cuenta con mecanismos eficaces de gestión financiera?	
TOTAL – Sistema de gobernanza		

ELEMENTO O COMPONENTE	CUESTIÓN EVALUADA	SCORE (0 a 3)
EL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD	122. ¿Hay un modelo de atención de salud claramente definido y de conocimiento general en la APS y en los puntos de atención secundarios y terciarios?	
	123. ¿El modelo de atención de salud articula subpoblaciones de riesgo con las intervenciones de salud?	
	124. ¿El modelo de atención de salud propone cambios en la organización del sistema de atención de salud?	
	125. ¿El modelo de atención de salud propone acciones relativas al diseño del sistema de prestación de servicios de salud?	
	126. ¿El modelo de atención de salud propone acciones en el sistema de informaciones clínicas?	
	127. ¿Hay un registro de informaciones para cada condición de salud?	
	128. ¿El modelo de atención de salud propone acciones en el sistema de apoyo a las decisiones?	
	129. ¿El modelo de atención de salud propone acciones de autocuidado apoyado?	
	130. ¿Las acciones de autocuidado son apoyadas por educación en salud?	
	131. ¿Las acciones de autocuidado apoyado tienen por objeto empoderar las personas usuarias de la red?	
	132. ¿Se utilizan planes de autocuidado hechos en conjunto por el equipo de salud y por las personas usuarias?	
	133. ¿El modelo de atención de salud propone acciones relativas a los recursos de la comunidad?	
	134. ¿Las RASs disponen de líneas-guía para las condiciones de salud prioritarias?	

ELEMENTO O COMPONENTE	CUESTIÓN EVALUADA	SCORE (0 a 3)
EL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD	135. ¿Esas líneas-guía son construidas con base en evidencias y validadas interna y externamente?	
	136. ¿Esas líneas-guía son sometidas a una evaluación antes de ser implantadas?	
	137. ¿Esas líneas-guía son comunicadas adecuadamente a los gestores y a los profesionales de salud?	
	138. ¿Esas líneas-guía organizan los flujos y contraflujos de las personas en la APS, en los puntos de atención secundarios y terciarios y en los sistemas de apoyo?	
	139. ¿Esas líneas-guía estratifican por riesgos las subpoblaciones con una condición de salud establecida?	
	140. ¿Esas líneas-guía contienen una planilla de programación basada en parámetros epidemiológicos?	
	141. ¿Esas líneas-guía son revisadas periódicamente?	
	142. ¿Esas líneas-guía son complementadas por protocolos clínicos para utilización en los puntos de atención secundarios y terciarios y en los sistemas de apoyo?	
	143. ¿El modelo de atención incluye acciones de promoción de la salud para la población total adscrita a la red?	
	144. ¿Esas acciones de promoción de la salud están volcadas a los determinantes sociales intermediarios de salud?	
	145. ¿Esas acciones de promoción de la salud incluyen intervenciones intersectoriales sobre los determinantes intermediarios de la salud?	
	146. ¿El modelo de atención de salud incluye acciones de prevención de las condiciones de salud para las diferentes subpoblaciones con factores de riesgo cercanos?	
	147. ¿Esas intervenciones preventivas están organizadas en instrumentos operativos de uso rutinario en la RAS?	
	148. ¿El modelo de atención de salud utiliza las tecnologías de gestión de la clínica?	
	149. ¿El modelo de atención de salud utiliza la tecnología de gestión de la condición de salud estratificada para las subpoblaciones de diferentes riesgos en relación a una condición de salud?	
	150. ¿Hay un plan de cuidado elaborado para cada portador de una condición de salud?	
	151. ¿Ese plan de cuidado es realizado por el equipo multiprofesional en conjunto con el portador de la condición de salud?	
	152. ¿Ese plan de cuidado involucra metas a ser alcanzadas en el trabajo colaborativo del equipo de salud y el portador de la condición de salud?	
	153. ¿Ese plan de cuidado es evaluado y revisado periódicamente?	
	154. ¿La gestión de la condición de salud involucra la educación permanente de los profesionales con base en las líneas-guía?	
155. ¿Ese proceso de educación permanente se da a lo largo de toda la vida institucional de los profesionales?		

ELEMENTO O COMPONENTE	CUESTIÓN EVALUADA	SCORE (0 a 3)
EL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD	156. ¿Ese proceso de educación permanente es realizado en tiempo protegido?	
	157. ¿Ese proceso de educación permanente es realizado con base en los principios de la educación de adultos (andragogía) y en la educación basada en evidencias?	
	158. ¿La gestión de la condición de salud involucra la educación en salud de las personas usuarias de las RASs con base en las líneas-guía?	
	159. ¿Ese proceso de educación en salud es realizado por profesionales con conocimiento de educación?	
	160. ¿Ese proceso de educación en salud utiliza tecnologías e instrumentos educacionales contruidos y evaluados con base en evidencias?	
	161. ¿La gestión de la condición de salud involucra una programación realizada en la APS, en los puntos de atención secundarios y terciarios y en los sistemas de apoyo con base en las líneas-guía y protocolos?	
	162. ¿La gestión de la condición de salud involucra un contrato de gestión con los equipos profesionales con base en la programación?	
	163. ¿Ese contrato contiene incentivos morales y financieros para estimular la consecución de sus metas?	
	164. ¿Ese contrato tiene un sistema de monitoreo y evaluación eficaz?	
	165. ¿La gestión de la condición de salud involucra la auditoría clínica realizada con base en las líneas-guía y en los protocolos clínicos?	
	166. ¿Esa auditoría clínica es realizada de forma rutinera en la APS y en los puntos de atención de salud secundarios y terciarios?	
	167. ¿Las RASs utilizan de forma rutinera las tecnologías de listas de espera?	
	168. ¿Las listas de espera son contruidas con base en riesgos, transparencia y en evidencias, para organizar la demanda de servicios con gran deficiencia de oferta?	
	169. ¿El modelo de atención de salud utiliza la tecnología de gestión de caso para subpoblaciones con condiciones de salud muy complejas?	
	170. ¿Las líneas-guía definen las situaciones de salud que deben ser manejadas por la gestión de caso?	
	171. ¿Hay un plan de cuidado elaborado para cada sujeto que está involucrado en la gestión de caso?	
	172. ¿Ese plan de cuidado es realizado por el equipo multiprofesional en conjunto con el portador de la condición de salud y su familia?	
173. ¿Ese plan de cuidado involucra metas a ser alcanzadas en el trabajo colaborativo del equipo de salud y del sujeto de la gestión de caso y su familia?		
174. ¿Ese plan de cuidado es evaluado y revisado por el equipo, por la persona usuaria y su familia periódicamente?		
TOTAL – Modelo de atención		

CAPÍTULO 5 – UNA EXPERIENCIA EXITOSA DE RED DE ATENCIÓN DE SALUD EN EL SUS: EL PROGRAMA MADRE CURITIBANA

El PMC constituye, probablemente, la más exitosa y sustentada experiencia de RAS del SUS. La presentación del estudio de caso del PMC en reunión promovida por la Organización Panamericana de Salud sobre RASs realizada al final de 2009, en Lima, Perú, permitió verificar que es una experiencia de vanguardia, también en una perspectiva internacional (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

El PMC es una RAS temático, referida a la atención materno-infantil. Él fue instituido por la Resolución n° 002/99, de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba del 8 de marzo de 1999. Así el programa ya tiene 12 años de existencia.

El PMC ha sido exhaustivamente analizado y documentado (MENDES, 2009). Es un modelo que ha sido adaptado las diferentes partes del País. El programa ya acompañó aproximadamente 200 mil embarazadas en sus años de vida. El 60,8% del total de embarazadas de Curitiba fueron atendidas por el SUS; las demás fueron acompañadas en el sector privado (sistemas privados de salud suplementario el sistemas de desembolso directo). La medida que el PMC avanza muchas mujeres con planes privados de salud en Curitiba han utilizado, por lo menos, parcialmente, los servicios del PMC.

El análisis de situación que precedió y justificó el programa mostraba que las embarazadas de Curitiba en el tenían acceso a los servicios prenatales en cantidad y calidad, y que peregrinaban en trabajo de parto, por diferentes maternidades sin garantía de atención; 30% de las embarazadas iban a más de una maternidad en la hora del parto. La desorganización de los flujos de asistencia hospitalaria la las embarazadas evidenciaba varias barreras al acceso al parto, como la falta de lugares en las maternidades, la práctica ilegal de cobro la las usuarias del SUS como condición de atención y la ausencia de políticas de acogida y humanización. La ausencia de diagnósticos de riesgos y de vínculo de las embarazadas la las maternidades por riesgos, generaba situaciones irracionales en que maternidades de mayor densidad tecnológica, aptas para la atención a las embarazadas de alto riesgo estaban con sus camas ocupadas por embarazadas de bajo riesgo. Las camas de UCI neonatal eran ocupadas por niños con prematuridad evitable. Había 13 maternidades contratadas por el SUS, con exceso de oferta de camas obstétricas y, algunas de ellas, con problemas de quejas de personas usuarias de desobediencia la las normas de la Vigilancia Sanitaria y con prácticas de baja calidad e inseguras, lo que llevó a la desvinculación de siete de ellas del Sistema Municipal de Salud (JIMENEZ *et al.*, 2001).

EL PROGRAMA MADRE CURITIBANA EN LA PERSPECTIVA DE LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

La descripción del programa Madre Curitibana se hará adoptando los elementos de las RASs definidos en ese libro: la población, la estructura operativa y el modelo de atención de salud.

LA POBLACIÓN Y LOS TERRITORIOS SANITARIOS EN EL PMC

El proceso de territorialización en Curitiba, iniciado en 1992, se articuló con una política de descentralización de la salud y se implementó a través de un nuevo paradigma de práctica sanitaria, el de la vigilancia de salud. Ese proceso de territorialización incluyó los conceptos de: ciudadanía, el cual apunta para el derecho a la vida y a la salud y al empoderamiento de los ciudadanos; territorialidad, que implica un saber al respecto de territorios-proceso, es decir, algo más que la simple área geográfica en que las intervenciones de salud deberán ocurrir; y organización de los servicios para solucionar problemas de salud en el territorio singular (GIACOMINI, 1994; MOYSÉS et al, 2001).

Los territorios sanitarios definidos fueron: el domicilio correspondiente a la unidad residencial de cada familia; la microárea, espacio de actuación de un Agente Comunitario de Salud (ACS), el que involucra en media 100 familias; el área de cobertura, el espacio de responsabilidad de cada unidad de APS o de una equipo del PSF y donde debe darse la autosuficiencia en APS; el distrito sanitario, espacio de más o menos, 200 mil personas, donde se debe ofrecer la atención secundaria de la salud; y el municipio, el espacio geográfico del municipio, donde se debe dar la autosuficiencia en atención terciaria de la salud, en un municipio metrópolis. Por lo tanto, los territorios sanitarios están articulados con los niveles de atención para la conformación de las RASs y constituyen espacios de responsabilización sanitaria de los diferentes actores institucionales de salud.

El municipio está dividido en nueve Distritos Sanitarios, en cada uno de ellos existe una autoridad distrital que articula las unidades de APS de su territorio con las unidades de salud secundarias y terciarias.

Un factor importante en la construcción de la base territorial de salud de Curitiba fue, de un lado, la existencia de una planificación urbana integrada y, de otro, la adecuación de los territorios sanitarios a los flujos determinados por la red de transportes urbanos. Por ejemplo, las unidades ambulatorias de atención a las urgencias y a las emergencias fueron estratégicamente localizadas en los puntos de confluencia de las líneas de ómnibus.

La construcción del PMC se hizo a través de una integración de los territorios sanitarios, de los niveles de atención y de los puntos de atención de salud. En el Recuadro 10, se muestra como ello se dio en el PMC.

Recuadro 10: Base territorial, niveles de atención y puntos de atención de salud del Programa Madre Curitibana

TERRITORIO SANITARIO	NIVEL DE ATENCIÓN	PUNTO DE ATENCIÓN DE SALUD
Domicilio Microárea Área de cobertura	Primario	Agente Comunitario de Salud Unidad de APS (US)
Distrito Sanitario	Secundario	Unidad de Salud Madre Curitibana Unidad de hospitalización pediátrica secundaria Maternidad de bajo riesgo
Municipio	Terciario	Unidad de hospitalización pediátrica terciaria Maternidad de alto riesgo

La población de cada área de cobertura está registrada en la APS. La población de responsabilidad de las RASs vive en los territorios sanitarios, se organiza socialmente en familias y es registrada por subpoblaciones de riesgos socio sanitarios.

LA ESTRUCTURA OPERATIVA DEL PMC

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: EL CENTRO DE COMUNICACIÓN DEL PMC

La APS es prestada en 104 unidades de salud (USs), siendo que 53 de ellas operan con el modelo del PSF y, las otras 51, a través de unidades de APS tradicionales. En las 53 USs con PSF funcionan 166 equipos de salud de la familia y en las unidades tradicionales funcionan 139 equipos, totalizando 315 equipos de APS.

Las unidades de APS son edificios construidos según proyecto estándar que hacen parte del mobiliario urbano de la ciudad. son amplias y disponen de todos los materiales y equipos necesarios para ofrecer la cartera de servicios definidas en los protocolos asistenciales. La planta estándar utilizada actualmente tiene 585 metros cuadrados. Es decir, hay un adensado tecnológico de la APS para que ella sea resolutive. Cuentan también con un amplio espacio multiuso, donde se concentran las acciones de educación en salud y las atenciones en grupos, los espacios-salud. Esos espacios tienen alrededor de 60 metros cuadrados y presentan diversos recursos para sus actividades,

como cocina para talleres de reeducación alimentar, cepillódromos para educación en salud oral y otros.

La cartera de servicios del programa Madre Curitibana, en la APS se compone de (SECRETARÍA MUNICIPAL DE SALUD DE CURITIBA, 2005a; SECRETARÍA MUNICIPAL DE SALUD DE CURITIBA, 2005b):

Atención prenatal de bajo riesgo: capitación, inscripción y vinculación de la embarazada a la maternidad, según riesgo; evaluación clínico-obstétrica; clasificación del riesgo del embarazo (bajo riesgo y alto riesgo); acompañamiento del prenatal de las embarazadas de bajo riesgo; orientación de las embarazadas (carpeta de la embarazada, talleres, visita a la maternidad, orientaciones sobre urgencias obstétricas, evaluación del estado nutricional, lactancia materna, vacunación, salud mental de las embarazadas y salud oral en las embarazadas); interurrencias en el prenatal (quejas más comunes e interurrencias clínicas y obstétricas); prevención y tratamiento de las infecciones maternas y congénitas (toxoplasmosis materna, toxoplasmosis congénita, prevención de la transmisión vertical del VIH, sífilis congénita, tuberculosis y hepatitis B en el embarazo); prevención y tratamiento de las patologías asociadas a la prematuridad (enfermedades transmisibles sexualmente, infección por estreptococo beta-hemolítico del grupo B, infección del tracto urinario, prevención de la enfermedad hemolítica perinatal, diabetes de gestación, síndromes hipertensivos en la embarazada y tabaquismo); estímulo a la participación de los padres en el prenatal; y Organización de las visitas de las embarazadas a las maternidades en el sexto mes de embarazo.

Planificación familiar: asistencia a la pre-concepción, a la anticoncepción y a la infertilidad conyugal.

Monitoreo de la embarazada de alto riesgo hasta la consulta puerperal.

Atención puerperal: consulta puerperal en el 7° al 10° día tras el parto (programada directamente por la maternidad en la unidad de APS); consulta del bebé para evaluación; capitación de la madre para la planificación familiar; capitación del bebé para el programa del niño.

Atención al niño: visita domiciliaria al recién-nacido; recibimiento de la declaración de nacimiento con clasificación de riesgo; visita domiciliaria al faltoso a la consulta puerperal y a los niños de alto riesgo; acompañamiento de riesgo evolutivo; y acompañamiento del niño según el protocolo clínico.

Esas actividades son registradas por las personas usuarias a través de la cartera de prenatal de la Madre Curitibana y de los carteras de salud del niño, diferenciadas para niños y niñas.

Cuando la mujer busca la US y se confirma el embarazo, ella es inscrita automáticamente en el programa. En ese momento, ella es orientada sobre la importancia del prenatal, la prevención de la toxoplasmosis y de las enfermedades transmisibles sexualmente y aconsejada a realizar el previo examen para VIH, como también al respecto de los cuidados generales en el embarazo. Son realizados los siguientes procedimientos: apertura de la historia clínica de prenatal; entrega de la Carpeta de la Embarazada con relleno de los datos de identificación en la cartera de la embarazada y orientación de los contenidos educativos; explicación detallada del funcionamiento del programa; vinculación de la embarazada a la maternidad de referencia y obtención del número del SISPRENATAL (Sistema Nacional de Información para Acompañamiento del Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento del SUS).

Tras la solicitud de los exámenes de rutina del prenatal se programa la primera consulta con el médico para el análisis de los resultados de los exámenes y el establecimiento de la consulta. Las consultas subsiguientes deberán ser mensuales hasta el séptimo mes, quincenales durante el octavo mes y semanales durante el noveno mes hasta el parto. Un número de cuatro consultas médicas y de tres de enfermería constituye el parámetro mínimo para un prenatal de calidad. Ese mínimo deberá distribuirse así: una consulta en el primer trimestre, dos consultas en el segundo trimestre y cuatro consultas en el tercer trimestre. La presencia de indicadores de riesgo es investigada en todas las consultas. Cuando haya sospecha o diagnóstico de alto riesgo, la embarazada es encaminada para evaluación en un servicio de referencia de prenatal de alto riesgo. Si ese servicio confirma el riesgo, él determina la consulta y el local de acompañamiento de esa embarazada que es vinculada a una maternidad de alto riesgo.

LOS PUNTOS DE ATENCIÓN SECUNDARIOS Y TERCARIOS DEL PMC

Los puntos de atención secundarios y terciarios del PMC son: atención secundaria ambulatoria, la US Madre Curitibana; la atención hospitalaria secundaria: las maternidades de bajo riesgo; y atención hospitalaria terciaria: las maternidades de alto riesgo.

LA US MADRE CURITIBANA DEL PMC

La US Madre Curitibana es una unidad ambulatoria de referencia secundaria para embarazadas y niños de riesgo para todo el municipio. Esa US fue inaugurada en 2006, ocupa una área de 3.250 m², un edificio de cuatro pisos, con treinta y cinco consultorios, área de recreación, juguetera y una planta de más de 100 servidores.

La cartera de servicios relativos a la función de referencia secundaria, ofrecida en la US Madre Curitibana, involucra: prenatal de embarazadas de alto riesgo segundo el protocolo asistencial; lactancia materna; ecografía para embarazadas de alto y

bajo riesgos; ecografía morfológica para diagnóstico de malformaciones; planificación familiar; cirugía de alta frecuencia; colposcopia; mastología, mamografías y biopsias para seguimiento de cáncer de mama; ginecología infantil, para adolescentes y para mujeres en el climaterio; atención al recién-nacido de alto riesgo y a los niños de alto riesgo, según el protocolo asistencial; electrocardiografía; electroencefalografía; y subespecialidades pediátricas como cardiología, gastroenterología, infectología, neurología, psiquiatría y endocrinología.

En el período 2007/2008, la US Madre Curitibana tuvo una producción de 28.559 ecografías, 6.655 electrocardiogramas, 1.923 colposcopias.

La atención hospitalaria al parto y al recién-nacido en el PMC

La atención al parto se hace según un flujo que parte de la clasificación del riesgo del embarazo. Las embarazadas de bajo riesgo serán vinculadas y harán sus partos en las maternidades de bajo riesgo y las embarazadas de alto riesgo serán vinculadas y harán sus partos en las maternidades de alto riesgo. La diferencia fundamental es que las maternidades de alto riesgo deben tener unidades de tratamiento intensivo de adultos y neonatal.

Las embarazadas de bajo riesgo son vinculadas a la maternidad de referencia de la unidad de APS. Por ello, cada unidad de APS tiene una maternidad de bajo riesgo de referencia, según criterios que priorizan la distritalización sanitaria, el acceso facilitado, la distancia y los medios de transporte. Si la embarazada prefiere tener el hijo en otra maternidad ello es posible con una autorización de la autoridad sanitaria de la unidad de APS a la que se vincula. Además de ello, si durante el embarazo haya un cambio de riesgo, la vinculación será cambiada.

Existen seis maternidades en el PMC. Dos, el Hospital das Clínicas de la Universidad Federal del Paraná y el Hospital Universitario Evangélico son referencias para las embarazadas de alto riesgo y, cuatro de ellas, el Hospital Mater Dei, el Hospital y Maternidad Victor Ferreira del Amaral, el Centro Médico Comunitario Bairro Novo y el Hospital do Trabalhador, son referencias para las embarazadas de bajo riesgo. Las seis maternidades están reconocidas por UNESCO y por el Ministerio de Salud como "Hospital Amigo del Niño".

La atención al parto implica una evaluación de la embarazada lo que, además de los procedimientos clínicos de rutina involucra obligatoriamente, el análisis de la cartera de prenatal de la embarazada. La embarazada es encaminada a la sala de pre-parto y es monitoreada por el equipo obstétrico (médicos y enfermeros obstétricos), de acuerdo con el protocolo de atención al parto humanizado. Deambular, sentar, acostarse o bañarse con agua caliente son opciones que la embarazada puede utilizar. El uso de

partograma es obligatorio en función de una ley estatal de 1998. Ningún parto será pagado si la autorización de hospitalización (AIH) no estuviere adjuntada, una copia del partograma y un demostrativo de que los exámenes de VDRL, de VIH y el test de Apgar fueron realizados. Además de ello, el parto también no será pagado si no se demuestra que hubo la asistencia de pediatra en la sala de parto.

Toda atención en la sala de parto es hecha con presencia de pediatra capacitado en neonatología. Para ello, todas maternidades tienen local apropiado para atención al recién-nacido, con equipos necesarios a la reanimación neonatal.

El tiempo de permanencia de la puerpera tras el parto en el centro obstétrico debe ser de, como mínimo, una hora. El recién-nacido sin intercurencia es colocado en contacto con la madre prematuramente para iniciar el proceso de lactancia materna preconizada por el programa Hospital Amigo del Niño. Tras el parto, madre y bebé son encaminados al alojamiento conjunto. La puerpera recibe orientación y acompañamiento para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna. El niño hace el test de Apgar en el alta hospitalario. La cartera de salud del niño es rellena completamente, como también la Declaración de Nacido Vivo.

La maternidad programa directamente en la unidad de APS en la cual la embarazada está vinculada, por vía informatizada, una consulta puerperal y pediátrica que debe realizarse del 7° al 10° día tras el parto, en aquella unidad de salud.

Hay un incentivo para los partos que se materializa en un kit estandarizado de materiales y medicamentos que el PMC entrega a las maternidades. Hay un kit para partos vaginales y un kit para partos cesáreas. Hay un límite del 30% de suministro de kits para parto cesárea para no incentivar esos tipos de partos.

LOS SISTEMAS DE APOYO DEL PMC

Hay dos sistemas de apoyo principales al PMC que son el sistema de apoyo diagnóstico y el sistema de asistencia farmacéutica.

El sistema de apoyo diagnóstico

El sistema de apoyo diagnóstico de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba, descrito en el Recuadro 4, tiene una concepción innovadora en conformidad con la propuesta de las RASs para ganancias de escala y de calidad. Él está estructurado en un diseño que concentra el procesamiento, descentraliza la recolección y vincula esas dos puntas a través de una logística eficaz. La recolección de exámenes es descentralizada en todas las unidades de salud y el procesamiento es hecho en un único labo-

ratorio municipal. El proceso se inicia en la historia clínica informatizada de la persona usuaria con la generación de la requisición del examen y se complementa con etapas sucesivas: programación informatizada de la recolección, recolección de materiales con emisión de etiquetas con código de barras para identificación del material; remesa informatizada de los planes de trabajo para el sistema informatizado de producción del laboratorio; e importación de los resultados liberados por el sistema de producción de laboratorio para la historia clínica informatizada de las unidades de salud.

Hay un sistema integrado de informática vinculando el laboratorio con las unidades de salud en línea. Tras la consulta médica o de enfermería, la recolección de los exámenes es programada inmediatamente. En ese momento es impreso el plan de recolección de exámenes, en el cual consta la relación de exámenes a ser recolectados, las orientaciones a la persona usuaria y un número de identificación de cada tubo por ser recolectado. El documento es entregado a la persona que lo llevará en el día de la recolección.

El sistema de apoyo diagnóstico provee en el PMC, los exámenes preconizados para el prenatal, además de los exámenes pre y post operatorios previstos en las cirugías de métodos definitivos de planificación familiar.

Los exámenes complementares suministrados por el sistema de apoyo diagnóstico conforme el protocolo para la atención prenatal son: hemograma, TIG, tipaje sanguíneo y factor RhD, Coombs Indirecto, parcial de orina, cultura de orina y recuento de colonias y antibiogramas, glicemia en ayuna, curva glicémica, VDRL, FTA-Abs, Examen Anti-VIH1 y VIH2, CD4 y carga viral, serología para toxoplasmosis, test de embarazo de IgG para toxoplasmosis, reacción de Mantoux ID, serología para hepatitis y bacterioscopía de secreción vaginal.

El sistema de asistencia farmacéutica

El sistema de asistencia farmacéutica es organizado por el programa Farmacia Curitibana que tiene en vista la promoción del uso racional de medicamentos y el acceso de la población a los medicamentos básicos y estratégicos del SUS. el sistema es estructurado en conformidad con la Política Nacional de Medicamentos, la Relación Nacional de Medicamentos Esenciales (RENAME), el Plan Estatal de Asistencia Farmacéutica Básica y con el Plan Municipal de Asistencia Farmacéutica Básica.

El Farmacia Curitibana propone la organización de los ciclos logísticos de selección, programación, adquisición, almacenamiento, distribución, como también acciones de farmacia clínica como la dispensación, la atención farmacéutica y la farmacovigilancia.

Operacionalmente se implantaron farmacias en las unidades de APS que funcionan bajo coordinación de los niveles distrital y central de la Secretaría Municipal de Salud. La cartera de medicamentos del programa Farmacia Curitibana es de 203 ítems de medicamentos. Por año son dispensadas más de 100 millones de unidades de medicamentos.

El PMC se utiliza de varios medicamentos que son usados también en otros programas, pero, además de ello, hay una cartera específica de medicamentos para el programa.

Medicamentos para el prenatal: ampicilina 500 mg comprimido; axetil cefuroxima 250 mg comprimido; cefalexina sódica 500 mg cápsula; espiramicina 100 mg/mL solución oral; espiramicina 500 mg comprimido; folinato de calcio (ácido folínico) 15 mg comprimido; folinato de calcio (ácido folínico) 2 mg/ml solução oral; mebendazol 20 mg/mL suspensión oral; metildopa 250 mg comprimido; pirimetamina 2 mg/mL suspensión oral; pirimetamina 25 mg comprimido; prednisona 1,5 mg/mL solución oral; sulfadiazina 100 mg/mL suspensión oral; y sulfadiazina 500 mg comprimido.

Medicamentos para la planificación familiar: etinilestradiol + levonorgestrel 0,03/0,15 mg comprimido; levonorgestrel 0,75 mg comprimido; medroxiprogesterona acetato 150 mg inyectable trimestral; noretisterona 0,35 mg. comprimido; y noretisterona, enantato + estradiol, valerato 50 mg/5 mg solución inyectable mensual.

LOS SISTEMAS LOGÍSTICOS

Hay dos sistemas logísticos que son utilizados por todos los programas de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba y que son fundamentales para garantizar los flujos y contraflujos de las personas usuarias en el PMC: la tarjeta calidad salud y el sistema de acceso regulado a la atención.

La tarjeta calidad salud

La Tarjeta Calidad SUS (CQS) es un sistema electrónico que tiene en vista informatizar integralmente, todos los procesos técnicos y administrativos volcados para la salud de los curitibanos.

CQS es una aplicación que tiene como objeto obtener el registro de todos los eventos técnicos y administrativos ocurridos en las relaciones entre las personas usuarias y los prestadores de servicios del SUS, con base en un registro único de esas personas y de los establecimientos de salud. Esa aplicación se sustenta en una historia clínica informatizada, a la cual se asocia un conjunto de funcionalidades auxiliares, de natu-

raleza administrativo-gerencial. El sistema ya opera con éxito, hace más de 10 años (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010).

En la construcción de la historia clínica informatizada fueron incorporados los fundamentos del modelo de atención a las condiciones crónicas (MACC), tales como: adecuación del registro a los territorios sanitarios definidos en el proceso de territorialización; inexistencia de barreras de acceso de la población a las unidades de salud; acogida solidaria; priorización en la atención a la pequeña urgencia; priorización en la atención programada para la clientela portadora de situaciones y riesgos o enfermedades de interés epidemiológico; modulación de la demanda de la unidad con vistas a la mejora del estándar de calidad; suministro de sistema de programación informatizada de consultas médicas; facilitación de la programación de retorno para personas usuarias inscritas en programas de atención continuada; y suministro de programación informatizada para el equipo de enfermería (SCHNEIDER, 2001).

Para hacer viable inserciones adecuadas para el registro de informaciones específicamente relacionadas a las acciones programadas en desarrollo en las unidades de APS, se creó en el sistema general de la historia clínica, subsistemas que recibieron el nombre de historias clínicas de programas. Así, de conformidad con los protocolos asistenciales establecidos fueron identificados procedimientos estandarizados de atención de registro que, cuando son capturados, constituyeron las historias clínicas de programas. De entre ellos, la historia clínica de atención materno-infantil.

La historia clínica informatizada de la Secretaría Municipal de Salud atiende las exigibilidades del manejo de las condiciones crónicas (IMPROVING CHRONIC CARE ILLNESS, 2008), tales como registro de las personas usuarias por condición y por estratos de riesgo y alertas y *feedbacks* para los profesionales.

La historia clínica de la APS está vinculada en línea con las maternidades, con el laboratorio municipal de patología clínica y con los sistemas de acceso regulado a la atención de salud. ello hace viable que la programación para exámenes especializados y para consultas se haga directamente por el equipo de APS, que la maternidad programe directamente en la APS la consulta puerperal, que el laboratorio envíe directamente, a la historia clínica del médico el resultado de exámenes, etc.

El sistema de acceso regulado a la atención de salud

El sistema de acceso regulado a la atención se estructura en dos pilares fundamentales: la central de programación de consultas y de exámenes especializados y la central metropolitana de camas hospitalarias.

La central de programación de consultas y de exámenes especializados se instituyó con el propósito de suministrar acceso en línea a las unidades de APS, donde son generadas las referencias a los especialistas y la mayor parte de los exámenes. Así, al salir de la unidad de APS la persona usuaria tiene inmediatamente acceso a la programación de la consulta médica especializada o del examen. Además, ese sistema funciona como administrador de la demanda, distribuyéndola de forma excelente entre los diferentes prestadores de servicios y organizando las listas de espera. Él aun tiene una interfaz con la historia clínica informatizada de las unidades especializadas y permite la elaboración de las agendas de los médicos especialistas. Coordinada por la Secretaría Municipal de Salud, realiza programación de consultas y exámenes para 128 actividades distintas, atendiendo a 183 unidades de salud de Curitiba y de la Región Metropolitana. Para obtener una consulta especializada, la persona usuaria debe dirigirse a la unidad de salud más cercana de su residencia para una consulta básica (clínica médica, pediatría o ginecología-obstetricia). El médico hará la clasificación del problema y encaminará a la especialidad adecuada, de acuerdo con el protocolo asistencial.

La central metropolitana de camas hospitalarias, coordinada por la Secretaría Municipal de Salud y por la Secretaría Estatal de Salud, realiza encaminamientos de personas usuarias atendidas en las unidades de salud de Curitiba, Región Metropolitana y Regionales de Salud del estado que necesitan de hospitalización de emergencia o electiva, a través de sistema informatizado de registro de camas de la red hospitalaria vinculada al SUS. Para obtener hospitalización, la persona usuaria debe dirigirse a la unidad de salud más cercana de su residencia para evaluación. El médico hará la clasificación y encaminará al servicio hospitalario adecuado a las condiciones clínicas de la persona usuaria, conforme los protocolos asistenciales. La atención en la central metropolitana de camas hospitalarias funciona las 24 horas del día.

Esos dos instrumentos logísticos de regulación del acceso a la atención de salud son utilizados por el PMC. Por ejemplo, el médico hace en la APS, la clasificación de una embarazada como portadora de alto riesgo de embarazo. Inmediatamente él realiza por vía informatizada, la programación de referida embarazada a una evaluación de riesgo en la maternidad de alto riesgo a la cual aquella embarazada está vinculada. La embarazada recibe en aquel momento, una guía para la maternidad (guía de referencia) y si no hay disponibilidad en aquel momento, ella entra en una lista de espera gestionada de forma informatizada. Al volver a la unidad de APS ella trae, además de las anotaciones en su cartera de prenatal, una guía de contrarreferencia completada por el profesional de la maternidad de alto riesgo.

EL SISTEMA DE GOBERNANZA DEL PMC

El sistema de gobernanza del PMC se estructura en coherencia con el sistema de gobernanza general de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba.

La Secretaría se estructura en tres niveles de gobernanza: el nivel central, el nivel estratégico; el nivel distrital, el nivel táctico, ejercido por los nueve Distritos Sanitarios; y el nivel local, el nivel operativo, de las unidades de salud.

Específicamente en relación al PMC, esos tres niveles son desempeñados por distintos actores.

En el nivel central, existe una Coordinación del PMC que tiene las siguientes competencias: administrar el programa, implantando y actualizando los protocolos que nortearán las acciones de la Secretaría Municipal de Salud en relación a la salud materno-infantil; planificar las acciones en el área de la salud materno-infantil de acuerdo con los indicadores epidemiológicos; promover entrenamientos periódicos de los profesionales de salud en el área materno-infantil teniendo en vista la actualización de los profesionales; establecer contratos con prestadores de servicios hospitalarios; captar recursos en agencias externas; y monitorear y evaluar los indicadores estratégicos del programa.

En el nivel distrital, existe una estructura gerencial, coordinada por un Supervisor Distrital, que tiene las siguientes competencias: proveer apoyo a las acciones de mayor complejidad desarrolladas por las unidades de salud, en las acciones de promoción, prevención y asistencia; priorizar, de acuerdo con la planificación distrital, acciones más amplias que las previstas en los protocolos asistenciales para algunas unidades de salud; y monitorear y evaluar los indicadores tácticos del programa. El Coordinador de Asistencia es la referencia en el Distrito Sanitario para las unidades de APS y para el PMC.

En el nivel local de las unidades de APS opera una estructura gerencial, coordinada por la Autoridad Sanitaria Local, que tiene las siguientes competencias: determinar el profesional del equipo responsable por el acompañamiento del prenatal de las embarazadas; inscribir a las embarazadas en el PMC; vincular las embarazadas a las maternidades de bajo o alto riesgo, de acuerdo con cada caso; monitorear las actividades de bajo y alto riesgo a través del mapa de monitoreo; monitorear las embarazadas de alto riesgo, durante el prenatal, parto y puerperio; realizar búsqueda activa, a través de la visita domiciliaria y analizar las dificultades de acceso a las consultas o exámenes preconizados y el control del uso efectivo de la terapéutica instituida para cada caso; y monitorear y evaluar los indicadores operativos del PMC.

En la gobernanza del SUS se instituyó el control social sobre el sistema público de salud. El control social del SUS y, por lo tanto, del PMC, se hace a través de dos mecanismos: las Conferencias Municipales de Salud y los Consejos de Salud.

Las Conferencias Municipales de Salud se realizan en Curitiba, a cada dos años, y tienen como objeto trazar objetivos estratégicos para el bienio. Tienen una amplia participación social: gestores del Sistema Municipal de Salud, trabajadores del Sistema Municipal de Salud, prestadores de servicios y representación de personas usuarias. La representación de las personas usuarias en relación a los demás participantes de la Conferencia se hace de modo paritario entre personas usuarias y demás representaciones.

Los Consejos de Salud son de tres modalidades para adaptarse al sistema de gobernanza del municipio: el Consejo Municipal de Salud con ámbito de control sobre todo el municipio; los Consejos Distritales de Salud con ámbito de control distrital; y los Consejos Locales de Salud con ámbito de control en el área de cobertura de cada unidad de APS.

El Consejo Municipal de Salud tiene representación de gestores, trabajadores, prestadores de servicios y representación de personas usuarias, siendo el número de personas usuarias paritario con las demás representaciones. Ahí se hacen las decisiones estratégicas. Los Consejos Distritales de Salud, con la misma representación, se fijan en las decisiones tácticas. Por fin, los Consejos Locales de Salud, también con representación paritaria, cuidan de las decisiones de carácter operativo.

Hay una Comisión de Salud de la Mujer en el Consejo Municipal de Salud que funciona como organismo de apoyo técnico a las decisiones de ese Consejo. En 2001, fue realizada la 1ª Conferencia Municipal de Salud de la Mujer.

EL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD DEL PMC

El modelo de atención de salud practicado por la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba y, por consecuencia, del PMC, involucra acciones de promoción de la salud bajo la forma de proyectos intersectoriales, acciones de prevención de condiciones de salud a través de intervenciones sobre factores de riesgos proximales vinculados a los comportamientos y a los estilos de vida y acciones sobre las condiciones de salud establecidas a través de la tecnología de gestión de la condición de salud. Las acciones de promoción de la salud y de prevención de las condiciones de salud no son desarrolladas por programas y por el PMC, pero para la población total o para subpoblaciones con factores de riesgo proximales. Ya la tecnología de gestión de la condición de salud es utilizada, con especificidades, por el PMC. En algunas situaciones, como en los recién-nacidos de alto riesgo, es utilizada la tecnología de gestión de caso.

La gestión de condición de salud del PMC involucra la elaboración y validación de los protocolos asistenciales, los cambios de comportamientos de los profesionales de salud a través de educación permanente, a cambio de comportamientos de personas usuarias a través de la educación en salud, la programación, monitoreo y evaluación de la condición de salud según estratos de riesgo y el contrato de gestión con pago por desempeño de los profesionales de salud.

Las directrices clínicas

La Secretaría Municipal de Salud de Curitiba tiene una gran tradición de utilización, en sus programas de salud, de directrices clínicas, formuladas en la perspectiva de las líneas-guía, denominadas de protocolos asistenciales. Esos protocolos son construidos con base en evidencias y en conjunto con las sociedades corporativas que los validan, recomendando su adopción por los profesionales de salud.

Los principales protocolos asistenciales del PMC son el protocolo del prenatal, parto, puerperio y atención al recién-nacido; planificación familiar; y urgencias y emergencias obstétricas.

El protocolo de atención al prenatal, al parto, al puerperio y al recién-nacido está construido con estratificación de riesgos, lo que es fundamental para la tecnología de gestión de condición de salud. Las embarazadas son clasificadas en embarazadas de bajo riesgo y de alto riesgo. En 2008, en las embarazadas atendidas por el programa, el 88% eran de bajo riesgo y el 12% de alto riesgo.

De la misma forma, los recién-nacidos son también, estratificados por riesgo, a partir de un conjunto de informaciones que son especialmente provenientes de la declaración de nacidos vivos.

La educación permanente de los profesionales de salud

Hay una inversión significativa de la Secretaría Municipal de Salud en educación permanente de sus profesionales. Actividades como cursos, seminarios y talleres son realizados de forma regular bajo coordinación del Centro de Educación en Salud (CES). El CES es un espacio en que el desarrollo del conocimiento técnico y científico es administrado. Además de organizar entrenamientos y capacitaciones da la oportunidad al servidor de participar en cursos, congresos y eventos externos. Compete también al CES la obtención y gestión de becas de estudio de enseñanza media y de post-grado en el área de salud, la administración de prácticas curriculares de las instituciones de enseñanza en convenio y el encaminamiento de las solicitudes de investigaciones y voluntariado en la red de servicios Municipales de salud.

Vale destacar un programa de educación permanente de médicos de familia, un sistema de educación innovador, construido con base en los principios de la educación de adultos (andragogía) y que se estructura alrededor de grupos de perfeccionamiento profesional, compuesto por un conjunto de 8 a 12 médicos de familia que se encuentran facilitados por un tutor, para estudiar temas de interés de los programas y específicamente del PMC. Esos grupos son acompañados por un tutor que fue previamente preparado en educación médica y que se reúne con los médicos mensualmente, en salas de educación permanente localizadas en los Distritos Sanitarios.

La educación en salud de las personas usuarias

Hay un fuerte componente de educación en salud desarrollado por el PMC en los diferentes puntos de atención, pero con énfasis relativo en las acciones de APS.

Actividades educacionales hacen parte de la rutina del PMC. Una actividad educativa fundamental es el grupo de embarazadas, momento privilegiado en que las mujeres, en grupo, reciben orientaciones sobre su salud y del futuro bebé, trabajan sus expectativas y ansiedades y se acercan de su unidad de salud y de sus profesionales.

Hay varios materiales educativos impresos, especialmente folders, que son distribuidos a las embarazadas matriculadas en el programa: Madre Curitibana, el pacto por la vida; programa de lactancia materna; programa Mama Bebé de lactancia materna en las guarderías; el examen rápido VIH a todas las embarazadas de Curitiba; orientaciones fisioterapéuticas para embarazadas; infección urinaria en la embarazo, sepa cómo evitar; sífilis en la embarazo, proteja su bebé; planificación familiar; Padre presente en el prenatal y otros. Ese material educativo es suministrado, en gran parte, en el día del diagnóstico del embarazo y hace parte de la Carpeta de la Embarazada que ella recibe en aquel momento.

Una actividad educativa importante es la visita de grupos de embarazadas a la maternidad a la cual están vinculadas. Esa visita se hace en el 6º mes de embarazo y tiene por objeto promover un primer contacto de la embarazada con la maternidad en la cual tendrá su hijo, conocer sus instalaciones y contactarse con servidores de aquella maternidad. Esa visita previa humaniza la atención y permite reducir las ansiedades del momento del parto.

La programación, monitoreo y evaluación del PMC

La Secretaría Municipal de Salud de Curitiba opera sus programas a través de un sistema gerencial que involucra el Plan Municipal de Salud, el Plan Operativo Anual, el

Sistema de Información Gerencial, el Término de Compromiso y un sistema de incentivo con pago por desempeño.

El Plan Municipal de Salud es un plan de medio plazo con duración cuatrienal que busca incorporar en el campo de la salud, el programa de gobierno para la ciudad de Curitiba. Él incorpora también, las directrices emanadas de las Conferencias Municipales de Salud. En Curitiba, las deliberaciones de las Conferencias Municipales de Salud son acogidas y implementadas efectivamente, por el gestor municipal.

El Plan Operativo Anual es el plan de corto plazo, coherente con el Plan Municipal de Salud, y que se operacionaliza a través de 83 indicadores en las áreas de asistencia a la salud, APS, salud oral, salud del niño, salud de la mujer, salud del adolescente, condiciones crónicas, fisioterapia, salud mental, epidemiología y salud del trabajador.

El monitoreo del Plan Operativo Anual es hecho por un Sistema de Información Gerencial que funciona a través de informes periódicos informatizados relativos a los 83 indicadores. Esos indicadores son diferentes para los diferentes niveles institucionales: indicadores estratégicos para el nivel central; indicadores tácticos para el nivel distrital e indicadores operativos para el nivel local.

Los Términos de Compromiso son contratos de gestión firmados en diferentes esferas: nivel central, nivel distrital y nivel local. Por ejemplo, en el nivel local, los Términos de Compromiso son firmados entre: los equipos de las unidades de APS, representadas por su gerente, la Autoridad Sanitaria Local; el Consejo Local de Salud; el Distrito Sanitario, representado por el Supervisor Distrital; y el Secretario Municipal de Salud. Las metas acordadas tienen cierta flexibilidad en función de variables, tales como la población adscrita y capacidad de oferta de los servicios.

Trimestralmente es realizado el monitoreo de los indicadores y algunos de estos indicadores hacen parte del Programa de Incentivo al Desarrollo de la Calidad de los Servicios (IDQ) que es un sistema de pago por desempeño de los profesionales de salud. Ese incentivo puede variar del 20 a 40% sobre el sueldo de los profesionales.

Con relación al PMC, el IDQ involucra en el nivel local de una unidad de APS, los siguientes indicadores: realizar el 95%, o más, de la 3ª dosis de vacuna DPT y tetra-valente en el trimestre; monitorear 100% de los niños hijas de madres VIH positivas, matriculadas en el PMC, residentes en el área de cobertura de la unidad de salud; investigar 100% de los altas hospitalarios en menores de 1 año, en relación a las notificaciones recibidas hasta 15 días antes del término del trimestre; investigar el 100%

de las defunciones en menores de 1 año ocurridos en el área de cobertura de la unidad de salud en 30 días; realizar la inscripción de niños menores de 1 año de edad según el acuerdo de la unidad de salud en el plan operativo; realizar el 70% o más de las inscripciones de embarazadas del PMC antes del 4º mes de embarazo; y realizar como mínimo, el 80% de cobertura de consultas de puerperio de embarazadas vinculadas al PMC, de acuerdo con el acuerdo.

En el nivel distrital, el IDQ engloba los siguientes indicadores: analizar el 100% de las defunciones en menores de 1 año a través de los Comités Distritales dentro de los criterios para análisis; investigar y analizar el 100% de las defunciones de mujeres en edad fértil (10 a 49 años); y cobertura de vacuna del 95% o más de vacuna DPT y tetravalente en el trimestre.

El pago por desempeño implica bono individual y de equipo: bono del 20% al 40% para equipos con buen desempeño en cualquier unidad de salud de acuerdo con una evaluación ponderada sobre los equipos y individuos. Una evaluación del Banco Mundial evidenció que el pago por desempeño tuvo efecto directo: 90% de los profesionales reciben el bono; apenas casos extremos de bajo desempeño son punidos. Además de ello, tuvo un efecto indirecto: el incentivo de equipo encoraja la solución de problemas y el esfuerzo del equipo (SHEPHERD y WENCESLAU, 2006).

LOS PROCESOS DEL PMC

El análisis de los procesos del PMC se hace con relación a procesos finalísticos y, por lo tanto, no están considerados los procesos que se estructuran para las actividades-medio.

Fueron seleccionados, para análisis, 11 procesos importantes para el logro de los resultados finales del PMC: la vigilancia epidemiológica, la capitación precoz de las embarazadas, las consultas prenatales, las consultas puerperal y de puericultura para el recién-nacido, el padre presente, la planificación familiar, la reducción del embarazo en la adolescencia, la transmisión vertical de VIH, la lactancia materna, los tipos de parto y la cobertura de vacunas en niños menores de 1 año de edad.

LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN EL PMC

La vigilancia epidemiológica opera con eventos-centinela en relación al VIH/sida, a la sífilis congénita y a las infecciones en las embarazadas. El origen de la información viene del laboratorio que, ante un examen positivo para VIH o de VDRL o una cultura de orina positiva, acciona la coordinación del programa que, a su vez, informa la unidad de salud que tiene que investigar las razones de aquel evento.

Con relación a los niños, todos los altas hospitalarios de menores de 1 año de edad son notificados por el hospital al Centro de Epidemiología de la Secretaría Municipal de Salud que, a su vez, informa a la unidad de APS para que investigue las razones de aquel evento. El mismo procedimiento, con la misma rutina, ocurre en relación a las consultas de urgencia realizadas en los centros médicos de urgencias Municipales (CMUMs).

Hay una vigilancia y una búsqueda activa de puérperas adolescentes de menos de 16 años y de multíparas con más de tres hijos para la planificación familiar hecha a partir de la declaración de nacidos vivos. Las unidades de APS son notificadas y esas mujeres son priorizadas en las acciones de planificación familiar.

La Secretaría Municipal de Salud de Curitiba implantó en 1999, un sistema de vigilancia de la mortalidad infantil que se estructura a partir de un monitoreo diario de esas muertes, por establecimiento de ocurrencia permitiendo acompañar su magnitud, identificar factores de riesgo, evaluar la adecuación de medidas de intervención y reconocer nuevas estrategias. Con esos objetivos, se construyó una metodología que buscó hacer frente al acompañamiento de la mortalidad infantil, de forma inmediata y rápida, buscando identificar precozmente, posibles interurrencias puntuales en cada uno de los diferentes establecimientos hospitalarios del municipio (SZWARCOWALD *et al.*, 2001).

Ese sistema involucra: establecimiento de la incidencia media de defunciones infantiles por hospital, en los diferentes meses del año, considerando la eventualidad de ese evento; utilización de promedio móvil utilizándose el mes anterior y el mes posterior al mes en cuestión; computación del total de defunciones infantiles por local de ocurrencia, independientemente del municipio de origen del niño; cálculo de los promedios semanales de defunciones infantiles por establecimiento, como también la media de defunciones infantiles en dos semanas; tomando en cuenta la dispersión de valores encontrados en relación al número promedio semanal, es establecido un intervalo de variación para el cual se espera que los valores observados estén dentro de los límites encontrados, el cual implica un número de defunciones igual o menor al promedio, agregado de una desviación estándar (valores arriba de ese estándar son considerados como signos de alerta); como instrumento de monitoreo se utiliza una planilla de control en los moldes del diagrama de control, tradicionalmente utilizado para la definición del nivel endémico de una determinada enfermedad en determinada población; asociación con el Servicio Funerario Municipal para recibir diariamente datos sobre defunciones ocurridos en el día anterior; y posibles interurrencias son evidenciadas en los análisis diarios, semanal quincenal o mensual.

Valores arriba de lo esperado desencadenan una secuencia de acciones: análisis de cada defunción a través de datos presentes en la declaración de defunciones, observando el tipo de defunción, la causa de la muerte, el peso del niño al nacer y la edad de gestación. Cuando ese análisis apunta a interurrencias relativas a la atención recibida, un análisis más detallado es realizado en conjunto con el hospital.

Otro instrumento epidemiológico fundamental utilizado de forma rutinera en el PMC, es la investigación de las defunciones maternas e infantiles, realizada por el Comité Pro-vida de Prevención de la mortalidad materna e infantil de Curitiba (AL-BUQUERQUE et al, 2001). el Comité Pro-vida está constituido por representantes de diferentes sectores sociales: Secretaría Municipal de Salud, Secretaría Estatal de Salud, Universidades, sociedades científicas, corporaciones profesionales y organizaciones no-gubernamentales. Su objetivo es considerar la muerte materna e infantil como eventos-centinela de la atención de salud materno-infantil en el municipio, buscando identificar causas y factores contribuyentes para las defunciones; analizar el evitado / reducción de las muertes; discutir y sugerir medidas de intervención; concientizar gestores, servicios, profesionales de salud y comunidad sobre los efectos de las mortalidades materna e infantil, y perfeccionar las estadísticas.

El Comité está organizado en dos cámaras: la cámara materna y la cámara infantil. Las cámaras infantiles están descentralizadas para los nueve Distritos Sanitarios. Los criterios de investigación son: mortalidad materna, 100% de las defunciones de mujeres residentes en Curitiba entre 10 a 49 años; mortalidad infantil, el 100% de las defunciones infantiles en menores de 1 año residentes en Curitiba y defunciones fetales mayor o igual a 2.500 gramos.

Las investigaciones realizadas de defunciones maternas, en el período de 2000 a 2007, evidenciaron el siguiente perfil de mortalidad: 46,2%, entre 30 a 39 años; 76,3% prenatal realizado en el SUS; 16,1% prenatal realizado en planes privados o por pago directo; 7,6% no realizaron prenatal; 32,2%, defunciones no declaradas en la declaración de defunción y el 87,5% de las defunciones son evitables.

En relación a las defunciones infantiles del año 2007 se tiene el siguiente perfil: 256 defunciones; 69, fuera de criterio; 55, criterio/no prevenibles; y 132 criterio/prevenibles, lo que corresponde al 52% del total de defunciones.

LA CAPTACIÓN PRECOZ DE LAS EMBARAZADAS

El protocolo asistencial del PMC preconiza que las embarazadas deben ser captadas hasta el 4º mes de embarazo. Un análisis de los resultados de esa captación precoz de embarazadas está en la Tabla 11.

Tabla 11: Porcentaje de embarazadas inscritas en el PMC antes del 4º mes de embarazo, período de 2001 a 2008

AÑO	PORCENTAJE
2001	61%
2002	...
2003	78%
2004	78%
2005	78%
2006	78%
2007	83%
2008	83%

... Dato no disponible

Fuente: Coordinación del Programa Madre Curitibana (2009)

El examen de la Tabla 11 permite sacar dos conclusiones: el porcentaje de captación de embarazadas antes del 4º mes de embarazo es muy bueno en términos de situación general del SUS y presenta una tendencia de crecimiento en los últimos años.

LAS CONSULTAS PRENATALES

El protocolo asistencial del PMC indica un número mínimo de siete consultas como parámetro de calidad de la asistencia prenatal. La Tabla 12 relaciona las consultas prenatales en embarazadas de bajo riesgo, ofrecidas por el programa en el período de 2003 a 2008.

Tabla 12: Consultas prenatales ofrecidas a embarazadas de bajo riesgo por el PMC, período de 2003 a 2008

ANÑO	NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS	NÚMERO DE CONSULTAS DE ENFERMERÍA	NÚMERO PROMEIDO DE CONSULTAS POR EMBARAZADA
2003	65.622	32.556	6,9
2004	74.745	27.685	7,1
2005	75.606	31.301	8,1
2006	82.709	35.369	8,4
2007	82.608	33.088	7,8
2008	83.339	37.093	7,7

Fuente: Coordinación del Programa Madre Curitibana (2009)

Los datos de la Tabla 12 indican que, desde el 2004, la meta de siete consultas de prenatal fue lograda y que, a partir de ese año, se ha mantenido.

LAS CONSULTAS PUERPERAL Y DE PUERICULTURA PARA EL RECIÉN-NACIDO

El protocolo asistencial del PMC normaliza que debe ser ofrecida, por la unidad de APS, una consulta puerperal y de puericultura al bebé del 7° al 10° día tras el parto. La Tabla 13 muestra el número de consultas médicas puerperales y de puericultura para el recién-nacido por embarazada, ofrecido por el programa en el período de 2001 a 2008.

Tabla 13: Número de consultas puerperal y de puericultura para los recién-nacidos ofrecidas por el PMC, período 2001 a 2008

AÑO	NÚMERO PROMEDIO DE CONSULTAS
2001	0,28
2002	0,72
2003	0,77
2004	0,92
2005	1,01
2006	1,13
2007	1,24
2008	1,32

Fuente: Coordinación del Programa Madre Curitibana (2009)

Los datos de la Tabla 13 indican que, la meta establecida en el protocolo asistencial fue lograda en el año 2005 y que presenta una tendencia sostenida de aumento a lo largo de los años.

EL PADRE PRESENTE

El padre presente es una iniciativa del PMC que estimula los padres a participar de las consultas prenatales, acompañando sus compañeras, fortaleciendo los lazos familiares, humanizando la atención y mejorando su calidad. A pesar de su introducción reciente, en el segundo cuatrimestre de 2009, el porcentaje de padres que estuvieron en las consultas prenatales en las unidades de APS logró el 15%.

LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La política de planificación familiar del PMC está detallada en un protocolo asistencial específico sobre el tema, publicado en el año 2005. Ella está dirigida a mujeres

y hombres en edad fértil y prioriza las mujeres que presentan uno o más factores de riesgo reproductivo siguientes: edad arriba de 35 años y abajo de 16 años; escolaridad menor que el 4° año de enseñanza fundamental; antecedentes obstétricos desfavorables como abortos, muertes fetales y neonatales; recién-nacidos de bajo peso al nacer, pre-eclampsia, malformaciones congénitas, amniorrexis prematuro y trabajo de parto prematuro; enfermedades como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, cardiopatía, enfermedades autoinmunes, neumopatías, hepatopatías, infección VIH/sida y otras enfermedades sistémicas graves; uso o abuso de drogas como benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, tabaquismo, alcoholismo y otras drogas lícitas o ilícitas; y obesidad o desnutrición.

La planificación familiar es libre decisión de la pareja compitiendo al PMC proporcionar recursos educacionales y científicos para la concretización de esa decisión.

El programa está estructurado en tres grandes áreas de intervención: asistencia a la preconcepción, la infertilidad conyugal y la asistencia a la anticoncepción.

La asistencia a la anticoncepción está centrada en la educación y en la utilización de los métodos contraceptivos. El PMC ofrece a las parejas diferentes métodos anticonceptivos: métodos de abstinencia periódica y natural (temperatura basal, Ogino Knauss, Billings, LAM y sintotérmico); métodos de barrera (condón masculino, condón femenino, diafragma y espermicida); DIU; métodos hormonales orales (minipíldoras, píldoras combinadas, píldoras sólo de progestágeno para anticoncepción de emergencia); métodos hormonales inyectables mensuales y trimestrales; y métodos definitivos (ligadura de trompas y vasectomía).

En el período de 2000 a 2008, fueron realizadas 13.080 vasectomías y 10.393 ligaduras. En 2008 fueron utilizados: métodos inyectables mensuales, 74.000; métodos inyectables trimestrales, 33.000; píldora mensual, 230.000; minipíldoras, 16.340; levonor-gestrel 0.75 mg, 2.300; DIU, 3.000; preservativo masculino, 2.736.000.

La efectividad de las acciones de planificación familiar puede ser uno de los factores para la disminución del coeficiente de natalidad, expresado por el número de nacidos vivos por mil habitantes. Ese coeficiente se mantuvo prácticamente estable entre 1996 y 2000, respectivamente, 19,5 y 18,5 nacidos vivos por mil habitantes. Tras la introducción del PMC ese coeficiente bajó de 18,5 nacidos vivos por mil habitantes en 2000 a 14,8 en 2004. El número de nacidos vivos en 2000 fue de 29.369 y en 2004 fue de 25.209, habiéndose a partir de ese año, mantenido estable (25.336 nacidos vivos en 2008).

LA REDUCCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

La reducción del embarazo en adolescentes ha sido buscada a través de acciones de planificación familiar y de otras acciones desarrolladas bajo la coordinación del Programa de Adolescentes de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba.

Son desarrolladas asociaciones de las unidades de APS con recursos comunitarios existentes en las áreas de cobertura de esas unidades que trabajan con adolescentes para la realización de grupos educativos y sensibilización para la atención de salud.

El proyecto Salud y Prevención en las Escuelas - una asociación de las Secretarías Municipales de Salud y Educación, Universidades, organizaciones gubernamentales y organizaciones no gubernamentales - ha ampliado cada vez más el número de escuelas públicas beneficiadas con talleres de educación sexual, agregado de entrega de preservativos masculinos, de folders y guías a familiares y adolescentes sobre el tema de la sexualidad. Las actividades del proyecto Salud y Prevención en las Escuelas logró, en 2009, 64 escuelas, 46 unidades de salud y un público de 58.500 estudiantes. Fue lanzado en 2005, un libro con el título de "La experiencia de Curitiba en el Programa Salud y Prevención en las Escuelas", con una impresión de 4.000 ejemplares. De 2003 a 2008 fueron suministrados 115.173 preservativos masculinos por las escuelas pertenecientes al proyecto.

El Ómnibus Adolescente Sano lanzado en marzo de 2005, promueve en la comunidad, acciones educativas de manera itinerante y da visibilidad a los talentos locales. Contempló desde marzo de 2005, hasta diciembre de 2008, 93.475 personas, entre adolescentes, jóvenes, niños y familiares. De septiembre de 2006 a diciembre de 2008 fueron suministrados 8.404 preservativos masculinos por el ómnibus.

Las unidades de salud realizan actividades de protagonismo juvenil y encuentros regionales. La Coordinación del Adolescente, de 2005 a 2009, realizó cinco encuentros Municipales logrando cerca de 3.255 personas, siendo 2.466 adolescentes y jóvenes.

La Tabla 14 muestra la evolución del embarazo en la adolescencia desde la implantación del PMC.

Tabla 14: Número absoluto y porcentaje de embarazo en mujeres de 10 a 19 años, Curitiba, período de 1999 a 2008

AÑO	NÚMERO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS	PORCENTAJE DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES
1999	5.713	19,3%
2000	5.553	19,1%
2001	5.090	18,8%
2002	4.507	17,1%
2003	3.992	16,1%
2004	4.040	16,0%
2005	3.957	16,1%
2006	3.870	15,6%
2007	3.795	15,6%
2008	3.712	14,7%

Fuente: Coordinación del Programa Madre Curitiba (2009)

Los datos de la Tabla 14 muestran una tendencia sostenida de baja del embarazo en la adolescencia en el período analizado. En números absolutos, la baja fue de 5.713 casos en 1999 a 3.712 casos en 2008, lo que corresponde a una baja anual de 2001 casos/año. En números relativos, la baja fue del 19,3% en 1999 a 14,7% en 2008, una disminución de 4,6%. Un porcentaje de embarazo en la adolescencia del 14,7% configura una situación muy cómoda en el Cuadro medio brasileño.

LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH

El PMC normaliza en su protocolo asistencial la prevención de la transmisión vertical del VIH que involucra: diagnóstico clínico; consejo pre y post-examen; solicitud del examen anti-VIH como rutina en la primera consulta del prenatal con consentimiento de la embarazada o familiar; oferta de examen rápido anti-VIH en que se requiere decisión terapéutica de emergencia; orientación sobre sexo seguro y planificación familiar; orientación sobre la importancia del tratamiento antirretroviral para la madre y su bebé; orientación para el examen antirretroviral del(de las) pareja(s); solicitud de CD4 y carga viral; prescripción y acompañamiento de terapia antirretroviral; notificación del Distrito Sanitario; completado de ficha de investigación epidemiológica y adjuntado a la historia clínica; encaminamiento de la embarazada para prenatal en la maternidad de alto riesgo; orientación a la embarazada para la importancia de no amamantar el hijo; definición de un profesional para la gestión de caso durante el prenatal, parto y puer-

perio; realización de talleres específicos para esas embarazadas; realización de la consulta puerperal; programación de consulta para la madre en el post-parto en el servicio de referencia de VIH/sida, como máximo, en 30 días; elección de la vía de parto más adecuada; oferta de quimioprofilaxis antirretroviral cuando indicada; administración de antibiótico profiláctico cuando indicado; inhibición de la lactancia; oferta de quimioprofilaxis antirretroviral en el recién-nacido según el protocolo; y encaminamiento al niño infectado al servicio de infectología.

La Tabla 15 muestra la razón de incidencia de VIH en embarazadas matriculadas en el programa Madre Curitibana.

Tabla 15: Razón de incidencia de embarazadas matriculadas en el PMC, período de 2000 a 2008

AÑO	RAZÓN DE INCIDENCIA
2000	151
2001	143
2002	126
2003	119
2004	119
2005	100
2006	85
2007	113
2008	89

Fuente: Coordinación del Programa Madre Curitibana (2009)

En el período de 2000 a 2008, fueron diagnosticadas 1.131 embarazadas VIH positivas, lo que significaría una probabilidad de hasta 271 niños adquirieren SIDA. Sin embargo, en función de las intervenciones del PMC, apenas 44 niños se infectaron en ese período.

LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materno en el PMC es promovida por las siguientes principales acciones: Programa de Lactancia Materna que apoya, incentiva y promueve la lactancia materna en el municipio; el Programa Mama Bebé en los Centros Municipales de Educación Infantil de Curitiba que incentiva la continuidad de la lactancia materna al

suministrar espacio para amamantamiento y almacenamiento de leche materno para ser ofrecido a los niños en la ausencia de sus madres; siete Puestos de recolección de leche humana localizados en unidades de APS, una de ellas la US Madre Curitibana; y elaboración y distribución de cartilla sobre amamantamiento infantil.

La evaluación de la lactancia materna en Curitiba fue hecha por la II Investigación Nacional Sobre Prácticas Alimentares en el Primer Año de Vida. Es una investigación nacional realizada por el Ministerio de Salud en asociación con las Secretarías Estatales y Municipales de Salud. El objetivo de la investigación fue evaluar la situación de la lactancia materna y alimentación complementaria en niños menores de un año en las capitales brasileñas y en otros municipios, según criterios definidos por los estados, suministrando subsidios para la evaluación y la planificación de las políticas de lactancia materna en el País. La investigación fue realizada durante la segunda etapa de la Campaña Nacional de Multivacunación, en agosto del año 2008. Siendo así, ese estudio refleje la situación del municipio de Curitiba como un todo, y no solamente de la población usuaria del PMC, pues abarca niños de todas las regiones de la ciudad y de todas las clases sociales. Pero tiene una fuerte presencia relativa de las embarazadas atendidas por el SUS que son la gran mayoría. Como el Ministerio de Salud coordinó una investigación semejante en 1999, año de inicio del PMC, ello permitió comparar los resultados de esos dos años. La lactancia materna exclusiva de 0-6 meses (agrupándose del 1º al 6º mes), tuvo un aumento estadísticamente significativo pasando del 37,1% en 1999 al 45,3% en 2008 ($p=0,0026$). La lactancia materna (no exclusiva) de 0-6 meses (aglomerándose los primeros seis meses) aumentó significativamente del 81,8% en 1999 al 86,0% en 2008 ($p=0,0376$) y del 7º al 12º mes, pasó del 52,7% en 1999 al 57,5% en 2008 ($p=0,122$).

LOS TIPOS DE PARTO

La relación entre partos vaginales y partos cesáreas puede ser tomada como una *proxy* de la calidad de la atención al parto.

La Tabla 16 muestra el porcentaje de los partos cesáreas en relación al total de partos realizados por el SUS en Curitiba, según datos del Sistema de Informaciones Hospitalarias del Ministerio de Salud.

Tabla 16: Porcentaje de partos cesáreas en relación a los partos totales realizados por el SUS en Curitiba, período de 1999 a 2007

AÑO	PORCENTAJE DE PARTOS CESÁREAS
1999	30,2%
2000	30,9%
2001	31,6%
2002	30,1%
2003	31,6%
2004	34,4%
2005	34,3%
2006	32,8%
2007	33,4%

Fuente: SIH/SUS trabajados por SMS/CE/Curitiba (2009)

El examen de la Tabla 16 indica un porcentaje de partos cesáreas del 33,5% en 2007. Sin embargo, se nota una fluctuación entre el 30,2% y 34,4% en el período analizado, con un promedio para el período del 33,6%, lo que puede ser considerado como una tendencia de estabilidad.

Esos valores relativos a los partos cesáreas en el SUS pueden ser considerados altos cuando contrastados con parámetros internacionales, pero una comparación de los valores brasileños, para el año 2005 (TORRES, 2008), muestra una situación cómoda. El valor del 34,4%, observado en Curitiba, es superior al promedio SUS para el año que fue del 28,6%, pero se debe observar que ese promedio nacional del SUS hay que ser diferente en una metrópolis como Curitiba, para donde convergen partos de alto riesgo que tienden a tener mayor probabilidad de ser por la vía cesárea. Cuando el porcentaje de Curitiba es comparado con el promedio nacional (partos SUS y del sistema privado) que fue el 43,3%, ese valor es bien superior al observado en el PMC. El porcentaje medio de partos cesáreas en Curitiba (partos SUS y privados) en 2005 fue del 55,7%, muy arriba de los 34,4%, el promedio SUS. Tomándose el hecho que, en 2005, aproximadamente el 82% de los partos totales en Curitiba fueron realizados por el PMC, se puede concluir que hay un número excesivo de partos cesáreas ofrecidos por los sistemas privados de salud. En el año 2005, en el Sistema de Salud Suplementario, los partos cesáreas lograron el 77,5% del total en todo el país, con tendencias de aumento.

LA COBERTURA DE VACUNAS EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD

La cobertura de vacunas del PMC, en niños menores de 1 año, puede ser visualizada en la Tabla 17.

Tabla 17: Cobertura de vacuna de niños menores de 1 año de edad, por tipo de vacuna. Curitiba, período 2002 a 2008

AÑO	BCG	TETRAVALENTE	SABIN	HEPATITIS B
2002	103,1%	94,8%	95,3%	96,4%
2003	101,3%	96,9%	95,8%	93,1%
2004	101,8%	90,3%	91,7%	93,7%
2005	103,8%	97,6%	99,2%	99,0%
2006	102,8%	99,1%	98,7%	98,4%
2007	100,4%	97,6%	96,4%	95,8%
2008	104,2%	91,9%	95,6%	98,8%

Fuentes: SMS/CE/DI y SINASC/MS

El análisis de la Tabla 17 evidencia una cobertura de vacunas cerca del 100% para todos los cuatro tipos de vacuna considerados, un excelente desempeño.

LOS RESULTADOS DEL PMC

El PMC tiene una meta movilizadora, la reducción de la mortalidad infantil, y una meta adicional de reducción de la mortalidad materna.

LA META MOVILIZADORA DEL PROGRAMA MADRE CURITIBANA: LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL

La meta movilizadora constituye el objetivo final del programa que articula los esfuerzos en términos de estructuras y procesos, que enfoca las energías y los recursos de la Organización y que convoca la coparticipación de actores sociales no gubernamentales.

La meta movilizadora del PMC siempre fue de una reducción de la mortalidad infantil a un dígito.

La Tabla 18 indica coeficientes de mortalidad infantil en años seleccionados.

Tabla 18: Coeficiente de mortalidad infantil en menores de 1 año por mil nacidos vivos, Curitiba, años seleccionados

AÑO	COEFICIENTE DE MORTALIDAD INFANTIL
1979	47,32
1990	30,47
2000	14,85
2004	11,16
2005	11,19
2006	10,31
2007	10,50
2008	9,75
2009	8,97

Fuente: Coordinación del Programa Madre Curitibana (2009)

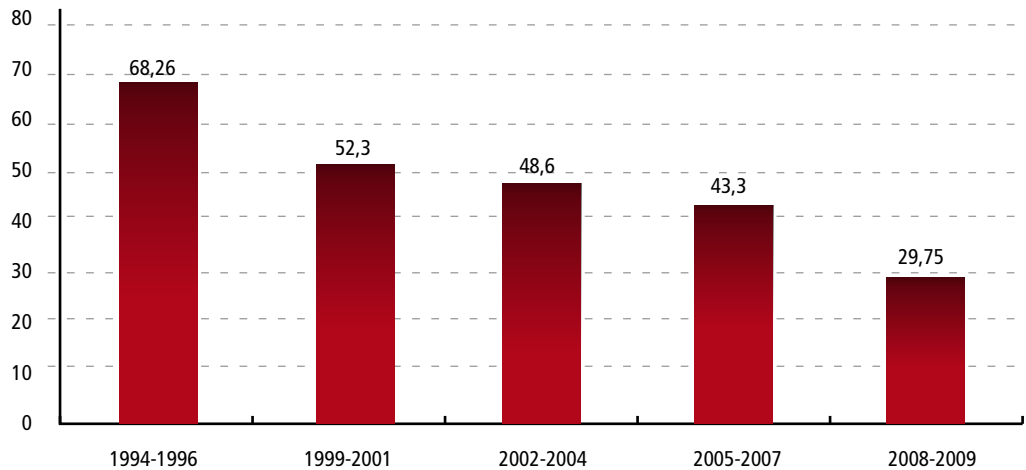
El análisis de la Tabla 18 indica una baja sostenida del coeficiente de mortalidad infantil en el período analizado. Esa baja se manifiesta tendencialmente tanto en el componente de mortalidad neonatal en cuanto en el de la mortalidad post-neonatal. Indica sobre todo, que la meta movilizadora de una mortalidad infantil de un dígito fue alcanzada en 2008 cuando se logró un coeficiente de 9,75 muertes en menores de 1 año por mil nacidos vivos. Ese coeficiente fue 6,99 en el período neonatal y de 2,76 en el período post-neonatal. En 2009, el coeficiente de mortalidad infantil bajó a 8,97 defunciones en menores de 1 año por mil nacidos vivos.

La consecución de la meta movilizadora debe ser celebrada, pero debe también, servir como estímulo para la continuidad de los esfuerzos de reducción de la mortalidad infantil. Y es posible reducir más, una vez que el 52% de las muertes infantiles investigadas son evitables. Ese es el desafío que se coloca al PMC.

LA MORTALIDAD MATERNA

La evolución de la mortalidad materna en Curitiba es mostrada en la Tabla 19.

Tabla 19: Razón de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos en Curitiba, períodos de 1994 a 2009



Fuente: Coordinación del programa Madre Curitibaana (2009)

El análisis de la Tabla 19 muestra una tendencia sostenida de baja de la razón de muerte materna en los períodos analizados de 1994 a 2009. Los valores de 2008-2009 son muy altos para los estándares internacionales. Sin embargo, si se toma la meta de desarrollo del milenio para Brasil, 40 muertes por cien mil nacidos vivos, se puede decir que Curitiba logró esa meta con gran anticipación.

La comparación nacional coloca Curitiba en una posición favorable. Especialmente si se considera que no hay subnotificación en el municipio, ya que el Pro-Vida investiga 100% de las defunciones de mujeres en edad fértil.

Un análisis más refinado evidencia que Curitiba disminuyó significativamente las muertes obstétricas directas, aquellas debidas a complicaciones de causas o estados que sólo ocurren en el ciclo gravídico puerperal. En el período de 1994 a 1999, ellas fueron el 74% de las muertes y, en el período de 2000 a 2007, ellas disminuyeron al 58%, valor inferior al promedio de las capitales brasileñas del 67% (LAURENTI *et al.*, 2004).

No obstante, el PMC tiene el gran desafío de, en los próximos años, reducir de forma sostenida, la mortalidad materna especialmente porque el 87,5% de ellas ocurrieron debido a causas evitables.

CONCLUSIÓN

Al cumplir 12 años de existencia, el PMC, constituye sin dudas, una experiencia exitosa y sustentada de atención materno-infantil organizada en la perspectiva de RAS.

Las razones para ese éxito se deben a variables contextuales, externas al programa, y variables internas del programa.

Las variables contextuales que pueden influir en los resultados del PMC fueron analizadas por un trabajo evaluativo riguroso sobre el Sistema Municipal de Salud de Curitiba, realizado por el Banco Mundial. Ellas crean un ambiente favorable para el desarrollo de las políticas públicas de salud en el municipio. Entre las variables contextuales están una gestión competente de la ciudad, una política de salud que funciona, una cultura de desempeño, una capacidad para atenuar los problemas de la relación entre lo principal y el agente, una habilidad para gestionar la complejidad y una propensión para cambios continuos (World Bank, 2006).

Esos factores contextuales explican, en parte, el éxito de las políticas públicas de salud de Curitiba, en general, y del PMC, en particular.

Las variables de contexto facilitan, pero no determinan el éxito del PMC. Como fue observado, las variables internas fueron primordiales en los resultados del programa.

La variable interna fundamental es la organización del PMC como una RAS, superando la (des)organización de los sistemas fragmentados. Eso explica porque el PMC se destaca en relación a otros programas de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba, incluso reconociendo que, generalmente, los programas de salud pública del municipio presentan un buen desempeño. Sin embargo, el grado de integración del PMC todavía no fue alcanzado por los otros programas.

La concepción de red del PMC es sólida, tanto en los aspectos conceptuales como operacionales.

Existe una robusta infraestructura de APS que permite que los cuidados primarios funcionen con tres funciones esenciales de una RAS: atender más de 85% de los problemas, ser el centro de comunicación y responsabilizarse por la población adscrita. Los puntos de atención secundarios y terciarios son organizados según los criterios de regionalización, escala y densidad tecnológica en función de los riesgos. Los sistemas de apoyo (apoyo diagnóstico y asistencia farmacéutica) se estructuran transversalmente al PMC. Los sistemas logísticos (tarjeta calidad SUS y sistemas de acceso regulado

a la atención), también transversales al PMC, garantizan la racionalidad de los flujos y contraflujos de personas, productos e informaciones en toda la red. El modelo de atención de salud sustenta una atención integral sobre poblaciones y subpoblaciones estratificadas por riesgos y utiliza las tecnologías de gestión de la clínica, construidas a partir de protocolos asistenciales basados en evidencia, en el manejo de las condiciones de salud establecidas.

La construcción social del PMC llevó a procesos bien concebidos y operados. De 11 procesos analizados, nueve tuvieron desempeños muy favorables; uno de ellos, el papá presente, de introducción reciente, aún no permite una evaluación definitiva, pero comenzó bien; y otro, el porcentaje de partos cesáreos, aunque alto para los patrones internacionales, está bien para patrones nacionales, pero presenta un patrón de estabilidad que debería ser revertido.

Buenos procesos llevaron a buenos resultados. La meta movilizadora de un coeficiente de mortalidad infantil de un dígito por cada mil nacidos vivos fue alcanzada en el año de 2008, llegando en 2009, a 8,97 óbitos en menores de 1 año por cada mil nacidos vivo. Esa conmemoración es fundamental, pero no debe obscurecer el hecho de que la mayor parte de las muertes continua siendo por causas evitables.

¿Es posible continuar avanzando? Esa pregunta fue hecha en la evaluación del Banco Mundial sobre el Sistema Municipal de Salud de Curitiba cuando se cuestionó lo que acontecería con la satisfacción de trabajo y desempeño si la tasa de expansión o innovación del sistema disminuyera (SHEPHERD y WENCESLAU, 2006). La respuesta puede estar en una declaración del Prefecto Municipal de Curitiba y creador del PMC: *“Son trazos acentuados de la gestión de la salud en Curitiba: la audacia de enfrentar problemas creando nuevas respuestas, la inversión continua reforzando caminos considerados pertinentes y el coraje de reverse, repensando los posibles errores de la trayectoria”* (Ducci, 2001).

La experiencia del PMC indica que los fundamentos teóricos y conceptuales de las RASs, así como en la experiencia internacional, serán útiles para la organización de los programas del SUS. Además, comprueba que, a pesar de los bajos recursos disponibles en el SUS, se puede hacer mucho más siempre que se transforme, con profundidad, el modo como se estructura el sistema de atención de salud. Hacer más de lo mismo no es la solución. La solución está en hacer diferente y los caminos, como comprueba el caso del PMC, son las RASs.

BIBLIOGRAFÍA

- AARON, H. – Serious and unstable condition: financing America's health care. Washington, The Brookings Institution, 1991.
- ABATH, G.M. – Medicina familiar no Brasil. *Educación Médica y Salud*, 19: 48-73, 1985.
- ABDUCH, C. – Grupos operativos em adolescentes. In: SCHOR, N. *et al.* – Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília, Ministério da Saúde, 1999.
- ABODERIN, I. *et al.* – Life course perspectives on coronary heart disease, stroke and diabetes: the evidence and implications for policy and research. Geneva, World Health Organization, 2002
- ABOUZHR, C. & BOERMA, T. – Health information systems: the foundations of public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83: 578-583, 2005.
- ABRÚCIO, F. L. – Federação e mecanismos de cooperação intergovernamental: o caso brasileiro em perspectiva comparada. São Paulo, Relatório final de pesquisa para o NPP, 2002.
- ACC/AHA GUIDELINES FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC HEART FAILURE IN THE ADULT – Disponível em http://www.acc.org/clinical/guidelines/failure/hf_index.htm, acesso em julho de 2005.
- ADA CLINICAL PRACTICE RECOMMENDATIONS 2003 – Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 26: 33-50, 2003.
- ADA CLINICAL PRACTICE RECOMMENDATIONS 2004 – Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 27: 72-73, 2004.
- ADELSON, R. *et al.* – Performance change in an organizational setting: a conceptual model. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 17: 69-80, 1997.
- ADEYI, O. *et al.* – Public policy and the challenge of chronic noncommunicable diseases. Washington, World Bank, 2007.
- ADLER, M. *et al.* – Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of Type 2 diabetes UKPDS 36: prospective observacional study. *British Medical Journal*, 321: 412-419, 2000.
- AFONSO, N. M. *et al.* – Low-density lipoprotein cholesterol goal attainment among high-risk patients: does a combined intervention targeting patients and providers work? *Am. J. Manag. Care*, 12:589-594, 2006.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – Resolução RDC nº 93, de 26 de maio de 2006.
- AGRANOFF, R. & LINDSAY, V. A. – Intergovernmental management: perspectives from human services problem solving at the local level. *Public Administration Review*, 43: 227-238, 1983.
- AHLMEN, M. *et al.* – Team versus non-team outpatient care in rheumatoid arthritis: a comprehensive outcome evaluation including an overall health measure. *Arthritis Rheum.*, 31: 471-479, 1988.

- AHMED, A. – Quality and outcomes of heart failure care in older adults: role of multidisciplinary disease-management programs. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 50: 1590-1593, 2002.
- AJZEN, I. & FISHBEIN, M. – Understanding attitudes and predicting social behaviour. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1980.
- ALANAY, A. *et al.* – Reliability and validity of adapted Turkish version of Scoliosis Research Society-22 questionnaire. *Spine*, 30:2464-2468, 2005.
- ALBERNAZ, A. L. G. & PASSOS, S. R. L. – Uso de substâncias psicoativas. In: COUTINHO, M. F. G. & BARROS, R. R. (Organizadores) – Adolescência: uma abordagem prática. São Paulo, Liv. Atheneu, 2001.
- ALBUQUERQUE, H. C. – A rede Viva Vida no município de Janaúba. Janaúba, Secretaria Municipal de Saúde, 2008.
- ALBUQUERQUE, M. C. *et al.* – Comitê Pró-Vida de prevenção da mortalidade materna e infantil de Curitiba. In: DUCCI, L. *et al.* – Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, CEBES, 2001.
- ALETRAS, V. *et al.* – Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B. *et al.* (Editors) – Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare, 1997.
- ALLEN, J. K. *et al.* – Nurse care management of hypercholesterolemia in patients with coronary heart disease: results of a randomized clinical trial. *Am. Heart J.*, 144: 678-686, 2002.
- ALLIOTA, S.L. – Case management of at-risk older people. In: COCHRANE, D. – Managed care and modernization: a practitioner's guide. Buckingham, Open University Press, 2001.
- ALMEIDA, A. C. – A cabeça dos brasileiros. Rio de Janeiro, Ed. Record, 2007.
- ALMEIDA, M. H. T. de – Recentralizando a federação? *Revista de Sociologia e Política*, 24: 29-40, 2005.
- ALMEIDA FILHO, N. *et al.* – Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 38: 45-54, 2004.
- AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY – Guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult. Disponível em http://www.acc.org/clinical/guidelines/failure/hf_index.htm (acesso em janeiro de 2005).
- AMMERMAN, A. S. *et al.* – The efficacy of behavioral interventions to modify dietary fat and fruit and vegetable intake: a review of the evidence. *Prev. Med.*, 35:25-41, 2002.
- ANDERSEN, R. M. – Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J. Health Soc. Behav.*, 36:1-10, 1995.
- ANDERSON, R. M. *et al.* – Patient empowerment: results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 18: 943-949, 1995.
- ANDRADE, A. C. R. *et al.* – Apoio social e autoexame das mamas no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21: 379-386, 2005.
- ANDRADE, M.V. *et al.* – Análise da eficiência hospitalar no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, CEDEPLAR/UFMG, 2007.
- ANDREASON, L. E., CORIAT, B., DEN HERTOOG, F. & KAPLINSKY, R. (Editors) – Europe's next step: organisational innovation, competition and employment. Essex, Frank Cass, 1995.

- ANGELL, M. – A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. São Paulo, Editora Record, 3ª edição, 2008.
- ANSARI, Z. *et al.* – Trends and geographic variations in hospital admissions for asthma in Victoria. *Aust. Fam. Physician*, 32: 286-288, 2003.
- APPLEBY J. *et al.* – Variations in health care: the good, the bad and the inexplicable. London, The King's Fund, 2011.
- ARAGONES, A. *et al.* – Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. *Prev. Chronic Dis.*, 5:A113, E-pub, 2008.
- ARMSTRONG, R *et al.* – Guidelines for systematic reviews of health promotion and public health interventions. Melbourne, Melbourne University, 2007.
- ARNOLD, C. *et al.* – Smoking status, reading level, and knowledge of tobacco effects among low-income pregnant women. *Preventive Medicine*, 32:313-320, 2001.
- ARORA, N. K. & McHORNEY, C. A. – Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Med. Care*, 38: 335-341, 2000.
- ARRETCHE, M. – Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? *Rev. Bras. Ciências Sociais*, 11: 44-46, 1996.
- ARRETCHE, M. – Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. São Paulo, mimeo, 2003.
- ARROW, W.J. – Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53: 941-973, 1963.
- ARRUDA, J. R. – Lançamento das UPAs. *Correio Braziliense*, 20 de dezembro de 2008.
- ASCH, S. M. *et al.* – Does the collaborative model improve care for chronic heart failure? *Medical Care*, 43: 667-675, 2005.
- ASARNOW, J. R, *et al.* – Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. *JAMA*, 293: 311-319, 2005.
- ASSIS, M. A. A. & NAHAS, M. V. – Aspectos motivacionais em programas mudança de comportamento alimentar. *Rev. Nutr.*, 12: 33-41, 1999.
- ASSOCIATES IN PROCESS IMPROVEMENT – Model for improvement. Disponível em http://www.apweb.org/API_home_page.htm, acesso em agosto de 2008.
- ASTHMA AND RESPIRATORY FOUNDATION OF NEW ZEALAND – New Zealand smokefree workplaces: a 12-month report, 2005. Disponível em <http://www.no-smoke.org>, acesso em janeiro de 2008.
- ATUN, R.A. – What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services? Copenhagen, WHO Europe, 2004.
- AUBERT, R. E. *et al.* – Nurse care management to improve glycemic control in diabetic patients in a health maintenance organization: a randomized control trial. *Ann. Int. Med.*, 129: 605-612, 1998.
- AUSTRALIAN GOVERNMENT – Towards a national primary health care strategy: a discussion paper from the Australian Government. Canberra, Department of Health and Ageing, 2008.
- AXELSSON, R. & AXELSSON, S. – Integration and collaboration in public health. *Int. J. Health Plann. Manage*, 21: 75-88, 2006.

- BAAN, R. *et al.* – Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol.*, 8: 292-293, 2007.
- BABOR, T. F. *et al.* – Alcohol: no ordinary commodity. Research and Public Policy. Oxford, Oxford University Press, 2003.
- BABOR, T. F. & BIDDLE, J. C. H. – Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, 95:677-686, 2000.
- BADAMGARAV, E. *et al.* – Effectiveness of disease management programs in depression: a systematic review. *Am. J. Psychiatry*, 160:2080-2090, 2003.
- BADIA, J. G. *et al.* – Fórum clínico: comunidade virtual de pacientes crônicos. *Revista de Inovação Sanitária y Atención Integrada*, 1:2, 2009.
- BAICKER, K. & CHANDRA, A. – Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries's quality of care. *Health Affairs*, 27: 533-543, 2008.
- BAKER D. W. *et al.* – The health care experience of patients with low literacy. *Archives of Family Medicine*, 5:329-334, 1996.
- BAKER, D. W. *et al.* – Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine*, 13:791-798, 1998.
- BAKER, D. W. *et al.* – The impact of chronic disease management in primary care on inequality in asthma severity. *J. Public Health Med.*, 25:258-260, 2002.
- BAKER, D. W. *et al.* – Differences in education, knowledge, self-management activities, and health outcomes for patients with heart failure cared for under the chronic disease model: the improving chronic illness care evaluation. *J. Card. Fail.*, 11: 405-413, 2005.
- BALAS, E. A. *et al.* – Improving preventive care by prompting physicians. *Arch. Intern. Med.*, 160: 301-308, 2000.
- BALAS, E. A. *et al.* – Computerized knowledge management in diabetes care. *Med. Care*, 42: 610-621, 2004.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO – Evaluación: uma herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos. Washington, BID/Oficina de Evaluación, 1997.
- BANCO MUNDIAL – Invertir en salud: informe sobre el desarrollo mundial, 1993. Washington, Banco Mundial, 1993.
- BANCO MUNDIAL – Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Brasília, Unidade de Gerenciamento do Brasil, Relatório nº 32576-BR, 2005.
- BANDURA, A. – Social learning theory. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1977.
- BANTA, H.D. & BOS, M. – The relation between quantity and quality with coronary artery bypass surgery. *Health Policy*, 18: 1-10, 1991.
- BAO, Y. *et al.* – Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? an instrumental variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey. *Health Services Research*, 41:2114-2135, 2006.
- BAQUERO, M. – Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. *Rev. Sociol. Polit.*, 21:83-108, 2003.
- BARATA, L. R. B. & MENDES, J. D. V. – A garantia pública de medicamentos é realidade recente no Brasil. São Paulo, Seminário internacional sobre inovações na gestão da saúde pública, 2007.

- BARKER, D. J. P. *et al.* – Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life: longitudinal study. *British Medical Journal*, 323: 273-1276, 2001.
- BARLOW, J. H. *et al.* – Long-term outcomes of an arthritis self-management programme. *Brit. J. Rheumatology*, 37: 1315-1319, 1998.
- BARLOW, J. H. *et al.* – Instilling the strength to fight the pain and get on with life: learning to become an arthritis self-manager through an adult education programme. *Health Ed. Res.*, 14: 533-544, 1999.
- BARLOW, J. H. *et al.* – A randomised controlled study of the arthritis selfmanagement programme in the UK. *Health Ed. Res.*, 15: 665-680, 2000.
- BARLOW, J. H. *et al.* – Patient education for people with arthritis in rural communities: the UK experience. *Patient Ed. Couns.*, 44: 205-214, 2001.
- BARLOW, J. H. *et al.* – Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Ed. Couns.*, 48; 177-187, 2002.
- BARLOW, J. H. *et al.* – Volunteer, lay tutors' experiences of the chronic disease self-management course: being valued and adding value. *Health Ed. Res.*, 20: 128-136, 2005.
- BARNUM, H. *et al.* – Incentives and provider payment methods. Washington, Human Development and Operation Policy, HROWP n° 51, 1995.
- BARR, C.E. *et al.* – Disease state considerations. In: TODD, W.E. & NASH, D. – *Disease management: a systems approach to improving patients outcomes*. Chicago, American Hospital Publishing Inc., 1996.
- BARR, V. J. *et al.* – The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hosp. Quart.*, 7: 73-82, 2003.
- BARRETT, J. *et al.* – CHSRF Synthesis: interprofessional collaboration and quality primary health care. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation, 2007.
- BARRETT, S. E. *et al.* – Health literacy practices in primary care settings: examples from the field. New York, The Commonwealth Fund, 2008.
- BARROCA, J. L. – Programa de benefícios farmacêuticos como estratégia de gestão de saúde. Curitiba, I Seminário Internacional de Tecnologias Gerenciais em Saúde, 2004.
- BARROS, R. P. *et al.* – A importância da queda recente da desigualdade para a pobreza. In: Barros, R. P. *et al.* (Organizadores) – *Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente*. Rio de Janeiro, IPEA, 2007.
- BASTIAENS, H. *et al.* – Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Education and Counseling*, 68:33–42, 2007.
- BATE, P. *et al.* – Report on the Breakthrough Collaborative approach to quality and service improvement within four regions of the NHS. Birmingham, University of Birmingham, Health Services Management Centre, 2002.
- BATTISTA, R.N. *et al.* – Lessons from eight countries. *Health Policy*, 30: 397-421, 1994.
- BATTERSBY, M. W. *et al.* – Health reform through coordinated care: SA HealthPlus. *British Medical Journal*, 330:662-665, 2005.
- BAUER, M. S. *et al.* – Collaborative care for bipolar disorder: Part II, Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatr. Serv.*, 57:937-945, 2006.

- BEASLEY, J. W. *et al.* – How many problems do family physicians manage at each encounter? *Ann. Fam. Med.*, 2: 405-410, 2004.
- BEATTIE, P. F. *et al.* – Spanish-language version of the MedRisk instrument for measuring patient satisfaction with physical therapy care (MRPS): preliminary validation. *Phys. Ther.*, 87: 793-800, 2007.
- BEAULIEU, N. *et al.* – The business case for diabetes disease management for managed care organizations. *Forum for Health Economics & Policy*, 9: 1-36, 2006.
- BECK, A. *et al.* – A randomized trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members: the cooperative health care clinic. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 45: 543-549, 1997.
- BEDELL, J. R. *et al.* – Case management: the current best practices and the next generation of innovation. *Community Mental Health J.*, 36: 179-194, 2000.
- BEERS, B. B. *et al.* – Disparities in health literacy between african american and non-african american primary care patients. *Journal of General Internal Medicine*, 18:169, 2003.
- BEICH, J. *et al.* – The role of disease management in pay-for-performance programs for improving the care of chronically ill patients. *Med. Care Res. Rev.*, 63: 96 -116, 2006.
- BEISECKER, A. E. & BEISECKER, T. D. – Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Med. Care*, 28:19-28, 1990.
- BENATAR, D. *et al.* – Outcomes of chronic heart failure. *Arch. Intern. Med.*, 163: 347-352, 2003.
- BENEDETTI, R. *et al.* – Improved clinical outcomes for fee-for-service physician practices participating in a diabetes care for collaborative. *Jt. Comm. J. Qual. Saf.*, 30: 187-194, 2004.
- BENEY, J. *et al.* – Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilisation, costs, and patients outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2*, Chichester, UK, John Wiley & Sons, 2004.
- BENGOA, R. – Questões teórico-conceituais e resultados já obtidos em países que adotaram a separação de funções de financiamento e provisão de serviços de saúde. In: *MINISTÉRIO DA SAÚDE/ BANCO MUNDIAL – Seminário sobre a separação do financiamento e da provisão de serviços no Sistema Único de Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
- BENGOA, R. – Curar y cuidar. In: *BENGOA, R. & NUÑO, R.S. – Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*. Barcelona, Elsevier Masson, 2008.
- BERK, M.L. *et al.* – How US spent its health care dollar, 1929-1980. *Health Affairs*, 6: 46-60, 1988.
- BERK, M.L. & MONHEINT, A. C. – The concentration of health expenditures: an update. *Health Affairs*, 11: 145-149, 1992.
- BERKKE, M. *et al.* – Involvement and satisfaction: a Norwegian study of health care among 1.024 patients with rheumatoid arthritis and 1.509 patients with chronic noninflammatory musculoskeletal pain. *Arthritis Rheum.*, 45: 8-15, 2001.
- BERMUDEZ -TAMAIIO, C. *et al.* – Características organizacionales de la atención primaria y las hospitalizaciones por las principales condiciones sensibles a la atención ambulatoria. *Atención Primaria*, 33: 305-311, 2004.
- BERNABEI, R. *et al.* – Randomized trial of impact of integrated care and *case management* of older people living in the community. *British Medical Journal*, 316: 23-27, 1998.

BERNSTEIN, C. *et al.* – Improving the well-being of elderly patients via community pharmacy-based provision of pharmaceutical care: a multicentre study in seven European countries. *Drugs Aging*, 18: 63-77, 2001.

BERO, L. A. *et al.* – Abstract of review: expanding outpatient pharmacists' roles and health services utilisation, costs, and patient outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, Oxford, 2000.

BERWICK, D. M. – Eleven worthy aims for clinical leadership of health system reform. *JAMA*, 272:797-802, 1994.

BERWICK, D. M. – Developing and testing changes in delivery of care. *Annals of Internal Medicine*, 128:651-656, 1998.

BERWICK, D.M. & KNAPP,M.G. – Theory and practice for measuring health care quality. In: GRAHAM,N. O. (Editor) – *Quality assurance in hospitals*. Rockville, Aspen, 2nd. ed., 1990.

BEVAN, H. *et al.* – Management issues in health care: A “Breakthrough” approach to reducing delays and patient waiting times. *Clinician in Management*, 9:27-31, 2000.

BIEBER, C. *et al.* – Long-term effects of a shared decision-making intervention

on physician–patient interaction and outcome in fibromyalgia. A qualitative and quantitative follow-up of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 63:357–366, 2006.

BILLINGS, J. *et al.* – Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? *Issue Brief (Commonw Fund)*, 433: 1-5, 2000.

BILLINGS, J. *et al.* – Case findings for patients at risk of readmission to hospital: development of algorithm to identify risk patient. *British Medical Journal*, 333: 327-331, 2006.

BINDMAN, A.B. *et al.* – Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA*, 274:305-311, 1995.

BIRMINGHAM AND BLACK COUNTY STRATEGIC HEALTH AUTHORITY – Reducing unplanned hospital admissions: what does the literature tell us? Birmingham, Health Services Management Centre, 2006.

BLEAKLEY, H. – *Malaria in the Americas: a retrospective analysis of childhood experience*. Chicago, University of Chicago, 2007.

BLENDON, R.J. *et al.* – Inequities in health care: a five countries survey. *Health Affairs*, 21: 182-191, 2002.

BLERMANN, E. *et al.* – Telecare of diabetic patients with intensified insulin therapy: a randomized clinical trial. *Stud. Health Technol. Inform.*, 77: 327-332, 2000.

BLUE, L. *et al.* – Randomised controlled trial of specialist nurse intervention in heart failure. *British Medical Journal*, 323: 715-718, 2001.

BOADEN, N. – *Primary care: making connections*. Buckingham, Open University Press, 1997.

BOADEN, R. *et al.* – *Evercare evaluation interim report: implications for supporting people with long-term conditions*. Manchester, The National Primary Care Research and Development Centre, 2005.

BODENHEIMER, T. – Interventions to improve chronic illness care: evaluating their effectiveness. *Dis. Manag.*, 6:63-71, 2003.

BODENHEIMER, T. – A 63-year-old man with multiple cardiovascular risk factors and poor adherence to treatment plans. *JAMA*, 298: 2048-2055, 2007.

- BODENHEIMER, T. – Transforming practice. *New England Journal of Medicine*, 359: 2086-2089, 2008.
- BODENHEIMER, T. *et al.* – Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*, 288:1775-1779, 2002.
- BODENHEIMER, T. & GRUMBACH, K. – Improving primary care: strategies and tools for a better practice. New York, Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2007.
- BODENHEIMER, T. & LAING, B. Y. – The teamlet model of primary care. *Ann. Fam. Med.*, 5: 457-461, 2007.
- BODGEN, P.E. *et al.* – Comparing standard care with a physician and pharmacist team approach for uncontrolled hypertension. *J.Gen.Int.Med.*, 13: 740-745, 1998.
- BOJALIL, R. *et al.* – The quality of private and public primary health care management of children with diarrhoea and acute respiratory infections in Tlaxcala, Mexico. *Health Policy Plan*, 13:323-331, 1998.
- BONNEFOY, J. *et al.* – Constructing the evidence base of social determinants of health: a guide. Universidad del Desarrollo/National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007.
- BONOMI, A. E. *et al.* – Assessment of chronic illness care: a practical tool for quality improvement. *Health Services Res.*, 37: 791-820, 2002.
- BORNSTEIN, J. E. *et al.* – Physician-pharmacist comanagement of hypertension: a randomized, comparative trial. *Pharmacotherapy*, 23: 209-216, 2003.
- BORZEL, T. A. – Qué tienen de especial los policy networks? Explorando el concepto y su utilidad para el estudio de la gobernación europea, 1997. Disponible em <http://seneca.uab.es/antropologia/redes/redes.htm>, acceso em setembro de 2007.
- BOSCH, X. – Spain's home healthcare programme goes nationwide. *British Medical Journal*, 320: 535, 2000.
- BOSSERT, T. J. *et al.* – Decentralization of health systems in Latin America. *Rev. Panamericana de Salud Publica*, 8: 84-92, 2000.
- BOULT, G. – Guided care: improving the quality of life for older americans with complex health care needs. Unpublished abstracts, 2005.
- BOULWARE, L. E. *et al.* – An evidence-based review of patient-centered behavioral interventions for hypertension. *Am. J. Prev. Med.*, 21: 221-232, 2001.
- BOURBEAU, J. *et al.* – Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch. Intern. Med.*, 163:585-591, 2003.
- BOURGEAULT, I. L. *et al.* – How can optimal skill mix be effectively implemented and why? Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
- BOYD, C. *et al.* – Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases, *JAMA*, 294: 716–724, 2005.
- BOYD, M. L. *et al.* – Community based case management for chronically ill older adults. *Nursing Manag.*, 27: 31-32, 1996.
- BRADDOCK, C. H. *et al.* – Informed decision making in outpatient practice. *JAMA*, 282: 2313-2320, 1999.

- BRANCA, F. *et al.* (Editors) – The challenge of obesity in the WHO Region and the strategies for response. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007.
- BRANCH, L. G. *et al.* – The PACE evaluation: initial findings. *Gerontologist*, 35: 349-359, 1995.
- BRAY, P. *et al.* – Feasibility and effectiveness of system redesign for diabetes care management in rural areas: the eastern North Carolina experience. *Diabetes Educ.*, 31:712-718, 2005.
- BRAYBROOK, S. & WALKER, R. – Influencing NSAID prescribing in primary care using different *feedback* strategies. *Pharmacy World Sci.*, 22: 39-46, 2000.
- BRITO, F. – A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e o desafio para a economia e a sociedade. Belo Horizonte, CEDEPLAR/UFMG, Texto para Discussão nº 318, 2007.
- BROUGH, F. K. *et al.* – Comparison of two teaching methods for self-care training for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Couns. Health Educ.*, 4: 111-116, 1982.
- BROUSSEAU, E. – L'économie des contrats: technologies de l'information et coordination interentreprises. Paris, PUF, 1993.
- BROWN, S. A. – Studies of educational interventions and outcomes in diabetic adults: a metaanalysis revisited. *Patient Educ. Couns.*, 16: 189-215, 1990.
- BROWN, S. A. & GRIMES, D. E. – A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nurs. Res.*, 44: 332-339, 1995.
- BUCCI *et al.* – Pharmacist's contribution in a heart function clinic: patient perception and medication appropriateness. *Can.J.Cardiol.*, 19: 391-396, 2003.
- BUNKER, J.P. *et al.* – Should surgery be regionalised? *Surgical Clinics of North America*, 62: 657-668, 1982.
- BUSS, P. & PELLEGRINI FILHO, A. – A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, 17: 77-93, 2007.
- BUSSAMRA, M. H. F. *et al.* – Educational program for some induced respiratory diseases in Brazilian Amazon: assessing knowledge about asthma. *The Journal of Asthma*, 41: 35-41, 2004.
- BUSSE, R. – Disease management programs in Germany's statutory health insurance system. *Health Affairs*, 23: 56-67, 2004.
- BUTLER, C. *et al.* – Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized controlled trial. *Brit. J. General Practice*, 49: 611-616, 1999.
- BYNG, R. *et al.* – Exploratory cluster randomized controlled trial of a shared care development for long-term mental illness. *Br. J. Gen. Pract.*, 54: 259-266, 2004.
- BYRNES, J.J. *et al.* – Disease management, making it work: a study in implementation strategies and results in an integrated delivery system. In: COUCH, J.B. – The health care professional's guide to disease management: patient-centered care for the 21st century. Gaithersburg, 1998.
- CAJIGAS, B.E. – Política de prestación de servicios de salud. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secretaria de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la Salud, 2003.
- CALIFORNIA MEDI-CAL TYPE 2 DIABETES STUDY GROUP – Closing the gap: effect of diabetes case *management* on glycemic control among low-income ethnic minority populations. *Diabetes Care*, 27: 95-103, 2004.

CAMINAL, J. *et al.* – The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur. J. Public Health*, 14: 246-251, 2004.

CAMPBELL, R. J., *et al.* – Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. *Family Medicine*, 35:60-64, 2003.

CAMPBELL, S. M. *et al.* – Identifying predictors of high quality care in English general practice. *British Medical Journal*, 323:784-787, 2001.

CAMPILLO, C. A. – Integración de la información para las intervenciones sanitarias: de los datos a la información; de la información a la acción. *Gaceta Sanitaria*, 22: 14-18, 2008.

CAMPOS, G.W.S. – Desafios para novos modelos de gestão: prioridade é fortalecer a rede básica. *Temas*, 15: 23, 1997.

CANADA HEALTH INFOWAY – 2015 advancing Canada's next generation of healthcare. Toronto, Canada Health Infoway Inc., 2006.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION – Hospital report 2003: acute care. Toronto, Government of Ontario/Ontario Hospital Association/University of Toronto, 2003.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION – Drug expenditures in Canada, 1985 to 2006. Ottawa, CIHI, 2007.

CAPILHEIRA, M. & SANTOS, I. S. – Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Revista de Saúde Pública*, 40: 436-443, 2006.

CAPLAN, G. A. *et al.* – A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department – the DEED II study. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 52: 1417-1423, 2004.

CAPOMOLLA, S. *et al.* – Cost/utility ratio in chronic heart failure: comparison between heart failure management program delivered by day-hospital and usual care. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 40: 1259-1266, 2002.

CAPRA, F. – As conexões ocultas. São Paulo, Ed. Cultrix, 2002.

CARDOSO-GONZALEZ, R. I. *et al.* – Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, 11: 227-231, 2003.

CAREY, D. *et al.* – Health care reform in the United States. Paris, OECD, Economics Department Working Paper n° 665, 2009.

CARL-ARDY, D. *et al.* – The human resource challenge in chronic care. In: NOLTE, E. & McKEE, M. (Editors) – *Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives*. European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press, 2008.

CARLINI, E. A. *et al.* – Levantamento domiciliar de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país, 2001. São Paulo, CEBRID/UNIFESP, 2001.

CARNEIRO, A. P. S. *et al.* – Perfil de 300 trabalhadores expostos à sílica atendidos ambulatorialmente em Belo Horizonte. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 28: 329-334, 2002.

CARR-HILL, R. *et al.* – Access and the utilization of healthcare services. In: FERGUSON, B. *et al.* (Editors) – *Concentration and choice in health care*. London, Financial Times Healthcare, 1997.

CARVALHO, A. de O. & EDUARDO, M. B. de P. – Sistemas de informação em saúde para municípios. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Série Saúde & Cidadania, 1998.

CARVALHO, V. L. M. – A prática do Agente Comunitário de Saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeçerica da Serra. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da USP, 2002.

CASANOVA, C. *et al.* – Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int. J. Qual. Health Care*, 8:51-59, 1996.

CASANOVA, C. & STARFIELD, B. – Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *International Journal of Health Services*, 25:283-294, 1995.

CASPERSEN, C. *et al.* – Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100:126-131, 1985.

CASTANEDA, R. *et al.* – A review of the effects of moderate alcohol intake on the treatment of anxiety and mood disorders. *J. Clin. Psychiatry*, 57: 207-212, 1996.

CASTELLS, M. – A sociedade em rede. São Paulo, Paz e Terra, Volume I, 4ª ed., 2000.

CASTRO, M. C. *et al.* – Malaria risk on the Amazon frontier. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103: 2452-2457, 2006.

CAVE, D.G. – Profiling physician practice patterns: using diagnostic episode clusters. *Medical Care*, 33: 463-486, 1995.

CAWLEY, J. – The cost-effectiveness of programs to prevent or reduce obesity: the state of the literature and a future research agenda. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 161: 611-614, 2007.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Framework for program evaluation in public health. Atlanta, *MMWR* 48, 1999.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Declines in lung cancer rates: California, 1988-1997. Atlanta, *MMWR* 49, 2000.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Strategies for reducing morbidity and mortality from diabetes through health-care system interventions and diabetes self-management education in community settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. Atlanta, *MMWR* 16, 2001.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – Promising practices in chronic disease prevention and control: a public health framework for action. Atlanta, Department of Health and Human Services, 2003.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – HIV/AIDS prevention *case management* guidance. Disponível em http://www.cdc.gov/hiv/topics/prev_prog/CRCS/resources/PCMG/4-1.htm, acesso em outubro de 2008.

CENTER FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. Disponível em www.cebm.net, acesso em outubro de 2008.

CENTER FOR STUDYING HEALTH SYSTEM CHANGE – Physician survey. 2008. Disponível em <http://www.hschange.com>, acesso em novembro de 2008.

CENTRE FOR CLINICAL MANAGEMENT DEVELOPMENT – Definition of year of care, 2007. Disponível em <http://www.dur.ac.uk/ccmd>, acesso em julho de 2008.

- CERCONE, J. – Contracting and improving value for money in Caribbean health insurance systems. Caribbean Regional Meeting on National Health Financing Initiatives, Sanigest, 2007.
- CHD COLLABORATIVE – Disponível em: <http://www.modernnhs.nhs.uk>, acesso em dezembro 2007.
- CHAIX-COUTOURIER, C. *et al.* – Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *Int. J. Qual. Health Care*, 12: 133-142, 2000.
- CHAIMOVICZ, F. – A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeção, alternativas. *Revista de Saúde Pública*, 31: 184-200, 1997.
- CHALLIS, D. *et al.* – Care management, dementia care and specialist mental health services: an evaluation. *Int. J. Geriatric Psychiatry*, 17: 315-325, 2002.
- CHAMPAGNE, F. *et al.* – Integration of health care and services. Montreal, University of Montreal/GRIS, 2003.
- CHAN, K. S. *et al.* – The PedsQL: Reliability and validity of the short-form generic core scales and asthma module. *Medical Care*, 43: 256-265, 2005.
- CHAPPELL, N. L. *et al.* – Comparative costs of home care and residential care. *Gerontologist*, 44: 389-400, 2004.
- CHAPMAN-NOVAKOFSKI, K. – Improvement in knowledge, social cognitive theory variables, and movement through stages of change after a community-based diabetes education program. *J. Am. Diet. Assoc.*, 105:1613-1616, 2005.
- CHARLTON, G. *et al.* – Evaluation of peak flow and symptoms only self management plans for control of asthma in general practice. *British Medical Journal*, 301: 1355-1359, 1990.
- CHAVES, S. M. M. – As práticas educativas dos agentes comunitários de saúde no Programa Saúde da Família de Presidente Prudente. Presidente Prudente, Dissertação de Mestrado, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UNIOESTE, 2005.
- CHAVES, S.R. – Estado da arte do financiamento de condições crônicas: a base da implantação do modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. In: CAMPOS, E.F. *et al.* – Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. Belo Horizonte, Editora da Federação das Unimeds de Minas Gerais, 2008.
- CHEAH, J. – Chronic disease management: a Singapore perspective. *British Medical Journal*, 323: 990-993, 2001.
- CHEN, J. *et al.* – Physician board certification and the care and outcomes of elderly patients with acute myocardial infarction. *Journal of General Internal Medicine*, 21: 238-244, 2006.
- CHERNOFF, R. G. *et al.* – A randomized, controlled trial of a community-based support program for families of children with chronic illness: pediatric outcomes. *Arch. Ped. Adoles. Med.*, 156: 533-539, 2002.
- CHI, Y. C. – The assessment of a hospital-based care management model for long-term care services. *J. Nurs. Res.*, 12: 317-326, 2004.
- CHIANG, L. C. *et al.* – Effects of a self-management asthma educational program in Taiwan based on PRECEDE-PROCEED model for parents with asthmatic children. *J. Asthma*, 41: 205-215, 2004.
- CHIN, M. H. *et al.* – Improving diabetes care in Midwest Community health centers with the Health Disparities Collaborative. *Diabetes Care*, 27:2-8, 2004.

CHODOSH, J. *et al.* – Meta-analysis: chronic disease selfmanagement programs for older adults, *Ann Intern Med*, 143: 427–438, 2005.

CHOY, D. K. *et al.* – Evaluation of the efficacy of a hospital-based asthma education programme in patients of low socio-economic status in Hong Kong. *Clin. Exp. Allergy*, 29: 84-90, 1999.

CHRISTENSEN, C. M. *et al.* – Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre, Bookman, 2009.

CHRISTIE, D. & WEIGALL, D. – Social work effectiveness in two-year stroke survivors: a randomised controlled trial. *Community Health Studies*, 8: 26-32, 1984.

CHRISTIE, W. – Keynote adress. In: ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – Health care reform: the will to change. Paris, OECD, Health Policies Study nº 8, Head of Publications Service, 1996.

CLANCY, D. E. *et al.* – Group visits in medically and economically disadvantaged patients with type 2 diabetes and their relationships to clinical outcomes. *Top Health Inf. Manag.*, 24: 8-14, 2003.

CLARK, N. M. *et al.* – Changes in functional health status of older women with heart disease: evaluation of a program based on self-regulation. *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.*, 55: 117-125, 2000.

CLARK, P.C. & DUNBAR, S. B. – Family partnership intervention: a guide for a family approach to care of patients with heart failure, *AACN Clin Issues*, 14: 467- 476, 2003.

CLARO, R. M. *et al.* – Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. *Revista de Saúde Pública*, 41: 557-564, 2007.

CLEMENT, S. – Diabetes self-management education. *Diabetes Care*, 18: 1204-1214, 1995.

CLEMENTS, D. *et al.* – Effective teamwork in health care: research and reality, 2007. Disponível em <http://www.healthcarepapers.com>, acesso em fevereiro de 2008.

COCHRANE, D. – Utilization management in primary and community care. In: COCHRANE, D. (Editor) – Managed care and modernization: a practitioner's guide. Buckingham, Open University Press, 2001a.

COCHRANE, D. – Introduction. In: COCHRANE, D. (Editor) – Managed care and modernization: a practitioner's guide. Buckingham, Open University Press, 2001b.

COCHRANE, D. – The NHS modernization agenda. In: COCHRANE, D. (Editor) – Managed care and modernization: a practitioner's guide. Buckingham, Open University Press, 2001c.

COCHRANE, D. – Managed care at the crossroads. In: COCHRANE, D. (Editor) – Managed care and modernization: a practitioner's guide. Buckingham, Open University Press, 2001d.

COCHRANE, D. – Evidence-based medicine in practice. In: COCHRANE, D. (Editor) – Managed care and modernization. Buckingham, Open University Press, 2001e.

COCHRANE, D. – Utilization management in acute in-patient care. In: COCHRANE, D. (Editor) – Managed care and modernization. Buckingham, Open University Press, 2001f.

COCHRANE, D. – Benchmarking in healthcare performance management. In: COCHRANE, D. (Editor) – Managed care and modernization: a practitioner's guide. Buckingham, Open University Press, 2001g.

COHEN, D. *et al.* – Resource effects of training general practitioners in risk communication skills and shared decision making competences. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 10:439-445, 2004.

- COILE, R.C.- Governing the integrated delivery network: new models for a post-reform environment. In: CONRAD, D.A. – Integrated delivery systems: creation, management, and governance. Chicago, Health Administration Press, 1997.
- COLE, J. D. – Psychotherapy with the chronic pain patient using coping skills development: outcome study. *J. Occ. Health Psy.*, 3: 217-226, 1998.
- COLEMAN, C.F. & WAGNER, E. – Mejora de la atención primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos. In: BENGEOA, R. & NUÑO, R.S. – Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona, Elsevier España, 2008.
- COLEMAN, E. A. *et al.* – Chronic care clinics: a randomized controlled trial of a new model of primary care for frail older adults. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 47: 775-783, 1999.
- COLEMAN, E. A. *et al.* – Reducing emergency visits in older adults with chronic illness: a randomized, controlled trial of groups visits. *Eff. Clin. Pract.*, 4: 49-57, 2001.
- COLEMAN, J. S. – Social capital in the creation of human capital. *Am. J. Sociol.*, 94: 95-120, 1988.
- COLIN-THOME, D. – The new primary care is managed care. In: COCHRANE, D. (Editor) – Managed care and modernization: a practitioner's guide. Buckingham, Open University Press, 2001.
- COLIN-THOME, D. – O princípio da integralidade. São Paulo, Seminário Internacional 20 anos do SUS, 2008.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE – As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.
- COMISSÃO SOBRE MACROECONOMIA E SAÚDE – Investir em saúde. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2003.
- COMISSION SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD – Subsana las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, CDSS, 2008.
- COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH – A conceptual framework for action on social determinants of health. Geneva, WHO, Discussion Paper for the Commission on Social Determinants of Health, Draft, 2007.
- COMITÊ DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS DA SESMG – A crise hospitalar em Minas Gerais e sua superação: um programa de melhoria da qualidade dos hospitais do SUS/MG. Belo Horizonte, Nota Técnica do Comitê de Assuntos Estratégicos da SESMG, 2003.
- COMITÊ DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS – Situação de saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte, SESMG, 2005.
- COMITÊ DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS DA SESMG – As redes de atenção à saúde em Minas Gerais e o sistema de apoio diagnóstico. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde, 2006.
- CONKLIN, A. *et al.* – Improving patient safety in EU. Cambridge, Rand Corporation Europe, 2008.
- CONN, V.S. *et al.* – Interventions to increase physical activity among aging adults: a meta-analysis. *Ann. Behav. Med.*, 24: 190-200, 2002.
- CONRAD, D. A. – Developing a strategy for managed care contracting. In: FOUNDATION OF THE AMERICAN COLLEGE OF HEALTHCARE EXECUTIVES – Integrated delivery systems: creation, management and governance. Chicago, Health Administration Press, 1997.

- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002a.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – Resolução CFM nº 1.639, de 10 de julho de 2002b.
- CONSELHO NACIONAL DE MEIO AMBIENTE – Resolução nº 283, de 12 de julho de 2001.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – SUS: avanços e desafios. Brasília, CONASS, 2006a.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – Oficina de redes de atenção à saúde. Brasília, CONASS, 2006b.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – Assistência farmacêutica no SUS. Brasília, CONASS/Ministério da Saúde, Coleção Progestores, 2007a.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – Ciência e Tecnologia em saúde. Brasília, CONASS/Ministério da Saúde, Coleção Progestores, 2007b.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – Vigilância em saúde. Brasília, CONASS/Ministério da Saúde, Coleção Progestores, 2007c.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – Regulação em saúde. Brasília, CONASS/Ministério da Saúde, Coleção Progestores, 2007d.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Brasília, CONASS/Organização Pan-Americana da Saúde, 2007e.
- COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA – Programa Mãe Curitibana, 10 anos. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, 2009.
- COOTER, R.D. & ULEN, T.S. – Law and economics. London, Scott, Foreman and Co., 1988.
- CONNOR, C. A. *et al.* – The safety and effectiveness of a nurse-led anticoagulant service. *J. Adv. Nurs.*, 38: 407- 415, 2002.
- CONRAD, D. A. – Developing a strategy for managed care contracting. In: FOUNDATION OF THE AMERICAN COLLEGE OF HEALTHCARE EXECUTIVES – Integrated delivery systems: creation, management and governance. Chicago, Health Administration Press, 1997.
- CONTANDRIOPOULOS, A. – A avaliação na área da saúde: conceito e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Organizadora) – Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1997.
- CORDEIRO JÚNIOR, W. – A gestão de risco na urgência. Belo Horizonte, Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008.
- CORDEIRO JÚNIOR, W. & MAFRA, A. de A. – A rede de atenção à urgência e emergência e o protocolo de classificação de risco de Manchester. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.
- CORKERY, E. *et al.* – Effect of a bicultural community health worker on completion of diabetes education in a Hispanic population. *Diabetes Care*, 20: 254-257, 1997.
- CORRAO, G. *et al.* – Alcohol-attributable and alcohol preventable mortality in Italy: a balance in 1983 and 1996. *European J. Public Health*, 12: 214-223, 2002.
- CORRAO, G *et al.* – A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Prev. Med.*, 38: 613-619, 2004.

- COSTA, J. S. D. *et al.* – Heavy alcohol consumption and associated factors: a population-based study. *Revista de Saúde Pública*, 38: 45-54, 2004.
- COSTA, J. S. D. *et al.* – Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21: 275-282, 2005.
- COUCH, J.B. – Disease management: an overview – In: COUCH, J.B. (Editor) – The health care professional's guide to disease management: patient-centered care for the 21st century. Gaithersburgh, Aspen Publication, 1998.
- COULTER, A. *et al.* – Where are the patients in decision-making about their own care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
- COULTER, A. & ELLINS, J. – Quest for quality and improved performance patient-focused interventions: a review of the evidence. Oxford, The Health Foundation, Picker Institute Europe, 2006.
- COULTER, A. & MAGEE, H. – The European patient of the future. Maidenhead, Open University Press, 2003.
- COUTINHO, D. C. – Desnutrição e dieta inadequada. *RADIS*, 76: 20-21, 2008.
- COYNE, J.C. *et al.* – The benefits of a broader perspective in case-finding for disease management of depression: early lessons from the PROSPECT Study. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 16:570-576, 2001.
- CRANE, M. & WERBER, B. – Critical pathway approach to diabetic pedal infections in a multidisciplinary setting. *J. Foot Ankle Surg.*, 38: 30-33, 1999.
- CRETIN, S *et al.* – An evaluation of collaborative interventions to improve chronic illness care: framework and study design. *Evaluation Review*, 28: 28-51, 2004.
- CRUZ, V. K. O. – Delivery of health interventions: searching for synergies within vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development*, 15: 67-86, 2003.
- CUNHA, A. S. & SICHIERI, R. – Trends in underweight, overweight and body mass index among elderly population of Brazil. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 11: 15-19, 2007.
- CUNILLERA, R. – Redes integradas para la provisión de servicios de salud: la experiencia de Cataluña, el caso de Badalona Serveis Assistentials S.A. Belo Horizonte, Consulta Regional da Organização Pan-Americana da Saúde sobre Redes Regionais de Atenção, 2008.
- DACHS, J. N. W. – Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7: 641-657, 2002.
- Da COSTA, J. S *et al.* – Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Petrópolis, Rio Grande do Sul, Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 88: 59-65, 2007.
- DAHLGREN, G. & WHITEHEAD, M. – Policies and strategies to promote social equity in health. Stocolm, Institute for Future Studies, 1991.
- D'AMOUR, D. *et al.* – A model and tipology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8: 188, 2008.
- DANIEL, D. M. *et al.* – A state-level application of the chronic illness breakthrough series: results from two collaboratives on diabetes in Washington State. *Jt. Comm. J. Qual. Saf.*, 30:69-79, 2004.
- DAOUN, M. Graças aos celulares cresce o número de brasileiros com acesso à telefonia. UOL Notícias, 18 de setembro de 2008.

DARER, J. D. – More training needed in chronic care: a survey of US physicians. *Acad.Med.*, 79: 541-548, 2004.

DAVIDSON, J. – Strategies for improving glycemic control: effective use of glucose monitoring. *Am. J. Med.*, 118:27-32, 2005.

DAVIES, M. *et al.* – Evaluation of a hospital diabetes specialist nursing service: a randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*, 18: 301-307, 2001.

DAVIES, P. – What is evidence-based education? *British Journal of Educational Studies*, 47: 108-121, 1999.

DAVIS, D. A. *et al.* – Evidence for the effectiveness of CME: a review of 50 randomized controlled trials. *JAMA*, 268: 1111-1117, 1992.

DAVIS, D. A. *et al.* – Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA*, 274: 700-705, 1995.

DAVIS, D. A. *et al.* – Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA*, 282: 867-874, 1999.

DAVIS, W. A. *et al.* – Is self-monitoring of blood glucose appropriate for all type 2 diabetic patients? *Diabetes Care*, 29:1764-1770, 2006.

DAWSON, B. – Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica n° 93, 1964.

DEBUCK, P. D. *et al.* – A multidisciplinary job retention vocational rehabilitation programme for patients with chronic rheumatic diseases: patients' and occupational physicians' satisfaction. *Ann. Rheum. Dis.*, 63: 562-568, 2004.

DEBUSK, R. F. *et al.* – A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. *Ann. Intern. Med.*, 120: 721-729, 1994.

DECI, E. & RYAN, R. – *Intrinsic motivation and self determination in human behaviour*. New York, Plenum, 1985.

DEKKER, L. – *Changing health care in the Netherlands*. The Hague, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1988.

DELANEY, *et al.* – *Strategic principles of drinkdriving enforcement*. Clayton, Victoria, Monash University Accident Research Centre, 2006. Disponível em <http://www.monash.edu.au/muarc/reports/muarc249.pdf>, acesso em janeiro de 2007.

DE MAESENEER, J. M. *et al.* – Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Ann. Fam. Med.*, 1: 144-148, 2003.

DEMERS, D. *et al.* – Computer simulated cost effectiveness of care management strategies on reduction of long-term sequelae in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Quality Management in Health Care*, 6: 1-13, 1997.

DE MICHELI, D. *et al.* – Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Rev AMB*, 50:305-313, 2004.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE – *Sistemas de informação em saúde*. São Paulo, Faculdade de Medicina da UNIFESP, 2000.

DEPARTAMENTO DE PROPEDEÚTICA COMPLEMENTAR – Assistência em patologia clínica. Belo Horizonte, Faculdade de Medicina da UFMG, 2007.

DEPARTMENT OF HEALTH – Corporate governance in the NHS: code of conduct, code of *accountability*. London, The Stationery Office, 1994.

DEPARTMENT OF HEALTH – The new NHS: modern, dependable. London, The Stationery Office, 1997.

DEPARTMENT OF HEALTH – A first class service: quality in the new NHS. London, Stationery Office, 1998.

DEPARTMENT OF HEALTH – National service Framework for Coronary Heart Disease. London, HMSO, 2000.

DEPARTMENT OF HEALTH – The expert patient: a new approach to chronic disease management for the 21st century. London, Department of Health, 2001.

DEPARTMENT OF HEALTH – Chronic disease management and self-care. London, Stationery Office, 2002.

DEPARTMENT OF HEALTH – Improving chronic disease management. London, Stationery Office, 2004.

DEPARTMENT OF HEALTH – Supporting people with long-term conditions: a NHS and social care model to support local innovation and integration. Leeds, Long Term Conditions Team Primary Care, Department of Health, 2005a.

DEPARTMENT OF HEALTH – Self care support: a compendium of practical examples across the whole system of health and social care. London, Department of Health, 2005b.

DEPARTMENT OF HEALTH – Improving chronic disease management. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/en/PublicationsandStatistics/Publications>, acesso em outubro de 2008.

DEUTCHMAN, M. *et al.* – Perinatal outcomes: a comparison between family physicians and obstetricians. *J. Am. Board Fam. Pract.*, 8: 440-447, 1995.

DEVEUGELE, M. *et al.* – Consultation in general practice: a standard operating procedure? *Patient Educ. Couns.*, 54:227-233, 2004.

DIAS, R. B. & CASTRO, F. M. – Grupos operativos. Belo Horizonte, Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade, 2006.

DICKINSON, L. M. *et al.* – RCT of a care manager intervention for major depression in primary care: 2-year costs for patients with physical vs psychological complaints. *Ann. Fam. Med.*, 3: 15-22, 2005.

DIJKSTRA, A. – The validity of the stages of change model in the adoption of the self-management approach in chronic pain. *Clin. J. Pain*, 21: 27–37, 2005.

DLUGACZ, Y.D. *et al.* – The quality handbook for health care organizations: a manager's guide to tools and programs. San Francisco, John Wiley & Sons, 2004.

DOAK, C. M. *et al.* – The dual burden household and the nutrition transition paradox. *International Journal of Obesity*, 29: 129-136, 2005.

DOCTEUR, E. & OXLEY, H. – Health care systems: lessons from the reform experience. Paris, OECD Papers n° 9, 2004.

- DONABEDIAN, A. – Aspects of medical care administration. Boston, Harvard University Press, 1973.
- DONABEDIAN, A. – An introduction on quality assurance in health care. Oxford, Oxford University Press, 2003.
- DONOHOE, M. E. *et al.* – Improving foot care for people with diabetes mellitus: a randomized controlled trial of an integrated care approach. *Diabetic Med.*, 17: 581-587, 2000.
- DORR, D. A. *et al.* – Implementing a multidisease chronic care model in primary care using people and technology. *Dis. Manag.*, 9:1-15, 2006.
- DOUGHTY, R.N. *et al.* – Randomized, controlled trial of integrated heart failure management: The Auckland Heart Failure Management Study. *Eur. Heart J.*, 23:139-146, 2002.
- DOWLING, W.L. – Strategic alliance as a structure for integrated delivery systems. In: FOUNDATION OF THE AMERICAN COLLEGE OF HEALTHCARE EXECUTIVES – Integrated delivery systems: creation, management and governance. Chicago, Health Administration Press, 1997.
- DOWSWELL, G. *et al.* – A qualitative study of specialist nurse support for stroke patients and caregivers at home. *Clin. Rehabil.*, 11: 293-301, 1997.
- DUCCI, L. – O sistema de saúde em Curitiba. In: DUCCI, L. *et al.* – Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, CEBES, 2001.
- DUGDALE, D. C. *et al.* – Time and the physician-patient relationship. *J. Gen. Intern. Med.*, 14:34-40, 1999.
- DUNBAR-JACOB, J. & SCHLENK, E. – Patient adherence to treatment regimens. *Pharmaceutical Journal*, 267: 102-119, 2001.
- DURAND-ZALESKI, I. & OBRECHT, O. – France. In: NOLTE, E. *et al.* (Editors) – Managing chronic conditions: experience in eight countries. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
- DUSSAULT, G. – A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, 26: 9-19, 1992.
- DWIGHT-JOHNSON, M. *et al.* – Can collaborative care address the needs of low-income latinas with comorbid depression and cancer? Results from a randomized pilot study. *Psychosomatics*, 46:224-232, 2005.
- EAGLE, K. A *et al.* – Length of stay in the intensive care unit: effects of practice guidelines and *feedback*. *JAMA*, 264: 992-997, 1990.
- EAKIN, E. G. *et al.* – Reaching those most in need: a review of diabetes selfmanagement interventions in disadvantaged populations. *Diabetes Metabolism Research and Reviews*, 18:26-35, 2002.
- EASTMAN, R. *et al.* – Models of complications of NIDDM II: analysis of the health benefits and cost-effectiveness of treating NIDDM with the goal of normoglycaemia, *Diabetes Care*, 20: 685–686, 1997.
- EASTWOOD, A. J. & SHELDON, T. A. – Organisation of asthma care: what difference does it make? A systematic review of the literature. *Qual. Health Care*, 5: 134-143, 1996.
- EDDY, D. – Practice policies, what are they? *JAMA*, 263: 877-880, 1990.
- EDWARDS, N. *et al.* – Changing hospital systems. In: SALTMAN, R.B. *et al.* (Editors) – Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham, Open University Press, 1998.

- EDWARDS, P. & TSOUROS, A. – Promoting physical activity and active living in urban environments: the role of local governments. Copenhagen, Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2006.
- EGAN, E. *et al.* – A randomized controlled trial of nursing-based *case management* for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Lippincott's Case Management*, 7: 170-179, 2002.
- ELAZAR, D. – Exploring federalism. Alabama, University of Alabama, 1987.
- ELLRODT, A G. *et al.* – Measuring and improving physician compliance with clinical practice guidelines. *Annals Int. Med.*, 122: 277-282, 1990.
- ELWYN, G. *et al.* – Developing a quality criteria framework for patient decision aids: *on-line* international Delphi consensus process. *British Medical Journal*, 333:417-419, 2006.
- EMSLIE, S. – Risk management in the National Health Service in England. London, Department of Health, 2001.
- EMSLIE, S. – Foreward. In: McSHERRY, R. *et al.* – Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals. Oxford, Blackwell Science Ltd., 2002.
- ENDICOTT, L. *et al.* – Operating a sustainable disease management program for chronic obstructive pulmonary disease. *Lippincotts Case Manag.*, 8: 252-262, 2003.
- ENGEL, W. *et al.* – The treatment of patients with asthma by specialists and generalist. *Med. Care*, 27: 306-314, 1989.
- ENGLAND, R. *et al.* – Health sector reform: a toolkit for communication. London, Institute for Health Sector Development, 1997.
- ENTHOVEN, A. – Managed competition of alternative delivery systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 13: 305-321, 1988.
- ENTHOVEN, A. – A reconstructionist's view of managed competition. Integrated health delivery systems, 1999. Duke Private Sector Conference, 1999.
- ENTHOVEN, A. & TOLLEN, L.A. – Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency. Project Hope, The People-to-People Health Foundation, 2005.
- EPSTEIN, R. M. *et al.* – Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann. Fam. Med.*, 3: 415-421, 2005.
- ERSKINE, J. – Future vision of regional healthcare. European Union, Network for Future Regional Healthcare, 2006.
- ESPÍNOLA, F. D. S. & COSTA, I. C. C. – Agentes comunitários de saúde do PSF e PACS: uma análise de sua vivência profissional. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 18: 43-51, 2006.
- ESTRADA, R. A. *et al.* – La red de servicios del municipio y sus momentos. Universidad Autonoma de Chiapas, 2006.
- ETZIONI, A – Organizações modernas. São Paulo, Ed. Pioneiras, 8ª ed., 1989.
- EUROPEAN COMMISSION – EURODIET Core Report. Heraklion, European Commission and the University of Crete School of Medicine, 2000.
- EVANS, R.G. – Marketing markets, regulating regulators: who gains? who loses? what hopes? what scopes? In: ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – Health care

reform: the will to change. Paris, OECD, Health Policy Studies nº 8, Head of Publications Service, 1996.

EVANS, R. G. – Thomas McKeown, meet Fidel Castro: physicians, population health and the Cuban paradox. *Health Care Policy*, 3: 21-32, 2008.

EVANS, R. L. *et al.* – Multidisciplinary rehabilitation versus medical care: a meta-analysis. *Soc. Sci. Med.*, 40: 1699-1706, 1995.

EXPERT GROUP ON LEARNING FROM ADVERSE EVENTS IN THE NHS – An organisation with a memory. London, The Stationery Office, 2000.

EXPERT PATIENTS PROGRAMME. Disponível em <http://www.expertpatients.co.uk>, acesso em outubro de 2008.

FÁBREGA, R. – El camino de la reforma: construyendo redes asistenciales basadas en la atención primaria. Santiago, Reunión de expertos en sistemas integrados de salud, Organización Panamericana da la Salud, 2007.

FAGERBERG, B. *et al.* – Effect of acute stroke unit care integrated with care continuum versus conventional treatment: a randomized 1 year study of elderly patients. The Goteborg 70+ Stroke Study. *Stroke*, 31: 2578-2584, 2000.

FAGG, K. L. *et al.* – Laboratory restructuring in metropolitan Edmonton: a model for laboratory reorganization in Canada. *Clinica Chimica Acta*, 290: 73-91, 1999.

FAHEY, T. *et al.* – Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochane Database Syst. Rev.*, 1, CD005182, 2005.

FARHAT, S. C. L. *et al.* – Effects of air pollution on pediatric respiratory emergency room visits and hospital admissions. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 38: 227-235, 2005.

FARIA, N. M. X. *et al.* – Trabalho rural, exposição a poeiras e sintomas respiratórios entre agricultores. *Revista de Saúde Pública*, 40: 827-836, 2006.

FARREL, D. I. *et al.* – Utilization and cost effectiveness of a family practice center. *J. Fam. Pract.*, 5: 957-962, 1982.

FAST, B. & CHAPIN, R. – The strengths model in long-term care: linking cost containment and consumer empowerment. *J. Case Manag.*, 5: 51-57, 1996.

FEACHEM, G.A *et al.* – Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanent. *British Medical Journal*, 324: 135-143, 2002.

FEDER, G. *et al.* – Do clinical guidelines introduced with practice based education improve care of asthmatic and diabetic patients? A randomized controlled trial in general practices in East London. *British Medical Journal*, 311: 1473-1478, 1995.

FEENSTRA, T. L. *et al.* – Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modeling study. *Value in Health*, 8:178–190, 2005.

FELDMAN, R. & DOWD, B. – A new estimate of the welfare loss of excess health insurance. *American Economic Review*, 81: 297-301, 1991.

FELTON, T. – Evidence-based medicine. In: COUCH, J.B. (Editor) – The health professional's guide to disease management: patient-centered care for the 21st century. Gaithersburg, Aspen Publication, 1998.

- FERGUSON, B. *et al.* – Introduction. In: FERGUSON, B. *et al.* (Editors) – Concentration and choice in healthcare. London, FT Healthcare, 1997.
- FERGUSON, J.A. & WEINBERGER, M. – Case management programs in primary care. *J. Gen. Int. Med.*, 13: 123-126, 1998.
- FERLIE, E. *et al.* – The new public management in action. Oxford, Oxford University Press, 1996.
- FERNÁNDEZ, J.M.D. – Los sistemas integrados de salud: un modelo para avanzar tras completar las transferencias. Barcelona, B & F Gestión y Salud, 2004.
- FERRAZ, M. B. – Dilemas e escolhas do sistema de saúde: economia da saúde ou saúde da economia? Rio de Janeiro, Medbook Editora Científica Ltda, 2008.
- FERRIS, T. *et al.* – Changes in daily practice of primary care for children. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 152: 227-233, 1998.
- FERVERS, B. *et al.* – Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *International Journal for Quality in Health Care*, 18: 167-176, 2006.
- FICHTENBERG, C. M. & GLANTZ, S.A. – Association of the California tobacco control program with declines in cigarette consumption and mortality from heart disease. *N. Engl. J. Med.*, 343: 1772–1777, 2000.
- FIELDING, J. E. *et al.* – Tobacco: health effects and control. In: MAXCY, K. F. *et al.* – Public health and preventive medicine. Stanford, Appleton & Lange, 14th ed, 1998.
- FIGUERAS, J. *et al.* – Health systems, health and wealth: assessing the case for inverting in health systems. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
- FINLAY, I. G. *et al.* – A randomised controlled study of portfolio learning in undergraduate cancer education. *Medical Education*, 32: 172-176, 1998.
- FINLEY, P. R. *et al.* – Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Pharmacotherapy*, 23: 1175-1185, 2003.
- FIREMAN, B. *et al.* – Can disease management reduce health care costs by improving quality? *Health Affairs*;23:63-75, 2004.
- FIRST NATIONS AND INUIT HEALTH BRANCH – Non-insured health benefits programa. Ottawa, Health Canada, 2008.
- FITZGERALD, J. F. *et al.* – A case manager intervention to reduce readmissions. *Arch. Int. Med.*, 154: 1721-1729, 1994.
- FLAMM, B. *et al.* – Reducing cesarean section rates safely: lessons from a “Breakthrough Series” Collaborative. *Birth*, 25:117-124, 1998.
- FLEMING, B. *et al.* – The relationship between organizational systems and clinical quality in diabetes care. *Am. J. Manag. Care*, 10:934-944, 2004.
- FLEMING, D. M. *et al.* – The European study of referrals from primary to secondary care. London, Royal College of General Practitioners, Occasional Paper nº 56, 1992.
- FLETCHER, A. E. *et al.* – Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice: a cluster-randomised factorial trial. *Lancet*, 364: 1667-1677, 2004.
- FLEURY, S. M. T. & OUVÉNEY, A. M. – Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007.

- FONSECA, A. L. *et al.* – Guia de medicamentos 2006. Belo Horizonte, Fundação Ezequiel Dias, 2006.
- FORREST, C.B. & STARFIELD, B. – Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am. J. Public Health*, 88:1330-1336; 1998.
- FORTUNA, C. M. *et al.* – O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos de processo grupal e de grupos operativos. *Rev. Latinoam. Enferm.*, 13: 262-268, 2005.
- FOR YOUR DIABETES LIFE – Diabetes forum. Disponível em <http://www.dlife.com>, acesso em dezembro de 2008.
- FOSTER, G. *et al.* – Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4: CD005108, 2007.
- FOUNDATION FOR ACCOUNTABILITY – The FACCT consumer information framework: comparative information for better health care decisions. 1997.
- FRANCO, T. B. & MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. – Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. *et al.* (Organizadores) – O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo, Ed. Hucitec, 2ª ed., 2004.
- FRANKEL, S. *et al.* – Childhood energy intake and adult mortality from cancer: the Boyd Orr Cohort Study. *British Medical Journal*, 316:499-504, 1998.
- FRANKS, P. & FISCELLA, K. – Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice* 47:105-109, 1998.
- FRAZÃO, P & MARQUES, D. S. C. – Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11: 131-144, 2006.
- FREESZ, L. F. – Rede de assistência laboratorial no estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.
- FRENK, J. – Concept and measurement of accessibility. *Salud Publica Mex.*, 27:438-453, 1985.
- FRENK, J. *et al.* – La transición epidemiologica en America Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 111: 458-496, 1991.
- FRENK, J. – Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi, Comission on Social Determinants of Health, 2006.
- FRETHEIM, A. *et al.* – Improving the use of research evidence in guideline development: 3. Group composition and consultation process. Oslo, Norwegian Knowledge Centre for the Health Service, 2006.
- FRICH, L. M. – Nursing interventions for patients with chronic conditions. *J. Adv. Nurs.*, 44: 137-153, 2003.
- FRIEDMAN, N. M. *et al.* – Management of diabetes mellitus in the Lovelace Health Systems' Episodes of care program. *Effective Clin. Pract.*, 1: 5-11, 1998.
- FRIEDMAN, T.L. – O mundo é plano: uma breve história do século XXI. Rio de Janeiro, Objetiva, 2007.
- FRIES, J. F. *et al.* – Patient education in arthritis: randomized controlled trial of a mail-delivered program. *J. Rheumatology*, 24: 1378-1383, 1997.
- FRIJLING, B. D. *et al.* – Multifaceted support to improve clinical decision making in diabetes care: a randomized controlled trial in general practice. *Diabet. Med.*, 19: 836-842, 2002.

- FRIGLING, B. D. *et al.* – Intensive support to improve clinical decision making in cardiovascular care: a randomised controlled trial in general practice. *Qual. Saf. Health Care*, 12: 181-187, 2003.
- FROHLICH, A. & JORGENSEN, J. – Improving care in patients with chronic conditions, 2004. Disponível em <http://www.integratedcarenetwork.org/publish/articles/000045/article.htm>, acesso em junho de 2007.
- FROLICH, A. *et al.* – A behavioural model of clinician responses to incentives to improve quality. *Health Policy*, 80: 179–193, 2007.
- FROLICH, A. *et al.* – A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente. *BMC Health Services Research*, 8: 252, 2008.
- FRY, J. & FINLEY, W. – The prevalence and costs of obesity in the EU. *Proceedings of the Nutrition Society*, 64:359-362, 2005.
- FU, D. *et al.* – Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health Organization*, 81: 174-182, 2003.
- FUJISAWA, R. & LaFORTUNE, G. – The remuneration of general practitioners and specialists in 14 countries: what are the factors influencing variations across countries? OECD, Health Working Papers nº 41, DELSA/HEA/WDIHWP, 2008.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO – Déficit habitacional no Brasil. Belo Horizonte, Centro de Estatísticas e Informações, 2004.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO – Minas Gerais: acesso e utilização dos serviços de saúde, PNAD 1998 e 2003. Belo Horizonte, CEES/Fundação João Pinheiro, 2005.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO – Caracterização dos hospitais do PRO-HOSP: desafios para o monitoramento. Belo Horizonte, CEES/Fundação João Pinheiro, 2007.
- GALLEFOSS, F. – The effects of patient education in COPD in a 1-year follow-up randomised, controlled trial. *Patient Educ. Couns.*, 52: 259-266, 2004.
- GARCIA, L. P. *et al.* – Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. *Cadernos de Saúde Pública*, 20: 744-752, 2004.
- GARDINI, A. *et al.* – Is there a future for clinical laboratories? *Clinica Chimica Acta*, 319: 107-110, 2002.
- GARG, A.X. *et al.* – Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review, *JAMA*, 293: 1223–1238, 2005.
- GATTIS, A. *et al.* – Reduction in heart failure management team: results of the pharmacist in heart failure assessment recommendation and monitoring (PHARM) study. *Arch. Intern. Med.*, 159: 1939-1945, 1999.
- GAZETA MERCANTIL – Médias empresas são o alvo de compra das grandes redes. *Gazeta Mercantil*, 16 de julho de 2006.
- GAWANDE, A. – Complications: a surgeon's notes on an imperfect science. London, Profile Books, 2002.
- GAZMARARIAN, J. A. *et al.* – Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. *JAMA*, 281:545–551, 1999.

GENERALITAT DE CATALUNYA – Pla d’Innovació de l’Atenció Primària i Salut Comunitària 2007-2010. Barcelona, Departament de Salut, 2007.

GERSON, C. D. & GERSON, M. J. – A collaborative health care model for the treatment of irritable bowel syndrome. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.*, 1: 446-452, 2003.

GHALI, J. K. *et al.* – A community-based disease management program for postmyocardial infarction reduces hospital readmissions compared with usual care. *Evidence-Based Healthcare*; 8:119-121, 2004.

GHOSH, C. S. *et al.* – Reductions in hospital use from self management training for chronic asthmatics. *Soc. Sci. Med.*, 46: 1087-1093, 1998.

GIACOMINI, C.H. – Descentralização e distritos sanitários: aproximação ao deslocamento do poder no processo de distritalização da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Dissertação de mestrado, Londrina, Universidade Estadual de Londrina, 1994.

GIATTI, L. & BARRETO, S. M. – Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 40: 99-106, 2006.

GILBODY, S. *et al.* – Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. *JAMA*, 289: 3145-3151, 2003.

GILL, J. M. *et al.* – The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch. Fam. Med.*, 9:333-338, 2000.

GILMER, T. P. *et al.* – Impact of office systems and improvement strategies on costs of care for adults with diabetes. *Diabetes Care*, 29:1242-1248, 2006.

GILMER, T. P. & O’CONNOR, P.J. – Cost effectiveness of diabetes mellitus management programs: a health plan perspective. *Disease Management & Health Outcomes*, 11:439-453, 2003.

GILSON, L. & McINTYRE, D. – Removing user fees for primary care: necessary, but not enough by itself. *Equinet Newsletter*, 42, 2004.

GIOVANELLA, L. – Redes integradas, programas de gestão da clínica e clínico geral: reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. Frankfurt, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ/Institut für Medizinische Soziologie, 2004.

GIRARD, J.E. – Experiencia de Canada: desarrollo y planificación de redes de atención en los servicios de salud. Santiago, Seminario Internacional de Desarrollo de la Red Asistencial. Santiago, Ministerio de Salud de Chile, 1999.

GLASGOW, N. *et al.* – Proactive asthma care in childhood: general practice based randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 327: 659, 2003

GLASGOW, N. *et al.* – Decision support. In: NOLTE, E. & McKEE, M. (Editors) – *Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives*. European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press, 2008.

GLASGOW, R. E. – Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt. Comm. J. Qual. Saf.*, 29: 563-574, 2003.

GLASGOW, R. E. *et al.* – Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. *Ann. Behav. Med.*, 24:80-87, 2002.

GLASGOW, R. E. *et al.* – Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). *Med. Care*, 43: 436-444, 2005.

- GLIED, S. – Chronic condition: why health reform fails. Cambridge, Harvard University Press, 1997.
- GLLOTH, B. E. – Promoting patient involvement: educacional, organizational, and environmental strategies. *Patient Educ. Couns.*, 15: 29-38, 1990.
- GOETZEL, R. Z. *et al.* – Return on Investment in disease management: a review. *Health Care Finance Rev.*, 26:1-19, 2005.
- GOHDES, D. *et al.* – Improving diabetes care in the primary health setting: The Indian Health Service experience. *Ann. Intern. Med.*, 124: 149-152, 1996.
- GOITEIN, M. – Waiting patiently. *N. Engl. J. Med.*, 323: 604-608, 1990.
- GOMES, C. A. P. *et al.* – A assistência farmacêutica na atenção à saúde. Belo Horizonte, Editora Fundação Ezequiel Dias, 2007.
- GOMES, C. L. S. *et al.* – Operacionalização da microrregulação dentro do modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. In: CAMPOS, E.F. *et al.* – Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. Belo Horizonte, Editora da Federação das Unimeds de Minas Gerais, 2008.
- GOMES, G. M. & MacDOWELL, M. C. – Descentralização política, federalismo fiscal e criação de municípios: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social. Brasília, IPEA, Texto para discussão nº 706, 2000.
- GONSETH, J. *et al.* – The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur. Heart J.*, 25: 1570-1595, 2004.
- GONZAGA, A. A. & MULLER NETO, J. S. – Usuários avaliam as equipes de saúde da família em Mato Grosso. *Revista Brasileira de Saúde da Família* 1:3:53-56, 2000.
- GOREY, K. M. *et al.* – Effectiveness of *case management* with severely and persistently mentally ill people. *Community Mental Health J.*, 34: 241-250, 1998.
- GORTMAKER, S. L. *et al.* – Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth: Planet health. *Arch. Ped. Adolesc. Med.*, 153: 409-418, 1999.
- GOSTIN, L.O. – Law as a tool to facilitate healthier lifestyles and prevent obesity. *JAMA*, 297: 87-90, 2007.
- GOVERNMENT OF BRITISH COLUMBIA – British Columbia expanded chronic care model, 2008. Disponível em <http://www.health.gov.bc.ca>, acesso em outubro de 2008.
- GRADWELL, C. *et al.* – A randomized controlled trial of nurse follow-up clinics: do they help patients and do they free up consultants' time? *Br. J. Dermatol.*, 147: 513-517, 2002.
- GRAY, A – Governing medicine: an introduction. In: GRAY, A & HARRISON, S. – Governing medicine: theory and practice. Berkshire, Open University Press, 2004.
- GRAY, M. – Evidence-based healthcare and public health. Edinburgh, Churchill Livingstone Elsevier, 3d. edition, 2009.
- GREB, S. *et al.* – Managing primary care behavior through payment systems and financial incentives. In: SALTMAN, R.B. *et al.* – Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Buckingham, Open University Press, 2004.
- GREENFIELD, S. *et al.* – Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. *JAMA*, 267: 1624-1630, 1992.

- GRENEIDER, D. K. *et al.* – Reduction in resource utilization by an asthma outreach program. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 149: 415-420, 1995.
- GREINER, D. K. *et al.* – A randomized controlled trial of a pediatric asthma outreach program. *J. Allergy Clin. Immunology*, 103: 436-440, 1999.
- GRIFFIN, S. – Diabetes care in general practice: meta-analysis of randomised control trials. *British Medical Journal*, 317: 390-396, 1998.
- GRIFFIN, S. *et al.* Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Annals of Family Medicine*, 2:595–608, 2004.
- GRIFFIN, S. & KINMONTH, A. I. – Systems for routine surveillance for people with diabetes. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2, CD000541, 2000.
- GRIFFIN, S. & KINMONTH, A.L. – Systems for routine surveillance for people with diabetes mellitus. In: THE COCHRANE LIBRARY – Chichester, UK, Wiley & Sons, Issue 2, 2004.
- GRIFFITH, J.R. – Managing the transition to integrated health care organizations. In: CONRAD, D.A. – *Integrated delivery systems: creation, management, and governance*. Chicago, Health Administration Press, 1997.
- GRIFFITHS, C. *et al.* – Specialist nurse intervention to reduce unscheduled asthma care in a deprived multiethnic area: the east London randomised controlled trial for high risk asthma. *British Medical Journal*, 328:144, 2004.
- GRIMSHAW, J.M. & RUSSELL, I.T. – Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluation. *Lancet*, 342: 1317-1322, 1993.
- GROESSL, E. J. & CRONAN, T. A. – A cost analysis of self management programs for people with chronic illness. *Am. J. Comm. Psy.*, 28: 455-480, 2000.
- GROL, R. *et al.* – Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *British Journal of General Practice*, 50: 882-887, 2000.
- GROSS, D. L. *et al.* – The growing pains of integrated health care for the elderly: lessons from the expansion of PACE. *Milbank Q.*, 82: 257-282, 2004.
- GROUP HEALTH COOPERATIVE – *Conducting a continuing care clinic: handbook for practice teams*, 2001a. Disponível em <http://www.ghc.org>, acesso em janeiro de 2007.
- GROUP HEALTH COOPERATIVE – *Group visit starter kit*, 2001b. Disponível em <http://www.ghc.org>, acesso em janeiro de 2007.
- GROOPMAN, J. – *Second opinions: eight clinical dramas of decision making on the front lines of medicine*. New York, Penguin, 2001.
- GRUMBACH, K. – The ramifications of specialty-dominated medicine. *Health Affairs*, 21:155-157, 2002.
- GRUMBACH, K. & BODENHEIMER, T. – A primary care home for Americans. *JAMA*, 288:889-893, 2002.
- GRUMBACH, K. & BODENHEIMER, T. – Can health care teams improve primary health care practice. *JAMA*, 291: 1246-1251, 2004.
- GUERRA, M. R. *et al.* – Prevalência de perda auditiva induzida por ruído em empresa metalúrgica. *Revista de Saúde Pública*, 39: 238-244, 2005.

GUEVARA, J.P. *et al.* – Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systematic review and metaanalysis. *British Medical Journal*, 326: 1308-1309, 2003.

GUINDON, G. E. *et al.* – The cost attributable to tobacco use: a critical review of the literature. Geneva, WHO, 2006.

GULLIFORD, M. C. – Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? *Journal of Public Health Medicine* 24: 252-254, 2002.

GULLIFORD, M. C. *et al.* – Availability and structure of primary medical care services and population health and health care indicators in England. *BMC Health Services Research* 4:12, 2004.

GUS, I. *et al.* – Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 83: 424-428, 2004.

GUSSO, G. – Panorama da atenção primária à saúde no Brasil e no mundo: informações e conceitos. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2005.

GUSTAFSON, D. H. *et al.* – CHES: 10 years of research and development in consumer health informatics for broad populations, including the underserved. *International Journal of Medical Informatics*, 65:169-177, 2002.

GUSTAFSSON, F. *et al.* – Heart failure clinics and outpatient management: review of the evidence and call for quality assurance. *Eur. Heart J.*, 25: 1596-1604, 2004.

GWATKIN, D.R. *et al.* – Making health systems more equitable. *Lancet*, 364:1273-1280, 2004.

HACKBARTH, G. – Commentary. *Med. Care Res. Rev.*, 63: 117-21, 2006.

HAINSWORTH, J. & BARLOW, J. – Volunteers' experiences of becoming arthritis self-management lay leaders: it's almost as if I've stopped aging and started to get younger! *Arthritis Rheum.*, 45: 378-383, 2001.

HALCOMB, E. *et al.* – Australian nurses in general practice based heart failure management: implications for innovative collaborative practice. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.*, 3: 135-147, 2004.

HAM, C. – Contestability: a middle path for health care. *British Medical Journal*, 312: 70-71, 1996.

HAM, C. – Lessons and conclusions. In: HAM, C. (Editor) – Health care reform: learning from international experience. Buckingham, Open University Press, 1997.

HAM, C. – Developing integrated care in the UK: adapting lessons from Kaiser. Birmingham, Health Services Management Centre, Disponível em <http://www.hsmc.bham.ac.uk>, acesso em outubro de 2006.

HAM, C. – Evaluations and impact of disease management programmes. Bonn, Conference of Bonn, 2007a.

HAM, C. – Clinically integrated systems: the next step in English health reform? The Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services, Briefing Paper, 2007b.

HAM, C. *et al.* – Hospital bed utilization in the NHS, Kaiser Permanente, and US Medicare programme: analysis of routine data. *British Medical Journal*, 327: 1257-1259, 2003.

HAM, C. *et al.* – Getting the basics rights: final reports on the care closer to home, making the shift programme. Warwick, Institute for Innovation and Improvement, 2007a.

HAM, C. *et al.* – Beyond projects: case studies from the care closer to home, making the shift programme. Warwick, Institute for Innovation and Improvement, 2007b.

- HANDLEY, M. *et al.* – Using action plans to help primary care patients adopt healthy behaviors. *J. Am. Board Fam. Med.*, 19:224-231, 2006.
- HANLON, J. T. *et al.* – A randomized, controlled trial of a clinical pharmacist intervention to improve inappropriate prescribing in elderly outpatients with polypharmacy. *Am. J. Med.*, 100: 428-437, 1996.
- HANNAN, E. L. *et al.* – Coronary angioplasty volume-outcome relationships for hospitals and cardiologists. *JAMA*, 277: 892-898, 1997.
- HANSEN, L. J. & DRIVSHOLM, T. B. – Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary health care and outpatient community settings. *Ugeskr Laeger*, 164:607-609, 2002.
- HARBOUR, R. T. (Editor) – Sign 50: a guideline developer's handbook. Edinburgh, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008.
- HARRIS, M. F. & ZWAR, N. A. – Care of patients with chronic disease: the challenge for general practice. *Med. J. Aust.*, 16: 104-107, 2007.
- HARRISON, M. B. *et al.* – Quality of life of individuals with heart failure: a randomized trial of the effectiveness of two models of hospital-to-home transition. *Med. Care*, 40: 271-82, 2002.
- HART, T. – The inverse care law. *The Lancet*, 1: 405-412, 1971.
- HARTZ, Z. M. A. *et al.* – Avaliação do programa materno-infantil: análise da implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: HARTZ, Z. M. de A. (Organizadora) – Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1997.
- HARTZ, Z. M. de A. & CONTANDRIOPOULOS, A. – Integralidade da atenção e integração de serviços: desafios para avaliar um sistema “sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, 20: 5331-5336, 2004.
- HARWELL, T. S. *et al.* – Measuring and improving preventive care for patients with diabetes in primary health centers. *Am. J. Med. Qual.*, 17:179-184, 2002.
- HASTINGS, G. *et al.* – Alcohol marketing and young peoples' drinking: a review of the research. *Journal of Public Health Policy*, 26:296-311, 2005.
- HEALTH COUNCIL OF CANADA – Value for money: making Canadian health care stronger, 2009. Disponível em <http://www.canadavalueshealth.ca>, acesso em fevereiro de 2009.
- HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS – European primary care. The Haque, Minister of Health, Welfare and Sports, 2004.
- HEALTH DISPARITIES COLLABORATIVES – Training manual, changing practice, changing lives. Alabama, Institute for Health Care Improvement, 2004.
- HEALTH EVIDENCE NETWORK – What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen, World Health Organization, 2004.
- HEALTH NEXUS AND ONTARIO CHRONIC DISEASE PREVENTION ALLIANCE – Primer to action: social determinants of health. Toronto, Health Nexus/OCDPA, 2008.
- HEATHER, N. (Editor) – WHO Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems: report on Phase IV. Geneva, World Health Organization, 2006. Disponível em http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf, acesso em maio de 2007.

- HEALY, J. & MCKEE, M. – The evolution of hospital system. In: MCKEE, M. & HEALY, J. (Editors) – Hospitals in a changing Europe. Buckingham, Open University Press, 2002.
- HEISLER, M. *et al.* – The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *J. Gen. Intern. Med.*, 17: 243-252, 2002.
- HEISLER, M. *et al.* – How well do patients' assessments of their diabetes self-management correlate with actual glycemic control and receipt of recommended diabetes services? *Diabetes Care*, 26:738-743, 2003.
- HERMIZ, O. *et al.* – Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *British Medical Journal*, 325: 938, 2002.
- HIBBARD, J. H. *et al.* – Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Serv. Res.*, 42:1443-1463, 2007.
- HICKEY, M.L. *et al.*, – Effect of case managers with a general medical patient population. *J. Eval. Clinical Practice*, 6: 23-29, 2000.
- HILDEBRANDT, H. & RIPMANN, K. – Managerial problems in setting up an integrated health system: reflections and experiences from a German perspective. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting, 2001.
- HILDEBRAND, M.E. & GRINDLE, M.S. – Building sustainable capacity: challenges for the public sector. Cambridge, Harvard University, UNDP and HIID, 1994.
- HJORTDAHL, P. – Continuity of care in general practice: a study related to ideology and reality of continuity of care in Norwegian general practice. Oslo, University of Oslo, 1992.
- HOFFMAN, I. *et al.* – Giessen wholesome nutrition study: relation between a health-conscious diet and blood lipids. *European Journal of Clinical Nutrition*, 55: 887-895, 2001.
- HOLDER, H. D. – Alcohol and the community: a systems approach to prevention. Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
- HOLLOWAY, F. *et al.* – Case management: a critical review of the outcome literature. *Euro Psychiatry*, 10: 113-128, 1995.
- HOLCMAN, M. M. *et al.* – Evolução da mortalidade infantil na região metropolitana de São Paulo, 1980-2000. *Revista de Saúde Pública*, 38: 180-186, 2004.
- HOLMAN, H. & LORIG, K. – Patients as partners in managing chronic disease. *British Medical Journal*, 320: 526-527, 2000.
- HOMER, C. J. *et al.* – Impact of a quality improvement program on care and outcomes for children with asthma. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 159:464-469, 2005.
- HOPENHAYN, M. – Cohesión social: una perspectiva en proceso de elaboración. Ciudad de Panama, Seminario Internacional Cohesión Social en America Latina y Caribe, CEPAL, 2006.
- HORAN, P. P. *et al.* – Computer assisted self control of diabetes by adolescents. *Diabetes Educator*, 16: 205-211, 1990.
- HORNER, S. D. – Using the Open Airways curriculum to improve self-care for third grade children with asthma. *J. Sch. Health*, 68: 329-33, 1998.
- HORROCKS, S. *et al.* – Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*, 324: 819-23, 2002.

- HOSKINS, P. L. *et al.* – Sharing the care of diabetic patients between hospital and general practitioners: does it work? *Diabet. Med.*, 10: 81-86, 1993.
- HSIAO, W. – What should macroeconomists know about health care policy? A primer. Washington, International Monetary Fund, IMF Working Paper WP/00/136, 2000.
- HUETSON, W. J. *et al.* – Practice variations between family physicians and obstetricians in the management of low-risk pregnancies. *J. Fam. Pract.*, 40: 345-351, 1995.
- HUGHES, S. L. *et al.* – Impact of home care on hospital days: a meta analysis. *Health Services Res.*, 32: 415-432, 1997.
- HULSCHER, M. E. J. L. *et al.* – Interventions to implement prevention in primary care (Cochrane Review). In: THE COCHRANE LIBRARY. Chichester, John Wiley & Sons, Issue 2, 2004.
- HUNG DY, R. T. G. *et al.* – Influence of primary care practice and provider attributes on preventive service delivery. *Am. J. Prev. Med.* 30:413-422, 2006.
- HUNT, D. L. *et al.* – Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcome: a systematic review, *JAMA*, 280: 1339–1346, 1998.
- HUNTER, D.J. *et al.* – Optimal balance of centralized and decentralized management. In: SALTMAN, R.B. *et al.* (Editors) – Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham, Open University Press, 1998.
- HURST, I. & SICILIANI, L. – Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries. Paris, OECD Health Working Papers, 2003.
- HURTADO, M. – Understanding and measuring the performance of health care services delivery. Maryland, Pan American Health Organization, Revised draft, 2006.
- HURWITZ, B. – Legal and political considerations of clinical practice guidelines. *British Medical Journal*, 318: 661-663, 1999.
- HUTT, R. *et al.* – Case managing long-term conditions. What impact does it have in the treatment of older people? London, Kins Fund, 2004.
- HYSLOP, A. & ROBERTSON, K. – Integrating clinical information in NHS Scotland: the role of Scottish Care Information Store. *Inform. Prim. Care*, 12: 103-107, 2004.
- IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD 2003. Rio de Janeiro, IBGE, 2003.
- IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050: revisão de 2004. Rio de Janeiro, IBGE, 2004.
- IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, 2006. Rio de Janeiro, IBGE, 2006.
- IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro, IBGE/Ministério da Saúde, 2010.
- ILETT, K. F. *et al.* – Modification of general practitioner prescribing of antibiotics by use of a therapeutics adviser (academic detaller). *Brit. J. Clin. Pharmacol.*, 49: 168-173, 2000.
- IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE – The Chronic Care Model. Disponível em <http://www.improvingchroniccare.org>, acesso em setembro de 2008.

INOJOSA, R. M. – Revisitando as redes. *Divulgação em Saúde para o Debate*, 41: 36-46, 2008.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT – IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement. Cambridge, Institute for Healthcare Improvement, Innovation Series, 2003.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT – The 5 Million Lives Campaign. Disponível em <http://www.ihl.org/ihl/programs>, acesso em junho de 2007.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT – Chronic conditions, how to improve. Disponível em <http://www.ihl.org>, acesso em outubro de 2008.

INSTITUTE OF MEDICINE – Primary care in medicine: a definition. In: INSTITUTE OF MEDICINE – A manpower policy for primary health care: report of a study. Washington, The National Academy Press, 1978.

INSTITUTE OF MEDICINE – Diet and health: implications for reducing chronic disease risk. Washington, The National Academies Press, 1989

INSTITUTE OF MEDICINE – Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, The National Academy Press, 1990.

INSTITUTE OF MEDICINE – Access to health care in America. Washington, The National Academies Press, 1993.

INSTITUTE OF MEDICINE – Primary care: America's health in a new area. Washington, The National Academies Press, 1996.

INSTITUTE OF MEDICINE – To err is human: building a safer health system. Washington, The National Academies Press, 1999.

INSTITUTE OF MEDICINE – Interpreting the volume-outcome relationship in the context of health care quality: workshop summary. Washington, The National Academies Press, 2000.

INSTITUTE OF MEDICINE – Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st. century. Washington, The National Academies Press, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE – Priority areas for national action: Transforming health care quality. Washington, The National Academy Press, 2003.

INSTITUTE OF MEDICINE – Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, The National Academies Press, 2004.

INSTITUTE OF MEDICINE – Preventing medication errors. Washington, The National Academies Press, 2006a.

INSTITUTE OF MEDICINE – Performance measurement: accelerating improvements. Washington, The National Academies Press, Appendix D, 2006b.

INSTITUTE OF MEDICINE – State of USA health indicators: letter report. Washington, The National Academies Press, 2008.

INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS – Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro, Editora Objetiva Ltda., 2001.

INSTITUTO DATAFOLHA – Opinião pública, 2002. Disponível em <http://www.datafolha.folha.uol.com.br/po/fumo>, acesso em novembro de 2007.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde/INCA/Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2006.

INSTITUTO QUALISA DE ATENÇÃO – Protegendo 5 Milhões de Vida. Disponível em <http://www.iqq.com.br>, acesso em dezembro de 2008.

IRANI, M. *et al.* – Care closer to home: past mistakes, future opportunities. *Journal Royal Society of Medicine*, 100: 75-77, 2007.

ITO, T. S. & SCHNEIDER, A. L. – O sistema de patologia clínica de Curitiba. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

JACOBSON, K. L. *et al.* – Is our pharmacy meeting patients needs? A pharmacy health literacy assessment tool user's guide. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2007.

JACKSON, G. L. *et al.* – Veterans Affairs primary care organizational characteristics associated with better diabetes control. *Am. J. Manag. Care*, 11: 225-237, 2005.

JACKSON, N. & WATERS, E. – Guidelines for systematic reviews of health promotion and public health interventions taskforce: the challenges of systematically reviewing public health interventions. *J. Public Health*, 26: 303-307, 2004.

JAIME, P. C. *et al.* – Educação nutricional e consumo de frutas e hortaliças: ensaio comunitário randomizado. *Revista de Saúde Pública*, 41: 154-157, 2007.

JAMES, W. *et al.* – Overweight and obesity (high body mass index). In: EZZATI, M. *et al.* (Editors)-Comparative quantification of health risks. Geneva, World Health Organization, 2004.

JARAMILLO, I. – El sistema de salud en Colombia. Cartagena de Indias, II Foro Interamericano de Liderazgo en Salud, BID/ASSALUD, 2001.

JARMAN, B., S. *et al.* – Explaining differences in english hospital death rates using routinely collected data. *British Medical Journal*, 318:1515-1520, 1999.

JENKINS, S. F. *et al.* – Changes in the quality of care delivered to Medicare beneficiaries, 1998/1999 to 2000/2001. *JAMA*, 289: 305-312, 2003.

JHA, P. *et al.* – Tobacco Addiction. In: JAMISON, D. T. *et al.* (Editors) – Disease control priorities in developing countries, New York, Oxford University Press, 2nd. Ed., 2006. Disponível em <http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP46.pdf>, acesso em dezembro de 2007.

JIMENEZ, E.J.B. *et al.* – Avançando na atenção materno-infantil: programa Mãe Curitibana. In: DUCCI, L. *et al.* (Editores) – Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

JITAPUNKUL, S. *et al.* – A controlled clinical trial of multidisciplinary team approach in the general medical wards of Chulalongkorn Hospital. *J. Med. Assoc. Thai.*, 78: 618-623, 1995.

JOHANSSON, B. *et al.* – Reduced utilisation of specialist care among elderly cancer patients: a randomised study of a primary healthcare intervention. *European Journal of Cancer*, 37:2161-2168, 2001.

JOHNSON, A. & BAMENT, D. – Improving the quality of hospital services: how diverse groups of consumers prefer to be involved. *Aust. Health Rev.*, 25: 194-205, 2002.

JOHNSON, B. V. *et al.* – Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system: recommendations and promising practices. Bethesda, Institute for Family-Centered Care, 2008.

JOHNSON, K. B. *et al.* – Effectiveness of a clinical pathway for inpatient asthma management. *Pediatrics*, 106: 1006-1012, 2000.

- JOHNSON, J. A. & BOOTMAN, J. L. – Drug-related morbidity and mortality: a cost of illness model. *Archives of Internal Medicine*, 155: 1949-1956, 1995.
- JOHNSTON, G. *et al.* – Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Qual. Health Care*, 9: 23-36, 2000.
- JOHNSTON, L. *et al.* – Overview of evidence relating to shifting the balance of care: a contribution to the knowledge base. Edinburgh, Scottish Government Social Research, 2008.
- JOHNSTON, M. E. – Effects of computed-based clinical decision support systems on clinician performance and patient outcome: a critical appraisal of research. *Ann. Intern. Med.*, 120: 135-142, 1994.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS – Comprehensive accreditation manual for integrated delivery systems. Oakbrook Terrace, Illinois, Joint Commission Resources, 2004.
- JONES, R. *et al.* – Oxford textbook of primary medical care. Principles and concepts, vol. 1, Oxford, Oxford University Press, 2004.
- JOOSSENS, L. – Report on smuggling control in Spain. Geneva, World Health Organization, 2003
- JORDAN, J.E. – ICCC framework situation assessment. Geneva, World Health Organization, 2005.
- JORGE, E. A. – A experiência do Reino Unido. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/BANCO MUNDIAL – Seminário a separação do financiamento e da provisão de serviços no Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
- JOUMARD, I. *et al.* – Health status determinants: lifestyle, environment, health care resources and efficiency. Organization for Economic Co-operation and Development, ECO/WKP, 2008.
- JOVELL, A. J. *et al.* – Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Atención Primaria*, 38: 234-237, 2006.
- JULIASZ, F. – A internet no Brasil. São Paulo, IBOPE/NetRatings, 2006.
- JUNGERMAN, F. S. & LARANJEIRA, R. – Entrevista motivacional: a teoria e uma experiência de sua aplicação em grupos. In: FOCCHI, G. R. A. *et al.* (Organizadores) – Dependência química: novos modelos de tratamento. São Paulo, Ed. Roca, 2001.
- JUNIUS-WALKER, U. *et al.* – Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany. *Fam. Pract.*, 24: 14-19, 2007.
- KABCENELL, A. I. *et al.* – Innovations in planned care. Cambridge, Institute for Healthcare Improvement, Innovations Series, 2006.
- KAISER PERMANENTE – Cultivating health: everyday fitness kit. Portland, Kaiser Permanente Health Education Services, 2005.
- KAISER PERMANENTE – Cultivating health: managing stress kit. Portland, Kaiser Permanente Health Education Services, 2007.
- KAISER PERMANENTE – Cultivating health: freedom from tobacco kit. Portland, Kaiser Permanente Health Education Services, 2008a.
- KAISER PERMANENTE – Cultivating health: weight management kit. Portland, Kaiser Permanente Health Education Services, 2008b.

- KAMPS, A. W. *et al.* – Outpatient management of childhood asthma by paediatrician or asthma nurse: randomised controlled study with one year follow up. *Thorax*, 58: 868-973, 2003.
- KAMPS, A.W. *et al.* – Impact of nurse-led outpatient management of children with asthma on healthcare resource utilisation and costs. *Eur. Respir. J.*, 23: 304-309, 2004.
- KANE, R. L. *et al.* – The effect of Evercare on hospital use. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 51: 1427-1434, 2003.
- KAHN, E. B. *et al.* – The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. *Am. J. Prev. Med.*, 22: 73-107, 2002.
- KANT, A. K. *et al.* – Dietary patterns predict mortality in a national cohort: the national health interview surveys, 1987 and 1992. *Journal of Nutrition*, 134:1793–1799, 2004.
- KAPLAN, S.H. *et al.* – Patient and visit characteristics related to physicians’ participatory decision-making style. *Med. Care*, 33:1176-1187, 1995.
- KAPLAN, S. H. *et al.* – Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann. Intern. Med.*, 124:497-504, 1996.
- KASPER, E. K. *et al.* – A randomized trial of the efficacy of multidisciplinary care in heart failure outpatients at high risk of hospital readmission. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 39: 471-480, 2002.
- KATON, W. *et al.* – Collaborative management to achieve treatment guidelines. *JAMA*, 273: 1026-1031, 1995.
- KATON, W. *et al.* – Long-term effects of a collaborative care intervention in persistently depressed primary care patients. *J. Gen. Intern. Med.*, 17: 741-748, 2002.
- KATON, W. *et al.* – The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 61: 1042-1049, 2004.
- KATZ, S.J. *et al.* – Comparing the use of diagnostic tests in Canadian and U.S. hospitals. *Medical Care*, 34: 117-125, 1996.
- KAUL, M. – The new public administration: management innovations in government. *Public Administration and Development*, 17:11-26, 1997.
- KAWAMOTO, K. *et al.* – Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify critical features to success. *British Medical Journal*, 330: 765, 2005.
- KELLEY, E. & HURST, J. – Health care indicators Project: conceptual framework. OECD Health Working Papers nº 23, Document DELSA/HEA/WD/HWP, 2006. Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>, acesso em julho 2007.
- KELLOGG, M. A. – Kaiser Permanente: mechanisms for promoting integration and primary care. Ouro Preto, Federação das UNIMED’s de Minas Gerais, 2007.
- KELSON, M. C. – The NICE patient involvement unit. *Evidence-Based Health Care & Public Health*, 9: 304-307, 2005.
- KENNEDY, A. P. *et al.* – A randomized controlled trial to assess the impact of a package comprising a patient-orientated, evidence-based selfhelp guidebook and patient-centred consultations on disease management and satisfaction in inflammatory bowel disease. *Health Technol. Assess.*, 7: 1-13, 2003.
- KENNEDY, A. P. *et al.* – The effectiveness and cost effectiveness of a national lay-led self care support programme for patients with long-term conditions: a pragmatic randomised controlled trial. *J. Epidemiol. Community Health*, 61: 254–261, 2007.

- KENNEDY, A. P & ROGERS, A. E. – Improving patient involvement in chronic disease management: the views of patients, GPs and specialists on a guidebook for ulcerative colitis. *Patient Educ. Couns.*, 47: 257-263, 2002.
- KERSSENS, J. J. *et al.* – Comparison of patient evaluation of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 european countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 82: 106-114, 2004.
- KILO, C. M. *et al.* – Beyond survival: toward continuous improvement in medical care. *New Horizons*, 6:3-11, 1998.
- KIM, H. S. & OH, J. A. – Adherence to diabetes control recommendations: impact of nurse telephone calls. *J. Adv. Nurs.*, 44: 256-261, 2003.
- KIM, P. *et al.* – Health literacy and shared decision making for prostate cancer patients with low socioeconomic status. *Cancer Investigation*, 19:684-691, 2001.
- KING, H. *et al.* – Global burden of diabetes, 1995-2025. *Diabetes Care*, 21: 1414-1431, 1998.
- KINMONTH, A. L. *et al.* – Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact of current wellbeing and future disease risk. The diabetes care from diagnosis research team. *British Medical Journal*, 317: 1202-1208, 1998.
- KISIL, M. – Qualidade e performance hospitalar no Brasil: revisão analítica da literatura. Brasília, Banco Mundial, 2003.
- KNOX, D. & MISCHKE, L. – Implementing a congestive heart failure disease management program to decrease length of stay and cost. *J. Cardiovasc Nurs*, 14:55-74., 1999.
- KOGAN, J. R. *et al.* – Effectiveness of report cards based on chart audits of residents adherence to practice guidelines on practice performance: a randomized controlled trial. *Teach Learn Med.*, 15: 25-30, 2003.
- KOVACS, F. M. *et al.* – Psychometric characteristics of the Spanish version of the FAB questionnaire. *Spine*, 31:104-110, 2006.
- KREIN, S. L. *et al.* – Case management for patients with poorly controlled diabetes: a randomized trial. *Am. J. Med.*, 116: 732-739, 2004.
- KRISHNA, S. *et al.* – Internet-enabled interactive multimedia asthma education program: a randomized trial. *Pediatrics*, 111: 503-510, 2003.
- KRUGER, D. F. *et al.* – Effect of modem transmission of blood glucose data on telephone consultation time, clinic work flow, and patient satisfaction for patients with gestacional diabetes mellitus. *J. Am. Acad. Nurse Pract.*, 15: 371-375, 2003.
- KUSCHNIR, R. & CHORNY, A.H. – Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15: 2307-2316, 2010.
- KUTZIN, J. – Experience with organizational and financing reform of the health sector. Geneva, WHO/ SHS Paper n° 8, 1995.
- KUTZIN, J. – Health financing policy: a guide for decision-makers. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008.
- KWAN, J. & SANDERCOCK, P. – In-hospital care pathways for stroke (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Chichester, John Wiley & Sons, Issue 2, 2004.

KWON, H. S. *et al.* – Establishment of blood glucose monitoring system using internet. *Diabetes Care*, 27: 478-483, 2004.

LAFFEL, L. M. *et al.* – Impact of ambulatory, family-focused teamwork intervention on glycemic control in youth with type 1 diabetes. *J. Pediatrics*, 142: 409-416, 2003.

LaFORGIA, G. – Rationale and objectives. São Paulo, World Bank, Brazilian and international experiences in integrated care networks, 2006.

LaFORGIA, G. – Financiamento, incentivos financeiros e sistemas de pagamento para a conformação de redes: experiências internacionais. Brasília, Oficina sobre redes de atenção à saúde, Ministério da Saúde/CONASS/CONASEMS, 2007.

LaFORGIA, G. & COUTTOLENC, B. – Hospital performance in Brazil: the search for excellence. Washington, The World Bank, 2008.

LaFRAMBOISE, L. M. *et al.* – Comparison of health buddy with traditional approaches to heart failure management. *Fam. Community Health*, 26: 275-288, 2003.

LAMBING, A. Y. *et al.* – Nurse practitioners' and physicians' care activities and clinical outcomes with an inpatient geriatric population. *J. Am. Acad. Nurse Pract.*, 16: 343-352, 2004.

LANDIS, S. E. *et al.* – North Carolina family medicine residency programs' diabetes learning collaborative. *Fam. Med.*, 38:190-195, 2006.

LANDON, B.E. *et al.* – Effects of a quality improvement collaborative on the outcome of care of patients with HIV infection: the EQHIV study. *Ann. Intern. Med.*, 140:887-896, 2004.

LARAMEE, A. S. *et al.* – Case management in a heterogeneous congestive heart failure population: a randomized controlled trial. *Arc. Int. Med.*, 163: 809-817, 2003.

LASATER, L. – Patient literacy, adherence, and anticoagulation therapy outcomes: a preliminary report. *Journal of General Internal Medicine*, 18:179. 2003.

LAST, J.M. – A dictionary of epidemiology. New York, Oxford University Press, 3rd.ed., 1995.

LAURANT, M. G. *et al.* – Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: Randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 328: 927, 2004.

LAURENTI, R. *et al.* – A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. *Rev. Bras. Epidemiologia*, 7: 449-460, 2004.

LAVADENZ, F. *et al.* – Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia. *Rev. Panam. Salud Pública*, 9: 182-189, 2001.

LEAPE, L. L. *et al.* – Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *JAMA*, 21: 267-270, 1999.

LEAPE, L. L. *et al.* – Reducing adverse drug events: lessons from a Breakthrough Series Collaborative. *Journal on Quality Improvement*, 26:321- 331, 2000.

LEAT, P. *et al.* – Organizational design. In: SHORTELL, S. M. & KALUZNY, A. (Editors) – Health care management: organization design and behavior. New York, Delmar Publishers, 2000.

LEAT, P. *et al.* – Integrated delivery systems: has their time come in Canada? *Canadian Medical Association Journal*, 154: 803-809, 1996.

LEDWIDGE, M. *et al.* – Is multidisciplinary care of heart failure cost-beneficial when combined with optimal medical care? *Eur. J. Heart Fail.*, 5: 381-389, 2003.

- LEE, M. J. *et al.* – The unique aspects of the nutrition transition in South Korea: the retention of healthful elements in their traditional diet. *Public Health Nutrition*, 5: 197-203, 2002.
- LEE, S.D. *et al.* – Whom do they serve? Community responsiveness among hospitals affiliated with systems and networks. *Medical Care*, 41: 165-174, 2003.
- LEE, T. W. – Economic evaluation of visiting nurse services for the low-income elderly with long-term care needs. *Taehan Kanho Hakhoe Chi.*, 34: 191-201, 2004.
- LEGA, F. – Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. *Health Policy*, 81: 258-279, 2007.
- LeFORT, S. M. – A test of Braden's self-help model in adults with chronic pain. *J. Nursing Scholarship*, 32:153-160, 2000.
- LENZ, E. R. *et al.* – Diabetes care processes and outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians. *Diabetes Educ.*, 28: 590-598, 2002.
- LENZ, E. R. *et al.* – Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: two-year follow-up. *Med. Care Res. Rev.*, 61: 332-351, 2004.
- LESSA, I. *et al.* – Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA), Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 87: 747-756, 2006.
- LEUTZ, W. – Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom, *Milbank Q.*, 77: 77-110, 1999.
- LEVINSON, W. *et al.* – Not all patients want to participate in decision making. *J. Gen. Intern. Med.*, 20: 531-535, 2005.
- LEVY, F.M. *et al.* – Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20:197-203, 2004.
- LEVY, M. L. *et al.* – A randomized controlled evaluation of specialist nurse education following accident and emergency department attendance for acute asthma. *Respir. Med.*, 94: 900-908, 2000.
- LEVY-COSTA, R. B. *et al.* – Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Revista de Saúde Pública*, 39: 530-540, 2005.
- LEWIN, S. A. *et al.* – Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Chichester, John Wiley & Sons, Issue 2, 2004.
- LEWIN-VHI – Health care problems: variation across states. Washington, National Institute for Care Management, 1994.
- LI, R. *et al.* – Organizational factors affecting the adoption of diabetes care management processes in physician organizations. *Diabetes Care*, 27:2312-2316, 2004.
- LIEU, T. A. *et al.* – Cultural competence policies and other predictors of asthma care quality for Medicaid-insured children. *Pediatrics*, 114:102-110, 2004.
- LIGHTBODY, E. *et al.* – Evaluation of a nurse-led falls prevention programme versus usual care: a randomized controlled trial. *Age Ageing*, 31: 203-210, 2002.

LIKITMASKUL, S. *et al* – Intensive diabetes education program and multidisciplinary team approach in management of newly diagnosed type 1 diabetes mellitus: a greater patient benefit, experience at Siriraj Hospital. *J. Med. Assoc. Thai.*, 85: 488-495, 2002.

LIM, W. K. *et al*. – Effectiveness of case management and post-acute services in older people after hospital discharge. *Med. J. Aus.*, 178: 262-266, 2003.

LIMA, H. O. – Encontro anual do Conselho Gestor: Subsecretaria de Ações e Políticas de Saúde. Belo Horizonte, SAPS/SESMG, 2007.

LIMA, M. F. – Reestruturando a rede hospitalar do SUS no estado de Minas Gerais: o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP) – In: Martins, M.M. *et al*. – Caderno de Especialização em Gestão Hospitalar para o PRO-HOSP. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2007.

LIMA, P. V. P. S. *et al*. – O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e os indicadores de saúde da família no estado do Ceará. Disponível em <http://www.ipece.ce.gov.>, acesso em setembro de 2008.

LIMA-COSTA, M. & MATOS, D. L. – Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003). *Cadernos de Saúde Pública*, 23: 1665-1673, 2007.

LIN, C. A. *et al*. – Air pollution and neonatal deaths in Sao Paulo, Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 37: 765-770, 2004.

LIN, C. T. *et al*. – Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? *Arch. Intern. Med.*, 161:1437-1442, 2001.

LIN, M. *et al*. – Motivation to improve chronic disease care in three quality improvement collaboratives. *Care Manage Rev.*, 30:139-156, 2005.

LIPPMAN, H. – Practice in the twenty-first century. *Hippocrates*, 1: 38-43, 2000.

LIPTON, H. L. *et al*. – The impact of clinical pharmacists' consultations on physicians' geriatric drug prescribing. A randomized controlled trial. *Med. Care*, 30:646-658, 1992.

LITAKER, D. *et al*. – Physician-nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on costs, clinical effectiveness, and patients' perception of care. *J. Interprof. Care*, 17: 223-237, 2003.

LITTELL, J. H. & GIRVIN, H. – Stages of change: a critique. *Behav. Modif.*, 26: 223-273, 2002.

LITTLE, P. *et al*. – Randomised controlled trial of effect of leaflets to empower patients in consultations in primary care. *British Medical Journal*, 328: 441, 2004.

LLEWELLYN-JONES, R.H. *et al*. – Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 319: 676-682, 1999.

LOEVINSOHN, B. – Performance-based contracting for health services in developing countries: a toolkit. Washington, World Bank Institute, 2008.

LONDOÑO, J. L. – Managed competition in the tropics? Vancouver, International Health Economics Association, Inaugural Conference, 1996.

LONGEST, B. B. & YOUNG, G. – Coordination and communication. In: SHORTELL, S. M. & KALUZNY, A. (Editors) – Health care management: organization design and behavior. New York, Delmar Publishers, 2000.

- LOPES, J. M. C. – A pessoa como centro do cuidado: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em serviço de atenção primária à saúde. Porto Alegre, Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.
- LORIG, K. R. *et al.* – A comparison of lay-taught and professional taught: arthritis selfmanagement courses. *J. Rheum.*, 13: 736-737, 1986.
- LORIG, K. R. *et al.* – Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis Rheum.*, 36: 439-446, 1993.
- LORIG, K. R. *et al.* – Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing utilization and costs: a randomized trial. *Medical Care*, 37: 5-14, 1999.
- LORIG, K. R. *et al.* – Chronic disease self-management program: 2 year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 39: 1217-1223, 2001.
- LORIG, K. R. *et al.* – Hispanic chronic disease self-management: a randomized community-based outcome trial. *Nurs. Res.*, 52: 361-369, 2003.
- LORIG, K. R. *et al.* – Long-term randomized controlled trials of tailored-print and small-group arthritis self-management interventions. *Med. Care*, 42: 346-354, 2004.
- LORIG, K. *et al.* – Living a healthy life with chronic condition: self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others. Boulder, Bull Publishing Company, Third Edition, 2006.
- LORIG, K. R. & HOLMAN, H. R. – Arthritis self-management studies: a twelve years review. *Health Ed. Quart.*, 20: 17-28, 1993.
- LOTTENBERG, C. – A saúde brasileira pode dar certo: os caminhos para garantir um atendimento de qualidade, sustentável e acessível para toda a população. São Paulo, Atheneu, 2007.
- LOUREIRO, S. – Sistema único de informação? Integração dos dados da assistência suplementar à saúde ao sistema SUS. Salvador, Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, Trabalho apresentado à ANS, 2003.
- LOZANO, P. *et al.* – A multisite randomized trial of the effects of physician education and organizational change in chronic-asthma care: health outcomes of the pediatric asthma care patient outcomes research team II study. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 158:875-883, 2004.
- LUSIGNAN, S. *et al.* – Compliance and effectiveness of 1 year's home telemonitoring: the report of a pilot study of patients with chronic heart failure. *Eur. J. Heart Fail.*, 3: 723-730, 2001.
- LYONS, M. *et al.* – Factors that affect the flow of patients through triage. *Emergency Medicine Journal*, 24: 78-85, 2007.
- LYNN, J. *et al.* – Quality improvements in end of life care: insights from two collaboratives. *Journal on Quality Improvement*, 26:254-267, 2000.
- MacCARTHY, D. & BLUMENTHAL, D. – Committed to safety: ten cases studies on reducing harm to patients. New York, The Commonwealth Fund, 2006.
- MacDONALD, A. – Responding to the results of the Beverly Allitt enquiry. *Nursing Times*, 92: 23-25, 1996.

- MACINKO J, *et al.* – The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 38:819-853, 2003.
- MACINKO, J. *et al.* – Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int. J. Health Plann. Mgmt.*, 19: 303-317, 2004.
- MACINKO, J. *et al.* – Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60: 13-19, 2006.
- MACKWAY-JONES, K. *et al.* – Sistema Manchester de classificação de risco: classificação de risco na urgência e emergência. Belo Horizonte, Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010.
- MAGALHÃES, V. C. & MENDONÇA, G. S. A. – Prevalência e fatores associados a sobrepeso e obesidade em adolescentes de 15 a 19 anos das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, 1996 a 1997. *Cadernos de Saúde Pública*, 19: 129-139, 2003.
- MAISLOS, M. & WEISMAN, D. – Multidisciplinary approach to patients with poorly controlled type 2 diabetes mellitus: a prospective, randomized study. *Acta Diabetol.*, 41: 44-48, 2004.
- MALCOLM, L. *et al.* – Integrating primary and secondary care: the case of Christchurch South Health Centre. *N. Z. Med. J.*, 113: 514-517, 2000.
- MALTA, D. – Sedentarismo. *RADIS*, 76: 22-23, 2008.
- MALY, R. C. *et al.* – What influences physician practice behavior? An interview study of physicians who received consultative geriatric assessment recommendations. *Arch. Family Med.*, 5: 448-454, 1996.
- MAMEDE, S. – Os modelos tradicionais para a educação continuada e seus resultados. Fortaleza, Instituto Innovare, 2005a.
- MAMEDE, S. – A educação permanente na saúde. Fortaleza, Instituto Innovare, 2005b.
- MAMEDE, S. – Um modelo de educação permanente potencialmente efetivo. Fortaleza, Instituto Innovare, 2005c.
- MAMEDE, S. – Aprendizagem baseada em problemas: características, processos e racionalidade. In: MAMEDE, S. & PENAFORTE, J. (Editores) – Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará/Ed. HUCITEC, 2001.
- MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH – Managing drug supply. Connecticut, Kumarian Press, 1997.
- MANGIONE, C. M. *et al.* – The association between quality of care and the intensity of diabetes disease management programs. *Ann. Intern. Med.*, 145:107-116, 2006.
- MANGIONE-SMITH, R. – The quality of ambulatory care delivered to children in the United States. *New England Journal of Medicine*, 387: 1515-1523, 2007.
- MANGIONE-SMITH, R. *et al.* – Measuring the effectiveness of a collaborative for quality improvement in pediatric asthma care: does implementing the chronic care model improve processes and outcomes of care? *Ambulatory Pediatrics*, 5: 75-82, 2005.
- MANHEIM, L. M. *et al.* – Training house officers to be cost conscious: effects of an educational intervention on charges and length of stay. *Med. Care*, 28: 29-42, 1990.
- MARCHI, I. H. de – Resíduos de serviços de saúde. São Paulo, Boletim Informativo Ambiental nº 1, Correa da Silva & Mendonça do Amaral Advogados, 2003.

- MARCHILDON, G.P. – Canada: health systems in transition. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
- MARIN, N. *et al.* – Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro, OPAS/OMS, 2003.
- MARJORIE, L. *et al.* – Chronic care model implementation emphases. Disponível em <http://www.rand.org/health/projects>, acesso em setembro de 2008.
- MARKS, R. *et al.* – A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability. *Health Promot. Pract.*, 6: 37-43, 2005.
- MARMOR, M. – Health in an unequal world. *Lancet*, 368: 2081–2094, 2006.
- MARQUES, A. J. S. *et al.* – Rede de transporte sanitário: um instrumento de gestão fortalecendo o SUS. Juiz de Fora, ACISPES, 2007.
- MARQUES, A.J. S. *et al.* (Organizadores) – O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.
- MARQUES *et al.* – Sistema estadual de transporte em saúde em Minas Gerais. In: MARQUES *et al.* (Organizadores) – O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.
- MARQUES, A. J. S. & LIMA, M. S. – O Sistema Estadual de Transporte em Saúde. Belo Horizonte, Secretaria Adjunta/Secretaria de Estado de Saúde, 2008.
- MARSHALL, S. J. & BIDDLE, S. J. – The transtheoretical model of behavior change: a meta-analysis of application to physical activity and exercise. *Ann. Behav.Med.*, 23: 229-246, 2001.
- MARSTELLER, J. A. *et al.* – Social network among teams in chronic illness care improvement collaboratives. Disponível em <http://www.rand.org/health/projects>, acesso em setembro de 2008.
- MARTINS, C. L. *et al.* – Agentes comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão. *Saúde em Debate*, 51:38-43, 1996.
- MARTINS, L. C. *et al.* – The effects of air pollution on cardiovascular diseases: lag structures. *Revista de Saúde Pública*, 40: 677-683, 2006.
- MARVEL, M. K. *et al.* – Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*, 281: 283-287, 1999.
- MASLEY, S. *et al.* – Planning groups visits for high-risk patients. *Family Practice Management*, 2000. Disponível em <http://www.aafp.org>, acesso em dezembro de 2007.
- MASSON, C. R. *et al.* – Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21: 1685-1695, 2005.
- MATEUS, G. R. – Curso de sistemas de telecomunicações: Data Warehouse e Data Mining. Belo Horizonte, Departamento de Ciências da Computação, 2000.
- MATHERS, C. D. & LONCAR, D. – Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3:442, 2006.
- MATIAS, C. *et al.* – Triagem de Manchester nas síndromes coronarianas agudas. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27: 206-216, 2008.
- MAYNARD, A – Racionamiento de la atención a la salud: inmoral o políticamente poco atractivo? *Informando y reformando*, 4: 3, 2000.

- MAYNARD, A. – Aproximación económica al gobierno clínico. In: PYCKERING, S. & THOMPSON, J (Editores). Gobierno clínico y gestión eficiente: como cumplir la agenda de modernización. Barcelona, Churchill Livingstone Elsevier, 2010.
- MAYO, P. H. *et al.* – Results of a program to reduce admissions for adult asthma. *Ann. Intern. Med.*, 112: 864-871, 1990.
- MAYSIK, R. *et al.* – Health outcomes of two telephone interventions for patients with rheumatoid arthritis or osteoarthritis. *Arthritis Rheum.*, 19: 1391-1399, 1996.
- McALISTER, F. A. *et al.* – Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic reviews. *British Medical Journal*, 323:957-962, 2001.
- McCAIG, L. F. & BURT, C. W. – National hospital ambulatory medical care survey: 2003 emergency department summary. Hyattsville, National Center for Health Statistics, 2005.
- McCOWAN, C. *et al.* – Lessons from a randomized controlled trial designed to evaluate computer decision support *software* to improve the management of asthma. *Med. Inform. Internet Med.*, 26: 191-201, 2001.
- McCULLOCH, D.K. *et al.* – A population-based approach to diabetes management in a primary care setting: early results and lessons learned. *Eff. Clin. Pract.*, 1: 12-22, 1998.
- McDONALD, H. P. *et al.* – Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *JAMA*, 288: 2868-2879, 2002.
- McDONALD, K. *et al.* – Elimination of early rehospitalization in a randomized, controlled trial of multidisciplinary care in a high-risk, elderly heart failure population: the potential contributions of specialist care, clinical stability and optimal angiotensin-converting enzyme inhibitor dose at discharge. *Eur. J. Heart Fail.*, 3: 209-215, 2001.
- McDONALD, K. *et al.* – Heart failure management: multidisciplinary care has intrinsic benefit above the optimization of medical care. *J. Card. Fail.*, 8: 142-148, 2002.
- McGHEE, S. M. *et al.* – Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong. *Tobacco Control*, 15:125-130, 2006.
- McGINNIS, J. M. & FOEGE, W. H. – Actual causes of death in the United States. *JAMA*, 270:2207-2212, 1993.
- McGLYNN, E. A. – The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 348: 2635-2645, 2003.
- McINNES, G.T. & McGHEE, S.M. – Delivery of care for hypertension. *J. Hum. Hypertens.*, 9: 429-433, 1995.
- McSHERRY, R. & PEARCE, P. – What is clinical governance. In: McSHERRY *et al.* – Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals. Oxford, Blackwell Science Ltd., 2002a.
- McSHERRY, R. & PEARCE, P. – A guide to clinical governance. In: McSHERRY, R. *et al.* – Clinical governance: a guide to implementation for healthcare professionals. Oxford, Blackwell Science Ltd., 2002b.
- McWHINNEY, I. R. – A textbook of family medicine. New York, Oxford University Press, 1989.
- MEANA, F. R. – Inovação na gestão da saúde pública na Itália. São Paulo, Seminário internacional sobre inovações na gestão da saúde, 2007.

- MEAD, N. & BOWER, P. – Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Edu. Couns.*, 48: 51-61, 2002.
- MECHANIC, D. *et al.* – Are patients' office visit with physician getting shorter? *N. Engl. J. Med.*, 344:198-204, 2001.
- MEDAUAR, O. – O direito administrativo em evolução. São Paulo, Editora RT, 2003.
- MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMMISSION – Healthcare spending and the Medicare program, 2005. Disponível em: <http://www.medpac.gov>, acesso em julho de 2007.
- MEIGS, J. B. *et al.* – A controlled trial of web-based diabetes disease management: the MGH diabetes primary care improvement project. *Diabetes Care*, 26: 750-757, 2003.
- MEIRA, A. J. – Os sistemas de informação do SUS. Belo Horizonte, Superintendência de Epidemiologia/SVS/SESMG, 2008.
- MEJHERT, M. *et al.* – Limited long-term effects of a management programme for heart failure. *Heart*, 90: 1010-1015, 2004.
- MELO, M. G. M. – Estudo das dermatoses em trabalhadores de uma indústria farmacêutica. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, 1999.
- MENDES, E. V. – A análise de tarefas no desenho de programas de saúde. Montes Claros, IPPEDASAR, 1973.
- MENDES, E.V.- A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologias médicas. Belo Horizonte, Ed. Fumarc/PUC Minas Gerais, 1985
- MENDES, E.V. – O processo social de distritalização da saúde. In: MENDES, E.V. (Organizador) – Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Ed. Hucitec, 3ª ed., 1995.
- MENDES, E.V. – A reengenharia do sistema de serviços de saúde no nível local: a gestão da atenção à saúde. In: MENDES, E.V. (Organizador) – A organização da saúde no nível local. São Paulo, Ed. HUCITEC, 1998.
- MENDES, E.V. – Uma agenda para a saúde. São Paulo, Ed. Hucitec, 2ª ed., 1999.
- MENDES, E.V. – Os grandes dilemas do SUS. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo I, 2001a.
- MENDES, E.V. – Os grandes dilemas do SUS. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II, 2001b.
- MENDES, E.V. – A atenção primária no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002a.
- MENDES, E.V. – Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002b.
- MENDES, E. V. – Avançando no federalismo sanitário brasileiro: a descentralização convergente. In: Keinert, T. M. M. *et al.* – Inovação e cooperação intergovernamental: microrregionalização, consórcios e terceirização no setor saúde. São Paulo, Annablume Editora, 2006.
- MENDES, E. V. – Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007a.
- MENDES, E. V. – As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007b.

- MENDES, E.V. – Programa Mãe Curitibana: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná, estudo de caso. Lima, Organización Panamericana de la Salud, 2009.
- MENEZES, A. M. B. *et al.* – Smoking in early adolescence: evidence from the 1993 Pelotas birth cohort study. *Journal of Adolescent Health*, 39: 669-677, 2006.
- MENEZES, A. M. B. *et al.* – Early determinants of smoking in adolescence: a prospective birth cohort study. *Cadernos de Saúde Pública*, 23: 347-354, 2007.
- MENICUCCI, T. *et al.* – Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção: relatório final. Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, 2008.
- MEREDITH, L. S. *et al.* – Implementation and maintenance of quality improvement for treating depression in primary care. *Psychiatric Services*, 57: 48-55, 2006.
- MERKUR, S. *et al.* – Do lifelong learning and revalidation ensure that physicians are fit to practice? Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
- MESSIAS, E. – Income inequality, illiteracy rate, and life expectancy in Brazil. *American Journal of Public Health*, 93:1249-1296, 2003.
- MESTERS, I. *et al.* – Effectiveness of a multidisciplinary education protocol in children with asthma (0-4 years) in primary health care. *J. Asthma*, 31: 347-359, 1994.
- MESTRE, A. G. *et al.* – De paciente pasivo a paciente activo: programa paciente experto del Institut Català de Salut. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 1: 1, 2008.
- MICALLEF, J. – Apports des réseaux en santé publique: conditions de mise en place et de fonctionnement en clinique et en recherche. *Thérapie*, 55: 541-545, 2000.
- MICHAELS, F. H. & McCABE, S. – Managing chronic conditions for elderly adults: the VNS choice model. *Health Care Financ. Rev.*, 27: 33-45, 2005.
- MILLER, R.H. & LUFT, H.S. – Managed care performance since 1980: a literature analysis. *JAMA*, 271: 1512-1519, 1994.
- MILLER, W. R. *et al.* – Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 455-461, 1993.
- MILLS, A. – Vertical vs horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. *Social Science and Medicine*, 17: 1971-1981, 1983
- MILLS, A *et al.* – The challenge of health sector reform: what must governments do? Houndmills, Palgrave Publ. Ltd., 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Política Nacional de Medicamentos. Brasília, Secretaria de Políticas de Saúde, 6ª ed., 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília, Departamento de Atenção Básica, 4ª Reimpressão, 2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Proposta versão 2.0, Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica InformacaoSaude29_03_2004a.pdf, acesso em outubro de 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – A regionalização da saúde: versão preliminar para discussão interna. Brasília, Secretaria Executiva, 2004b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DNCT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro, situação e desafios atuais. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Regulação médica das urgências. Brasília, DAE/Secretaria de Assistência à Saúde, 2006b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. Portaria nº 675/GM, de 30 de março de 2006c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde, Série Pactos pela Saúde, Volume 7, 2006d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – A estratégia de redes regionalizadas de atenção à saúde: princípios e diretrizes para sua implementação no SUS. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde, 2008a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Cartão Nacional de Saúde. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/saude/gestor>, acesso em julho de 2008b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Portaria GM nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, SVS/SAS/SE/INCA/ANS/MS, 2008e.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – VIGITEL Brasil, Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito federal em 2007. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – VIGITEL Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DE LA SALUD DE CHILE – Redes asistenciales. Santiago, Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2005.

MINISTERIO DE LA SALUD DE PERU – Redes de servicios de salud. Lima, Ministerio de la Salud, 1999.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO – Proyecto de Real decreto por el cual se establece la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Madrid, Dossier especial, MSC, 2005.

MINISTRY OF HEALTH – A framework for a provincial chronic disease prevention initiative. British Columbia, Population health and wellness, Ministry of Health Planning, 2003.

MINISTRY OF HEALTH – Value for money in the health system. Wellington, Ministry of Health, 2005.

MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH – National action plan to reduce health inequalities, 2008/2011. Helsinki, Helsinki University Print, 2008.

MINTZBERG, H. – The structuring of organizations. Englewood Cliffs, Practice Hall, 1979.

- MINTZBERG, H. – Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações. São Paulo, Editora Atlas S.A, 2ª ed., 2003.
- MIRANDA, V. M. – Estilo de vida e estágios de mudança de comportamento para atividade física em mulheres de diferentes etnias em Santa Catarina. Dissertação, Centro de Desportos da UFSC, 1999.
- MITCHELL, G. *et al.* – Does primary medical practitioner involvement with specialist team improve patient outcomes: a systematic review. *Brit. J. Gen. Pract.*, 52: 934-939, 2002.
- MLADOVSKI, P. & MOSSIALOS, E. – A conceptual framework for community-based health insurance in low-income countries: social capital and economic development. London, London School of Economics and Political Science, 2006.
- MODELL, M. *et al.* – A multidisciplinary approach for improving services in primary care: randomized controlled trial of screening for haemoglobin disorders. *British Medical Journal*, 317: 788-791, 1998.
- MOKDAD, A. H. – Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*, 291: 1238-1245, 2004.
- MONANE, M. *et al.* – Improving prescribing patterns for the elderly through an *on-line* drug utilization review intervention: a system linking the physician, pharmacist and computer. *JAMA*, 280:1249-1252, 1998.
- MONNINKHOF, E. *et al.* – Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Thorax*, 58: 394-398, 2003.
- MONTANI, S. *et al.* – Meta-analysis of the effect of the use of computer-based systems on the metabolic control of patients with diabetes mellitus. *Diabetes Technol. Ther.*, 3: 347-356, 2001.
- MONTEIRO, C. A. *et al.* – A evolução do país e de suas doenças: síntese, hipóteses e implicações. In: MONTEIRO, C.A. (Organizador) – Velhos e novos males de saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo, Ed. Hucitec/Nupens/USP, 1995.
- MONTEIRO, C. A. *et al.* – Symposium: obesity in developing countries, biological and ecological factors. Independent effects of income and education on the risk of obesity in the brazilian adult population. *Journal of Nutrition*, 131: 881-886, 2001.
- MONTEIRO, C. A. *et al.* – A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 14: 246-254, 2003.
- MONTEIRO, C. A. *et al.* – Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bulletin of the World Health Organization*, 85: 527-534, 2007.
- MONTORI, V. M. *et al.* – The impact of planned care and a diabetes electronic management system on community-based diabetes care: the Mayo Health System Diabetes Translation Project. *Diabetes Care*, 25:1952-1957, 2002.
- MOORE, G. – The case of disappearing generalist: does it need to be solved? *Milbank Q.*, 70: 361-379, 1992.
- MOORMAN, P. W. *et al.* – Electronic messaging between primary and secondary care: a four-year case report. *J. Am. Med. Inform. Assoc.*, 8: 372-378, 2001.
- MORGAN, G. – Imagens da organização. São Paulo, Editora Atlas S.A, 1996.
- MORRIS, L. A. *et al.* – Counseling patients about prescribed medication: 12 years trend. *Med. Care*, 35: 996-1007, 1997.
- MORRISON, D. S. *et al.* – Changing patterns of hospital admission for asthma. *Thorax*, 1: 687-690, 2001.

- MORRISON, S. – Self management support: helping clients set goals to improve their health. Nashville, National Health Care for the Homeless Council, 2007.
- MOYERS, T.B. & YAHNE, C.E. – Motivational interviewing in substance abuse treatment: negotiating roadblocks. *Journal of Substance Misuse*, 3: 30-33, 1998.
- MOYSÉS, S.J. *et al.* – A construção social do distrito sanitário. In: DUCCI, L. *et al.* – Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, CEBES, 2001.
- MUGFORD, M. *et al.* – Effects of *feedback* of information on clinical practice: a review. *British Medical Journal*, 303: 398-402, 1991.
- MUKAMEL, D. *et al.* – The effect of accurate patient screening on the cost-effectiveness of case *management* programs. *Gerontologist*, 37: 777-784, 1997.
- MULLAHY, C. B. – The case manager's handbook. Maryland, Aspen Publ., 1998.
- MULLEY, A.J. – Improving productivity in the NHS. *British Medical Journal*, 341: 3965, 2010.
- MURCHLE, *et al.* – Secondary prevention clinics for coronary heart disease: four year follow up of a randomised controlled trial in primary care. *British Medical Journal*, 326: 84, 2003.
- MUROFUSE, N. T. & MARZIALE, M. H. P. – Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 13: 364-373, 2005.
- MURPHY, M. H. & HARDMAN, A. E. – Training effects of short and long bouts of brisk walking in sedentary women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 30:152-157, 1998.
- MURTA, S. G. & TROCCOLI, B. J. – Parando de beber: estágios de mudança vividos por ex-alcoolistas. *Estud. Psicol.*, 22: 157-166, 2005.
- MUSGROVE, P. – Public and private roles in the health: theory and financing partners. Washington, World Bank, World Bank Discussion Paper nº 339, 1996.
- NADASH, P. – Two models of managed long-term care: comparing PACE with a Medicaid-only plan. *Gerontologist*, 44: 644-654, 2004.
- NAISH, J. *et al.* – Appropriate prescribing in asthma. *British Medical Journal*, 310:1472, 1995.
- NARAYAT, V.K. M. *et al.* – Diabetes: the pandemic and potential solutions. In: JAMISON, D. T. *et al.* (Editors) – Disease control priorities in developing countries. New York, Oxford University Press and World Bank, 2nd. Ed., 2006.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS – Assessing the potential for national strategies for electronic health records for population health monitoring and evaluation. Washington, Centers for Disease Prevention and Control, 2006.
- NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM ADULT TREATMENT – Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment, Panel III Guidelines. *Circulation*, 110: 227-239, 2004.
- NATIONAL COMMITTEE FOR QUALITY ASSURANCE – The state of health quality. Washington, NCQA, 2006.
- NATIONAL HEALTH SERVICE – Supporting people with long term conditions: an NHS and social care model to support local innovation and integration. London, The Stationery Office, 2005.
- NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE – Guidance on the use of patient-education models for diabetes. London, NICE, 2003.

- NATIONAL INSTITUTE OF DIABETES AND DIGESTIVE AND KIDNEY DISEASES. National Diabetes Statistics. 2007. Disponível em <http://www.diabetes.niddk.nih.gov/>, acesso em março de 2009.
- NATIONAL PUBLIC HEALTH PARTNERSHIP – Preventing chronic disease: a strategic framework. Melbourne, Background paper, 2001.
- NATPACT – Disponível em <http://www.natpact.nhs.uk>, acesso de dezembro de 2007.
- NAVARRO, A. M. *et al* – Por La Vida model intervention enhances use of cancer screening tests among latinas. *Am. J. Prev. Med.*, 15: 32-41, 1998.
- NAYLOR, M. D. *et al*. – Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA*, 281: 613-620, 1999.
- NELSON, K. *et al*. – Do patient consent provisions affect participation rates in quality improvement studies: data from the improving chronic illness care evaluation. *Medical Care*, 40: 283-288, 2002.
- NELSON, M. C. *et al*. – Built and social environments: associations with adolescent overweight and activity. *Am. J. Prev. Med.*, 31: 109-117, 2006.
- NEMES, M.I.B. – Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, L.B., NEMES, M.I.B. & MENDES GONÇALVES, R.B. (Organizadores) – Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo, Ed. Hucitec, 1996.
- NERI, M. C. – Trata Brasil: saneamento e saúde. Rio de Janeiro, Editora Fundação Getúlio Vargas, 2007.
- NEUMEYER-GROMEN, A. – Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med. Care*, 42: 1211-1221, 2004.
- NEW, J. P. *et al*. – Specialist nurse-led intervention to treat and control hypertension and hyperlipidemia in diabetes (SPLINT): a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 26: 2250-2255, 2003.
- NEW HEALTH PARTNERSHIPS – Supporting self-management: emphasizing patient role, 2008. Disponível em <http://www.newhealthpartnerships.org>, acesso em novembro de 2008.
- NEWHOUSE, J. *et al*. – Is competition the answer? *Journal Health Economics*, 1: 109-116, 1982.
- NEWTON, K. M. *et al*. – The use of automated data to identify complications and comorbidities of diabetes: a validation study. *J. Clin. Epidemiol.*, 52: 199-207, 1999.
- NG, Y.C. *et al*. – Productivity losses associated with diabetes in the US. *Diabetes Care*, 24: 257-261, 2001.
- NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION – Implementing clinical practice guidelines. York, CRD, 1994.
- NHS CENTRE FOR REVIEWS AND DISSEMINATION – Getting evidence into practice. *Effective Health Care Bulletin* 5, 1999. www.york.ac.uk/inst/crd/ehc51.pdf, acessado em agosto de 2007.
- NOFFSINGER, E. – Benefits of drop-in group medical appointments (DIGMAs) to physicians and patients. *Group Practice Journal*, 48: 16-22, 1999a.
- NOFFSINGER, E. – Increasing quality of care and access while reducing costs through drop-in group medical appointments. *Group Practice Journal*, 48: 12-18, 1999b.
- NOFFSINGER, E. – Will drop-in group medical appointments work in practice?

The Permanente Journal, 3: 58-67, 1999c.

NOLAN, T. *et al.* – Controlled trial of social work in childhood chronic illness. *Lancet*, 2: 411-415, 1987.

NOLTE, E. & McKEE, M. – Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives: an introduction. In: NOLTE, E. & McKEE, M. (Editors) – Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives. European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press, 2008.

NOONAN, W. C. & MOYERS, T. B. – Motivational interviewing. *Journal of Substance Misuse*, 2: 8-16, 1997.

NOREN, J. *et al.* – Ambulatory medical care: a comparison of internists and family-general practitioners. *N. Engl. J. Med.*, 301: 11-16, 1980.

NORMAN, I. – Making a start on clinical audit: cycles and spirals. In: KOGAN, M. & SALLY, R. – Making use of clinical audit. Buckingham, Open University Press, 2000.

NORMAN, I. & REDFERN, S. – What is audit? In: KOGAN, M. & SALLY, R. – Making use of clinical audit. Buckingham, Open University Press, 2000.

NORONHA, J. C. *et al.* – Avaliação da relação entre volume de procedimentos e qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 19: 1781-1789, 2003.

NORRIS, S. L. *et al.* – Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review randomized controlled trials. *Diabetes Care*, 24: 561-587, 2001.

NORRIS, S. L. *et al.* – Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemetic control. *Diabetes Care*, 25: 1159-1171, 2002.

NORTH, D. – Institutions, institutional changes and economic performance. Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

NORWEGIAN DIRECTORATE OF HEALTH – Health creates welfare: the role of the health system in Norwegian society. Oslo, Directorate of Health, 2008.

NOVAES, H. M. D. *et al.* – Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11: 1023-1035, 2006.

NOVOTNY, T. E. – Preventing chronic disease: everybody's business. In: NOLTE, E. & McKEE, M. (Editors) – Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives. European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press, 2008.

NRHI HEALTHCARE PAYMENT REFORM SUMMIT – From volume to value: transforming health care payment and delivery systems to improve quality and reduce costs. Pittsburgh, Network for Regional Healthcare Improvement, 2008.

NÚCLEO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE – A patologia clínica da microrregião do Alto Rio Grande. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 1998.

NUNES, M. O. *et al.* – O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, 18:1639-46, 2002.

NUÑO, R. S. – Un breve recorrido por la atención integrada. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 1:2, 2008.

- NUTBEAM, D. – Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15:259–267, 2000.
- NUTTING, P. A. *et al.* – Use of chronic care model elements is associated with higher-quality care. *Annals of Family Medicine*, 5:14-20, 2007.
- O'BRIEN, M. K. *et al.* – Adherence to medication regimens: updating a complex medical issue. *Med. Care Rev.*, 49: 435-454, 1992.
- OCKENE, I. S. & MILLER, N. H. – Cigarette smoking, cardiovascular disease, and stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. American Heart Association Task Force on Risk Reduction. *Circulation*, 96:3243–3247, 1997.
- O'CONNOR, A. M. & STACEY, D. – Should patient decision aids (PtDAs) be introduced in the health care system? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
- O'DELL, K. – Transportation among barriers to health care. Springfield, New Leader, 2008.
- OFFICE OF THE SURGEON GENERAL – Overweight and obesity: health consequences, 2007. Disponível em http://www.surgeongeneral.gov/topics/obesity/calltoaction/fact_consequences.htm, acesso em setembro de 2008.
- OH, J. A. *et al.* – A telephone-delivered intervention to improve glycemic control in type 2 diabetic patients. *Yonsei Med. J.*, 44: 1-8, 2003.
- OLDHAM, J. & MAUNDER, M. – Who are your patients? Patient information in practice planning and performance improvement. *Manag. Care Q.*, 7:35- 44, 1999.
- OLIVARIUS, N. F. *et al.* – Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. *British Medical Journal*, 323: 970, 2001.
- OLIVER, S. *et al.* – Involving consumer in research and development agenda setting for the NHS: developing an evidence-based approach. *Health Technol. Assess.*, 8: 1-148, 2004.
- OLIVEIRA, A. M. F. de – Os dilemas da municipalização da saúde no contexto de uma região metropolitana: o caso de Campinas. Campinas, Instituto de Economia da Universidade de Campinas, Tese de Doutorado, 1995.
- OLIVEIRA, E. X. *et al.* – Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, 20: 386-402, 2004.
- OLIVEIRA, M. *et al.* – Estudo dos estágios motivacionais em sujeitos adultos dependentes de álcool. *Psicologia, Reflexão e Crítica* 16:265-270, 2003.
- OLIVEIRA, M. C. T. & DUARTE, G. R. – O modelo transteórico aplicado ao consumo de frutas e hortaliças em adolescentes. *Rev. Nutr.*, 19: 57-64, 2006. 2006.
- OLIVEIRA, P. *et al.* – Programa de desenvolvimento da saúde. In: Campos, E. F. *et al.* – Desenvolver a saúde: modelo cuidador da Federação das Unimeds de Minas Gerais. Belo Horizonte, Editora da Federação das Unimeds de Minas Gerais, 2008.
- O'MALLEY, A. S. *et al.* – Primary care attributes and care for depression among low-incomes African American women. *Am. J. Publ. Health*, 93: 1328-1334, 2003.
- O'MALLEY, A. S. *et al.* – Health Center trends, 1994-2001: What do they portend for the federal growth initiative? *Health Affairs*, 24:465-472, 2005.

- OMRAN, A R. – The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem. Fund.*, 49:509-583, 1971.
- OOMS, G. *et al.* – The “diagonal” approach to Global Fund financing: a cure for the broad malaise of health systems? *Globalization and Health*, 4: 6, 2008.
- OPIE, J. *et al.* – Challenging behaviours in nursing home residents with dementia: a randomized controlled trial of multidisciplinary interventions. *Int. J. Geriatr., Psychiatry*, 17:6-13, 2002.
- OPIE, J. *et al.* – Challenging behaviours in nursing home residents with dementia: a randomized controlled trial of multidisciplinary interventions. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 17: 6-13, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – A carta de Liubliana sobre a reforma da atenção à saúde. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Núcleo de Sistemas e Serviços de Saúde, Texto de Apoio nº 25, 1996.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde/Public Health Agency of Canadá, 2005.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – Informe sobre la salud en el mundo, 2003: forjemos el futuro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Brasília, OPAS/OMS, 2010.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate. Brasília, OPAS/OMS, 2011.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – Redes integradas de servicios de salud: integración de programas prioritários de salud pública, estudios de caso de la Región de las Américas y el Caribe. Lima, Organización Panamericana de la Salud, 2009.
- 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, HSS/IHS/OPS, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2010.
- OSBORNE, R. H. *et al.* – Does self-management lead to sustainable health benefit in people with arthritis?: a 2-year transition study of 452 australians. *J. Rheumatol.*, 34: 1-6, 2007.
- OSBORNE, D. & GAEBLER, T. – Reinventando o governo: como o espírito empreendedor está transformando o setor público. Brasília, MH Comunicações, 3ª ed., 1994.
- OSLIN, D. W. *et al.* – Disease management for depression and at-risk drinking via telephone in an older population of veterans. *Psychosom. Med.*, 65:931-937, 2003.
- OSMAN, L.M. *et al.* – Integrated care for asthma: matching care to the patient. *Euro Respiratory J.*, 9: 444-448, 1996.
- OSMAN, L. M. *et al.* – A randomised trial of self-management planning for adult patients admitted to hospital with acute asthma. *Thorax*, 57: 869-874, 2002.
- OSTBYE, T. *et al.* – Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann. Fam. Med.*, 3: 209-214, 2005.
- OSTERBERG, L. & BLASCHKE, T. – Adherence to medication. *N. Engl. J. Med.*, 353:487-497, 2005.

OTTAWA HEALTH RESEARCH INSTITUTE – Patient Decision Aids, Disponível em <http://www.ohri.ca>, acesso em abril de 2008.

OUVERNEY, A. M. – Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, 42: 12-22, 2008.

OUWENS, M. *et al.* – Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int. J. Qual. Health Care*, 17:141-146, 2005.

OVERETVEIT, J. – Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17: 368-376, 2004.

OVERETVEIT, J. *et al.* – Quality collaboratives: lessons from research. *Quality and Safety in Health Care*, 11:345-351, 2002.

OVERHAGE, J. M. *et al.* – A randomized, controlled trial of clinical information shared from another institution. *Ann. Emerg. Med.*, 39: 14-23, 2002.

OXMAN, A D. *et al.* – Users guides to the medical literature VI: how to use an overview. *JAMA*, 272: 1367-1371, 1994.

OWEN, L. – Impact of a telephone helpline for smokers who called during a mass media campaign. *Tobacco Control*, 9:148-154, 2000.

PALMER, L. & SOMERS, S. – Integrating long-term care: lessons from building health systems for people with chronic illnesses, a national program of the Robert Wood Johnson Foundation. Hamilton, Center for Health Care Strategies, 2005.

PALMER, N. *et al.* – Health financing to promote access in low income settings-how much do we know? *Lancet*, 364:1365-1370, 2004

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION – Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization. Washington, PAHO, 2005.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION – Smoke-free inside. Washington, PAHO, 2007.

PARCHMAN, M. L. & CULLER, S. – Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J. Fam. Pract.*, 39: 123-128, 1994.

PARKER, H. – Making the shift: a review of NHS experience. Birmingham, Institute for Innovation and Improvement, University of Birmingham, 2006.

PARTNERSHIP FOR PREVENTION – Diabetes self-management education. Disponível em <http://www.prevent.org>, acesso em julho de 2008.

PATTERSON, E. – Alberta primary care improvement project: Chinook Primary Care Network. Edmonton, Alberta Health and Wellness, 2006.

PAULY, M.V. – The economics of moral hazard: comments. *American Economic Review*, 58: 531-537, 1968.

PAYNE, T. H. *et al.* – Practicing population-based care in an HMO: evaluation after 18 months. *HMO Practice*, 9: 101-106, 1995.

PEARSON, M. L. *et al.* – Assessing the implementation of the chronic care model in quality improvement collaboratives. *Health Serv. Res.*, 40:978-996, 2005. PEDERSEN, B. K. & SALTIN, B. – Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 16:3-63, 2006.

- PEIXOTO, M. R. B. – Divergência e convergência entre um modelo de assistência de enfermagem a pacientes diabéticos e a teoria do déficit de autocuidado de Orem. *Rev. Esc. Enf. USP*, 30: 1-13, 1996.
- PENCHANSKY, D. B. A. & THOMAS, J. W. – The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med. Care*, 19:127-140, 1981.
- PERAY, J.L. de – Redes hospitalarias y integración de niveles asistenciales. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secretaria de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la Salud, 2003.
- PEREIRA, C. *et al.* – Human papillomavirus prevalence and predictors for cervical cancer among high-risk women from Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of Gynecological Cancer*, 17: 651-660, 2007.
- PEREIRA, J. – Glossário de economia da saúde. In: PIOLA, S.F. & VIANA, S.M. (Organizadores) – Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília, IPEA, 1995.
- PEREIRA, G. A. & LIMA, M. A. D. S. – Relato de experiência em grupo na assistência de enfermagem a diabéticos. *R. Gaucha Enferm.*, 23: 142-157, 2002.
- PERILLO, C. D. *et al.* – A profissionalização da gestão do SUS na SES-GO. Goiânia, Secretaria de Estado da Saúde/Agence de La Santé et des Services Sociaux de Outaouais Quebec, 2007.
- PERROT, J. *et al.* – The contractual approach: new partnerships for health in developing countries. Geneva, World Health Organization, Macroeconomics, Health and Development Series nº 24, 1997.
- PESTANA, M. – Devagar com a UPA. *O Globo*, 11 de novembro de 2008.
- PESTANA, M. & MENDES, E.V. – Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.
- PETO, R. *et al.* Mortality from smoking worldwide. *British Medical Bulletin*, 52:12–21, 1996.
- PETRIE, K.J. & BROADBENT, E. – Assessing illness behaviour: what condition is my condition in? *J. Psychosom. Res.*, 54: 415–416, 2003.
- PHELPS, C.E. – Welfare loss from variations: further considerations. *Journal of Health Economics*, 14: 253-260, 1995.
- PHILBIN, E. F. – Comprehensive multidisciplinary programs for the management of patients with congestive heart failure. *J. Gen. Int. Med.*, 14:130-135, 1999.
- PHILBIN *et al.* – The results of a randomized trial of a quality improvement intervention in the care of patients with heart failure. *Am. J. Med.*, 109: 443-449, 2000.
- PIATT, G. A. *et al.* – Translating the chronic care model into the community: results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention. *Diabetes Care*, 29:811-817, 2006.
- PIETTE, J. D. – Interactive voice response systems in the diagnosis and management of chronic disease. *Am. J. Manag. Care*, 6: 817-827, 2000.
- PIETTE, J. D. *et al.* – Use of automated telephone disease management calls in a ethnically diverse sample of low-income patients with diabetes. *Diabetes Care*, 22: 1302-1309, 1999.
- PIETTE, J. D. *et al.* – Impact of automated calls with nurse follow-up on diabetes treatment outcomes in a Department of Veterans Affairs Health Care System: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 24: 202-208, 2001.

- PIETTE, J. D. *et al.* – Dimensions of patient-provider communication and diabetes self-care in an ethnically diverse population. *J. Gen. Intern. Med.*, 18: 624-633, 2003.
- PINHEIRO, R.S. – Desigualdade na utilização de serviços hospitalares na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Washington, OPS, Documento Técnico nº 23, 2000.
- PINNOCK, H. *et al.* – Accessibility, acceptability, and effectiveness in primary care of routine telephone review of asthma: pragmatic, randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 326: 477-479, 2003.
- PINOTTI, J. A. – PSF. Folha de São Paulo, 30 de novembro de 2008.
- PIORO, M. H. *et al.* – Outcomes-based trial of an inpatient nurse practitioner service for general medical patients. *J. Eval. Clin. Pract.* 7: 21-33, 2001.
- PLSEK, P. E. – Collaborating across organizational boundaries to improve the quality of care. *American Journal of Infection Control*, 25:85-95, 1997.
- POINTER, D.D. *et al.* – Loosening the gordian knot of governance in integrated health care delivery systems. In: CONRAD, D.A. – *Integrated delivery systems: creation, management, and governance*. Chicago, Health Administration Press, 1997.
- POLDONY, J. M. & PAGE, K. L. – Network forms of organization. *Annual Review of Sociology*, 24: 57-76, 1998.
- POLONSKY, W.H. *et al.* – Integrating medical management with diabetes self-management training: a randomized control trial of the Diabetes Outpatient Intensive Treatment Program. *Diabetes Care*, 26: 3048-3053, 2003.
- POPKIN, B. M. – Using research on the obesity pandemic as a guide to a unified vision of nutrition. *Public Health Nutrition*, 8:724-729, 2005.
- PORTER, M. – *Population care and chronic conditions: management at Kaiser Permanente*. Oakland, Kaiser Permanente, 2007.
- PORTER, M. & KELLOGG, M. – Kaiser Permanente: an integrated health care experience. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 1:1, 2008.
- PORTER, M.E. & TEISBERG, E.O. – *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre, Bookman Companhia Editora, 2007.
- PORTO, L. A. *et al.* – Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. *Revista de Saúde Pública*, 40: 818-826, 2006.
- POSNETT, J. – Are bigger hospitals better? In: McKEE, M. & HEALY, J. (Editors) – *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
- POWELL, S.K. – *Case management: a practical guide to success in managed care*. Philadelphia, Lippincot Williams & Williams, 2000.
- PRITCHARD, P. & HUGHES, J. – *Shared care: the future imperative?* London, Royal Society of Medicine Press, 1995.
- PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTE, C.C. – Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 51: 390-395, 1983.
- PRONOVOST, P. J. *et al.* – Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients. *JAMA*, 288: 2151-2162, 2002.

- PUSKA, P. *et al.* – Changes in premature deaths in Finland: successful long-term, prevention of cardiovascular diseases. *Bulletin of the World Health Organization*, 76: 419-425, 2002.
- PUTNAM, R. D. *et al.* – Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton, Princeton University Press, 1994.
- QUADROS, C. A. *et al.* – Coverage and focus of a cervical cancer prevention program in southern Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16: 223-232, 2004.
- RADDISH, M. *et al.* – Continuity of care: is it cost effective? *Am. J. Manag. Care*, 5: 727-734, 1999.
- RAJMIL, L. *et al.* – The consequences of universalizing health services: children's use of health services in Catalonia. *Int. J. Health Serv.*, 28:777-791, 1998.
- RAM, F. S. F. *et al.* – Primary care based clinics for asthma (Cochrane Review). In: THE COCHRANE LIBRARY. Chichester, John Wiley & Sons, Issue 2, 2004.
- RAMCHARAM, P. – Gobierno clínico y gestión eficiente: perspectiva del usuario. In: PYCKERING, S. & THOMPSON, J (Editores). *Gobierno clínico y gestión eficiente: como cumplir la agenda de modernización*. Barcelona, Churchill Livingstone Elsevier, 2010.
- RAMIREZ, B. L. *et al.* – Promoting health equity: a resource to help communities address social determinants of health. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2008.
- RAMSEY, S. *et al.* – Productivity and medical costs of diabetes in a large employer population. *Diabetes Care*, 25:23-29, 2002.
- RAND HEALTH – Improving chronic illness care evaluation. Rand Health Project. Disponível em <http://www.rand.org/health/projects>, acesso em setembro de 2008.
- RAUH, R. A. *et al.* – A community hospital-based congestive heart failure program: impact on length of stay, admission and readmission rates, and cost. *Am. J. Managed Care*, 5: 37-43, 1999.
- REA, H. *et al.* – A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Intern. Med. J.*, 34: 608-614, 2004.
- REGAN, J. *et al.* – The role of federally funded health centers in serving the rural population. *Journal of Rural Health*, 19:117-124, 2003.
- REHM, J. *et al.* – Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Health*, 27: 39-51, 2003.
- REHNBERG, C. – Sweden. In: HAM, C. (Editor) – *Health care reform: learning from international experience*. Buckingham, Open University Press, 1997.
- REID, R. *et al.* – Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation, 2002.
- REIS, R. A. – Comunicação e atenção primária de saúde. Belo Horizonte, 1º Congresso Nacional de Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG, 2008.
- REIS, R. S. & PETROSKI, E. L. – Aplicação da teoria cognitiva social para predição das mudanças de comportamento em adolescentes brasileiros. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.*, 7: 62-68, 2005.
- RENDERS, C.M. *et al.* – Long-term effectiveness of a quality improvement program for patients with type 2 diabetes in general practice. *Diabetes Care*, 24: 1365-1370, 2001.

- RENDERS, C. M. *et al.* – Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. In: The Cochrane Library. Chichester, John Wiley & Sons, Issue 2, 2004.
- RESTLESS LEGS SYNDROME FOUNDATION – Support groups. Disponível em <http://www.rls.org>, acesso em dezembro de 2008.
- RESTUCCIA, J.D. – The evolution of hospital utilization review methods in the United States. *International Journal for Quality in Health Care*, 7:253-260, 1995.
- REUBEN, D. B. – Organizational interventions to improve health outcomes of older persons. *Medical Care*, 40:416-428, 2002.
- REUBEN, D.B. *et al.* – A randomized clinical trial of outpatient comprehensive geriatric assessment coupled with an intervention to increase adherence to recommendations. *J.Am.Geriatr.Soc.*, 47:269-276, 1999.
- REYES, H. *et al.* – Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. *Health Policy Plan*, 12:214-223, 1997.
- RIBEIRO, M. C. S. A. *et al.* – Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS, PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11:1011-1022, 2006.
- RIBEIRO, R. Q. C. – Relatório técnico sobre credenciamento de serviços de hemodinâmica em Minas Gerais. Belo Horizonte, Coordenação de Avaliação de Tecnologias em Saúde da SESMG, 2007.
- RICCIARDI, G. – The italian model for long-term care. *Health Care, Manag.*, 3:167-176, 1997.
- RICE, T. – The economics of health reconsidered. Chicago, Health Administration Press, 1998.
- RICH, M. W. – Heart failure disease management: a critical review. *J. Card. Fail.*, 5: 64-75, 1999.
- RICH, M. W. *et al.* – Prevention of readmission in elderly patients with congestive heart failure: results of a prospective, randomized pilot study. *J. Gen. Intern. Med.*, 8:585-591, 1993.
- RICH, M.W. *et al.* – A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N. Engl. J. Med.*, 333:1190-1195, 1995.
- RICH, M.W. & NEASE, R.F. – Cost-effectiveness analysis in clinical practice: the case of heart failure. *Arch. Inter. Med.*, 159:1690-1700, 1999.
- RICHARDS, A. *et al.* – PHASE: a randomised, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care. *Br. J. Gen. Pract.*, 53: 764-770, 2003.
- RIEGEL, B. *et al.* – Implementation of a multidisciplinary disease management program for heart failure patients. *Congest. Heart Fail.*, 5: 164-170, 1999.
- RIEGEL, B. *et al.* – Which patients with heart failure respond best to multidisciplinary disease management? *J. Cardiac Failure*, 6: 290-299, 2000.
- RIEGEL, B. *et al.* – Effect of a standardized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with chronic heart failure. *Arch. Int. Med.*, 162: 705-712, 2002.
- RIEGEL, B. & CARLSON, B. – Is individual peer support a promising intervention for persons with heart failure? *Cardiovasc. Nurs.*, 19: 174-183, 2004.
- RIJKEN, M. *et al.* – Supporting self management. In: NOLTE, E. & MCKEE, M. (Editors) – *Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives*. European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press, 2008.

- RILEY, K. M. *et al.* – Resources for health: a social-ecological intervention for supporting self-management of chronic conditions. *J. Health Psy.*, 6: 693-705, 2001.
- RIPSA – Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
- RISSO, C. – Avaliação regular dos sistemas de informação em saúde. Brasília, XIV OTI da RIPSA, 2006.
- ROBERTS, K. *et al.* – An innovative approach to managing depression: focus on HEDIS standards. *J. Healthcare Qual.*, 24:11-64, 2002.
- ROBERTS, M. J. *et al.* – Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford, Oxford University Press, 2003.
- ROBERTSON, M. K. *et al.* – Impact studies in continuing education for health professions: update. *J. Contin. Educ. Health Prof.*, 23: 146-156, 2003.
- ROBINSON, A. *et al.* – Guided self-management and patient-directed follow-up of ulcerative colitis: a randomised trial. *Lancet*, 358: 976-981, 2001.
- ROBINSON, R. & STEINER, A. – Managed health care. Buckingham, Open University Press, 1998.
- ROBLES, S. C. – A public health framework for chronic disease prevention and control. *Food Nutr. Bull.*, 25: 194-199, 2004.
- ROBLIN, D. W. *et al.* – Patient satisfaction with primary care: does type of practitioner matter? *Med. Care*, 42: 579-590, 2004.
- RODRIGUES, F.M.A – Projeto de avaliação da qualidade da assistência prestada ao segmento materno-infantil do programa médico de família de Niterói. Rio de Janeiro, mimeo, 1996.
- ROEMER, M. – National health systems of the world: the issues. New York, Oxford University Press, Volume Two, 1993.
- ROJAS, G. C. – Farmacia y sociedad. Cartagena de las Indias, Seminario internacional sobre reformas sanitárias. Ministerio de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, 2006.
- ROLLNICK, S. *et al.* – Health behavior change: a guide for practitioners. Edinburgh, Churchill Livingstone, 2000.
- ROOS, N. P. – Who should do the surgery? Tonsillectomy-adenoidectomy in one Canadian province. *Inquiry*, 16:73-83, 1979.
- ROOS, N.P. *et al.* – Does a small minority of elderly account for a majority of health care expenditures? A sixteen year perspective. *The Milbank Quarterly*, 67: 347-369, 1989.
- RONDINELLI, D. A. – Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance. In: RONDINELLI, D.A. (Editor): *Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance*. New York, Division of Public Administration and Development Management/Department of Economic and Social Affairs/United Nations, 2006.
- ROPER, W. L. – Perspectives on physician payment reform. *New England Journal of Medicine*, 319: 865-867, 1988.
- ROSA, M. B. *et al.* – Erros de medicação e conciliação de medicamentos em idosos. In: NOVAES, M. R. C. G. (Organizador) – *Assistência farmacêutica ao idoso: uma abordagem multiprofissional*. Brasília, Editora Thesaurus, 2007.

- ROSEMANN, T. *et al.* – Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. *J. Eval. Clin. Pract.*, 13: 806-813, 2007.
- ROSEN, R. & HAM, C. – Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia: informe del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Banninster. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 1: 2, 2008.
- ROSENBLATT, R. A. *et al.* – The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am. J. Public Health*, 90:97-102, 2000.
- ROSERO, B. L. – Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 15:994-1003, 2004a.
- ROSERO, B. L. – Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. *Social Science & Medicine*, 58:1271-1284, 2004b.
- ROSSITER, L. F. *et al.* – The impact of disease management on outcomes and cost of care: a study of low-income asthma patients. *Inquiry*, 37: 188-202, 2000.
- ROTER, D. L. & HALL, J. A. – Studies of doctor-patient interaction. *Annu. Rev. Public Health*, 10: 163-180, 1989.
- ROTHERT, M. L. & O'CONNOR, A. M. – Health decision support for women. *Annu. Rev. Nurs. Res.*, 19: 307-324, 2001.
- ROTHMAN, A. A. & WAGNER, E. H. – Chronic illness management: what is the role of primary care? *Ann. Intern. Med.*, 4;138:256-261, 2003.
- ROUBITAILLE, L. – O regime geral de seguro de medicamentos: a base da estratégia quebequense para um acesso equitativo aos medicamentos. São Paulo, Conselho de Medicamentos de Quebec, 2006.
- ROUKEMA, J. *et al.* – Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. *Emergency Medicine Journal*, 23: 906-910, 2006.
- ROUMIE, C. L. *et al.* – Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education. *Ann. Intern. Med.*, 145: 165-175, 2006.
- ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS – National clinical guidelines for stroke. London, Royal College of Physicians, 2000.
- ROYCE, R. – *Managed care: practice and progress*. Abingdon, Radcliffe Medical Press, 1997.
- RUBIN, R. *et al.* – Clinical and economic impact of implementing a comprehensive diabetes management program in managed care. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 83:2635-2642, 1998.
- RUBLEE, D. A. – Medical technology in Canada, Germany and United States: an update. *Health Affairs*, 13: 114-117, 1994.
- RUDY, E. B. *et al.* – Patient outcomes for the chronically critically ill: special care unit versus intensive care unit. *Nurs. Res.*, 44: 324-331, 1995.
- RUOFF, G. – Effects of flow sheet implementation on physician performance in the management of asthmatic patients. *Fam. Med.*, 34: 514-517, 2002.
- RYDEN, M. Bb *et al.* – Value-added outcomes: the use of advanced practice nurses in long-term care facilities. *Gerontologist*, 40: 654-662, 2000.

- SABATÉ, E. – Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, World Health Organization, 2003.
- SACKETT, D.L. *et alii* – Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. New York, Churchill Livingstone, 1997.
- SADUR, C. N. *et al.* – Diabetes management in a health maintenance organization: efficacy of care management using cluster visits. *Diabetes Care*, 22: 2011-2017, 1999.
- SALAFFI, F. *et al.* – Validity and reliability of the Italian version of the ECOS-16 questionnaire in postmenopausal women with prevalent vertebral fractures due to osteoporosis. *Clin. Exp. Rheumatol.*, 25:390-403, 2007.
- SALTMAN, R.B. & FIGUERAS, J. – European health care reforms: analysis of current strategies. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, 1997.
- SAMPAIO, L. F. R. – A qualidade do cuidado nas instituições hospitalares brasileiras. Brasília, Banco Mundial, 2004.
- SAMPSON, R. J. *et al.* – Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277: 918-924, 1997.
- SANDERS, K. M. & SATYVAVOLU, A. – Improving blood pressure control in diabetes: limitations of a clinical reminder in influencing physician behavior. *J. Contin. Educ. Health Prof.*, 22: 23-32, 2002.
- SANTOS, L. & ANDRADE, L. O. M. – SUS, o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas, Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.
- SANTOS-PRECIADO, J. I. *et al.* – La transición epidemiológica de las y de los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 45: 140-152, 2003.
- SAPAG, J. C. & KAWACHI, I. – Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev. Saude Pública*, 41: 139-149, 2007.
- SARKOZI, L. *et al.* – The effects of total laboratory management on the clinical chemistry laboratory: retrospectivity analysis of 36 years. *Clinica Chimica Acta*, 89-94, 2003.
- SAULTZ, J. W. & LOCHNER, J. – Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann. Fam. Med.*, 3: 159-166, 2005.
- SAUNDERS, M. – Auditoria: el principio y el fin del ciclo del cambio. In: THOMPSON, J. & PICKERING, S. (Editores). *Gobierno clínico y gestión eficiente: como cumplir la agenda de modernización*. Barcelona, Churchill Livingstone Elsevier, 2010.
- SAUNDERS, K. *et al.* – Assessing the feasibility of using computerized pharmacy refill data to monitor antidepressant treatment on a population basis: a comparison of automated and self-report data. *J. Clin. Epidemiol.*, 51: 883-890, 1998.
- SAVAS, S. *et al.* – Contracting models and provider competition. In: SALTMAN, R.B. *et al.* – *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham, Open University Press, 1998.
- SAYDAH, S. H. *et al.* – Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. *JAMA*, 291: 335-342, 2004.
- SCHIEL, R. *et al.* – A structured treatment and educational program for patients with type 2 diabetes mellitus, insulin therapy and impaired cognitive functions. *Med. Klin.*, 99: 285-292, 2004.

SCHILLINGER, D. *et al.* – Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*, 288:475-482, 2002.

SCHILLINGER, D. *et al.* – Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Arch. Intern. Med.*, 163: 83-90, 2003.

SCHILLINGER, D. *et al.* – Preventing medication errors in ambulatory care: the importance of establishing regimen concordance. In: AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY – Advances in patient safety: from research to implementation. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2005.

SCHMADER, K. E. *et al.* – Effects of geriatric evaluation and management on adverse drug reactions and suboptimal prescribing in the frail elderly. *Am. J. Med.*, 116: 394-401, 2004.

SCHMIDT, I. *et al.* – The impact of regular multidisciplinary team interventions on psychotropic prescribing in Swedish nursing homes. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 46: 77-82, 1998.

SCHMITTDIEL, J. A. *et al.* – Effect of primary health care orientation on chronic care management. *Ann. Fam. Med.*, 4:117-123, 2006.

SCHMITTDIEL, J. A. *et al.* – Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. *J. Gen. Intern. Med.*, 23: 77-80, 2008.

SCHOEN, C. *et al.* – Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Affairs*, 26: 717-734, 2007.

SCHOENBAUM, M. *et al.* – Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: results of a randomized controlled trial. *JAMA*, 286: 1325-1335, 2001.

SCHOENI, P. Q. – Curing the system: stories of change in chronic illness care. Washington/Boston, The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement, 2002.

SCHNEIDER, A. L. *et al.* – Informatização dos processos de trabalho em Curitiba: a história do Cartão Qualidade-Saúde de Curitiba. In: DUCCI, L. *et al.* – Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, CEBES, 2001.

SCHNEIDER, F.S. *et al.* – Saúde em casa: atenção primária à saúde. In: MARQUES, A.J.S. *et al.* (Organizadores). O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

SCHONLAU, M. *et al.* – An evaluation of an adult asthma BTS collaborative and the effect of patient self-management. *Annals of Family Medicine*, 3: 200-208, 2005.

SCHRAMM, J.M. A. *et al.* – Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9: 897-908, 2004.

SCHÜNEMANN, H. J. – Improving the use of research evidence in guideline development: 10. Integrating values and consumer involvement. Oslo, Norwegian Centre for the Health Services, 2006.

SCLEGAJ, M. *et al.* – Consumer-directed community care: race/ethnicity and individual differences in preferences for control. *Gerontologist*, 44: 489-499, 2004.

SCOLLO, M. *et al.* – Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*, 12:13-20, 2003.

SCOTLAND HEALTH WHITE PAPER – Partnership for care, 2003. Disponível em <http://www.scotland.gov.uk/Publications02/16476/18736>, acesso em setembro de 2007.

SCOTT, C. & HOFMEYER, A. – Networks and social capital: a relational approach to primary care reform. *Health Research Policy and Systems*, 5: 9, 2007.

SCOTT, J. C. *et al.* – Cooperative health clinics: a group approach to individual care. *Geriatrics*, 53: 68-81, 1998.

SCOTT, J. C. *et al.* – Quality improvement report: effect of a multifaceted approach to detecting and managing depression in primary care. *British Medical Journal*, 325:951-954, 2002.

SCOTT, J. C. *et al.* – Effectiveness of a group outpatient visit model for chronically ill older health maintenance organization members: a 2-year randomized trial of the cooperative health care clinic. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 52: 1463-1470, 2004.

SCOTT, J. C. & ROBERTSON, B. – Kaiser Colorado's cooperative health care clinics: a group approach to patient care. *Managed Care Q.*, 4: 41-45, 1996.

SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL – O projeto Travessia. Belo Horizonte, SEDESE, 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SERGIPE – A reforma sanitária e gerencial do SUS em Sergipe. Aracaju, SESSE, 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO – Coleção Uma Nova Saúde. Vitória, Gerência de Regulação e Assistência à Saúde/Gerência de Vigilância em Saúde/SESES, 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y DE ASISTENCIA SOCIAL – Modelo de red de los servicios regionales de salud: una guía para el desarrollo de los servicios de salud para la atención a las personas. Santo Domingo, SESPAS, 2006.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida. Belo Horizonte, SESMG, 2003.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais: SUSFácil MG. Belo Horizonte, SR/SAPS/SESMG, 2005.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – Oficinas de redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, SESMG/Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2006.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – Oficina sobre redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, SAS/SAPS/SESMG, 2007a.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabete. Belo Horizonte, SAS/SAPS/SESMG, 2007b.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – Manual do prontuário de saúde de família. Belo Horizonte, SESMG, 2008.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ – Microrregiões de saúde: uma opção do Ceará. Fortaleza, SESA, 2000.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA – O sistema integrado de serviços de saúde. Curitiba, mimeo, Secretaria Municipal de Saúde, 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA – Oficina de gestão da clínica. Curitiba, mimeo, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA – Protocolo de assistência pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém nato. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, 2005a.

- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA – Protocolo de planejamento familiar. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, 2005b.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA – Projeto de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde de São Pedro, Projeto Integrar. Vitória, Secretaria Municipal de Saúde, 2001.
- SECRETARIES OF STATE FOR HEALTH – Working for patients. London, HMSO, 1989.
- SELTZER, M. M. *et al.* – Professional and family collaboration in *case management*: a hospital-based replication of a community-based study. *Social Work in Health Care*, 17: 1-22, 1992.
- SERVICIO ANDALUZ DE SALUD – Diraya: sistema integrado de información y gestión de la atención sanitaria. Sevilla, Consejería de Salud, 2007.
- SERVICIO CÁNTABO DE SALUD – Disponível em <http://boc.gob.cantabria.es/boc/datos>, acesso em julho de 2008.
- SHAFÉY, O. *et al.* – Cigarette advertising and female smoking prevalence in Spain, 1982–1997: case studies in international tobacco surveillance. *Cancer*, 100: 1744–1749, 2004.
- SHAMES, R. S. *et al.* – Effectiveness of a multicomponent self-management program in at-risk, school-aged children with asthma. *Ann. Allergy Asthma*, 92: 611-618, 2004.
- SHAW, C. – Medical audit: a hospital handbook. London, King's Fund Centre, 1990.
- SHAW, V. – Health information system reform in South Africa: *Bulletin of the World Health Organization*, 83: 632-639, 2005.
- SHEA, S. *et al.* – A randomized trial comparing telemedicine *case management* with usual care in older, ethnically diverse, medically underserved patients with diabetes mellitus. *J. Am. Med. Informat. Assoc.*, 13: 40–51, 2006.
- SHEARER, A. *et al.* – Cost-effectiveness of flexible intensive insulin management to enable dietary freedom in people with Type 1 diabetes in the UK. *Diabetic Medicine*, 21: 460-467, 2004.
- SHEKELLE, P.G. *et al.* – Developing guidelines. *British Medical Journal*, 318: 593-596, 1999.
- SHEPARD, R. J. – Worksite fitness and exercise programs: a review of methodology and health impact. *American Journal of Health Promotion*, 10:436-452, 1996.
- SHEPERD, G. & WENCESLAU, J. – Gerindo a atenção primária na cidade de Curitiba. Curitiba, Seminário Melhorando o desempenho da área de saúde no Brasil: lições das inovações do estado de São Paulo e da cidade de Curitiba, 2006.
- SHI, L. – Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services*, 24: 431- 458, 1994.
- SHI, A. *et al.* – Organizing the U.S. health delivery systems for high performance. New York, Commonwealth Fund, 2008.
- SHI, L. *et al.* – The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US states, 1980-1995. *Journal of the American Board of Family Practice* 16:412-422, 2003.
- SHI, L. *et al.* – Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58:374-380, 2004.
- SHI, L. *et al.* – Primary care, social inequalities, and allcause, heart disease, and cancer mortality in US counties: a comparison of urban and rural areas. *Public Health*, 119:699-710, 2005.

- SHILTS, M. K. *et al.* – Goal setting as a strategy for dietary and physical activity behavior change: a review of the literature. *Am. J. Health Promot.*, 19:81-93, 2004.
- SHIMAZAKI, M. E. – O prontuário da saúde da família. Belo Horizonte, SAS/SAPS/SESMG, 2008.
- SHIN J.H. *et al.* – Effect of problem-based, self directed undergraduated education on life-long learning. *Canadian Medical Association Journal*, 148: 969-976, 1993.
- SHINYI, W. *et al.* – Sustainability and spread of chronic illness care improvement. Disponível em <http://www.rand.org/health/projects>, acesso em setembro de 2008.
- SHOJANIA, K. G. *et al.* – Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: a meta-regression analysis. *JAMA*, 296:427-240, 2006.
- SHORTELL, S.M. *et al.* – Creating organized delivery systems: the barriers and the facilitators. *Hosp. Health Service Adm.*, 38: 447-466, 1993.
- SHORTELL, S. M., *et al.* – Reinventing the American hospital. *Milbank Quarterly*, 73: 131-160, 1995.
- SHORTELL, S. M. *et al.* – Remaking health care in America: building organized delivery systems. San Francisco, Jossey-Bass, 1996.
- SHORTELL, S. M. *et al.* – The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care. *Medical Care*, 42: 1040-1048, 2005.
- SHORTELL, S. M. & CASALINO, L. – Health care reform requires accountable care systems. *JAMA*, 300: 95-97, 2008.
- SI, D. *et al.* – Assessing health centre systems for guiding improvement in diabetes care. *BMC Health Serv. Res.*, 5: 56, 2005.
- SIBBALD, B. *et al.* – Changing the skill-mix of the health care workforce, *J. Health Serv. Res. Policy*, 9: 28–38, 2004.
- SIBLEY, J.C. *et al.* – A randomized trial of continuing education program. *New England Journal of Medicine*, 306: 511-515, 1982.
- SICHERI, R. *et al.* – Short stature and hypertension in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *American Journal of Public Health*, 89: 845-850, 2000.
- SIDOROV, J. *et al.* – Disease management for diabetes mellitus: impact on hemoglobin A1c. *Am. J. Manag. Care*, 6:1217-1226, 2000.
- SIDOROV, J. *et al.* – Does diabetes disease management save money and improve outcomes? A report of simultaneous short-term savings and quality improvement associated with a health maintenance organization-sponsored disease management program among patients fulfilling health employer data and information set criteria. *Diabetes Care*, 25:684-689, 2002.
- SIEGEL, M. *et al.* – Trends in adult cigarette smoking in California compared with the rest of the United States, 1978–1994. *Am. J. Public Health*, 90: 372–379, 2000.
- SIERING, U. – Germany. In: NOLTE, E., KNAI, C and McKEE, M. (Editors) – *Managing chronic conditions: experience in eight countries*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
- SILVA, A. & VALENTINE, N. – *Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries*. Geneva, WHO, 2004.

- SILVA, C. A. B. – A educação nos tratamentos das doenças crônico-degenerativas. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 9: 195-196, 2006.
- SILVA, G. A. – Tabagismo. *RADIS*, 76: 19-20, 2008.
- SILVA, J. A. – O agente comunitário do projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade? São Paulo, Dissertação de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da USP, 2001.
- SILVA, J. B. *et al.* – Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M.Z. & ALMEIDA FILHO, N. – *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro, Medsi Editora Médica e Científica, 6ª. Ed., 2006.
- SILVA, L. V. E. R. *et al.* – Factors associated with drugs and alcohol use among university students. *Revista de Saúde Pública*, 40: 1-8, 2006.
- SILVA, S. F. *et al.* – Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. Campinas, IDISA/CONASEMS, 2008.
- SILVA, V.C. – O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória – ES: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde. Rio de Janeiro, Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública, 2004.
- SILVEIRA, L. M. C. & RIBEIRO, V. M. B. – Grupo de adesão ao tratamento: espaço de ensinagem para profissionais de saúde e pacientes. *Interface*, 9: 91-104, 2005.
- SILVÉRIO, J. B. – O Programa de Educação Permanente dos Médicos de Família (PEP). Belo Horizonte, GAPS/SAS/SPAS/SESMG, 2008.
- SIMINERIO, L. M. *et al.* – Implementing the chronic care model for improvements in diabetes care and education in a rural primary care practice. *Diabetes Educ.*, 31: 225-234, 2005.
- SIMINERIO, L. M. *et al.* – Deploying the chronic care model to implement and sustain diabetes self-management training programs. *Diabetes Educ.*, 32:253-260, 2006.
- SIMOENS, S. & SCOTT, A. – *Towards a definition and taxonomy of integration in primary care*. Aberdeen, University of Aberdeen, 1999.
- SIMON, G. E. *et al.* – Randomised trial of monitoring, *feedback* and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *British Medical Journal*, 320: 550-554, 2000.
- SIMON, G. E. *et al.* – Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am. J. Psychiatry*, 158: 1638-1644, 2001.
- SIMON, G.E. *et al.* – Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care. *Med.Care*, 40: 941-950, 2002.
- SINCLAIR, D. *et al.* – *Riding the third rail: the store of Ontario's health services restructuring commission, 1996- 2000*. Montreal, The Institute for Research on Public Policy, 2005.
- SINGH, D. – *Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions*. Birmingham, University of Birmingham, Health Services Management Centre, 2005a.
- SINGH, D. – *Wich staff improve care for people with long-term conditions? A rapid review of the literature*. Birmingham, Health Services Management Centre, 2005b.

- SINGH, D. – How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? Copenhagen, Regional Office for Europe of the World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
- SINGH, D. & HAM, C. – Improving care for people with long term conditions: a review of UK and international frameworks. Birmingham, Institute for Innovation and Improvement of University of Birmingham, 2006.
- SJOSTROM, M. *et al.* – Health-enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study. *Journal of Public Health*, 14: 291-300, 2006.
- SLAETS, J. P. *et al.* – A randomized trial of geriatric liaison intervention in elderly medical inpatients. *Psychosom. Med.*, 59: 585-591, 1997.
- SMITH, R. – Improving the management of chronic disease. *British Medical Journal*, 327: 12, 2003.
- SMITH, S. *et al.* – The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care. *Fam. Pract.*, 21: 39-45, 2004.
- SMITH-BINDMAN, R. *et al.* – Physician predictors of mammographic accuracy. *Journal of National Cancer Institute*, 97: 358-367, 2005.
- SMITS, P. B. *et al.* – Problem based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies. *British Medical Journal*, 324: 153-156, 2002.
- SNYDER, L. *et al.* – Effects of advertising exposure on drinking among youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160:18-24, 2006.
- SOLER, O. – O farmacêutico clínico na equipe do Programa de Saúde da Família em Janaúba, Minas Gerais. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
- SOJO, A. – Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Chile y Costa Rica. Santiago de Chile, CEPAL, Serie Políticas Sociales nº 39, 2000.
- SOLBERG, L. I. *et al.* – Care quality and implementation of the chronic care model: a quantitative study. *Ann. Fam. Med.*, 4:310-316, 2006.
- SOLDERA, M. *et al.* – Uso pesado de álcool por estudantes dos ensinos fundamental e médio de escolas centrais e periféricas de Campinas (SP): prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26: 174-179, 2004.
- SOLLA, J. J. P. *et al.* – O PACS na Bahia: avaliação dos trabalhos dos agentes comunitários da saúde. *Saúde em Debate*, 51: 4-15, 1996.
- SOMMERS, L. S. *et al.* – Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Arch. Intern. Med.*, 160: 1825-1833, 2000.
- SOUSA, J.P. de A. – Ciclo PDCA: um instrumento para melhoria contínua. Rio de Janeiro, Petrobrás Engenharia, 2006.
- SOUSA, M. F. – Agentes comunitários de saúde: choque de povo. São Paulo, Ed. Hucitec, 2001.
- SOUSA, M. F. – Agentes Comunitários de Saúde (ACS): uma estratégia revolucionária em risco. *Saúde Coletiva*, 4: 6-7, 2008.
- SOUZA, D. P. O. *et al.* – Alcohol and alcoholism among Brazilian adolescent public-school students. *Revista de Saúde Pública*, 39:1-8, 2005.

SOUZA, G. S. & DUARTE, M. F. S. – Estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física em adolescentes. *Rev. Bras. Med. Esporte*, 11: 104-108, 2005.

SO WY, T. *et al.* – Effect of protocol-driven care versus usual outpatient clinic care on survival rates in patients with type 2 diabetes. *Am. J. Manag. Care*, 9: 606-615, 2003.

SPASOFF, R. – *Epidemiologic methods for health policy*. New York, Oxford University Press, 1999.

SPASOFF, R. – *Doença crônica: a epidemia real*. Washington, Pan-American Health Organization, PAHO/OMS Guest for Speaker Lecture on Chronic Disease Epidemiology, 2011.

SPERL-HIDDEN, J. M. *et al.* – Improving diabetes care in a large health care system: an enhanced primary care approach. *Jt. Comm. J. Quality Improv.*, 26:615-622, 2000.

SPERL-HILLEN, J. M. *et al.* – Do all components of the chronic care model contribute equally to quality improvement? *Jt. Comm. J. Qual. Saf.*, 30:303-309, 2004.

SPERL-HIDDEN, J. M. & O'CONNOR, P. J. – Factors driving diabetes care improvement in a large medical group: ten years of progress. *Am. J. Man. Care*, 11: 177-185, 2005.

STACY, A. *et al.* – Exposure to televised alcohol ads and subsequent adolescent alcohol use. *American Journal of Health Behavior*, 28:498-509, 2004.

STAFFORD, R. S. *et al.* – Trends in adult visits to primary care physicians in the United States. *Arch. Fam. Med.*, 8:26-32, 1999.

STANFORD PATIENT EDUCATION RESEARCH CENTER – *Patient education in Department of Medicine*. Disponível em <http://www.patienteducation.stanford.edu>, acesso em dezembro de 2008.

STANLEY, E. – *Managing chronic disease: what can we learn from the US experience?* London, King's Fund, 2004.

STAREY, N. – *What is clinical governance*. Hayward Medical Communications, 1999.

STARFIELD, B. – Primary care and health: a cross-national comparison. *JAMA*, 266: 2268-2271, 1991.

STARFIELD, B. – Is primary care essential? *Lancet*, 344:1129-1133, 1994.

STARFIELD, B. – Is strong primary care good for health outcomes? In: GRIFFIN, J, (Editor) – *The Future of Primary Care. Papers for a Symposium held on 13th September 1995*. London: Office of Health Economics, 18-29, 1996.

STARFIELD, B. – First contact. *Boston Review*, 25:15, 2000.

STARFIELD, B. – *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. – Entrevista. *Boletim Saúde para Todos*, 1:1, 2005.

STARFIELD, B. – Challenges to research on equity in health. Adelaide, 4th Biennial Meeting of the International Society for Equity in Health, 2006.

STARFIELD, B. – Efetividade e equidade em serviços de saúde através da atenção primária em saúde. Recife, Terceiro Seminário Internacional: avaliação da APS e gestão por resultados, 2007.

STARFIELD, B. – The primary solution: put doctors where they count. *Boston Review*. Disponível em <http://www.bostonreview.net/BR30.6/Starfield.html>, acesso em dezembro de 2008.

STARFIELD, B. *et al.* – Primary care contributions to health systems and health. *Milbank Q.*, 83: 457-502, 2008.

STARFIELD, B. & SHI, L. – Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 60:201-216, 2002.

STARR, P. – *The logic of health care reform*. New York, Penguin Books, 1994.

STEFFENS, B. – Cost-effective management of type 2 diabetes: providing quality care in a cost constrained environment. *Am. J. Man. Care*; 6: 697-703, 2000.

STEINWEG, K. K. *et al.* – The impact on a health care system of a program to facilitate self-care. *Mil. Med.*, 163: 139-144, 1998.

STEPHEN, A. *et al.* – *Environmental health in developing countries: an analysis of intra-urban differentials using existing data*. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1994.

STEVENSON, F. A. *et al.* – A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance. *Health Expectations*, 7: 235-245, 2004.

STEVENSON, K. *et al.* – Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study, *Fam. Pract.*, 18: 21-26, 2001.

STEWART, M. *et al.* – The impact of patient-centered care on outcomes. *J. Fam. Pract.*, 49: 796-804, 2000.

STEWART, S. *et al.* – An economic analysis of specialist heart failure nurse management in the UK: can we afford not to implement it? *Eur. Heart J.* 23:1369-1378, 2002.

STREET, A. & DUCKETT, S. – Are waiting lists inevitable? *Health Policy*, 36: 1-15, 1996.

STREET, R. L. *et al.* – Patient participation in medical consultations. *Med. Care*, 43: 960-969, 2005.

STROEBEL, R. J. *et al.* – A randomized trial of three diabetes registry implementation strategies in a community internal medicine practice. *Jt. Comm. J. Qual. Imp.*, 28: 441- 450, 2002.

STROEBEL, R. J. *et al.*, – Adapting the chronic care model to treat chronic illness at a free medical clinic. *J. Health Care Poor Underserved*, 16:286-296, 2005.

STROKE UNIT TRIALLISTS' COLLABORATION – Organised inpatient care for stroke. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, Chichester, John Wiley & Sons, 2004.

STROMBERG, A. *et al.* – Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: results from a prospective, randomised trial. *Eur. Heart J.*, 24: 1014-1023, 2003.

STRUTHERS, R. *et al.* – The experience of native peer facilitators in the campaign against type 2 diabetes. *J. Rural Health*, 19: 174-180, 2003.

STUCK, A. E. *et al.* – Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 342: 1032-1036, 1993.

STURM, R. – The economics of physical activity: societal trends and rationales for interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 27:126–135, 2004.

SUBBE, C. P. *et al.* – Validation of physiological scoring systems in the accident and emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 23: 841-845, 2006.

SUHRCKE, M. *et al.* – *Economic cost of ill health in the European Region*. Copenhagen, World Health Organization, Observatory on Health System and Policies, 2008.

- SULCH, D. *et al.* – Randomized controlled trial of integrated (managed) care pathway for stroke rehabilitation. *Stroke*, 31: 1929-1934, 2000.
- SULCH, D. *et al.* – Does an integrated care pathway improve processes of care in stroke rehabilitation? a randomized controlled trial. *Age Ageing*, 31: 175-179, 2002a.
- SULCH, D *et al.* – Integrated care pathways and quality of life on a stroke rehabilitation unit. *Stroke*, 33: 1600-1604, 2002b.
- SUÑOL, R. *et al.* – Towards health care integration: the proposal of an evidence and management system-based model. *Med. Clin.*, 112: 97-105, 1999.
- SUPERINTENDÊNCIA DE EPIDEMIOLOGIA – Mortalidade infantil em Minas Gerais por microrregiões sanitárias. Belo Horizonte, SE/SVS/SESMG, 2008.
- SVOREN, B. M. *et al.* – Reducing acute adverse outcomes in youths with type 1 diabetes: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 112: 914-922, 2003.
- SWAIN, D. *et al.* – Accessing information about health and social care services. Oxford, Picker Institute Europe, 2007. Disponível em <http://www.pickereurope.org>, acesso em dezembro de 2007.
- SWIDER, S. M. – Outcome effectiveness of community health workers: an integrative literature review. *Pub. Health Nurs.*, 19: 11-20, 2002.
- SZECSENYI, J. *et al.* – German diabetes disease management programs are appropriate for restructuring care according to the chronic care model: an evaluation with the patient assessment of chronic illness care instrument. *Diabetes Care*, 31: 1150-1154, 2008.
- SZWARCWALD, C. L. *et al.* – Vigilância da mortalidade infantil: aplicação da epidemiologia na prática de saúde. In: DUCCI, L. *et al.* – Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, CEBES, 2001.
- TAPSCOTT, D. – A inteligência está na rede. São Paulo, Revista Veja nº 15, Edição 2.212:19-23, 2011.
- TAYLOR, C.T. *et al.* – Improving care in rural Alabama with pharmacy initiative. *Am.J.Health Syst. Pharm.*, 60: 1123-1129, 2003.
- TAYLOR, K. I. *et al.* – Promoting health in type 2 diabetes: nurse-physician collaboration in primary care. *Biol. Res. Nurs.*, 6: 207-215, 2005.
- TEIXEIRA, M. B. – Empoderamento dos idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.
- TEIXEIRA, M.G. – O imperativo do financiamento e da gestão: desafios ao Sistema Único de Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, 4: 85-96, 2003.
- TEIXEIRA, S. S. – Implantação de grupos operativos e educativos com consulta de enfermagem para clientes portadores de diabetes mellitus insulino dependente na Unidade Básica Centro, Ipatinga. Belo Horizonte, Dissertação de Especialização, Escola de Enfermagem da UFMG, 1997.
- TELYUKOV,A – Guia para la capitación prospectiva con ejemplos de América Latina. Washington, La Iniciativa Regional de Reforma del sector de la Salud en América Latina y el Caribe, Cuadernos Especiales nº 5, 2001.
- TEMMINK, D. *et al.* – Rheumatology outpatient nurse clinics: a valuable addition? *Arthritis Rheum.*, 45: 280-286, 2001.
- TERRY, K. – Should doctors see patients in group sessions? *Medical Economics*, 74: 74-95, 1997.
- TESTA, M. – Pensar en salud. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, 1989.

- TESTA, M.A. & SIMONSON, D.C. – Health economic benefits and quality of life during improved glycemetic control in patients with type 2 Diabetes: a randomized, controlled clinical trial. *JAMA*, 280:1490-1496, 1998.
- TEXAS, A. & M LIBRARIES – Transportation barriers to health care: assessing the Texas Medicaid program, 2007. Disponível em <http://handle.tamie.edu/1969.1/6016> acesso em setembro de 2007.
- THE AGREE COLLABORATION – Agree Instrument. London, St. George's Hospital Medical School, 2001.
- THE LANCET – First lessons from the Bristol case, Editorial. *The Lancet*, 351: 1669, 1998.
- THOMAS, L. *et al.* – Guidelines in professions allied to medicine (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Chichester, John Wiley & Sons, Issue 2, 2004.
- THOMPSON, D. *et al.* – Body mass index and future healthcare costs: a retrospective cohort study. *Obesity Research*, 9:210–218, 2001.
- THOMPSON, E. – The power of group visits. *Modern Healthcare*, 5: 54-62, 2000.
- THOMSON, O. *et al.* – Education outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *THE COCHRANE LIBRARY*, Chichester, John Wiley & Sons, Issue 2, 2004.
- TIERNEY, W.M. *et al.* – Can computer-generated evidence-based care suggestions enhance evidence-based management of asthma and chronic obstructive pulmonary disease? a randomized, controlled trial, *Health Serv. Res.*, 40: 311–315, 2005.
- TIMKO, C. *et al.* – Long-term treatment careers and outcomes of previously untreated alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 60:437-447, 1999.
- TIMPKA, T. *et al.* – Long-term economic effects of team-based clinical case management of patients with chronic minor disease and long-term absence from working life. *Scand. J. Soc. Med.*, 25: 229-237, 1997.
- TOBACCO ADVISORY GROUP OF THE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS – Nicotine addiction in Britain; a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, 2000. Disponível em <http://www.rcplondon.ac.uk>, acesso em julho de 2007.
- TODD, W.E. – Strategic alliances. In: TODD, W.E. & NASH, D. (Editors) – *Disease management: a systems approach to improving patient outcomes*. Chicago, American Hospital Publishing Inc., 1996.
- TORRES, H. C. *et al.* – A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cadernos de Saúde Pública*, 19: 1039-1047, 2003.
- TORRES, J. A. – A redução do parto cesáreo: o papel do SUS e da saúde suplementar. Belém, CONASEMS, 2008.
- TOWNSEND, J. *et al.* – Reduction in hospital readmission stay of elderly patients by a community based hospital discharge scheme: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 297: 544-548, 1998.
- TRAVASSOS, C. & MARTINS, M. – Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20: 5190- 5198, 2004.
- TRAVASSOS, C. *et al.* – Acesso e utilização de serviços de saúde: primeiros resultados do suplemento de saúde da PNAD 2003. Rio de Janeiro, DIS/CICT/FIOCRUZ, 2005.

- TRAVASSOS, C. *et al.* – Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11: 975-986, 2006.
- TROSA, S. – Gestão pública por resultados: quando o Estado se compromete. Rio de Janeiro, Editora Revan, 2001.
- TSAI, A. C. *et al.* – A meta-analysis of interventions to improve chronic illness care. *American Journal of Managed Care*, 11: 478-488, 2005.
- TSCHOPP, J. M. *et al.* – Bronchial asthma and self-management education: implementation of guidelines by an interdisciplinary programme in health network. *Swiss Med. Wkly.*, 132: 92-97, 2002.
- TSUYUKI, R. T. *et al.* – A multicenter disease management program for hospitalized patients with heart failure. *J. Card. Fail.*, 10: 473-480, 2004.
- TUFTS MANAGED CARE INSTITUTE – Population-based health care: definitions and applications. Disponível em <http://www.thci.org>, acesso em setembro de 2008.
- TUNNIS, S.R. *et al.* – Internists attitudes about clinical practice guidelines. *Annals of Internal Medicine*, 120: 956-963, 1994.
- TURNER, D. *et al.* – Do patients value continuity of care in general practice? an investigation using stated preference discrete choice experiments. *J. Health Serv. Res. Policy*, 12: 132-137, 2007.
- UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP – Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in Type 2 diabetes: UKPDS 38. *British Medical Journal*, 317: 703-713, 1998.
- UNGER, J.P. & KILLINGSWORTH, J. – Selective primary health care: a critical view of methods and results. *Sci. Medicine*, 22: 1001-1013, 1986.
- UNIDAS – Medicina preventiva reduz custos nos planos de saúde. *Jornal da UNIDAS*, 14: 2-3, 2004.
- UNITED HEALTHCARE – NHS Modernisation Agency, Disponível em <http://www.natpact.nhs.uk/cms/4.php>, acesso em junho de 2007.
- UPEKLAR, M. & RAVIGLIONE, M. C. – The “vertical-horizontal” debates: time for the pendulum to rest (in peace)? *Bulletin of the World Health Organization*, 85: 413-414, 2007.
- UNUTZER, J. *et al.* – Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*, 288: 2836-2845, 2002.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, HSH, 2004.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – US national healthcare quality report 2005. Rockville, Agency for Healthcare Research and Quality, 2006.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General, 2004. Disponível em <http://www.cdc.gov/tobacco>, acesso em janeiro de 2008.
- VALENTE, V. – O programa de benefícios farmacêuticos como estratégia de gestão da saúde. Curitiba, I Simpósio Internacional de Tecnologias Gerenciais em Saúde, 2004.
- VAN DAM, H. A. *et al.* – Dietary patterns and risk for type 2 diabetes mellitus in U.S.: men. *Annals of Internal Medicine*, 136:201-209, 2002.

- VAN DAM, H. A. *et al* – Provider-patient interaction in diabetes care. *Patient Educ. Couns.*, 51: 17-28, 2003.
- VANDERBILT MEDICAL CENTER – Medical care in driver's seat: re-configured relationships in an academic setting. In: SCHOENI, P. Q. – *Curing the system: stories of change in chronic illness care.* Washington/Boston, The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement, 2002.
- VAN DOORSLAER, E. *et al.* – The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics*, 18:291-313, 1999.
- VAN DOORSLAER, E. *et al.* – Explaining income-related inequalities in doctor utilization. *European Health Economics*, 13: 629-647, 2004.
- VAN WALBEEK, C. – *Tobacco excise taxation in South Africa: tools for advancing tobacco control in the XXIst century: success stories and lessons learned.* Geneva, World Health Organization, 2003
- VARGAS, I.L. *et al.* – Algunas conclusiones y retos de futuro para las OSI en Cataluña. In: VÁZQUEZ, M.L.N. & VARGAS, I.L. – *Organizaciones sanitarias integradas: un estudio de casos.* Barcelona, Consorci Hospitalari de Catalunya, 2007.
- VARGAS, H. *et al.* – Do collaborative quality improvement programs reduce cardiovascular risk for persons with diabetes? Disponível em <http://www.rand.org/health/projects>, acesso em setembro de 2008.
- VARROUD-VIAL, M. *et al.* – Cooperation between general practitioners and diabetologists and clinical audit improve the management of type 2 diabetic patients. *Diabetes Metab.*, 25: 55-63, 1999.
- VASCONCELOS, W. – Cartão Nacional de Saúde: você ainda vai ter um. *RADIS*, 30: 8-10, 2005.
- VÁZQUEZ, M.L.N. *et al.* – Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev. Esp. Salud Pública*, 79: 633-643, 2005.
- VÁZQUEZ, M. L. N. *et al.* – Marco conceptual para el estudio de las organizaciones sanitarias integradas. In: VÁZQUEZ, M. L. N. & VARGAS, I. V. – *Organizaciones sanitarias integradas: un estudio de casos.* Barcelona, Consorci Hospitalari de Catalunya, 2007.
- VÁZQUEZ, M.L.N. & VARGAS, I.L. – Redes integradas de servicios de salud: solución o problema? *Ciencias de la Salud*, 4: 5-9, 2006.
- VETTER, M.J. *et al.* – A model for home care clinician and home health aide collaboration: diabetes care by nurse *case management* and community health workers. *Home Health C. Nurse*, 22: 645-648, 2004.
- VÍA, J.M. – Experiências internacionais: a experiência da Catalunha. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/ BANCO MUNDIAL – *Seminário a separação do financiamento e da provisão de serviços no Sistema Único de Saúde.* Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
- VICTORA, C. G. *et al.* – A saúde pública no centro de um mundo em crise. *RADIS*, 76: 14-32, 2008.
- VILLALBI, J. R. *et al.* – An evaluation of the impact of primary care reform on health. *Atención Primaria*, 24:468-474, 1999.
- VLIELAND T. P. V. *et al.* – The two-year follow-up of a randomized comparison of in-patient multidisciplinary team care and routine out-patient care for active rheumatoid arthritis. *Br. J. Rheumatol.*, 36: 82-85, 1997.

- VOGEL, R. L. & ACKERMANN, R. J. – Is primary care physician supply correlated with health outcomes? *International Journal of Health Services*, 28:183-196, 1998.
- VON DEM KNESEBECK, O. *et al.* – Education and health in 22 European countries. *Social Science & Medicine*, 63:1344–1351, 2006.
- VON KORFF, M. *et al.* – Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, 127: 1097-1102, 1997.
- VON RENTELN-KRUSE, W. *et al.* – Preventative home visits by a specially trained nurse for 60-year olds and elderly in Hamburg. *Z. Gerontol. Geriatr.*, 36: 378-391, 2003.
- VRIJHOEF, H. J. *et al.* – Effects on quality of care for patients with NIDDM or COPD when the specialised nurse has a central role: a literature review. *Patient Educ. Couns.*, 41: 243-250, 2000.
- VRIJHOEF, H. J. *et al.* – Adoption of disease management model for diabetes in region of Maastricht. *British Medical Journal*, 323:983-985, 2001.
- VRIJHOEF, H. J. *et al.* – Undiagnosed patients and patients at risk for COPD in primary health care: early detection with the support of non-physician. *J. Clin. Nurs.*, 12: 366-373, 2003.
- VUORI, H. – The role of the schools of public health in the development primary health care. *Health Policy*, 4: 221-230, 1985.
- WADDELL, D. L. – The effect of continuing education on nursing practice: a meta-analysis. *J. Cont. Educ. Nurs.*, 22: 113-118, 1991.
- WAGNER, E. H. – Population-based management of diabetes care. *Patient Education and Counselling*, 26: 225-230, 1995.
- WAGNER, E. H. – Preventing decline in function: evidence from randomised trials around the world. *West J. Med.*, 167: 295-298, 1997.
- WAGNER, E. H. – Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1: 2-4, 1998.
- WAGNER, E. H. – The role of patient care teams in chronic disease management. *British Medical Journal*, 320: 569-572, 2000.
- WAGNER, E. H. – The changing face of chronic disease care. In: SCHOENI, P. Q. – *Curing the system: stories of change in chronic illness care*. Washington/Boston, The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement, 2002.
- WAGNER, E. H. *et al.* – Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.*, 74: 511-544, 1996.
- WAGNER, E.H. *et al.* – A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manag. Care Q.*, 7: 56-66, 1999.
- WAGNER, E.H. *et al.* – Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 27: 63-80, 2001.
- WAGNER, E. H. *et al.* – Finding common ground: patient centeredness and evidence-based chronic illness care. *J. Altern. Complement. Med.*, 11: 7-15, 2005.
- WAISER, L. J. & BLUSTEIN, J. – Faithful patients: the effect of long-term physicians-patient relationships on the costs and use of health care by older americans. *Am. J. Public Health*, 86: 1742-1747, 1996.

- WAIT, S. – Benchmarking: a policy analysis. London, The Nuffield Trust, 2004.
- WAITZKIN, H. – Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. *JAMA*, 252: 2441-2446, 1984.
- WALKER, B. & HASLETT, T. – System dynamics and action research in aged care. *Aust. Health Rev.*, 24: 183-191, 2001.
- WALLACE, P. J. – Physician involvement in disease management as part of the CCM. *Health Care Financ. Rev.*, 27: 19-31, 2005.
- WALSH, J. M. *et al.* – Quality improvement strategies for hypertension management: a systematic review. *Med. Care*, 44:646-657, 2006.
- WALSH, M. N. *et al.* – Do disease management programs for patient with coronary heart disease make a difference? Experiences of nine practices. *Am. J. Manag. Care*, 8: 937-946, 2002.
- WAN, T.T.H. *et al.* – Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. *Journal of Medical Systems*, 26: 127-143, 2002.
- WANG, A. *et al.* – The North Carolina experience with the diabetes health disparities collaboratives. *Jt. Comm. J. Qual. Saf.*, 30:396-404, 2004.
- WAREHAM, N. J. *et al.* – Physical activity and obesity prevention: a review of the current evidence. *Proceedings of the Nutrition Society*, 64: 229–247, 2005.
- WARNER, M. – Implementing health care reforms through substitution. Cardiff, Welsh Institute for Health and Social Care, 1996.
- WARNER, M.N. – Integrated care developments in Europe. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting, 2001.
- WARSI, A. *et al.* – Arthritis self-management education programs: a meta-analysis of the effect on pain and disability. *Arthritis Rheum.*, 48: 2207-2213, 2003.
- WARSI, A. *et al.* – Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Arch. Intern. Med.*, 164: 1641-1649, 2004.
- WASSON, J. H. *et al.* – Telephone care as a substitute for routine clinic follow-up. *JAMA*, 267: 1788-1793, 1992.
- WASSON, J. H. *et al.* – Microsystems in health care: part 4, planning patient-centered care. *Jt. Comm. Qual. Saf.*, 29: 227-237, 2003.
- WEINBERGER, M. *et al.* – Social service interventions for caregivers of patients with dementia: impact on health care utilization and expenditures. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 41: 153-156, 1993.
- WEINBERGER, M. *et al.* – A nurse coordinated intervention for primary care patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: impact on glycemic control and health-related quality of life. *J. Gen. Int. Med.*, 10: 59-66, 1995.
- WEINBERGER, M. *et al.* – Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? *N. Engl. J. Med.*, 334: 1441-1447, 1996.
- WEINGARTEN, M.A. *et al.* – A pilot study of the multidisciplinary management of childhood asthma in a family practice. *Journal of Asthma*, 22: 261-265, 1985.
- WEINGARTEN, S. R. *et al.* – Practice guidelines and reminders to reduce duration of hospital stay for patients with chest pain: an interventional trial. *Annals Intern. Med.*, 120: 257, 1994.

WEINGARTEN, S.R. *et al.* – Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness: which ones work? Meta-analysis of published reports. *British Medical Journal*, 325: 925-932, 2002.

WEISS L.J. & BLUSTEIN, J. – Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am. J. Public Health*, 86:1742-1747, 1996.

WELCH, W. P *et al.* – Geographic variation in expenditures for physician's services in the United States. *N. Engl. J. Med.*, 328: 621-627, 1993.

WELLINGHAM, J. *et al.* – The development and implementation of the chronic care management programme in Counties Manukau. *NZ. Med. J.*, 116: 327, 2003.

WELLS, K.B. *et al.* – Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled Trial. *JAMA*, 283: 212–220, 2000.

WENNERBERGH, J. & GITTELSOHN, A – Small area variations in health care delivery. *Science*, 182: 1102-1108, 1973.

WENSING, M. *et al.* – The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in the Netherlands: a validation study in rural general practice. *BMC Health Serv. Res.*, 8:182, 2008.

WEST, R. & SOHAL, T. – Catastrophic pathways to smoking cessation: findings from national survey. *British Medical Journal*, 332:458-460, 2006.

WETZELS, R. *et al.* – GPs' views on involvement of older patients: an European qualitative study. *Patient Educ. Couns.*, 53: 183-188, 2004.

WHEELER, J. R. *et al.* – Can a disease self-management program reduce health care costs?: the case of older women with heart disease. *Med. Care*, 41: 706-715, 2003.

WHITE, B. – Building a patient registry from the ground up. *Family Practice Management*, 6: 43-45, 1999.

WHITEHEAD, M. – The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22: 429–445, 1992.

WHITLOCK, E. P. *et al.* – Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140: 557-568, 2004.

WHITLOCK, W. L. *et al.* – Telemedicine improved diabetic management. *Mil., Med.*, 165: 579-584, 2000.

WHO EUROPEAN OFFICE FOR INTEGRATED HEALTH CARE SERVICES – Workshop on Integrated Care. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting, 2001.

WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMICS, 2008 – The MPOWER package. Geneva, WHO, 2008.

WIEDENMAYER, K. *et al.* – Developing pharmacy practice: a focus on patient care. Geneva, World Health Organization, 2006.

WILLIAMS, G. C. *et al.* – Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*, 21:1644-1651, 1998.

WILLIAMS, H. *et al.* – Do follow-up home visits by military nurses of chronically ill medical patients reduce readmissions? *Mil. Med.*, 159:141-144, 1994.

WILLIAMS, J. G. *et al.* – Open access follow up for inflammatory bowel disease: pragmatic randomised trial and cost effectiveness study. *British Medical Journal*. 320: 544-548, 2000.

WILLIAMS, M. E. *et al.* – How does the team approach to outpatient geriatric evaluation compare with traditional care: a report of a randomized controlled trial. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 35: 1071-1078, 1987.

WILLIAMS, M. V. *et al.* – Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA*, 274:1677-1682, 1995.

WILSON, A. & CHILDS, S. – The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice. *Br. J. Gen. Pract.*, 52:1012-1020, 2002.

WILSON, T. *et al.* – What do collaborative improvement projects do? Experience from seven countries. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29:85-93, 2003.

WIN, K. & SCHILLINGER, D. – Understanding and warfarin therapy and stroke among ethnically diverse anticoagulation patients at a public hospital. *Journal of General Internal Medicine*, 18:278, 2003.

WINDLE, J. & MACKWAY-JONES, K. – Validity of triage systems: use a correct outcome measure. *Emergency Medicine Journal*, 20: 119-120, 2003.

WITMER, A. *et al.* – Community health workers: integral members of the health care work force. *Am. J. Public Health*, 85: 1055-1058, 1995.

WOLF, F. M. *et al.* – Educational interventions for asthma in children. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 1, CD000326, 2003.

WOOLF, S.H. *et al.* – Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *British Medical Journal*, 318: 527-530, 1999.

WORLD BANK – Enhancing performance in Brazil's health sector: lessons from innovations in the State of São Paulo and the City of Curitiba. Brasília, Brazil Country Management Unit, World Bank, Report n° 35691-BR, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, Geneva, WHO, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Integration of health care delivery: report of a WHO study group. Geneva, WHO, Technical Report Series n° 861, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Therapeutic patient education, continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems. Geneva, World Health Organization, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva, World Health Organization, 2003.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION – Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva, World Health Organization/Public Health Agency of Canada, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – Gaining health: the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO Expert Committee on problems related to alcohol consumption: second report. Copenhagen. World Health Organization, WHO Technical Reports n° 944, 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – Integrated health services: what and why? Geneva, World Health Organization, Technical Brief n° 1, 2008b.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – World Health Statistics 2008. Geneva, WHO, 2008c.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – Primary health care: now more than ever. Geneva, The World Health Report 2008, 2008d.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008e.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION & INTERNATIONAL FEDERATION OF SPORTS MEDICINE – Exercises for health. Bulletin of the World Health Organization, 73: 135-136, 1995.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION & WORLD ECONOMIC FORUM – Preventing noncommunicable diseases in workplace through diet and physical activity: WHO/World Economic Forum report of a joint event. Geneva, World Health Organization, 2008.
- WRIGHT, S. P. *et al.* – Uptake of self-management strategies in a heart failure management programme. *Eur. J. Heart Fail.*, 5: 371-380, 2003.
- YARNALL, K. S. *et al.* – Primary care: is there enough time for prevention? *Am. J. Public Health*, 93: 635-641, 2003.
- YOUNG, D.W. & McCARTHY, S.M. – Managing integrated delivery systems: a framework for action. Chicago, Health Administration Press, 1999.
- ZELMAN, W. A & BERENSON, R. A – The managed care blues and how to cure them. Washington, Georgetown University Press, 1998.
- ZHOU, Y. *et al.* – Patient access to an electronic health record with secure messaging: impact on primary care utilization. *American Journal of Managed Care*, 13: 418-424, 2007.
- ZIGURAS, S. J. & STUART, G. W. – A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr. Serv.*, 51: 1410-1421, 2000.
- ZITTER, M. – A new paradigm in health care delivery: disease management. In: TODD, W.E. & NASH, D. (Editors) – Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago, American Hospital Publishing Co., 1996.
- ZWAR, N. A. *et al.* – Do multidisciplinary care plans result in better care for patients with type 2 diabetes? *Australian Family Physician*, 36: 85-89, 2007.
- ZWARENSTEIN, M. & BRYANT, W. – Interventions to promote collaboration between nurses and doctors (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, Chichester, John Wiley & Sons, 2004.

ISBN: 978-85-7967-075-6



9 788579 670756