

Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona

Informe de la Secretaría

1. En su 138.^a reunión en enero de 2016, el Consejo Ejecutivo tomó nota de una versión anterior del presente informe¹ y adoptó la resolución EB138.R2. El informe ha sido actualizado (particularmente en sus párrafos 15, 16 y 18 a 20) teniendo en cuenta las observaciones hechas durante los debates del Consejo.

2. A pesar de los importantes progresos registrados en el estado de salud y la esperanza de vida de las poblaciones en los últimos años, las mejoras relativas han sido desiguales entre los países y dentro de ellos. En todo el mundo, más de 400 millones de personas carecen de acceso a servicios esenciales de atención sanitaria.² Allí donde está disponible, la atención es con demasiada frecuencia fragmentaria o de escasa calidad, por lo que en muchos países la capacidad de respuesta del sistema sanitario y el nivel de satisfacción que ofrecen los servicios de salud³ todavía dejan que desear. Por ejemplo, los sistemas de salud frágiles y poco integrados fueron factores capitales que contribuyeron a los brotes de enfermedad por el virus del ebola en África Occidental, y la continua falta de conexión entre los sistemas de salud y el fortalecimiento de las capacidades en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (2005) dejan a otros países en una situación vulnerable.

3. Muchos países todavía se encuentran con importantes problemas de desigualdad geográfica en el acceso a los servicios de salud, de escasez de personal sanitario y de debilidad de las cadenas de suministro. Incluso en cuestiones prioritarias, como la salud materna e infantil, la cobertura de servicios básicos (por ejemplo la atención prenatal, o la atención al parto por personal cualificado) sigue siendo baja en muchos países.⁴ La continuidad asistencial de muchas afecciones también es deficiente por la debilidad de los sistemas de derivación. Los modelos curativos «aislados» centrados en los hospitales y las enfermedades son otro factor que socava la capacidad de los sistemas de salud para proporcionar una atención universal, equitativa, de gran calidad y económicamente sostenible. A menudo, quienes prestan los servicios no rinden cuentas a las poblaciones a las que sirven, por lo que tienen

¹ Véanse el documento EB138/37 y el acta resumida de la 138.^a reunión del Consejo Ejecutivo, décima sesión, sección 2 (documento EB138/2016/REC/2).

² OMS, Banco Mundial. *Tracking universal health coverage: first global monitoring report*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015, disponible en línea en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1 (consultado el 4 de abril de 2016).

³ **Definición. Servicios de salud:** todos los servicios que se ocupan de promover, mantener y restablecer la salud. Incluyen los servicios de salud tanto personales como comunitarios.

⁴ Countdown to 2015: maternal, newborn and child survival. Country profiles. Disponible en <http://www.countdown2015mnchcountdown2015mnch.org/country-profiles> (consultado el 4 de abril de 2016).

escasos incentivos para ofrecer una atención adaptada a las necesidades de los usuarios. Asimismo, es frecuente que las personas no sean capaces de tomar decisiones apropiadas sobre su propia salud o atención sanitaria, ni de ejercer un control sobre las decisiones acerca de su salud o de la salud de sus comunidades.

4. Para avanzar hacia el logro del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (*Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades*), y en particular hacia la meta 3.8, relativa a la cobertura sanitaria universal, es preciso que los países vayan logrando cada vez más que todas las personas y comunidades tengan acceso a servicios de salud de gran calidad, seguros y aceptables. Para que esto sea alcanzable y sostenible se deben potenciar al máximo planteamientos efectivos y costoeficientes de la prestación de servicios. La aplicación de fórmulas integradas¹ y centradas en la persona² es un paso ineludible para contar con servicios de salud que estén en condiciones de responder a dificultades sanitarias tan nuevas y diversas como las que plantean, por ejemplo, la urbanización, la progresión en el mundo de modos de vida poco saludables, el envejecimiento de las poblaciones, la doble carga de morbilidad que suponen las enfermedades transmisibles y las no transmisibles, la multimorbilidad, el aumento de los costos sanitarios y los brotes infecciosos u otras crisis de atención sanitaria.

5. El desarrollo de sistemas de atención más integrados y centrados en la persona tienen el potencial de generar beneficios significativos para la salud y la atención sanitaria de todas las personas, en particular una mejora del acceso a la atención, de la salud y los resultados sanitarios y de la educación sanitaria y la autoasistencia, un aumento de la satisfacción con la atención, de la satisfacción laboral de los trabajadores de la salud y de la eficiencia de los servicios, y una reducción de los costos generales.

6. En 2009 la Asamblea de la Salud adoptó la resolución WHA62.12, en la que reclamaba mejoras en la atención primaria de salud y el fortalecimiento de los sistemas de salud y pedía a la Directora General que preparara planes de aplicación para las «cuatro orientaciones normativas generales», entre ellas la de situar al individuo en el centro de la prestación de servicios, y velara por que esos planes abarcasen todas las actividades de la Organización. Además, en su resolución WHA64.9 sobre «Estructuras de financiación sostenible de la salud y cobertura universal», adoptada en 2011, instó a los Estados Miembros a que, según procediera, siguieran invirtiendo y fortaleciendo los sistemas de prestación de servicios de salud, y en particular la atención y los servicios primarios de salud, a fin de garantizar que todos los ciudadanos tuvieran un acceso equitativo a la atención sanitaria, y a que en la asignación general de recursos procurasen encontrar un equilibrio apropiado entre promoción de la salud, prevención de enfermedades, rehabilitación y prestación de atención sanitaria. En su resolución 64/265 sobre «Prevención y control de las enfermedades no transmisibles» (2010) y en la subsi-

¹ **Definición. Servicios de salud integrados:** servicios de salud gestionados y dispensados de tal manera que las personas reciban servicios asistenciales sin solución de continuidad entre los de promoción de la salud y los de atención paliativa, pasando por los de prevención, diagnóstico, tratamiento y gestión de enfermedades y rehabilitación, todo ello de forma coordinada entre los diferentes eslabones y centros asistenciales del sector de la salud y más allá de él y con arreglo a sus necesidades a lo largo de todo el ciclo vital.

² **Definición. Atención centrada en la persona:** forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales. La atención centrada en la persona exige también que los pacientes reciban la información y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propia atención y que los cuidadores estén en condiciones de rendir al máximo dentro de un entorno de trabajo favorable. La atención centrada en la persona es más amplia que la atención centrada en el paciente, en la medida en que trasciende la consulta clínica para englobar también la salud de las personas en su propia comunidad y la crucial función que desempeña la población en la configuración de la política sanitaria y los servicios de salud.

guiente sesión de alto nivel sobre el tema (Nueva York, 19 a 21 de septiembre de 2011),¹ la Asamblea General de las Naciones Unidas recomendó que se privilegiara la atención primaria con la aplicación de «paquetes prioritarios de intervenciones esenciales». Además, en su consiguiente Declaración política, la Asamblea General alentó, entre otras cosas, a respaldar la atención primaria de salud y a reforzar la autonomía de las personas para que sepan cuidar de sí mismas (autoasistencia).

7. En los documentos estratégicos y las resoluciones de todas las regiones de la OMS y sus comités regionales también se preconizan fórmulas de prestación de servicios de salud más integradas y centradas en la persona. Valgan como ejemplo los siguientes: en la Región de África, la hoja de ruta 2012-2025 para ampliar la dotación de recursos humanos para la salud con vistas a mejorar la prestación de servicios de salud, refrendada por el Comité Regional para África en su resolución AFR/RC62/R3; en la Región de las Américas, la resolución CD49.R22 sobre las redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud y el documento CD52.5 sobre la protección social en la salud, así como la «Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura sanitaria universal»; en la Región de Asia Sudoriental, la estrategia regional en pro de la cobertura sanitaria universal aprobada por el Comité Regional en su resolución SEA/RC65/R6; en la Región de Europa, la política «Salud 2020» (aprobada en virtud de la resolución EUR/RC62/R4) y el documento operativo que la plasma, con la propuesta de sistemas de salud centrados en la persona como planteamiento innovador para mejorar los sistemas de salud;² en la Región del Mediterráneo Oriental, la resolución EM/RC60/R.2 sobre cobertura sanitaria universal, que propugna una prestación más amplia de servicios de salud integrados y centrados en la persona para responder, desde la atención primaria, a la importante carga que supone la falta de salud, así como el marco de acción para fomentar la cobertura sanitaria universal;³ y en la Región del Pacífico Occidental la resolución WPR/RC58.R4, en la cual se aprueba la política general sobre servicios de salud centrados en la persona como marco de referencia para que los Estados Miembros definan e instauren, con arreglo a su contexto nacional, políticas e intervenciones de asistencia sanitaria centradas en la persona, así como el marco de acción 2011-2015 sobre recursos humanos para la salud.⁴

8. La Secretaría respondió a todo ello poniendo en marcha en 2013 un proceso de colaboración en toda la Organización para elaborar un documento de referencia sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. Se encargó a un consorcio de prominentes instituciones de investigación la redacción de un borrador que a continuación fue examinado por los Estados Miembros, expertos del colectivo de donantes, representantes de la sociedad civil y de centros de investigación y la Secretaría en octubre de 2013, proceso que culminó con la elaboración de un segundo proyecto de texto a finales de abril de 2014. Tras un nuevo proceso de examen en el que se tuvo en cuenta el proyecto de estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud, *Workforce 2030*, en marzo de 2015 se publicó un informe interino sobre el marco de servicios de salud integrados y centrados en la persona.⁵

¹ Informe del Secretario General, documento A/66/83 (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/83, consultado el 4 de abril de 2016).

² Oficina Regional de la OMS para Europa. *Towards people-centred health systems: an innovative approach for better health systems*. Copenhague, Oficina Regional para Europa. Disponible (en inglés) en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/186756/Towards-people-centred-health-systems-an-innovative-approach-for-better-health-outcomes.pdf (consultado el 4 de abril de 2016).

³ http://applications.emro.who.int/docs/Technical_Notes_EN_16287.pdf (consultado el 4 de abril de 2016).

⁴ http://www.wpro.who.int/hrh/documents/HRH_Action_Framework.pdf (consultado el 4 de abril de 2016).

⁵ El texto íntegro del proyecto de marco y el documento acompañante con la «visión general de las evidencias» se pueden consultar en el sitio web de la OMS <http://www.who.int/service-delivery-safety/areas/people-centred-care/en/> (consultado el 4 de abril de 2016).

9. El informe interino fue examinado mediante un vasto proceso de consultas concretado en una consulta pública en línea, abierta a particulares y organizaciones, y en una serie de consultas regionales y con los Estados Miembros. La Secretaría ha recopilado todas las aportaciones pertinentes con el fin de actualizar el proyecto de marco. Los participantes han mostrado un amplio apoyo a la idea de fondo, los fines estratégicos y las fórmulas de aplicación que en él se proponen.

10. Con arreglo a la resolución WHA62.12 sobre «Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud» y a otras resoluciones conexas, y con la ambición última de conferir a los servicios de salud un carácter más integrado y centrado en la persona, en este marco se proponen cinco estrategias conectadas entre sí. En él se preconizan reformas destinadas a reorientar los servicios de salud para que estos graviten en torno a las personas, familias, cuidadores y comunidades, con el respaldo de servicios resolutivos que atiendan mejor sus necesidades y estén coordinados dentro del sector de la salud y más allá de él, con independencia de la situación o el estadio de desarrollo del país. Estas reformas integran asimismo un planteamiento de derechos humanos que consagra el acceso a la atención sanitaria como derecho fundamental, sin distinción de etnia, religión, sexo, edad, discapacidad, adscripción política y condición económica o social.

BREVE PRESENTACIÓN DEL MARCO SOBRE SERVICIOS DE SALUD INTEGRADOS Y CENTRADOS EN LA PERSONA¹

11. El proyecto de marco vehicula un poderoso mensaje, el ideal de que «todas las personas gocen de igual acceso a servicios de salud de calidad que estén coproducidos² de tal modo que respondan a sus necesidades a lo largo de todo el ciclo vital, que estén coordinados entre todos los eslabones de la cadena asistencial, que sean integrales, seguros, eficaces, oportunos, eficientes y aceptables, y en los que todos los cuidadores estén motivados, sean competentes y disfruten de condiciones de trabajo propicias». El marco, basado en las experiencias y evidencias obtenidas recientemente en distintos países y en una vasta consulta con expertos a escala mundial, regional y nacional, es fruto asimismo de una serie de compromisos políticos mundiales y estrategias e iniciativas regionales en la materia tocantes a la cobertura sanitaria universal, el fortalecimiento de los sistemas de salud, los determinantes sociales de la salud y los valores y principios fundamentales de la atención primaria de salud, esto es, el derecho a la salud, la justicia social, la solidaridad y la participación.

12. La consecución de servicios de salud integrados y centrados en la persona dependerá de lo que aporten los sistemas de salud, en particular la disponibilidad, accesibilidad y calidad del personal de salud y de los servicios que dispensa. En el proyecto de estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud se definen a grandes líneas las acciones a medio plazo necesarias para garantizar un acceso equitativo a personal de salud competente y motivado dentro de un sistema de salud que funcione con plena eficacia. En este sentido, se ha hecho lo posible por establecer claros nexos entre el marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona y dicha estrategia mundial, en particular adaptando a las futuras necesidades de los sistemas de salud los marcos de inversión en recursos humanos para la salud de dimensión nacional y mundial. Para contar con servicios de salud integrados y centrados en la persona se necesita un tipo particular de trabajador sanitario, dotado de las competencias adecuadas. Además de las ventajas para las comunidades y poblaciones, los beneficios de una

¹ Véase <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/> - en inglés (consultado el 4 de abril de 2016).

² **Definición. Coproducción de la salud:** atención de salud dispensada según una relación de igualdad y reciprocidad entre los profesionales, los usuarios de los servicios asistenciales, su familia y la comunidad a la que pertenecen. Presupone una relación duradera entre la población, los proveedores de servicios y los sistemas de salud, en la cual se comparten la información, las decisiones y la prestación de servicios.

atención integrada y centrada en la persona también se extienden a los profesionales sanitarios, a quienes aportan, entre otras cosas, mayor satisfacción laboral, cargas de trabajo más equilibradas con menos casos de agotamiento, y oportunidades de formación y capacitación para adquirir nuevas competencias, por ejemplo la de operar en entornos asistenciales basados en el trabajo en equipo.

13. Para elaborar este marco se han analizado cuatro tipos distintos de situaciones nacionales: países de ingresos bajos, medianos y altos, y países en circunstancias especiales, como puedan ser los que atraviesan una situación de conflicto o los Estados frágiles, pequeños Estados insulares o grandes Estados federales. Dado que los sistemas de salud están muy determinados por el contexto, en el marco no se preconiza un modelo único de servicios de salud integrados y centrados en la persona, sino que se proponen cinco fines estratégicos generales que guardan entre sí una relación de interdependencia.

ESTRATEGIAS, OPCIONES DE POLÍTICA E INTERVENCIONES

14. Las cinco estrategias interdependientes son: 1) responsabilizar y hacer participar a las personas y a las comunidades; 2) fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas; 3) reorientar el modelo asistencial; 4) coordinar los servicios entre los sectores y dentro de ellos; y 5) crear condiciones propicias. La realización conjunta de estas cinco estrategias ayudará a erigir servicios de salud más eficaces, e inversamente, la falta de avances en uno de esos frentes podría frenar la progresión en los demás.

15. Las medidas para avanzar en cada una de esas estrategias están concebidas para influir en distintos niveles, desde la forma en que se prestan los servicios (a personas, familias y comunidades) hasta la adopción de nuevas fórmulas de trabajo en organizaciones, sistemas asistenciales e instancias de planificación. En el cuadro que sigue se especifican los enfoques estratégicos y las posibles políticas e intervenciones que han de conducir al logro de cada fin estratégico. Algunas de las políticas e intervenciones son comunes a varios enfoques estratégicos. Esta relación, no exhaustiva, ha sido elaborada a partir de estudios bibliográficos, conclusiones de consultas técnicas y dictámenes de expertos. No se trata de un conjunto de pautas de reforma empíricamente contrastadas, en la medida en que la eficacia de algunas de esas políticas e intervenciones todavía no ha quedado plenamente probada. Además cada país, en función de sus circunstancias, valores y preferencias, deberá definir e instaurar la combinación adecuada de políticas e intervenciones que vaya a aplicar.

Cuadro. Estrategias, opciones de política e intervenciones para el marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona

Estrategia 1. Responsabilizar y hacer participar a las personas y comunidades

«Responsabilizar y hacer participar a las personas» pasa por proporcionarles las oportunidades, competencias y recursos que necesitan para constituirse en usuarios inteligentes y responsables de los servicios de salud y en promotores de un sistema de salud reformado. Se trata con ello de liberar los recursos comunitarios e individuales para actuar a todos los niveles, reforzando la autonomía de las personas para que tomen decisiones eficaces sobre su propia salud, habilitando a las comunidades para que participen activamente en la coproducción de entornos saludables e impartiendo a los cuidadores informales la instrucción necesaria para que su labor y el apoyo que ofrecen sean óptimos y así puedan seguir cumpliendo su función. «Responsabilizar y hacer participar a las personas» también significa llegar a los grupos de población insuficientemente atendidos o marginados para poder garantizar la universalidad del acceso y disfrute de servicios de calidad coproducidos teniendo en cuenta sus necesidades específicas.

Enfoque estratégico	Opciones de política e intervenciones
<p>1.1 <i>Responsabilizar y hacer participar a las personas y familias.</i> Para poder obtener mejores resultados clínicos gracias a la coproducción de servicios asistenciales, en particular tratándose de enfermedades no transmisibles o crónicas, se precisa la activa participación de los usuarios y sus familiares. Esta etapa es fundamental, porque son los propios usuarios quienes pasarán buena parte de su existencia viviendo con y en función de sus propias necesidades sanitarias y quienes tomarán decisiones que influirán en la observancia de comportamientos saludables y su aptitud para cuidar de sí mismos. La responsabilidad se ejerce también al dispensar una atención sanitaria presidida por una relación de igualdad y reciprocidad entre los profesionales clínicos y no clínicos, por un lado, y los usuarios de los servicios asistenciales, sus familiares y sus comunidades, por el otro, todo lo cual mejorará la forma en que vivan el proceso asistencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • educación sanitaria¹ • decisiones clínicas compartidas entre el usuario, sus familiares, los cuidadores y los proveedores de asistencia sanitaria • autogestión, lo que incluye la evaluación de la atención personal y planes de tratamiento • conocimiento de cómo moverse dentro del sistema de salud
<p>1.2 <i>Responsabilizar y hacer participar a las comunidades.</i> Este enfoque permitirá a las comunidades expresar sus necesidades e influir así en el modo en que se financia, planifica y dispensa la atención. Ello ayudará a infundir seguridad, generar confianza y respeto mutuo y crear redes sociales, no en vano el bienestar físico y mental de las personas depende de la existencia de relaciones sólidas y duraderas. Con ello se reforzará la capacidad de las comunidades para organizarse e impulsar cambios en el medio en el que viven.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • atención dispensada en la comunidad • agentes de salud comunitarios • fortalecimiento de la sociedad civil • reforzamiento de la participación social en la salud
<p>1.3 <i>Responsabilizar y hacer participar a los cuidadores informales.</i> Los parientes y demás cuidadores cumplen una función básica en la prestación de asistencia sanitaria. Los cuidadores deben recibir una capacitación adecuada para poder realizar un trabajo de calidad y defender los intereses de los beneficiarios de la atención a la vez dentro del sistema de salud y ante las instancias de planificación. Además, los cuidadores tienen sus propias necesidades de realización personal y requieren apoyo afectivo para cumplir duraderamente su función.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • capacitación para los cuidadores informales • redes de cuidadores informales • grupos de apoyo mutuo y de pacientes expertos • cuidado de los cuidadores • asistencia de relevo
<p>1.4 <i>Llegar a las poblaciones insuficientemente atendidas o marginadas.</i> Este enfoque reviste una importancia trascendental para garantizar la universalidad de acceso a los servicios de salud de calidad. Es irrenunciable para poder cumplir grandes objetivos de sociedad como la equidad, la justicia social o la solidaridad y ayuda a generar cohesión social. Para hacerlo realidad hay que intervenir en todos los niveles del sector de la salud y actuar concertadamente con otros sectores y con todos los segmentos de la sociedad para abordar los demás determinantes de la salud y la equidad sanitaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • integración de objetivos de equidad sanitaria en los objetivos del sector de la salud • prestación de servicios de extensión a las poblaciones insuficientemente atendidas, que incluyan unidades móviles, sistemas de transporte y telemedicina • programas extrainstitucionales para las poblaciones desfavorecidas/marginadas que pueden no recibir una cobertura eficaz debido a obstáculos relacionados con factores como los ingresos, la educación, el lugar de residencia, el

¹ **Definición: educación sanitaria:** cualquier combinación de experiencias de aprendizaje destinadas a ayudar a las personas y a las comunidades a mejorar su salud mediante el aumento de sus conocimientos o la influencia en sus actitudes.

	sexo, la etnia, las condiciones de trabajo o su condición de migrantes <ul style="list-style-type: none"> • subcontratación de servicios cuando esté justificado • ampliación de los sistemas de atención primaria
--	--

Estrategia 2. Fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas

<p>Para fortalecer la gobernanza hay que aplicar planteamientos participativos a la formulación de políticas, la adopción de decisiones y la evaluación del desempeño en todos los ámbitos del sistema de salud, desde el nivel de planificación hasta el de intervención clínica. La buena gobernanza es transparente e integradora, reduce la vulnerabilidad a la corrupción y aprovecha al máximo los recursos y datos disponibles para obtener los mejores resultados posibles. La existencia de un sólido mecanismo de responsabilidad compartida entre planificadores de políticas, administradores, proveedores y usuarios, junto con un sistema de incentivos acorde con una óptica centrada en la persona, redundará en el fortalecimiento de la buena gobernanza. Para alumbrar un proyecto de futuro común y definir el modo de hacerlo realidad será importante establecer un robusto armazón normativo y transmitir un mensaje de reforma convincente y estimulante.</p>	
Enfoque estratégico	Opciones de política e intervenciones
<p>2.1 <i>Impulsar la gobernanza participativa.</i> Para abordar de forma coherente e integrada las políticas, la planificación y la asistencia sanitarias en todos los niveles del sistema de salud hacen falta sólidos mecanismos de gobernanza. Los gobiernos deben asumir la responsabilidad de proteger y mejorar el bienestar de su población, infundir confianza a los ciudadanos y dotarse ante ellos de legitimidad organizando el trabajo eficazmente. La función rectora del ministerio de salud, esencial para la buena gobernanza sanitaria, pasa por la identificación y participación de los interlocutores comunitarios para que sus voces sean escuchadas y se consiga forjar un consenso. Dicha función es necesaria también para garantizar que los dispares objetivos de organismos donantes y de programas verticales contra enfermedades específicas no mermen la capacidad del sistema de salud para poner principalmente el acento en la salud comunitaria y el bienestar de todos los ciudadanos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • participación comunitaria en la formulación y evaluación de políticas • representación de la comunidad en las juntas de administración de los centros sanitarios • políticas, estrategias y planes de salud nacionales que promuevan servicios de salud integrados y centrados en la persona • fortalecimiento de la gobernanza y la gestión de los servicios de salud en los ámbitos subnacional, distrital y local • armonización y encaje de los programas de los donantes con las políticas, estrategias y planes nacionales • cuando proceda, descentralización en favor de los niveles locales • planificación integral en todo el sector público y privado • fortalecimiento de la función rectora de los ministerios de salud con respecto a los agentes no estatales • gobernanza clínica

<p>2.2 <i>Fortalecer la responsabilidad común.</i> En esencia, ello supone que alguien responda de las decisiones adoptadas y se declina en dos direcciones: «rendir cuentas» (esto es, dar información sobre el trabajo realizado); y «pedir cuentas» (esto es, recompensar y sancionar). Para fortalecer la responsabilización en los sistemas de salud es preciso actuar conjuntamente a todos los niveles con objeto de mejorar la organización y prestación de los servicios, la política sanitaria en el sector de la salud y otros sectores, públicos y privados, y los comportamientos personales y de lograr que todo ello converja hacia un objetivo común.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • derechos relacionados con la salud • fichas de calificación del proveedor de asistencia • encuestas sobre la satisfacción de los pacientes • resultados terapéuticos descritos y tarjeta de puntuación equilibrada • financiación y contratación en función del desempeño • registro de la población con mención del proveedor de asistencia correspondiente
---	---

Estrategia 3. Reorientar el modelo asistencial

<p>«Reorientar el modelo asistencial» significa velar por la concepción, adquisición y prestación de servicios de atención sanitaria eficaces y eficientes mediante modelos asistenciales innovadores que pongan el acento en los servicios de atención primaria y comunitaria y la «coproducción» de la salud, lo que supone un cambio de la atención hospitalaria a la ambulatoria y de la atención curativa a la preventiva. Ello exige invertir en una atención holística e integral, que incluya estrategias de promoción de la salud y prevención de problemas sanitarios que favorezcan la salud y el bienestar de las poblaciones. Este modelo pasa también por respetar las diferencias de género y las preferencias culturales a la hora de concebir y dispensar los servicios de salud.</p>	
Enfoque estratégico	Opciones de política e intervenciones
<p>3.1 <i>Definir los servicios prioritarios atendiendo a las necesidades a lo largo del ciclo vital.</i> Ello supone evaluar el conjunto de los servicios de salud ofrecidos a distintos niveles del sistema asistencial teniendo en cuenta las mejores evidencias disponibles y todo el ciclo vital, utilizando a tal efecto una combinación de métodos para entender tanto las necesidades sanitarias particulares de la población, incluidas las preferencias sociales, como la relación costo-eficacia de intervenciones de salud alternativas y orientando a partir de ahí las decisiones sobre la asignación de recursos a la atención sanitaria. Ello abarca también la evaluación de la tecnología sanitaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • evaluación de las necesidades sanitarias locales basada en la distribución actual de las enfermedades transmisibles y no transmisibles • paquete integral de servicios dirigidos a todos los grupos de población, definido mediante un proceso participativo y transparente • compras estratégicas • servicios que tengan en cuenta las diferencias por razones de sexo, cultura o edad • evaluación de la tecnología sanitaria
<p>3.2 <i>Reevaluar las labores de promoción, prevención y salud pública.</i> Este enfoque pasa por hacer mayor hincapié en los servicios de promoción, prevención y salud pública y por dedicarles más recursos. Los sistemas de salud pública abarcan a todas las entidades públicas, privadas y benéficas que en conjunto contribuyen a cumplir funciones básicas de salud pública dentro de un área geográfica determinada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • seguimiento del estado de salud de las poblaciones • estratificación de la población en función del riesgo • vigilancia, estudio y control de los riesgos y amenazas para la salud pública • mejora de los recursos financieros y humanos asignados a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades • reglamentos de salud pública y mecanismos de aplicación
<p>3.3 <i>Crear sistemas robustos basados en la atención primaria.</i> La existencia de sólidos servicios de atención primaria es esencial para poder atender al conjunto de la población y garantizar un acceso universal a los servicios. Ello pasa por obtener financiación suficiente, dispensar formación adecuada y</p>	<ul style="list-style-type: none"> • servicios de atención primaria que trabajen en clave familiar y comunitaria • equipos multidisciplinares de atención primaria

<p>forjar vínculos con otros servicios y sectores. Este enfoque promueve la coordinación y continuidad en el tiempo de la atención dispensada a personas que sufren problemas de salud complejos, lo que facilita una acción sanitaria intersectorial y a la vez exige equipos interprofesionales para asegurar la prestación a todas las personas de servicios integrales. Priman así modelos asistenciales en clave comunitaria y familiar como fundamento de una praxis centrada en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • medicina de familia • vía de acceso a servicios especializados • mayor porcentaje del gasto sanitario destinado a la atención primaria
<p>3.4 <i>Reorientación en favor de la atención ambulatoria.</i> La sustitución de servicios es el proceso por el cual se reemplazan ciertas formas de atención por otras que aporten mayor eficacia al sistema de salud. Este enfoque implica encontrar el equilibrio adecuado entre la atención primaria, la atención ambulatoria especializada y la atención hospitalaria, sabiendo que cada una de ellas cumple una importante función dentro del sistema de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • atención domiciliaria, residencias de ancianos y centros de cuidados paliativos • redefinir los objetivos de la atención en los hospitales de nivel secundario y terciario, reservándolos solo a los casos agudos y complejos • cirugía ambulatoria • hospitales de día • atención escalonada al paciente
<p>3.5 <i>Innovar e incorporar nuevas tecnologías.</i> Los rápidos progresos tecnológicos propician la implantación de modelos asistenciales cada vez más innovadores. Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación permiten integrar la información con arreglo a fórmulas de un nuevo tipo. Utilizadas correctamente, pueden servir para asegurar la continuidad de la información, hacer un seguimiento de la calidad, facilitar la responsabilización del paciente y llegar a comunidades geográficamente aisladas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • uso compartido de historiales médicos electrónicos • telemedicina • m-salud

Estrategia 4. Coordinar los servicios entre los sectores y dentro de ellos

<p>Los servicios deben coordinarse partiendo de las necesidades y demandas de la población. Para ello es preciso integrar el quehacer de los proveedores de servicios a la vez en cada uno de los centros de salud y entre ellos, implantar sistemas y redes de derivación entre los distintos niveles de atención y crear vínculos entre el sector de la salud y otros sectores. Ello supone también actuar de modo intersectorial en la comunidad para incidir en los determinantes sociales de la salud y optimizar el uso de recursos escasos, incluso estableciendo a veces alianzas con el sector privado. La idea de coordinación no entraña necesariamente la fusión de las diferentes estructuras, servicios o procesos de trabajo, sino que se trata más bien de prestar una mejor atención adaptando y armonizando los procesos y la información entre los distintos servicios.</p>	
<p style="text-align: center;">Enfoque estratégico</p>	<p style="text-align: center;">Opciones de política e intervenciones</p>
<p>4.1 <i>Coordinar la atención sanitaria al servicio del individuo.</i> La idea de «coordinar la atención» no remite a una única actividad, sino más bien a un conjunto de procedimientos que ayuden a mejorar la continuidad asistencial y las vivencias del paciente a su paso por los servicios, especialmente en las fases de transición de un servicio a otro. El principal aspecto que hay que mejorar es la atención dispensada al individuo, con servicios que se coordinen en torno a las necesidades del paciente y su familia. Para ello también se requiere una mejor circulación de la información y una relación de confianza estable y duradera entre el paciente y los proveedores de servicios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • circuitos asistenciales • sistemas de derivación y contraderivación • guías del usuario del sistema de salud • gestión de casos • mejora de la transición asistencial • atención basada en equipos

<p>4.2 <i>Coordinar los programas y proveedores sanitarios.</i> Este enfoque pasa por subsanar los desajustes administrativos, informativos y de financiación que existen entre los distintos niveles de atención y proveedores, lo que exige la intervención de otros interlocutores del sector como organismos de reglamentación farmacéutica o de seguridad de los productos, equipos de informáticos a cargo de los sistemas de vigilancia de enfermedades, equipos de salud que colaboren entre sí para aplicar planes terapéuticos, servicios de laboratorio especializados en ciertas enfermedades vinculados a servicios más amplios o redes de proveedores de salud que apunten a estrechar relaciones en la atención dispensada al paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • redes regionales o de distrito de prestación de servicios de salud • adquisición de servicios integrados • integración de los programas verticales en los sistemas nacionales de salud • incentivos a la coordinación de la atención
<p>4.3 <i>Coordinar a los sectores entre sí.</i> Una buena coordinación en temas de salud debe federar a múltiples interlocutores, no solo del sector sanitario sino también de otros, como por ejemplo los de servicios sociales, finanzas, educación, empleo, vivienda, sector privado o instancias de aplicación de la ley. Ello exige que el ministerio de salud ejerza un sólido liderazgo para coordinar las actividades intersectoriales, incluidas las de detección y respuesta rápidas en caso de crisis sanitaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • inclusión de la salud en todas las políticas • alianzas intersectoriales • fusión del sector de la salud con los servicios sociales • trabajo con el sector de la educación para adaptar los planes de estudios de los profesionales a las nuevas competencias requeridas • integración de la medicina tradicional y complementaria en los modernos sistemas de salud • coordinación de las labores de preparación y respuesta para casos de crisis sanitaria

Estrategia 5. Crear condiciones propicias

<p>Para que las cuatro estrategias anteriores se conviertan en una realidad operativa es indispensable crear condiciones propicias, que federen a todos los interlocutores en torno al proyecto de impulsar una transformación efectiva. Esta compleja labor pasa por un heterogéneo conjunto de procesos que puedan inducir los cambios necesarios en las instancias de dirección y administración, los sistemas de información, los métodos de mejora de la calidad, la reorientación de los recursos humanos, los ordenamientos legislativos, los mecanismos de financiación y los sistemas de incentivos.</p>	
Enfoque estratégico	Opciones de política e intervenciones
<p>5.1 <i>Reforzar el liderazgo y la administración al servicio del cambio.</i> Para reformar con éxito los servicios de salud se requieren nuevas fórmulas de liderazgo compartido que ayuden a federar a múltiples interlocutores. Hay que lograr que todos los profesionales de la atención sanitaria, y en particular el personal clínico, participen en las tareas de administración y dirección al servicio del cambio, en colaboración permanente con las comunidades locales. Para lograr una atención integrada y centrada en la persona es necesario aplicar innovaciones complejas de los procesos y servicios que garanticen una estrategia subyacente de gestión del cambio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • liderazgo transformador y repartido • estrategias de gestión del cambio

<p>5.2 <i>Reforzar los sistemas de información y la gestión de conocimientos.</i> La instauración de sistemas de información y de una cultura organizativa que favorezca el seguimiento y la evaluación, el intercambio de conocimientos y la utilización de datos en los procesos decisorios es un requisito previo para lograr una transformación efectiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • implantación de sistemas de información • investigación sobre sistemas • gestión de conocimientos
<p>5.3 <i>Perseguir la seguridad y la mejora de la calidad.</i> Instituciones y proveedores deben esforzarse constantemente por mejorar la calidad y ofrecer seguridad, lo que incluye tanto la calidad técnica como la calidad subjetiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • garantía de calidad • creación de una cultura de la seguridad • mejora continua de la calidad
<p>5.4 <i>Reorientar el trabajo del personal de salud.</i> Conviene prestar especial atención a preparar al personal de salud dotándolo de una combinación de competencias adecuada para responder equitativa y duraderamente a las necesidades sanitarias de la población. Es preciso organizar al personal en equipos y prestarle apoyo con procesos de trabajo adecuados, funciones, expectativas y directrices claramente definidas, oportunidades para subsanar sus posibles déficit de competencias, críticas constructivas, remuneraciones justas y condiciones e incentivos laborales convenientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • respuesta a las situaciones de escasez o mala distribución del personal de salud • formación del personal de salud • equipos multidisciplinares cuya labor trascienda las fronteras organizativas • mejora de las condiciones laborales y mecanismos de compensación • grupos de apoyo a los proveedores de servicios • fortalecimiento de las asociaciones profesionales
<p>5.5 <i>Adaptar el ordenamiento reglamentario.</i> La reglamentación cumple una función básica a la hora de encuadrar el trabajo de profesionales y organizaciones dentro de un sistema de salud más integrado y centrado en la persona, por ejemplo instaurando nuevas normas de calidad y/o un sistema de retribución por objetivos de desempeño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • adaptación del ordenamiento reglamentario
<p>5.6 <i>Mejorar la financiación y reformar los sistemas de pago.</i> También hay que transformar el modo en que se financia y se paga la atención sanitaria con objeto de promover niveles suficientes de financiación y una adecuada combinación de incentivos económicos dentro de un sistema que favorezca la integración entre proveedores y centros asistenciales y la protección del paciente contra pagos directos indebidos por prestaciones sanitarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • garantizar una financiación suficiente del sistema de salud y asignar los recursos con arreglo a las prioridades de reforma • modelos de pago mixtos, basados en la capitación • pagos conjuntos

FÓRMULAS DE APLICACIÓN

16. Hay que saber aprender de la historia: con casi toda seguridad, para reorientar con éxito los servicios de salud será preciso recorrer un largo camino y hará falta un compromiso político duradero. En última instancia, cada país o jurisdicción local debe fijar sus propios objetivos para dotarse de servicios de salud integrados y centrados en la persona y definir sus propias estrategias para cumplir dichos objetivos. Las estrategias deben responder al contexto local, a los obstáculos existentes y a los valores que profesen los habitantes del Estado o la zona en cuestión, y deben ser factibles teniendo en cuenta el sistema de prestación de servicios de salud preexistente y los recursos económicos y políticos disponibles. Los esfuerzos deberían centrarse principalmente en: mejorar el acceso a los servicios para las poblaciones subatendidas y marginadas; dar mayor énfasis y proporcionar más recursos a los servicios de promoción, prevención y salud pública, y reforzar los servicios de salud distritales. Dado que este marco es fundamentalmente transformador en cuanto a sus repercusiones en el futuro de los sistemas de salud, los líderes del sistema deben adoptar estrategias de cambio para garantizar la armonización

de las estrategias y procesos que fomentan la atención integrada y centrada en la persona. La prestación de servicios de salud de gran calidad, integrados y centrados en la persona requiere la creación y fomento de un compromiso colectivo, de valores populares, de una comunicación eficaz y de transparencia. De ahí que el método de aplicación del presente marco se concrete en los principios enunciados a continuación.

- a) **Dirección por los países.** Son los propios países, con apoyo externo cuando haga falta, los que deben definir y encabezar las estrategias para dotarse de servicios de salud integrados y centrados en la persona, adaptándolas a las condiciones y circunstancias locales.
- b) **Centro de atención en la equidad.** El esfuerzo por lograr mayores niveles de equidad forma parte indisoluble de toda estrategia de atención de salud integrada y centrada en la persona. Se pueden intentar corregir los factores inmediatos que induzcan un uso poco equitativo de los servicios, pero también habrá que abordar los determinantes sociales de fondo.
- c) **Participación.** La noción de servicios de salud integrados y centrados en la persona sitúa al individuo informado y responsabilizado como elemento central del sistema de salud. En consecuencia, los procesos de elaboración de estrategias nacionales para implantar tales servicios deben garantizar que se rindan cuentas a los interlocutores locales, y especialmente las poblaciones desfavorecidas.
- d) **Fortalecimiento de los sistemas.** La prestación de servicios depende de la existencia de sistemas eficaces de información y financiación y de la presencia de personal de salud competente y motivado. Cualquier cambio que se introduzca en la prestación de servicios se dejará sentir inevitablemente en la totalidad del sistema de salud.
- e) **Praxis basada en la evidencia, con repetidos ciclos de aprendizaje y acción.** Las decisiones adoptadas a todos los niveles deben reposar en los mejores datos factuales disponibles. Los métodos de mejora de la calidad demuestran que las probabilidades de éxito aumentan cuando se trabaja siguiendo ciclos iterativos de aprendizaje y acción para vigilar la evolución del sistema de prestación de servicios, detectar los problemas que surjan y reunir a las partes interesadas para resolverlos.
- f) **Orientación hacia los resultados.** Un elemento clave debe ser el seguimiento continuo de la marcha del proceso por medio de objetivos y resultados específicos y cuantificables.
- g) **Fundamentación en la ética.** Para ello hay que asegurarse de que la atención dispensada optimice la relación riesgo-beneficio en todas las intervenciones, respete el derecho de la persona a decidir con independencia y conocimiento de causa, proteja la intimidad del paciente, ampare a los más vulnerables y garantice una distribución justa de los recursos.
- h) **Sostenibilidad.** Ello supone planificar, administrar y dispensar una atención equitativa, eficiente y eficaz que contribuya de forma sostenible al desarrollo a largo plazo.

FUNCIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS

17. A continuación se indican las funciones de cada una de las partes interesadas.

- a) **Estados Miembros.** Los países que tengan la firme voluntad de avanzar hacia servicios de salud integrados y centrados en la persona deben definir y dar a conocer un proyecto de futuro

claro, acompañándolo de ordenamientos reglamentarios y estrategias coherentes que allanen el camino para hacerlo realidad. El propio país debe encabezar el proceso, que pasa por una labor de coproducción entre el conjunto de administraciones públicas, los proveedores de servicios y las poblaciones a las que sirven. Los gobiernos deben obtener fondos suficientes con los que costear la reforma y las investigaciones sobre su aplicación. También hay que replicar el proceso a escala tanto subnacional como local.

b) Individuos, familias y comunidades. Constituyen el elemento principal del marco. La labor de formulación de políticas y de organización y coproducción de los servicios de salud debe discurrir, tanto en la fase de concepción como en la de aplicación, en colaboración con individuos, familias y comunidades.

c) Entidades de la sociedad civil. Como representantes de pacientes, familias, comunidades y cuidadores, estas entidades tienen una importante función que cumplir en defensa de servicios de salud más integrados y centrados en la persona y en la capacitación de sus miembros para que puedan no solo manejar mejor su propia salud, sino también relacionarse más eficazmente con el sistema sanitario.

d) Proveedores de servicios de salud. Constituyen un componente básico del marco. Como en el caso de los individuos, familias y comunidades, la labor de formulación de políticas y de organización y coproducción de los servicios de salud debe discurrir, tanto en la fase de concepción como en la de aplicación, en colaboración con los proveedores de salud.

e) Instituciones universitarias, de formación y de investigación. Estos establecimientos tienen una importante función que desempeñar en la concepción de nuevos planes de estudios profesionales para el personal de salud, la formación de estos recursos humanos y la realización de investigaciones sobre los sistemas de salud y la aplicación práctica de las medidas.

f) Asociaciones de profesionales y estudiantes. Estas entidades pueden cumplir una importante función a la hora de suscribir y adoptar nuevas prácticas y de prestar apoyo a sus miembros.

g) Sector privado. Conviene adoptar medidas reglamentarias para garantizar que las reformas destinadas a conferir a la asistencia sanitaria un carácter más integrado y centrado en la persona se apliquen por un igual a todos los proveedores de servicios, tanto públicos como privados, ya sean entidades con ánimo de lucro, sin ánimo de lucro o de carácter confesional. Cuando convenga también se pueden buscar alianzas con el sector privado industrial, como empresas farmacéuticas o fabricantes de dispositivos médicos.

h) Aseguradoras médicas. Estas entidades deben garantizar una financiación suficiente para reformar la prestación de servicios y reorientar los sistemas de pago y procedimientos de compra con el fin de incentivar fórmulas de atención más integradas y centradas en la persona.

i) Asociados para el desarrollo. Estas entidades, salvo en circunstancias excepcionales que exijan una intervención rápida o singular, deben procurar que su apoyo a la prestación de servicios de salud tenga encaje en los sistemas de salud de los propios países. También pueden ayudar a compartir conocimientos técnicos sobre distintas fórmulas para promover servicios más integrados y centrados en la persona.

j) Secretaría. La función de la Secretaría consistirá en impulsar políticas que sirvan para secundar la implantación en todo el mundo de servicios de salud integrados y centrados en la per-

sona. El hecho de adoptar la idea de servicios de salud integrados y centrados en la persona y de suscribir las cinco grandes estrategias enunciadas en este marco exigirá por ende una labor sostenida de promoción y cooperación técnica.

SEGUIMIENTO DE LOS PROGRESOS REALIZADOS

18. Dado que este marco representa para la OMS un programa de trabajo de nuevo cuño, no existen indicadores de uso universal para medir los progresos hacia la implantación de servicios de salud integrados y centrados en la persona. Ni en el Observatorio Mundial de la Salud, ni en los marcos de seguimiento y evaluación de la cobertura sanitaria universal y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible ni en la lista de referencia mundial de 100 indicadores básicos de salud¹ hay parámetros que permitan determinar en qué medida un sistema de salud está integrado y centrado en la persona. Dada esta situación, en el marco se proponen actividades de investigación y desarrollo sobre los indicadores para seguir los progresos mundiales en materia de servicios de salud integrados y centrados en la persona. Esta labor reunirá a los asociados internacionales para definir parámetros apropiados para medir esos aspectos cruciales, pero pocas veces cuantificados, de la atención sanitaria.

19. La elaboración de estos indicadores facilitará el establecimiento de los objetivos y metas a medio y largo plazo necesarios para seguir los progresos realizados en la aplicación del marco en los ámbitos mundial, regional y nacional.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

20. Se invita a la Asamblea de la Salud a que adopte el proyecto de resolución recomendado por el Consejo Ejecutivo en la resolución EB138.R2.

= = =

¹ Véase <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/> - en inglés (consultado el 4 de abril de 2016).