

La innovación en la organización de servicios con el Sistema Metropolitano de la Solidaridad en Perú

Juan Arroyo¹ y Ada Pastor-Goyzueta²

Forma de citar Arroyo J, Pastor-Goyzueta A. La innovación en la organización de servicios con el Sistema Metropolitano de la Solidaridad en Perú. 2013;33(6):391-7.

RESUMEN

Objetivo. Tomando como referencia los resultados logrados hasta el momento por el Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL) en Perú, el presente trabajo tuvo como objetivo analizar su contribución a la innovación de modelos de organización en la provisión de servicios de salud.

Métodos. Se evaluaron los indicadores de desempeño de SISOL, contrastándolos con los de otros modelos de prestación sanitaria del país, con base en datos de una encuesta a 4 570 usuarios de SISOL efectuada en el último trimestre del 2011, en las Encuestas Nacionales de Hogares de los años 2003 a 2011 e información estadística del Ministerio de Salud y el Seguro Social peruanos.

Resultados. El estudio arrojó resultados positivos para SISOL en términos de crecimiento de la demanda atendida en Lima, la productividad de consultas por recurso humano y los niveles de satisfacción de los usuarios. Tales resultados se explican por a) la presencia de especialistas en el primer nivel de atención; b) una estructura público-privada innovadora, diferente de la tercerización, y c) un sistema de incentivos basado en la gestión de riesgos compartidos.

Conclusiones. Los resultados apoyan la necesidad de renovar la atención primaria en salud, en particular para las zonas urbanas, corrigiendo el innecesario escalonamiento que predomina en la actualidad. Muestran además la posibilidad de alianzas público-privadas sinérgicas, donde ambos sectores compartan riesgos y actúen colaborativamente en un solo sistema de servicios. Por último, los resultados convocan a la articulación de la atención primaria en los modelos segmentados.

Palabras clave Eficiencia organizacional; innovación organizacional; sistemas de salud; servicios de salud; gestión en salud; atención primaria de salud; Perú.

El Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL) es un modelo municipal de atención de salud pequeño y reciente. Fue establecido como organismo público descentralizado en Lima (Perú) en 2004 con el propósito de brindar servicios de

salud a la población, así como otras prestaciones que permitan mejorar la vida de las personas. En la actualidad conduce y administra 19 hospitales y 11 centros médicos en Lima Metropolitana. SISOL también tiene establecimientos de salud en algunas provincias, pero el estudio se hizo en Lima, por estar en la capital del país la gran mayoría de establecimientos de SISOL.

A partir de los resultados logrados hasta el momento por SISOL, el presente

artículo analiza las tendencias innovadoras de modelos organizacionales en la provisión de servicios sanitarios. El interés en estudiar estos modelos deriva del amplio debate sobre teorías del cambio que tiene lugar en la literatura actual, donde sobresalen dos vías tendientes a mejorar el desempeño de una organización: a) el mejoramiento continuo, también denominado en la literatura como control estadístico de procesos o reingeniería de procesos o integración

¹ CENTRUM Católica, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. La correspondencia se debe dirigir a Juan Arroyo Laguna. Correo electrónico: arroyo.juan@pucp.pe

² Gerencia Central de Prestaciones de Salud de EsSALUD, Lima, Perú.

de la cadena de valor (1), y b) la innovación institucional o reestructuración del modelo organizacional (2). Las modernizaciones de los procesos se ubican dentro de la primera vía, de cambio incremental, mientras que las formulaciones de nuevos modelos organizacionales representan cambios no lineales, puntos de discontinuidad (3). La hipótesis del estudio fue caracterizar a SISOL como una innovación organizacional, con un impacto mayor sobre el desempeño histórico de los servicios de salud.

SISOL crece y se desarrolla en el contexto de un sistema nacional de salud con los cuatro subsectores prestadores clásicos: el Ministerio de Salud (MINSA); el Seguro Social de Salud (EsSALUD); el subsector privado de clínicas y seguros, y los sistemas sanitarios de las fuerzas armadas y policiales. Los dos sistemas prestadores más grandes son el MINSA y EsSALUD, los cuales juntos en 2004 empleaban a 94% de los trabajadores del sector y atendían a 61,08% de la demanda efectiva. En el MINSA se brinda atención a la población subempleada, a trabajadores informales y a personas sin seguro de salud, en tanto que EsSALUD cubre a los empleados formales, y en el subsector privado de clínicas y seguros privados, atiende a personas de los quintiles 1 y 2 (de mayores ingresos).

Desde 2011, con los 30 establecimientos de salud —y sus 3 430 empleados— que tiene en Lima, SISOL comparte la demanda total de atención con los 320 establecimientos de salud del MINSA en Lima (30 613 empleados) (4), así como con los 51 establecimientos de EsSALUD en Lima (25 000 empleados) (5).

Los datos actuales demuestran que SISOL va por buen camino. Gradualmente, desde su inserción ha canalizado ya una parte importante de la demanda de atención, absorbiendo 28% de las consultas médicas en Lima y poniendo en evidencia importantes desplazamientos en la demanda atendida en el transcurso de la última década. Durante muchos años, la demanda mayoritaria de atención médica estuvo cautiva del MINSA y el Seguro Social, situación que comenzó a revertirse durante la década de los 2000 debido al crecimiento económico que registró el país, que contribuyó a aumentar los ingresos en amplios sectores de la población. Esto aumenta el costo que representan para los usuarios los tiempos de espera tradicionales en los servicios públicos. Cuando no había crecimiento,

no había trabajo y los ingresos eran más bajos, y por lo tanto las colas y demoras en los servicios públicos producían malestar, pero no había otra posibilidad y el valor de cada hora perdida no era tan grande. Ahora, en cambio, es al revés, y la población prefiere servicios rápidos, aun cuando cuesten algo. La estadística demuestra que la consulta informal en las farmacias y la consulta formal en el subsector privado se expandieron, al igual que la consulta en SISOL. Tomando como referencia los resultados logrados hasta el momento por SISOL, el presente trabajo tuvo como objetivo analizar su contribución a la innovación de modelos de organización en la provisión de servicios de salud.

En esta línea, se analizó el desempeño de SISOL en Lima Metropolitana durante 2004–2011, y su relación con su modelo organizacional, contrastándolo con los desempeños de otros modelos de oferta de servicios existentes en el sector salud peruano. Con esta idea, se dimensionaron variables clave del desempeño de SISOL; se identificaron las características diferenciales de su modelo organizacional, y se procuró establecer relaciones entre el desempeño y dicho modelo organizacional.

MATERIALES Y MÉTODOS

La evaluación del desempeño de SISOL se realizó con base en tres variables y sus indicadores (cuadro 1): a) cobertura, dada por la participación de SISOL en la demanda efectiva en salud en Lima Metropolitana; b) productividad, expresada en la relación entre su producción de servicios y los recursos humanos utilizados para prestarlos, y c) la calidad percibida, medida según los niveles de satisfacción de los usuarios y los tiempos de espera. La selección de estas variables tuvo que ver con la hipóte-

sis del modelo organizacional de SISOL como factor explicativo de su mayor productividad, su creciente cobertura dentro de la demanda efectiva de Lima y su calidad percibida.

Las bases de datos de las tres entidades (MINSA, Seguro Social y SISOL) fueron trabajadas para permitir una comparabilidad de su productividad general, sin posibilidad de estandarización en cuanto a tipos de atención y seguimiento de pacientes. La estimación de los indicadores de desempeño de SISOL se hizo con base en las Encuestas Nacionales de Hogares de los años 2003 a 2011, así como en una Encuesta sobre el Perfil de la Demanda Atendida por SISOL, efectuada a 4 570 usuarios de sus establecimientos que se tomó en el último trimestre de 2011. La muestra se calculó con un intervalo de confianza de 95% y con un error máximo permisible de 5%. El alcance del estudio comprendió los 30 establecimientos del Sistema en Lima Metropolitana.

La reconstrucción del modelo organizacional se basó en información de SISOL, en entrevistas a algunos informantes clave y en una revisión de la literatura sobre diseños y cambios organizacionales.

RESULTADOS

A continuación se describen: a) el aumento de la demanda en salud durante los años de crecimiento económico, b) el nuevo modelo de atención primaria urbana de SISOL y c) el desempeño del nuevo sistema de atención municipal en Lima Metropolitana.

Aumento de la demanda en salud

La coyuntura favorable al desarrollo de SISOL estuvo dada por el ingreso de Perú desde el año 2003 a una etapa de gran crecimiento económico, que generó en las ciudades capas populares y clases

CUADRO 1. Operacionalización de variables de desempeño, Perú, 2003–2011

Variable	Indicador	Fuente
Cobertura	Demanda atendida/Demanda efectiva en Lima Metropolitana	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuestas Nacionales de Hogares 2003–2011 ▪ Encuesta sobre Perfil de la Demanda Atendida por SISOL, 2011
Productividad	Productividad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Base de datos de producción de servicios y recursos humanos de EsSALUD, MINSA y SISOL
Calidad percibida	Tiempos de espera/Satisfacción de los usuarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuesta sobre Perfil de la Demanda Atendida por SISOL, 2011 ▪ Encuesta de Medición de Percepciones de EPS, 2010

EPS: Empresas prestadoras de salud (sector privado); EsSALUD: Seguro Social de Salud; MINSA: Ministerio de Salud; SISOL: Sistema Metropolitano de la Solidaridad.

CUADRO 2. Población con problemas de salud que acudió a consulta, por establecimiento, Perú, nacional y Lima Metropolitana, 2004–2010 (porcentajes)

Año	Total		MINSA		EsSALUD		FFAA y Policía Nac.		Particular		Farmacia		Otros ^a	
	Nac.	Lima	Nac.	Lima	Nac.	Lima	Nac.	Lima	Nac.	Lima	Nac.	Lima	Nac.	Lima
2004	41,7	47,8	18,7	19,1	7,2	10,1	0,7	1,5	4,7	7,9	9,3	8,3	1,0	0,7
2005	42,1	58,0	17,0	17,5	6,5	9,9	0,6	1,5	5,0	8,6	11,7	18,9	1,2	1,6
2006	41,4	50,6	17,1	16,1	6,2	8,6	0,5	1,0	5,9	10,4	10,7	13,3	0,9	0,9
2007	44,8	55,3	17,4	15,0	6,0	8,6	0,5	1,3	6,7	11,7	13,0	17,8	1,1	0,9
2008	48,4	55,8	18,5	14,9	6,0	8,4	0,5	1,1	7,1	12,4	15,2	18,0	1,4	0,9
2009	51,3	64,1	18,6	15,3	6,4	88,8	0,6	1,4	8,0	13,9	16,3	22,9	1,2	1,6
2010	51,1	61,5	17,3	13,3	6,6	8,7	0,4	0,9	8,1	14,1	17,3	22,8	1,4	1,7

Fuente: Elaboración de los autores, con base en las Encuestas Nacionales de Hogares 2004–2011.

Nac.: Nacional; EsSALUD: Seguro Social de Salud; FFAA: Fuerzas Armadas; MINSA: Ministerio de Salud.

^a Domicilio, curandero, otros.

medias más solventes. Entre 2004 y 2010 la población que vivía en condiciones de pobreza descendió de 58,7% del total a 30,8% (6). Cabe señalar que este progreso ha sido asimétrico, favoreciendo mucho más a las ciudades que a las zonas rurales, por lo cual las brechas urbano-rurales previas prácticamente no cambiaron. Así, mientras la pobreza urbana disminuyó de 48,2% en 2004 a 20% en 2010, la pobreza rural, que estaba en 83,4% en 2004, bajó solo a 61,0% en 2010.

En el contexto urbano, donde funciona SISOL, el empleo y los ingresos aumentaron sostenidamente entre 2004 y 2010, en particular en Lima Metropolitana, donde la tasa de pobreza se redujo en 28,8 puntos porcentuales durante ese período. En 2010, la pobreza en Lima era de 15,8% y la pobreza extrema de 0,6% (6).

El crecimiento económico 2003–2010 permitió expandir la oferta de atención de salud. Esto quiere decir que de manera creciente la demanda potencial se fue convirtiendo en demanda efectiva, tanto en Lima como en el país, puesto que cada vez más población con problemas de salud acudió a establecimientos para recibir atención médica. La información del Instituto Nacional de Estadística (7) resumida en el cuadro 2 muestra que, entre 2004 y 2010, la proporción de personas con algún problema de salud que buscó atención creció de 41,7% a 51,1% a nivel nacional y de 47,8% a 61,5% en Lima Metropolitana.

En este contexto de crecimiento de la demanda, los dos prestadores públicos (MINSA y EsSALUD) disminuyeron su participación en la demanda total de atendidos y consultantes. A nivel nacional, en el lapso 2004–2010 el MINSA redujo su participación de 18,7% a 17,3%, mientras que EsSALUD lo hizo de 7,2% a 6,6%. En el caso de Lima, la caída de

ambos fue mayor: el MINSA pasó de atender 19,1% en 2004 a 13,3% en 2010, mientras que EsSALUD lo hizo de 10,1% a 8,7%.

Las Encuestas Nacionales de Hogares de los años 2004 a 2010 muestran, a la vez, que la consulta en farmacias casi se duplicó a nivel nacional (de 9,3% a 17,3%) y prácticamente se triplicó en Lima (de 8,3% al 22,8%), en tanto que la consulta privada también tuvo un fuerte aumento, pasando a nivel nacional de 4,7% a 8,1% y en Lima de 7,9% a 14,1%.

El modelo SISOL

Las variables analizadas del modelo organizacional de SISOL estuvieron relacionadas con su estructura, financiamiento y tipo de producto o servicio. La primera característica estructural básica de SISOL es su modelo público-privado, donde la provisión de servicios de consulta está en manos de microempresas médicas, mientras que la administración y conducción de los establecimientos corresponden a la Municipalidad de Lima (8). El tipo de alianza público-privada de SISOL es diferente a la tercerización o concesión de servicios públicos a privados, pues en este caso las empresas privadas son parte del establecimiento y operan bajo la conducción pública del nosocomio. Este esquema permite corregir las asimetrías de información propias de los modelos de tercerización cuando el principal de la relación principal-agente se aleja del servicio, porque en este caso los directores municipales de los hospitales conducen los nosocomios y monitorean y gestionan la prestación. SISOL tiene una administración central, con una plantilla de 348 personas, que gestiona el sistema e involucra a 305 microempresas mé-

cas contratadas en 19 hospitales. Cada una de estas firmas tiene su personal y equipa sus consultorios. En conjunto, dichas microempresas cuentan con 1 048 profesionales asistenciales.

La segunda característica central de SISOL es su modelo de financiamiento, basado en recursos propios, tarifas módicas y una distribución de los ingresos con los operadores microempresarios capaz de incentivar la productividad y la calidad. SISOL jurídicamente es un organismo público descentralizado de la Municipalidad, y por tanto del Estado, pero no recibe ninguna transferencia presupuestal —ni de la Municipalidad de Lima, ni del Ministerio de Economía y Finanzas. SISOL depende de sus ingresos por consulta y servicios intermedios. Las tarifas que cobra por consulta rondan los US\$ 3,00 (1,06% del salario mínimo en Perú). El total de sus ingresos en 2012 fue de US\$ 72,97 millones, de los cuales 30% fueron a la municipalidad y 70% a las microempresas —estas últimas pagan los gastos de operación de los consultorios ambulatorios, incluyendo sus recursos humanos. Este modelo de financiamiento promueve el mayor cuidado de la atención y la fidelización de los usuarios, correspondiendo a un sistema de incentivos denominado en la literatura “acuerdos de riesgo compartido” (9). La tercera característica de SISOL es el tipo de servicio que brinda, que lo distingue como un sistema de establecimientos de atención primaria. SISOL brinda solo atención ambulatoria, por lo que no ofrece internación hospitalaria. Lo distintivo de SISOL es que en sus establecimientos hay médicos generales que hacen un rápido triaje para la derivación de los pacientes dentro del mismo establecimiento, pero no hay un nivel previo de atención, como sucede

en las redes clásicas de servicios. No existe una división entre primer nivel de atención, con personal sanitario o médicos generales, y un segundo nivel de especialistas, lo que abrevia los tiempos de espera y atención propiamente dicha.

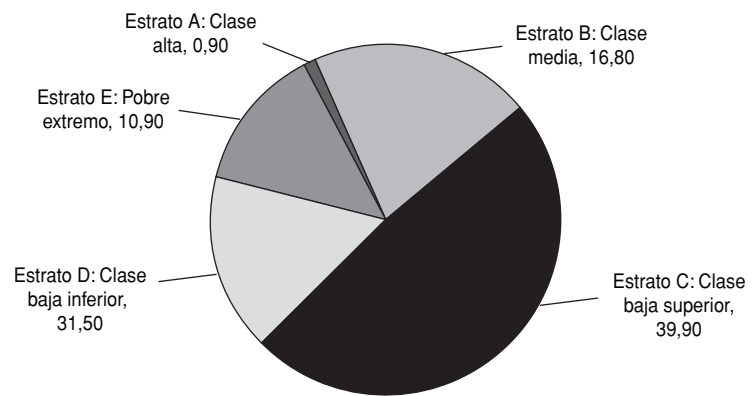
Este procedimiento más expeditivo de SISOL cobra todavía una relevancia mayor porque en Perú hay cuatro niveles de atención y, dentro de cada nivel, varios subniveles, suponiéndose el buen funcionamiento de las referencias o derivaciones de pacientes del primer nivel a los niveles superiores, así como las contrarreferencias, en sentido inverso. No obstante, lamentablemente este procedimiento nunca ha funcionado en el sistema de salud peruano. La población urbana incurre en lo que la literatura internacional (10, 11) denomina "bypasses" de los niveles de atención, y acude sin diferenciación alguna a puestos y centros de salud, así como a hospitales del MINSA, donde también se atienden consultas ambulatorias de todo tipo. Las normas son rígidas, pero no tienen vigencia. En las zonas rurales se justifica el escalonamiento múltiple por la dispersión de las poblaciones, pero en las ciudades medianas y grandes no siempre es necesario y además origina sobrecostos en tiempo a los usuarios.

En este contexto sanitario poco ordenado, SISOL ofrece un modelo de primer nivel con médicos generales y especialistas, que explica en parte la celeridad con que se brinda la atención y la buena acogida que le han dado los usuarios de los servicios. Entre las razones que adujeron los usuarios para ir a los establecimientos de SISOL estuvieron la cercanía (37,7%) y la rapidez en la atención (15,8%). Este modelo modifica parcialmente y renueva la concepción clásica de la atención primaria en salud, adecuándola a las áreas urbanas.

Perfil socioeconómico de los usuarios

La Encuesta sobre el Perfil de la Demanda Atendida en los Hospitales de SISOL reveló que la mayoría de los usuarios proceden de los estratos C y D (71,4%) de la población de Lima Metropolitana, y ambos más el estrato E suman 82,3% de los usuarios de SISOL. En contraste, hay menos pacientes de SISOL en los dos estratos superiores de la pirámide. En la figura 1 se puede observar la distribución de la demanda atendida por SISOL, según el estrato socioeconómico (o el quintil de ingresos).

FIGURA 1. Distribución socioeconómica de los usuarios del Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL), Lima, Perú, 2011 (porcentajes)



Fuente: elaboración de los autores, con base en la Encuesta sobre Perfil de la Demanda Atendida en los Hospitales del SISOL, 2011.

Respecto a la ocupación de los usuarios, los resultados de la encuesta revelaron que SISOL está captando más fuertemente a independientes y empleados, que es la franja de la demanda que se caracteriza por estar a la búsqueda de un sistema prestador de atención sanitaria más eficaz que los tradicionales, pero sin que tal cambio represente un alto gasto de bolsillo.

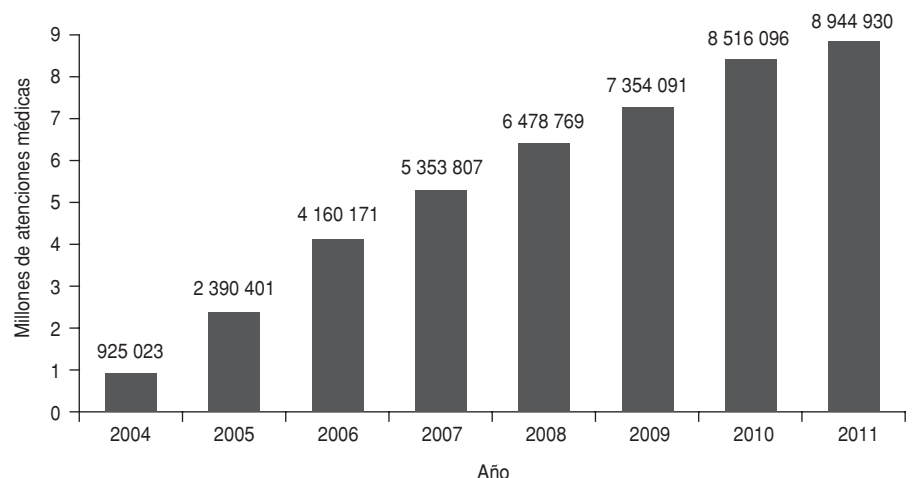
Relevancia y productividad de SISOL

Durante el año 2011 el MINSA, EsSALUD y SISOL registraron 31 771 millones de atenciones y consultas médicas en Lima Metropolitana, de las cuales 28% correspondió a SISOL, posicionán-

dolo —a solo ocho años de su creación— en un lugar relevante de la atención de la salud en Lima. En la figura 2 se puede apreciar la producción de atenciones médicas de SISOL.

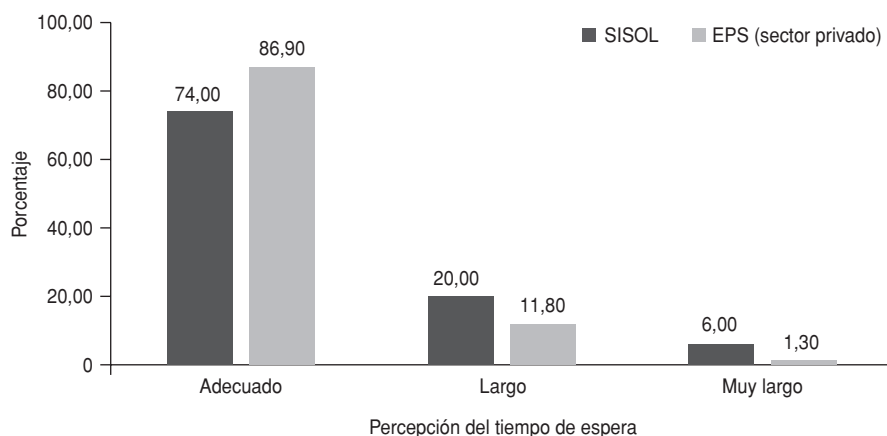
De otro lado, durante estos años SISOL ha exhibido una elevada productividad, con altas razones entre el número de atenciones y el de recursos humanos. En 2011 SISOL contaba con un total de 3 430 personas que trabajaban en dos modalidades: personal propio, bajo contrato (2 077) y personal de las 305 microempresas (1 353) con las cuales mantiene convenios de participación (12). Con sus 30 establecimientos de salud y 3 430 personas, SISOL proporcionó ese año 8 944 930 atenciones médicas. En

FIGURA 2. Atenciones médicas realizadas por el Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL) en Lima, Perú, septiembre de 2004 a diciembre de 2011



Fuente: SISOL, Gerencia de Planificación, 2012.

FIGURA 3. Percepción del tiempo de espera por los usuarios del Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL) y las empresas prestadoras de salud (EPS), Perú, 2010 y 2011



Fuente: Elaboración de los autores, con base en la Encuesta sobre el Perfil de la Demanda Atendida en los Hospitales del SISOL (2011) y el Estudio de Medición de las Percepciones de los Usuarios del Sistema de Empresas Prestadoras de Salud (2010).

2010 el MINSA tenía en Lima Metropolitana 375 establecimientos (hospitales, centros y postas) y 30 613 trabajadores y profesionales de salud, con los cuales brindó 13 969 368 atenciones de salud. EsSALUD, que a diciembre de 2011 tenía 14 859 trabajadores asistenciales en las tres redes de Lima Metropolitana, realizó 8 330 798 consultas médicas. Se puede apreciar que SISOL, con mucho menos personal, alcanzó en Lima un número de atenciones cercano a 64% de las registradas por el MINSA y un poco menos que las proporcionadas por EsSALUD.

Tiempos de espera en SISOL

El tiempo de espera promedio antes de ser atendidos en los hospitales de SISOL fue de 35 minutos, con un rango de entre 18 y 67 minutos. Si se comparan estos resultados con los de la Encuesta de Medición de las Percepciones de los

Usuarios de las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) (13), realizada en 2010 en los establecimientos privados, los tiempos de espera de SISOL fueron percibidos por los usuarios como más breves. En la figura 3 se muestra un comparativo de la percepción en torno a los tiempos de espera entre los usuarios de SISOL y los de las entidades privadas de salud en Lima Metropolitana. Como se puede ver, SISOL es actualmente el único prestador público de atención de salud que compete en términos de tiempos de espera con los prestadores privados.

Satisfacción de los usuarios

No hay estudios que permitan hacer una comparación exacta sobre el tema entre todos los actores públicos y privados que ofrecen servicios de salud. Además, SISOL aún no ha sido incluido dentro de las encuestas nacionales de salud como un prestador público, como

ocurre con el MINSA o EsSALUD. No obstante, en el cuadro 3 se resumen los resultados de tres estudios de satisfacción de usuarios llevados a cabo en Lima Metropolitana, los cuales, si bien no consideran idénticos criterios de respuesta, permiten establecer paralelos de comparación. Como se puede ver, en general existe una mayor satisfacción por parte de los usuarios del sector privado que los del sector público (MINSA y EsSALUD), con buenas calificaciones para el actor público-privado emergente (SISOL). La proporción de usuarios de SISOL que calificaron la atención recibida como muy buena fue 19,2%, como buena 65%, como regular 14,9% y como mala/muy mala 0,9%.

La satisfacción de los usuarios se expresa en los niveles de fidelización y confianza en el servicio que ofrece SISOL. Preguntados los encuestados si eran usuarios periódicos o concurrentes asiduos de los Hospitales de Solidaridad, el 73,6% contestó positivamente.

DISCUSIÓN

Los datos expuestos en relación con la cobertura, la productividad y la calidad percibida de SISOL están por encima de la media histórica de los servicios de salud en Perú. El rápido incremento de la demanda atendida del nuevo sistema municipal no puede ser atribuido a un efecto pasivo del crecimiento económico, pues la mayor demanda efectiva no se ha distribuido en la década 2000–2010 en las mismas proporciones que tradicionalmente han exhibido el sector público y el sector privado. Como se mostró, mientras que la participación relativa de los servicios sanitarios del sector público ha declinado y la del sector privado ha crecido, el nuevo sistema público-privado que representa SISOL ha capturado una

CUADRO 3. Percepción de los usuarios de servicios de salud según tres estudios realizados en Lima Metropolitana, Perú, 2009, 2010 y 2011 (porcentajes)

Calificación	Encuesta Anual sobre Salud, Universidad de Lima (2009)				Estudio de Medición de Percepciones de Usuarios de las EPS (2010) ^a			Encuesta Perfil de la Demanda de SISOL (2011)
	SISOL	MINSA	EsSALUD	Privados	MINSA	EsSALUD	Privados	SISOL
Muy buena	8,0	1,7	1,8	20,9	13,9	9,0	59,8	19,2
Buena	61,9	16,1	22,8	70,2	64,4	41,0	39,8	65,0
Regular	24,6	61,4	48,9	8,5	21,2	42,1	0,4	14,9
Mala/muy mala	5,0	20,6	25,4	...	0,5	7,9	...	0,9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de las siguientes fuentes: Encuesta Anual sobre Salud, Universidad de Lima (2009); Estudio de Medición de las Percepciones de los Usuarios de las Empresas Prestadoras de Salud, Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (2010) y Perfil de la Demanda Atendida en los Hospitales del SISOL (2011).

EPS: Empresas prestadoras de salud; EsSALUD: Seguro Social de Salud; MINSA: Ministerio de Salud; SISOL: Sistema Metropolitano de la Solidaridad.

^a Las categorías de calificación en este estudio no coinciden exactamente con las de las dos encuestas objeto de comparación. Por tal razón fueron equiparadas de la siguiente forma: Muy satisfecho = Muy buena; Satisfecho = Buena; Poco satisfecho = Regular; Nada satisfecho = Mala/muy mala.

proporción creciente de la demanda de atención.

Este desplazamiento notorio de capas urbanas hacia SISOL debe explicarse en buena medida por las características de su modelo organizacional, que han logrado ajustar mejor la modalidad de sus servicios de salud a las necesidades y posibilidades de un país donde el costo de oportunidad de los tiempos de espera y de la baja calidad de atención es ahora mayor. El tiempo perdido es más caro en tiempos de crecimiento. La alta calidad percibida por los usuarios en relación con los servicios de SISOL tiene que ver con una mayor pertinencia, esto es, una mejor adecuación del diseño a las necesidades de salud de la población. Pese a que la experiencia de SISOL no es trasladable al sector público, que está basado en el modelo weberiano, deja no obstante algunas lecciones y promueve debates sobre la renovación de la atención primaria en salud (APS), sobre las alianzas público-privadas y, en general, sobre las innovaciones organizacionales.

En el caso de la atención primaria, los resultados del modelo adoptado por SISOL ofrece una oportunidad para re-discutir lo que Bursztyn y cols. (14) han denominado como APS en contextos de sistemas de salud segmentados. Hay una vasta literatura en favor de los sistemas integrados o articulados, porque han demostrado funcionar con eficiencia y efectividad sistémicas. También la hay en favor de los equipos de salud de familia brasileños o de los médicos de familia cubanos o de los médicos generalistas ingleses —diferentes denominaciones para el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema—, porque permiten la continuidad o el seguimiento de los problemas de salud, y a la vez la longitudinalidad o seguimiento de las personas en su ciclo de vida (15).

Sin embargo, poco se ha tratado la construcción de la APS en los sistemas segmentados con reformas incompletas e híbridas (16) —que es más compleja que la APS insertada en sistemas públicos de salud sólidos— porque, como evidencia el caso peruano, en estos casos no hay “APS integral” sino formas dispersas de “APS selectiva”. SISOL surgió en el contexto de un sistema bastante segmentado y está dirigido, entre otras cosas, a renovar la APS urbana, corrigiendo escalonamientos innecesarios.

Perú tiene cuatro niveles y más de ocho subniveles de atención de salud.

Conviven así la fragmentación y el desorden con teorías rígidamente burocráticas de sistemas de atención bastante escalonados, con múltiples subniveles y flujos complejos de pacientes que nunca se dan en la realidad. Dadas las situaciones de débil coordinación en los procedimientos, que son mayoritarias en el continente, hace falta repensar los esquemas de referencias y contrarreferencias para que dejen de ser ficticias.

Hace varios años ya que la literatura internacional estudió y advirtió el fenómeno del “bypass poblacional” a los niveles de atención. Few y cols. (17), Akin y Hutchinson (18) y Kruk y cols. (19) observaron en diferentes países la tendencia de los usuarios a ir directamente a los hospitales o a establecimientos privados más lejanos, casi siempre en razón de la calidad de los servicios públicos. Ortún y Gervás (20), por su parte, señalan una pista para solucionar dicho bypass cuando hablan de la “atención médica primaria” como un modelo que no sería el de médicos generales o de familia, pero que definen como “una parte, y no una interpretación restrictiva de la atención primaria de salud”. Si el médico generalista representa el triaje, tanto los generalistas como los especialistas podrían estar en un único nivel en las grandes ciudades, atendiendo en policlínicos del primer nivel, en tanto los hospitales se ubican en el segundo nivel de atención. Este triaje al interior de los establecimientos podría ayudar a resolver los problemas de eficiencia y efectividad. SISOL muestra así una fórmula para no cargar a los usuarios urbanos con mayores tiempos de transporte y de espera, y consecuentemente a toda la sociedad con costos más altos de transacción. La teoría de los costos de transacción plantea que una institucionalidad muy compleja, burocratizada y lenta afecta negativamente la operatividad de la economía y la sociedad (21).

Evidentemente, para que SISOL y su modelo de atención especializada en el primer nivel sean mejor aprovechados y generen mayor efectividad sistémica, se requiere un entorno sectorial que organice la complementariedad interinstitucional y el encadenamiento entre los componentes sanitarios de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Tal como afirma Sojo (22), este desafío requiere regulaciones y sectores de salud con tejidos de convenios y contratos entre los prestadores de servicios sanitarios

públicos y los privados. Si un sistema de salud no tiene un sistema público hegemónico y es una suma de prestadores desarticulados, deberá haber más regulación y coordinación interinstitucional para lograr una mayor efectividad y eficiencia sistémica. Solo con este ensamble de proveedores con modelos de atención diferentes, y que constituyan piezas complementarias de la integralidad del sistema, podrían aminorarse las ineficiencias sistémicas y sería posible organizar un flujo eficiente y efectivo de pacientes, sobre todo ahora con el ingreso a la era de la telemedicina y la posibilidad de portar historias clínicas electrónicas.

La experiencia de SISOL también invita a revisar las estrategias para el desarrollo de innovaciones organizacionales en contextos institucionales resistentes al cambio, como el peruano (23). De hecho, el Sistema de Solidaridad es una innovación organizacional generada no desde un aparato prestador preexistente, sino desde un espacio nuevo en la Municipalidad de Lima Metropolitana. En efecto, SISOL representa una reforma desde fuera y desde abajo, surgida en una municipalidad. Esta estrategia de cambio tiene que ver con una característica de la institucionalidad peruana: su propensión a la copia de modas pasajeras. Conforme reportó Ramió (24), hay países con un elevado mimetismo institucional, es decir una inclinación a copiar, pero también a desfigurar lo que se copia —lo que en inglés se denomina decoupling. Tullock (25) planteó que las burocracias no solo se oponen a los cambios, sino que también reabsorben las novedades y eventualmente las lideran. En el caso del sector salud de Perú, esta característica explica la cantidad de lanzamientos de “reformas del aseguramiento” o de “reformas en la atención primaria” sin que cambien las cosas.

Ante tal situación, Gailly (26) afirma que la gestión de la novedad es tan importante como la novedad misma, y que en contextos de resistencia al cambio no basta la inventiva o la creatividad. Un nuevo concepto puede ser lanzado infructuosamente, sin encontrar su oportunidad o sin ser reabsorbido. La novedad recién se convierte en innovación cuando deviene en fuerza motriz del cambio, es decir cuando modifica las estructuras de las instituciones, empresas y hasta sociedades. La innovación consiste entonces en la “novedad” más la “magnitud del cambio”. La fase de incubación

de la novedad es clave para que la idea se instituya, y tal es el caso de SISOL, en cuya experiencia convergen un modelo pertinente y un proceso favorable que se

traducen en una innovación doble: del modelo y de la estrategia. El futuro dirá si ha de ser reabsorbido por el contexto o logra desarrollarse y modificarlo.

Conflictos de interés. Ninguno declarado por los autores.

REFERENCIAS

- Birkinshaw J, Mol M. *Giant steps in management: Innovations that change the way you work*. London: Prentice Hall; 2007.
- Hamel G. *Leading the revolution*. Boston: Harvard Business School Press; 2000.
- Walt G. *Health Policy. An introduction to process and power*. London: Zed Books; 1994.
- Perú, Registro Nacional de Establecimientos de Salud (RENAES). *Establecimientos de salud del primer nivel de atención del MINSA en la Provincia de Lima*. Lima: RENAES; 2011.
- Perú, Seguro Social de Salud (EsSALUD). *Informe sobre establecimientos y producción de servicios 2008–2011*. Lima: EsSALUD; 2012.
- Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Evolución de la pobreza 2004–2010. Informe técnico actualización metodológica*. Lima: INEI; 2012.
- Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Condiciones de vida en el Perú. Informe técnico No. 1 (marzo, 2012)*.
- Pastor A. Los fenómenos emergentes en el sistema de salud del Perú. *Rev Peru Epidemiol*. 2011;15(3).
- Espín J, Oliva J, Rodríguez-Barrios J. Esquemas innovadores de mejora del acceso al mercado de nuevas tecnologías: Los acuerdos de riesgo compartido. *Gac Sanit*. 2010;24(6):491–7.
- Akin JS, Hutchinson P. Health-care facility choice and the phenomenon of bypassing. *Health Policy Plan*. 1999;14(2):135–51.
- Kahabuka C, Kvale G, Moland K, Hinderaker S. Why caretakers bypass primary health care facilities for child care—a case from rural Tanzania. *Health Serv Res*. 2011;11:315.
- Perú, Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL). *Informe de la gerencia de planificación*; 2012.
- Universidad Nacional de Ingeniería (UNI), Instituto Peruano de Catastro (IPDC). *Encuesta de Medición de las Percepciones de los Usuarios de las Empresas Prestadoras de Servicios*. Lima: UNI/IPDC; 2010.
- Bursztyn I, Kushnir R, Giovanella L, Stolkiner A, Sterman-Heimann L, Riveros MI, et al. Notas para el estudio de la atención primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. *Rev Salud Publica*. 2010;12(1):77–88.
- Machado E, Giovanella L. Longitudinalidades/continuidades do cuidado: Identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet*. 2011;16:1029–42.
- Medici A. Las reformas incompletas de salud en América Latina: Algunos elementos de su economía política. *Bienestar y Política Social*. 2006;2:1–26.
- Few R, Harpman T, Atkinson S. Urban primary health care in Africa: A comparative analysis of city-wide public sector projects in Lusaka and Dar es Salaam. *Health Place*. 2003;9:45–53.
- Akin J, Hutchinson P. Health-care facility choice and the phenomenon of bypassing. *Health Policy Plan*. 1999;14(2):135–51.
- Kruk M, Mbaruku G, McCord C, Moran M, Rockers P, Galea S. Bypassing primary care facilities for childbirth: A population-based study in rural Tanzania. *Health Policy Plan*. 2009;24:279–88.
- Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:97–102.
- Williamson O. *The Economics Institutions of Capitalism*. New York: The Free Press; 1985.
- Sojo A. Reforming health-care management in Latin America. *Cepal Rev*. 2001;74:133–51.
- Arroyo J. Perú: La reforma silenciosa. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.
- Ramió C. Los problemas de la implantación de la nueva gestión pública en las administraciones públicas latinas: Modelos de estado y cultura institucional. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. 2001;21:1–24.
- Tullock G. The politics of bureaucracy. In: Rowley C, ed. *The selected works of Gordon Tullock*. Indianapolis: Liberty Fund; 2005.
- Gailly B. Developing innovative organizations. A roadmap to boost your innovation potential. 1.ª ed. Great Britain: Palgrave MacMillan; 2011.

Manuscrito recibido el 27 de agosto de 2012. Aceptado para publicación, tras revisión, el 9 de abril de 2013.

ABSTRACT

Innovation in the organization of health services delivery within the Metropolitan System of Solidarity in Peru

Objective. Based on the results achieved to date by the Metropolitan System of Solidarity (SISOL) in Peru, this study undertook to analyze the extent to which SISOL has contributed to innovation in the organization of health services delivery.

Methods. SISOL performance indicators were analyzed and compared with those of other health services delivery models in Peru, drawing on data from a survey of 4 570 SISOL users conducted in the last quarter of 2011, National Household Surveys from 2003 through 2011, and statistical data from the Peruvian Ministry of Health and Social Security.

Results. SISOL rated high in terms of growth of the demand served in Lima, productivity of human resources in office visits, and levels of user satisfaction. These results are attributed to: (a) the presence of specialists at the first level of care; (b) an innovative public-private structure, as opposed to outsourcing; and (c) a system of incentives based on shared risk management.

Conclusions. The findings support the need for primary health care renewal, especially in urban areas to reduce the proliferation of unnecessary levels and sublevels of care. They also point to the possibility of developing synergistic public-private partnerships in which both sectors share risks and act in collaboration within a single service system. And finally, they indicate that primary care needs to be articulated into the segmented models.

Key words

Efficiency, organizational; organizational innovation; health systems; health services; health management; primary health care; Peru.