

REDES DE SALUD EN MARCHA



La experiencia de Argentina,
Brasil, Colombia y México



Catalogación en la fuente proporcionada por la

**Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo**

Redes de salud en marcha: la experiencia de Argentina, Brasil, Colombia y México / editado por Diana Pinto, Miguel Ángel Máñez, Sergio Minué, Ricardo Pérez-Cuevas, Ferdinando Regalia.
p. cm.

Incluye referencias bibliográficas.

978-1-59782-410-1 (Rústica)

978-1-59782-411-8 (Digital)

1. Community health services-Argentina. 2. Community health services-Brazil. 3. Community health services-Colombia. 4. Community health services-Mexico. 5. Health services administration-Argentina. 6. Health services administration-Brazil. 7. Health services administration-Colombia. 8. Health services administration-Mexico. I. Pinto, Diana, editora. II. Máñez, Miguel Ángel, editor. III. Minué, Sergio, editor. IV. Pérez-Cuevas, Ricardo, editor. V. Regalia, Ferdinando, editor. VI. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud.

RA450.5 .H43 2020 spa.ed.

IDB-BK-215

Copyright © 2020 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no- comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.





REDES DE SALUD EN MARCHA

La experiencia de Argentina,
Brasil, Colombia y México

Editado por:
Diana Pinto
Miguel Angel Máñez
Sergio Minué
Ricardo Pérez-Cuevas
Ferdinando Regalia

CONTENIDO

Contenido	4
Lista de acrónimos	7
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO 1. MARCO CONCEPTUAL PARA LOS ESTUDIOS DE CASO RISS	15
1. La APS como el pilar de la atención centrada en el paciente	16
2. Las RISS: el vehículo operativo para el enfoque APS	17
3. La construcción de una red para Dioselina	20
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	22
1. Fase preparatoria	23
2. Trabajo de campo	26
3. Análisis de información y elaboración de los estudios de caso	28
4. Fortalezas y debilidades de los estudios de caso	29
CAPÍTULO 3. INFLUENCIA DEL CONTEXTO EN LA CONFIGURACIÓN DE LAS RISS	31
1. Introducción	32
2. Estructura y funcionamiento de los sistemas de salud	32
3. Factores que determinan la configuración de la RISS	38
4. Competencia en la prestación de servicios y papel del sector privado	39
5. Modelo de integración de red	40
6. Conclusiones	41
CAPÍTULO 4. GOBERNANZA	42
1. Introducción	43
2. Modelo de gobernanza	43
3. La estructura organizativa en las Redes en estudio	45
4. Participación social	45
5. Difusión e intercambio de información con la comunidad	47
6. Acciones de colaboración con la comunidad	48
7. Intersectorialidad	49
8. Rendición de cuentas	51
9. Conclusiones	52
CAPÍTULO 5. FINANCIAMIENTO DE LA RED	55
1. Introducción	56
2. El flujo de los recursos hacia la Red	56
3. Financiamiento de la atención a la comunidad y las necesidades sociales	58
4. La definición del presupuesto para las RISS y su relación con objetivos y metas	59
5. Estimaciones de costo por población y ajuste por riesgo	60
6. Consulta sobre necesidades para la definición del presupuesto	61
7. Incentivos económicos para el trabajo en red	62
8. Conclusiones	63

CAPÍTULO 6. EL MODELO DE GESTIÓN	64
1. Introducción	65
2. Dirección y organización	65
3. Sistemas de motivación e incentivos	67
4. Sistemas de información	68
5. Recursos Humanos	69
6. Sistemas de apoyo	71
7. Conclusiones	73
CAPÍTULO 7. EL MODELO DE ATENCIÓN	76
1. Introducción	77
2. Población y territorio	77
3. Orientación hacia la Atención Primaria de Salud	78
4. Modelo de atención	79
5. Cartera de servicios	80
6. Reorientación de servicios hospitalarios	82
7. Conclusiones	83
CAPÍTULO 8. FÓRMULAS DE COORDINACIÓN: LA TRAYECTORIA DE ATENCIÓN QUE SIGUIÓ DIOSELINA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES	85
1. Introducción	86
2. Resultados	87
3. Conclusiones	95
CAPÍTULO 9. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS	97
1. Introducción	98
2. Entorno que impulsa la adopción de la estrategia de RISS	98
3. El proceso de difusión y diseminación	99
4. Asimilación de la estrategia de red	100
5. Evaluación del desempeño	104
6. Conclusiones	107
CAPÍTULO 10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	109
1. Introducción	110
2. Gobernanza	110
3. Financiamiento	112
4. Modelo de gestión	112
5. Modelo de atención	115
6. Desafíos para consolidar el modelo de redes	116
7. Anotación final	117
Autores	119
Bibliografía	121

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Cuadro 2.1 Principales características de las cuatro RISS participantes	25
Cuadro 2.2 Número y perfil de los entrevistados	28
Cuadro 3.1 Actualización de Programas Nacionales en Argentina	37
Cuadro 4.1 El Programa REDES en Argentina	44
Cuadro 5.1 Programa REDES 2	62
Cuadro 8.1 Caso de trazabilidad	86
Cuadro 9.1 Indicadores para el fortalecimiento e las RISS basadas en atención primaria.	
Un ejemplo del programa Redes	107
Figura 1.1. Marco conceptual dimensiones RISS y relación con APS	19
Figura 2.1. Metodología del estudio	24
Figura 3.1 Modelos de integración de red según enfoque vertical u horizontal	40
Figura 7.1 Mapa de servicios hospitalarios	83
Figura 8.1 Trayectoria de Dioselina en Argentina	88
Figura 8.2 Trayectoria de Dioselina en Brasil	89
Figura 8.3 Trayectoria de Dioselina en Colombia	91
Figura 8.4 Trayectoria de Dioselina en México	93
Tabla 3.1 Modelo general de los sistemas de salud en los que se insertan las redes estudiadas	33
Tabla 3.2 Algunos indicadores de gasto en salud (2014)	34
Tabla 4.1 Tipo de información divulgada hacia la comunidad	48
Tabla 4.2 Grado o intensidad de las relaciones entre el sector salud con otros sectores guber- namentales	49
Tabla 5.1 Porcentaje del gasto público destinado al primer nivel de atención	57
Tabla 5.2 Porcentaje del gasto público en el segundo nivel de atención	57
Tabla 5.3 Financiamiento de las redes según sus metas y objetivos	60
Tabla 5.4 Presupuestación que se basa en información poblacional y de riesgo	61
Tabla 7.1 Población y territorio	77
Tabla 7.2 Marco del modelo de Atención Primaria	79
Tabla 7.3 Cartera de servicios de salud. Comparación entre las redes estudiadas	80
Tabla 7.4 Programas prioritarios de las redes	82
Tabla 8.1 Personal de salud por nivel de atención participante en grupo focal de trazabilidad	87
Tabla 8.2 Elementos destacables de la organización y coordinación de las redes	94
Tabla 9.1 Disponibilidad de los indicadores sobre la red en el momento del estudio	106

LISTA DE ACRÓNIMOS

ALC	América Latina y el Caribe
APS	Atención Primaria de Salud
CAPs	Centro de Atención Primaria de Salud
CIDH	Centro Integrado de Diabetes e Hipertensión
CUS	Cobertura Universal en Salud
EC	Estudio de Caso
EPS	Empresa Promotora de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
ECNT	Enfermedad Crónica No Transmisible
HC	Hospital Central
HGF	Hospital General de Fortaleza
HR	Hospital Rural
HTA	Hipertensión Arterial
HUWC	Hospital Universitario Walter Cantídio
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IPS	Institución Prestadora de Salud
ISSEMYM	Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MAIS	Modelo de Atención Integral a la Salud
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PNA	Primer Nivel de Atención
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
ROP	Reglas de Operación
SESCE	Secretaría Estadual de Salud
SIOS	Sistema de Información para Operaciones en Salud
SMS	Secretaría Municipal de Salud
SNA	Segundo Nivel de Atención
SRM	Sistema de Regulación Municipal
SSA	Secretaría de Salud
SUS	Sistema Único de Salud
UAPS	Unidad de Atención Primaria a la Salud
UMR	Unidad Médica Rural
UPA	Unidad de Pronto Atención



Dioselina es una mujer de 54 años, separada, sin hijos y con estudios primarios que vive sola en un barrio de una gran ciudad. Desde hace un año está desempleada y hace apenas seis meses que comenzó a recibir asistencia social. En su historia médica se destaca obesidad de larga evolución, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes. En los últimos meses, debido al deficiente control de su azúcar sanguíneo, en parte atribuible a dificultades para acceder a servicios de salud y para contar con medicamentos y exámenes de laboratorio, le aparecieron úlceras cutáneas en los pies. Si éstas no se tratan de manera oportuna y no reciben un cuidado más especializado, podrían agravarse y requerir hospitalización.

INTRODUCCIÓN



● INTRODUCCIÓN

Con mayor frecuencia, el perfil de las personas que acuden a los servicios de salud se asemeja al caso de Dioselina. Los sistemas de salud de América Latina y el Caribe (ALC) están encarándose retos importantes en salud que afectan a todos los grupos de edad, que son causa de mortalidad prematura y que tienen elevados costos sociales y económicos. Los principales retos están relacionados con (i) la persistencia de tres grandes áreas de riesgos para la salud de individuos y poblaciones: en primer lugar, los hábitos que afectan a la salud y que están asociados con el incremento de las enfermedades crónicas, como la inactividad física, la alimentación no saludable, el alcohol y el tabaco; en segundo lugar, los accidentes y violencia, que son causantes de discapacidad y mortalidad prematura; y, finalmente, los riesgos ambientales, como la contaminación ambiental, el cambio climático, la carencia de agua segura y la contaminación intradomiciliaria; (ii) el envejecimiento poblacional acelerado, que se acompaña de multimorbilidad y dependencia; (iii) la prevalencia creciente de enfermedades crónicas no transmisibles y del cáncer; (iv) la persistencia de enfermedades infecciosas no transmisibles y los problemas de salud sexual y reproductiva, y (v) los problemas de salud mental, como la depresión y la demencia y que, al igual que los problemas de discapacidad, todavía carecen de oferta de servicios de salud y sociales efectivos (Rivera J. et al., 2018). Además, la población tiene que hacer frente a barreras para el acceso a los servicios de salud relacionadas con la falta de protección financiera, la inequidad y la calidad deficiente de dichos servicios.

Hoy en día el compromiso principal de la agenda internacional de políticas de salud es lograr la cobertura universal en salud (CUS), definida como el resultado deseado del funcionamiento del sistema de salud que se logra cuando cualquier persona que necesite acceder a los servicios de salud (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y servicios paliativos) puede hacerlo, sin que ello suponga dificultades financieras (OMS, 2014). Complementariamente, los acuerdos de la Declaración de Astana (OMS/UNICEF, 2018), de octubre de 2018, reafirmaron los principios de la Declaración

de Alma-Ata que, desde 1978, estableció los cimientos del modelo de la atención primaria de la salud (APS) y propuso un abordaje integral para la prestación de servicios sanitarios que toma en cuenta los determinantes de la salud y la participación intersectorial.

A partir de la declaración de Astana hay una renovación del compromiso político de las naciones para orientar las prestaciones en salud aisladas hacia servicios centrados en las personas. El enfoque de la APS establece las bases para lograrlo. El resultado de los acuerdos previamente mencionados implica que una persona como Dioselina, cuando acude a los servicios de salud, tiene la certidumbre de que se le brindará una atención que cumple con los atributos esenciales de la APS. Estos consisten en servicios muy accesibles, que dan respuesta a la mayor parte de las necesidades en salud, que se mantienen a lo largo del ciclo de vida de las personas (“de la cuna a la tumba”), y que están organizados como una red integrada de prestadores que promueve la continuidad y coordinación de la atención a través de los diferentes proveedores y niveles de complejidad del sistema de salud (Starfield, 1998). El logro de estos atributos representa que los servicios de salud dispongan de plataformas adecuadas de Redes Integradas de Prestación de Servicios (RISS) que, idealmente, se extienden para incluir servicios de cuidado a largo plazo vinculados a un componente social o de bienestar. Este abordaje tiene el potencial de lograr un impacto positivo en la salud de la población y una mayor eficiencia de la atención, pues reduce la demanda de servicios de urgencia, evita hospitalizaciones y, en consecuencia, puede disminuir los costos de atención.

La creación de redes para la prestación de servicios ha sido un elemento común en las agendas de política sanitaria de la región de ALC. Los países han diseñado e implementado diferentes experiencias de red, cuyo principal referente es el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), elaborado por la Organización Panamericana de la Salud en 2010 (OPS, 2010), que supuso un avance sustancial en la estrategia global de Renovación de la APS en la región de las Américas. Sin embargo, a la hora

de poner en marcha el modelo de RISS existe gran número de interpretaciones y experiencias que varían en su diseño, escala y modalidades de organización y madurez, tanto entre los distintos países, como en el interior de cada uno de ellos.

Adicionalmente, desde la perspectiva de los pacientes, la atención habitual a personas como Dioselina dista mucho de cumplir con los atributos de una atención centrada en el paciente y con perspectiva de redes. Entre 2012 y 2014 el Banco Interamericano de Desarrollo realizó un estudio sobre la calidad percibida de la APS por los usuarios de servicios públicos de salud, y que comparó seis países de ALC (México, Colombia, Brasil, Panamá, El Salvador y Jamaica) con once países de alto ingreso de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (Guanais et al., 2018). Los resultados del estudio identifican las importantes limitaciones para los usuarios de la APS en ALC, en contraste con la situación de los usuarios de los países de la OCDE:

- En ALC, las personas tienen menor acceso a los servicios de APS y mayores barreras organizacionales y financieras que quienes viven en países de la OCDE.
- Las variables que miden la experiencia de APS son muy desfavorables en ALC comparadas con los países de la OCDE, con menor proporción de personas en ALC que reportan buena calidad de APS, que cuentan con centros médicos con atributos centrados en los pacientes y que consideran que sus médicos les dedican el tiempo suficiente y explican las cosas de una forma fácil de entender. La organización para el cumplimiento de actividades de prevención y la realización de exámenes básicos de rutina es menor en ALC que en los países de la OCDE. En este aspecto, es baja la proporción de usuarios que tuvieron citas de chequeo y
- seguimiento sobre el estado de salud en los últimos dos años, que recibieron recordatorios para una cita preventiva o que se les midió su presión arterial o nivel de colesterol en el último año.

Otros resultados derivados de este estudio muestran que el público percibe que existen importantes barreras organizacionales y económicas que dificultan el acceso a la APS, y que los servicios todavía no están orientados hacia la perspectiva de un “hogar médico” centrado en el paciente (Pérez-Cuevas et al., 2017). También se brinda evidencia de problemas en la continuidad de la atención que pueden afectar el desarrollo de las relaciones entre el médico y el paciente a largo plazo, en la coordinación y en los incentivos para la integración entre los diferentes niveles de servicio y profesionales (Macinko et al., 2016).

Lo anteriormente expuesto justifica la necesidad de continuar analizando la forma en que los servicios de salud brindan la atención y su relación con los atributos básicos de la atención primaria y de redes integradas. La revisión de la literatura revela que hay pocos estudios sobre la organización y financiamiento de las RISS en ALC, con excepción de Brasil (IDB, 2013; Kruk, 2010; Macinko, 2009; Vázquez, 2015). La mayor parte de la información descriptiva disponible se refiere a sistemas de salud en general e incluye muy poco sobre las características propias de las redes y sobre su desarrollo (ISAGS, 2015; OPS, 2010). Hay evidencia que avala el uso de los mecanismos de coordinación y mejora de procesos frente a los cambios organizativos y estructurales de cara a facilitar la integración (Evans et al., 2014). Todavía es escasa la documentación sobre cómo se han desarrollado interfaces y conexiones entre el primer nivel de atención y la APS, así como sobre los mecanismos indispensables para fortalecerlas y para lograr los acuerdos que permitan consolidar el abordaje de la APS en el contexto local (Hone, 2018; Nolte y Pichford, 2014). Un obstáculo para estas evaluaciones es la ausencia de un marco analítico uniforme y de instrumentos para caracterizar las RISS que permitan medir con precisión las “variables independientes” que las conforman.

En la medida en que se refuerzan inversiones sustanciales en las RISS (Watkins et al, 2018) es crítico dirigir la mirada hacia cómo se han implementado las redes en ALC e identificar qué aspectos requieren acciones de mejora para direccionar los recursos hacia el fortalecimiento efectivo de la APS.

Este libro aporta evidencia del avance en la conformación y puesta en marcha de RISS en América Latina a partir de cuatro estudios de

caso realizados en Argentina, Brasil, Colombia y México. Provee información detallada sobre cómo estos cuatro países han operado las RISS y los retos a los que se han enfrentado. Los resultados de estas experiencias prácticas, producto de la aplicación sistemática de un instrumento que recoge información regional acerca del contexto y las características de los arreglos para la gobernanza, financiación, modelo de atención y modelo de gestión de las RISS responden a tres preguntas:

1. ¿Cuáles son las características de las RISS en Latinoamérica?
2. ¿Cuáles son las lecciones y recomendaciones derivadas del diseño e implementación de RISS en Latinoamérica?
3. ¿Qué se requiere para consolidar el modelo de RISS en Latinoamérica?

Las respuestas a estas preguntas contribuyen a determinar en qué medida las RISS están preparadas en esta región para brindar una atención centrada en las personas y en dónde se deben concentrar los esfuerzos para mejorar.

El libro presenta los resultados de los cuatro estudios de caso y en su narrativa utiliza como ejemplo el caso de Dioselina, quien para recibir atención debe continuamente hacer frente a las barreras y dificultades que representa la utilización de servicios de salud cuyo diseño no está centrado en el usuario.

La evidencia de la efectividad de la APS para afrontar los retos sanitarios en el contexto actual de Latinoamérica se aborda en el **capítulo 1**. Este apartado presenta los conceptos teóricos de las RISS y sustenta que estas son el vehículo operativo para lograr los objetivos de la APS. Además, el capítulo explica las dimensiones clave (contexto, gobernanza, financiamiento, modelo de gestión y modelo de atención) que caracterizan una red desde el punto de vista operativo, y cómo estas dimensiones son indispensables para la construcción de una red que puede mejorar la trayectoria de atención a la salud de personas como Dioselina.

La metodología del estudio de las RISS en los cuatro países se presenta en el **capítulo 2**. El trabajo se realizó en distintas fases que comprenden la preparación, la implementación del trabajo de campo utilizando un abordaje multimétodo, el análisis de los datos y la integración de los resultados de los estudios de caso

individuales de cada red. Además, se discuten las ventajas y limitaciones de la metodología utilizada.

El contexto de las RISS se describe en el **capítulo 3** y considera distintos elementos, como la tipología de los sistemas de salud. El capítulo describe en detalle la estructura y funcionamiento de las redes del estudio, el modelo de cobertura pública y financiamiento, la organización de los servicios, la cartera de servicios y acceso a las prestaciones, los factores que han influenciado la configuración de RISS, el papel del sector privado y el modelo de integración.

Los modelos de gobernanza se entienden como “el ejercicio de la autoridad política, económica y administrativa en la gestión de los asuntos de un país a todos los niveles, que comprende los complejos mecanismos, procesos, relaciones e instituciones a través de los cuales los ciudadanos y grupos articulan sus intereses, ejercen sus derechos y obligaciones y median sus diferencias.” (Jimenez Herrero 2016). El **capítulo 4** identifica los mecanismos horizontales (de cooperación) y verticales (de jerarquía) que forman parte de la regulación de las RISS, lo que permite describir las estructuras de gobernanza de las redes. Además, se identifica el rol de la participación social y la forma en que se interactúa con la comunidad y el grado e intensidad de las relaciones del sector de la salud con otros sectores gubernamentales. Finalmente, el apartado analiza la forma en que las RISS rinden cuentas.

El análisis de la forma en que los recursos financieros fluyen del nivel central o federal hacia la red y los mecanismos para su asignación se abordan en el **capítulo 5**. En este apartado se establece la importancia del financiamiento para la atención primaria y se identifica de forma general que los porcentajes de gasto público se reparten entre los distintos niveles de atención en los sistemas de salud de los países y, seguidamente, la forma en que los recursos son distribuidos hacia las RISS analizadas. También se describe la interacción del financiamiento en salud con el financiamiento para la atención a la comunidad y sus necesidades sociales. El análisis del financiamiento en la red describe la congruencia entre el presupuesto y los objetivos y metas que la red debe alcanzar y, en este sentido, se aborda la necesidad de elaborar presupuestos basados en información poblacional y de riesgo. Otros aspectos centrales

que el capítulo aborda consisten en identificar los mecanismos de consulta sobre las necesidades para definir el presupuesto y en analizar la utilización de incentivos económicos dentro de las RISS para mejorar su desempeño.

El modelo de gestión de las RISS se presenta en el **capítulo 6**. En este apartado se exploran los aspectos determinantes del modelo de gestión de cada RISS. Se analizan los mecanismos de dirección y organización, los sistemas de motivación e incentivos, la situación de los sistemas de información, tanto dentro de la red como su interacción con niveles subnacionales y nacionales. Las características de la gestión de los recursos humanos se analizan bajo distintas perspectivas, como su disponibilidad y capacitación, y se aborda la situación de los sistemas de apoyo logístico.

El modelo de atención de cada RISS se presenta en el **capítulo 7**. Los elementos sustantivos del análisis que el apartado aborda comprenden (i) la congruencia de los servicios de la RISS con las características de la población que atiende; (ii) la descripción del modelo de atención en función de las características del sistema de salud al que la red pertenece; (iii) la cartera de servicios de la red y su orientación hacia la atención primaria y, finalmente, (iv) la perspectiva de los directivos.

El **capítulo 8** presenta la realidad de la experiencia de Dioselina percibida por los prestadores de atención en los países estudiados y obtenida por medio de un estudio de trazabilidad de una paciente con diabetes. Esta perspectiva es de relevancia especial, puesto que el analizar en las cuatro redes la misma experiencia (cómo se presta atención a una persona que padece varias enfermedades crónicas y que se encuentra en una situación social vulnerable), permite tener una visión paralela de la misma situación a la que se dan diferentes respuestas según las características de las redes y facilita establecer recomendaciones.

Para completar los análisis, el **capítulo 9** aborda los diferentes procesos de implementación del modelo de RISS en los contextos de los países desde la perspectiva de los distintos actores de la red. Se describe la forma en que las RISS se han implementado dentro del marco de las políticas de salud y los planes de cada país, la forma en que la red fue adoptada y asimilada en el marco institucional local, su compatibilidad

con los valores de los sistemas de salud locales, las ventajas y barreras para la asimilación de la estrategia RISS, y la evaluación del desempeño de la red según los indicadores disponibles.

Finalmente, se presentan las principales conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio y se identifican los principales retos para las RISS de cara al futuro. El **capítulo 10** aporta una visión sintética de las cuatro experiencias, incluyendo recomendaciones de trabajo para el futuro, con la expectativa que la evidencia derivada de este trabajo contribuya a facilitar el desarrollo y el fortalecimiento de la APS en Latinoamérica como el motor que conducirá a avances en la agenda de política pública en salud en el ámbito global. El capítulo, finalmente, argumenta que los sistemas de salud deben continuar trabajando para que cualquier persona tenga la certidumbre de acceder a servicios de salud capaces de satisfacer sus necesidades de salud.





CAPÍTULO 1.

MARCO CONCEPTUAL PARA LOS ESTUDIOS DE CASO RISS



CAPÍTULO 1.

MARCO CONCEPTUAL PARA LOS ESTUDIOS DE CASO RISS

Sergio Minué, Diana Pinto, Miguel Ángel Máñez, Ricardo Pérez-Cuevas y Fabiola Jaramillo

En este capítulo se presenta el marco conceptual de esta investigación. Se comienza por explicar por qué el enfoque de APS es efectivo para abordar los retos sanitarios en el contexto actual de Latinoamérica y la evidencia empírica que lo sustenta. Luego se pasan a discutir algunos conceptos teóricos que dan fundamento a los planteamientos de las redes de atención y a analizar cómo esta organización de la prestación de servicios logra los objetivos de la APS. Finalmente, se explican cuáles son las características de una red desde el punto de vista operativo y cómo al ponerlas en marcha estas se reflejan en la trayectoria de la atención en salud de personas como Dioselina.

1. La APS como el pilar de la atención centrada en el paciente

Los atributos esenciales de la APS inicialmente propuestos por Starfield (1998) constituyen los cimientos para construir una red de servicios de salud centrada en el paciente, efectiva, sostenible, equitativa y que satisfaga las necesidades de la población. Ellos son:

Accesibilidad y primer punto de contacto.

La APS está cerca de la población, pues es el primer punto de contacto de los usuarios con el sistema de salud. El acceso efectivo a una APS se logra al reducir las barreras geográficas, financieras, organizacionales, socioculturales o de género. En segundo lugar, la APS debe tener la capacidad de resolver la mayor parte de los problemas de salud que presenta la población. Al ser el primer punto de contacto su función es primordial, ya que permite distinguir los pacientes cuyos problemas pueden ser atendidos en el primer nivel de aquellos que requieren atención especializada.

Atención centrada en la persona, la familia y la comunidad. La APS considera al individuo como

parte de una familia y una comunidad; además, brinda atención congruente y continua con el ciclo de vida de la persona y sus necesidades de salud. Los servicios de APS están estructurados para facilitar el entendimiento del contexto local, familiar y comunitario y son capaces de mantener una adecuada comunicación entre el personal de salud y los usuarios, propiciando una atención personalizada y acorde con las necesidades detectadas. Los equipos de APS trabajan en las comunidades, lo que les permite identificar y abordar los determinantes sociales de la salud desde una perspectiva interdisciplinaria. Esto les diferencia de lo que suele suceder en la atención hospitalaria, en la cual el enfoque se centra habitualmente en un padecimiento o enfermedad específica.

Integralidad. Unos equipos multidisciplinarios proveen un rango de servicios de APS capaces de resolver la mayor parte de las necesidades y demandas de salud de la población, a través de acciones de promoción de la salud, detección oportuna, prevención de enfermedades y complicaciones, y tratamientos para padecimientos tanto agudos como crónicos que requieren cuidados permanentes. La APS es resolutoria y capaz de manejar problemas complejos de salud debido a que un gran porcentaje de los servicios de APS se brindan a pacientes con enfermedades crónicas. La integralidad evita referencias innecesarias a especialistas y pruebas de laboratorio repetitivas, disminuyendo costos.

Longitudinalidad. La APS brinda atención permanente, favoreciendo un mejor entendimiento de los antecedentes personales, familiares y del contexto social de los usuarios; la atención se vuelve más efectiva, pues los usuarios perciben la APS como su proveedor habitual de servicios de salud, lo cual permite reconocer mejor problemas y necesidades específicas, y de esta manera poder elaborar diagnósticos y tratamientos precisos. La longitudinalidad facilita el acercamiento de las diferentes miradas entre usuarios

y proveedores para el tratamiento, permitiendo que el paciente sea un participante activo en la toma de decisiones sobre su propia salud, y para el seguimiento de las recomendaciones, lo que resulta en una mayor adherencia y en una reducción de costos por reincidencias o complicaciones.

Coordinación. La APS articula la provisión de servicios entre los diferentes niveles de atención del sistema de salud y con los sectores relacionados con éste, para brindar una atención personalizada. El objetivo es la vinculación entre pacientes, familia, cuidadores, consultas y servicios, para garantizar que los pacientes reciban una atención adecuada y pertinente a sus problemas de salud.

Todos estos atributos determinan el grado de fortaleza de la APS, la cual está asociada a un mejor desempeño de los sistemas sanitarios en términos de resultados en salud, equidad, consumo de recursos hospitalarios y coste (Starfield, 1998; Macinko, Starfield & Shi, 2003; Starfield, 2005; Mosquera et al., 2012; Kringos, 2013c; Kringos, Boerma, Hutchinson, & Saltman, 2015 y Mercer et al., 2015). Por ello, los modelos de prestación de servicios con un enfoque de APS se están posicionando cada vez con mayor fuerza como una de las estrategias claves para que los países cumplan cabalmente el compromiso de alcanzar la CUS y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Hone, 2018; Pettigrew, 2015; United Nations-UN, 2015; Rao, 2014; WHO, 2010; CSDH, 2008; WHO, 2008a).

Siguiendo los principios de Alma Ata, el desarrollo de la atención primaria en Latinoamérica se ha relacionado con mejoras de los resultados en salud, reducción de inequidades, incremento de la cobertura poblacional y reconocimiento de que la salud requiere un modelo integral (Atun et al., 2015). A pesar de la larga trayectoria de los lineamientos de APS en la región, hoy en día el punto de partida sigue siendo, en muchos casos, un modelo más hospitalario y centrado en la patología y no en las necesidades sanitarias de la persona, lo que evidencia un gran reto para cumplir el objetivo de reorientar el sistema.

2. Las RISS: el vehículo operativo para el enfoque APS

El concepto de red y su aplicación en los sistemas sanitarios

Desde un punto de vista amplio, las redes son formas de organización social (sean del Estado o de la propia sociedad), basadas en la cooperación entre unidades dotadas de autonomía y con un uso intensivo de tecnologías (Castells, 2006). Las redes están constituidas por **nodos** interconectados a través de **canales de comunicación** y están articuladas en torno a un **programa**, o misión única con objetivos comunes cuyo cumplimiento determina su éxito o fracaso. Los nodos deben ser flexibles, adaptables y capaces de autoconfigurarse. Las estructuras en red comparten los principios de cooperación, reciprocidad, confianza y cohesión (Scott y Hofmeyer, 2007), principios que cuando dejan de estar presentes aumentan la fragilidad de la red y determinan su caducidad. La red, por tanto, no es una estructura imperecedera, sino que está sujeta a su capacidad de responder a las necesidades para las que fue constituida.

Los elementos anteriores han estado presentes en los modelos en red de las organizaciones sanitarias del último siglo, cuyo desarrollo y difusión se producen principalmente a partir de la década de 1990. Por ejemplo, Shortell (1994b) definió las organizaciones sanitarias integradas como **“aquella red de servicios que ofrece una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones a una determinada población”**. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó, en 2009, su Resolución CD49R22 sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), cuyo propósito es **“contribuir al desarrollo de sistemas basados en la APS”. En ella se definen las RISS 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 a la que sirve”**.

La definición de las RISS es suficientemente inclusiva como para albergar tanto las redes que prestan servicios, como aquellas que “realizan los arreglos para prestarlos”. Es decir, ante la carencia de un servicio concreto (por ejemplo, un centro hospitalario en áreas remotas), una RISS debería realizar las adecuaciones locales para

brindar el servicio que requiere esa unidad territorial, por ejemplo, mediante equipos móviles, la aplicación de telemedicina o el desplazamiento de especialistas a lugares remotos (Jaramillo, 2016). Esto es particularmente importante en vista de que la **fragmentación** (manifestada como una falta de coordinación entre niveles, modelos y lugares de atención) y la **segmentación** de los sistemas de salud (la coexistencia de múltiples subsistemas de atención con fuentes diferentes de financiamiento) son características comunes a la mayor parte de los países de ALC. Los efectos que producen sistemas fragmentados y segmentados son múltiples: dificultades de acceso a los servicios, falta de continuidad en la atención, duplicidad de servicios, uso ineficiente de los mismos, deficiente calidad técnica y, como consecuencia de todo ello, incremento de los costes, aumento del gasto de bolsillo y baja satisfacción de los usuarios.

El modelo de RISS de la OPS supuso un avance sustancial en la estrategia global de Renovación de la APS en la Región de las Américas y, en las últimas décadas, los países de ALC han diseñado e implementado diferentes experiencias de RISS basadas en este planteamiento. En el propio modelo de RISS de la OPS se establece que no es posible prescribir un único modelo organizacional de redes integradas, debido a la gran diversidad de contextos existentes; el objetivo en cualquier modelo de red integrada debería ser, pues, “alcanzar un diseño que satisfaga las necesidades organizacionales específicas de cada sistema (PAHO, 2008)”. Por ejemplo, en Brasil se definieron las Redes de Atención Sanitaria (RAS) 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 APS, 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”** (Vilaça Mendes, 2011).

Dimensiones de red para el desarrollo de APS

Para hacer operativos los atributos de la APS, es indispensable partir del planteamiento de que las entidades encargadas de las prestaciones de salud se organicen como redes que cuentan con una coordinación e integración adecuadas. La literatura identifica dimensiones estructurales y sus correspondientes elementos y procesos clave, que condicionan o favorecen el desarrollo de los atributos de la APS en una RISS (Kringos, 2010; Vilaça Mendes, 2011; OPS, 2011) los cuales tienen validez para cualquier sistema de salud, aunque se desarrollan en forma distinta según cada contexto particular. Estas dimensiones y procesos clave alimentan la construcción de un marco conceptual que sustente la hipótesis de que una red que cumple adecuadamente un conjunto de atributos y procesos propios de las dimensiones de gobernanza, financiamiento, modelo de gestión y de atención, podría alcanzar mejores resultados, en términos de desempeño, calidad y salud, que formas alternativas de organización. Las dimensiones contienen “palancas de cambio” que, al influir sobre el desarrollo de los atributos de la APS, facilitan el tránsito de las organizaciones hacia modelos en red integrada. La figura 1.1 ilustra el marco conceptual que comprende el contexto, los componentes y las características del sistema de salud, y cómo estos se vinculan con los atributos de la APS. La figura ilustra las interacciones y complejidades entre el sistema de salud y los atributos de la APS. En el apartado siguiente explicamos con mayor detalle estos elementos. Estos componentes del marco conceptual son los que guían la estructura de los capítulos del libro. Se presentan de forma esquemática para facilitar la comprensión del lector.

FIGURA 1.1.

Marco conceptual dimensiones RISS y relación con APS



Fuente: Elaboración propia

El contexto

Si se considera el modelo de RISS como una estrategia para fortalecer la APS y mejorar los resultados en salud de la población, el contexto en el que se inserta dicha red es clave para comprender su realidad y valorar la factibilidad de una estrategia de estas características en ese lugar concreto. De hecho, la atención primaria de salud es el reflejo del entorno socioeconómico de cada país y de la estructura general de su sistema sanitario (Sidel y Sidel, 1977). Ocampo Rodríguez, Betancourt Urrutia, Montoya Rojas y Bautista Boton (2013) muestran cómo los sistemas y modelos de salud influyen en la configuración de las redes; además, el contexto determina la configuración de varias de las dimensiones estructurales que Kringos (2010) propone como claves para el desarrollo de un modelo de atención primaria de salud (gobernanza, condiciones económicas y recursos humanos).

Dentro de los elementos sustanciales del contexto que determinan las características de las RISS se incluyen la tipología de cada sistema de salud, el modelo correspondiente de cobertura pública y de financiamiento a nivel macro, la

organización de los servicios, la cartera de servicios y el acceso a las prestaciones, el papel de la competencia y el sector privado y, finalmente, el modelo de integración de cada experiencia analizada. Los factores contextuales anteriores influyen en la capacidad de la organización sanitaria para responder a los desafíos existentes, la compatibilidad con el modelo propuesto de red y la orientación hacia la atención primaria de salud.

Gobernanza

La gobernanza influye en la **coordinación y longitudinalidad** de la prestación de servicios al establecer:

- las estrategias que fomentan la coordinación e integración en toda la red,
- el abordaje de los determinantes sociales,
- el empoderamiento de la sociedad y la participación social,
- la implementación de sistemas transparentes de rendición de cuentas, y
- la participación intersectorial.
- la disminución del gasto de bolsillo.

Financiamiento

El financiamiento es clave para favorecer la **accesibilidad**, para incrementar la capacidad de ofertar y prestar una cartera de servicios con un nivel de calidad óptimo y congruente con las necesidades de las personas, y para incentivar la **coordinación** y alineación entre proveedores de servicios. Los atributos de financiamiento son los siguientes:

- el nivel adecuado de recursos y su flujo continuo desde los ámbitos nacional y local hasta el entorno operativo,
- la existencia de mecanismos para la asignación y ejecución eficiente de los recursos, y
- el diseño e implementación de incentivos alineados con los objetivos de la red.

Modelo de gestión

El modelo de gestión facilita el proceso de **integración** de sistemas y servicios definiendo:

- la gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico,
- la disponibilidad de recursos humanos adecuados, competentes, comprometidos y valorados,
- los sistemas de información integrados que vinculan a todos los nodos de la red,
- los sistemas de apoyo logístico suficientes y alineados con la gestión clínica y administrativa, y
- la gestión basada en resultados.

Modelo de atención

El modelo de atención cuenta con los siguientes elementos para lograr la **atención centrada en las personas**:

- una población y un territorio definidos con precisión,
- la identificación puntual de necesidades y preferencias en materia de salud,
- la oferta amplia de servicios adecuados culturalmente a dichas necesidades de salud,

- la orientación hacia el cumplimiento de los atributos de la APS,
- la disponibilidad de red de establecimientos de salud que otorgan servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integran servicios de salud personales y de salud pública, y
- la reorientación de los servicios hospitalarios hacia el ámbito ambulatorio (lo más cerca posible del entorno del paciente).

3. La construcción de una red para Dioselina

Veamos cómo se aplicarían los conceptos expuestos anteriormente en la construcción de una red ideal para Dioselina, para, en los capítulos siguientes, dirigir la mirada a los resultados de las experiencias de implementación de RISS en los países estudiados.

Como se ha descrito, la actualidad de los sistemas de salud de ALC se caracteriza por cambios demográficos y epidemiológicos importantes, determinados por el envejecimiento acelerado de las poblaciones y la “epidemia” de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que se suman a problemas persistentes de salud materno infantil, y la prevalencia y el resurgimiento de enfermedades infecciosas; en este contexto, las prestaciones de una atención centrada en la persona de Dioselina presenta barreras para el acceso, fragmentación y segmentación en la prestación de servicios, y debilidades en el enfoque de la APS. Dioselina pudiera ser representante de cualquier usuaria del sistema sanitario con independencia del país en que viviera.

Una atención adecuada a la diabetes que padece Dioselina requiere, no solo la intervención de su médico y su enfermera del primer nivel, sino que éstos coordinen sus intervenciones transdisciplinariamente con un amplio abanico de profesionales que interactúan con ella desde los diferentes nodos de la red (agentes comunitarios, nutricionistas, endocrinos, psicólogos,...), quienes también deberán actuar de forma coordinada y articulada con trabajadores sociales para el abordaje integral de los problemas que Dioselina sufre. En este sentido, Dioselina no es una persona aislada, sino que forma parte de una familia y una población (elemento nuclear de la RISS), que se ubica en un territorio determinado.

Esto implica que son las necesidades de salud de la población las que definen las demandas en materia de salud a partir de las cuales deberá diseñarse la oferta de servicios de la red (*modelo de atención de la red*).

Conforme se va construyendo una red de múltiples profesionales interconectados, se pone en evidencia que estos no podrían atender adecuadamente a Dioselina sin la existencia de soportes logísticos y de gestión de los diferentes integrantes y servicios que conforman la red (nodos). El *financiamiento* adecuado es imperativo para lograr un buen desempeño y alinear los sistemas de incentivos a las prioridades de la red (su “programa”).

Es necesario también implementar sistemas de información comunes para ser utilizados por todos los profesionales en la red. Asimismo, el modelo de atención de la red debe contar con la dotación adecuada de profesionales debidamente capacitados, comprometidos y orientados hacia los resultados. Además, deberán garantizarse las funciones de apoyo clínico (laboratorio, imagenología o fármacos entre otros); de compra, almacenamiento y entrega de bienes y servicios (insumos y medicamentos), o de apoyo logístico (movilización como ejemplo). Todo esto constituye el *modelo de gestión de la red*.

Por último, la gestión de una red integrada de nodos dispersos e interdependientes, constituidos por múltiples profesionales, dispositivos e instituciones, no será posible sin el desarrollo de un *modelo de gobernanza* única que dé sentido al rol de todos sus actores. En función de las prioridades y la definición del nodo central de las redes, la red podrá articularse bien en torno al hospital (hospitalo-céntricas) o bien centradas en APS, siendo éstas las más recomendables para alcanzar mejores resultados en su conjunto. No obstante, es cierto que, desde una mirada panorámica, cada nodo es en sí mismo relevante, puesto que el protagonismo de los nodos va cambiando conforme Dioselina va transitando por la red y requiriendo un mayor cuidado o un nivel de atención diferente al que tiene habitualmente.

El marco conceptual previamente expuesto y su aplicación a la construcción de una red para Dioselina permite analizar la conformación de las RISS en los distintos países, y sustenta la metodología empleada para los estudios de caso que se explicará en el siguiente capítulo, antes de comenzar a ahondar en los resultados de su puesta en marcha.



CAPÍTULO 2.

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO



CAPÍTULO 2.

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Sergio Minué, Maite Cruz y Diana Pinto

Partiendo del marco conceptual, el presente estudio utilizó la metodología de estudio de caso (EC) para caracterizar las RISS, tomando como referente los trabajos de Yin (2009). La figura 2.1 ilustra los pasos de la investigación, que incluyeron una fase preparatoria, la implementación del trabajo de campo utilizando un abordaje multimétodo, el análisis de los datos y la integración de los resultados de los estudios de caso individuales de cada red. El capítulo finaliza con una discusión de las ventajas y limitaciones de la metodología utilizada.

1. Fase preparatoria

Diseño de una guía metodológica

Las dimensiones para el estudio de las RISS descritas en el marco conceptual sirvieron como soporte para el diseño de la guía metodológica (GM) de los EC, la cual describe las actividades que se realizaron para el relevamiento de la información y su respectivo análisis. Para el diseño de la guía se revisó la literatura internacional de estudios de redes sanitarias, de los instrumentos disponibles para caracterizar redes sanitarias e indicadores de implementación de atención primaria, y se realizaron consultas a expertos en el tema¹.

Pilotaje y ajuste de la GM

La GM fue piloteada en una RISS externa a la región de ALC: el Área de Gestión Sanitaria del Sur de Sevilla (España), perteneciente al Servicio Andaluz de Salud. Se seleccionó esta RISS por ser el mayor proveedor de servicios sanitarios de su país, con diez áreas integradas de diferente antigüedad, por contar con ubicación rural y urbana, y porque, dado su desarrollo, permitía explorar todas las dimensiones de interés para validar los instrumentos para recolección de información y realizar una buena comparación evaluativa. Con los resultados de este pilotaje se elaboró una nueva versión de la GM en función de los ajustes requeridos. (Dicha guía estará disponible en enlace electrónico).

¹ Ver nota conceptual sobre Redes Integradas de Servicios de Salud basados en la APS ("Desafíos en la construcción de Redes Integradas de Servicios de Salud", BID, noviembre 2014. Recomendaciones del Seminario de Investigación para la Revisión de Estudios de Caso sobre Redes Integradas basadas en APS, celebrado en Washington, DC, en febrero de 2015. La selección de indicadores se hizo a partir de una propuesta de indicadores sobre las RISS del documento "Redes, aportes para su evaluación en América Latina" (BID, diciembre 2014) y de la propuesta de un "Protocolo metodológico para la realización de estudios de Caso de Redes Integradas de prestación de servicios de salud con enfoque de Atención Primaria" (BID, diciembre 2014).

**FIGURA
2.1.**

Metodología del estudio



Selección de las RISS

Como objeto de estudio, en 2015 se seleccionaron cuatro experiencias de RISS en América Latina: la RISS de Santiago del Estero, en Argentina; la Rede de Atenção às Condições Crônicas no Município de Fortaleza, en Brasil; la Red Norte de la Empresa Social del Estado (ESE) Pasto Salud en Colombia, y la red del Programa IMSS-Prospera, en el Estado de Veracruz, México. Para la selección de estas RISS se consideraron una serie de características que las hacían relevantes para ser estudiadas en profundidad. Estas redes fueron identificadas como modelos de buenas prácticas en consulta con las autoridades sanitarias de los países, permitieron estudiar diferentes tamaños y niveles de complejidad, poblaciones objetivo y contextos (rural y urbano) y, finalmente, los gestores mostraron un alto nivel de compromiso y disposición para participar, lo que facilitó la viabilidad del estudio.

Los sistemas de salud son dinámicos y la prestación de servicios de salud se organiza de distintas formas que responden al contexto institucional y a las necesidades de salud de la población. Este estudio de RISS se inició en 2015 y los resultados que se presentan en este libro se refieren a esa época. Dado el tiempo transcurrido desde el estudio y el dinamismo de las

redes, resultó pertinente identificar los cambios ocurridos. El cuadro 2.1 describe las principales características de las RISS en el momento de la realización del estudio y la situación en 2019. En este sentido, en general, las redes, además de mantenerse se han consolidado, han reafirmado su congruencia con la perspectiva de redes de atención en salud y han evolucionado en cuanto a su organización y servicios para responder de mejor forma a la demanda de la población. Esta situación aumenta la relevancia de los resultados que se presentan en los capítulos subsecuentes. Para fines de consistencia, los nombres de las redes se mantendrán en su denominación original. Por ejemplo, nos seguiremos refiriendo a la red de México como IMSS-Prospera, aunque ahora se llama IMSS-Bienestar.

CUADRO 2.1.

Principales características de las cuatro RISS participantes

RISS	SITUACIÓN 2015	ACTUALIZACIÓN 2019
Santiago del Estero, Argentina	<p>El Proyecto Provincial de Fortalecimiento de Redes de Salud de Santiago del Estero se formuló para fortalecer el acceso al primer nivel de atención de la Red Capital y, desde su propia enunciación, ha abordado la normalización de los procesos de atención de las personas en la red.</p> <p>En el caso de Santiago del Estero, se seleccionó como objetivo de fortalecimiento la red pública del Departamento Capital, que incluye unidades de pronta atención (UPA) provinciales, centros de atención primaria en salud (CAPs) municipales y varios hospitales, con un universo objetivo de 134.000 personas mayores de 6 años, con cobertura pública exclusiva. La estructura de la RISS está constituida por 29 centros de primer nivel de atención con la incorporación de 2 hospitales de mediana y alta complejidad.</p>	<p>El Programa Redes impulsó el fortalecimiento del trabajo en red en todas las provincias de Argentina. La red estudiada en Santiago del Estero participa en este programa. La evaluación de resultados del Programa Redes 1, llevada a cabo por el Ministerio de Salud de la Nación, muestra que la jurisdicción de Santiago del Estero es una de las jurisdicciones con línea de base igual a cero que alcanzó el 100% de sus metas de nominalización de la población adscrita a su red.</p> <p>La jurisdicción logró cumplir sus metas de programación de turnos para consulta externa en el primer nivel de atención y en extracción de sangre. Cuando comenzó el programa Redes, los diagnósticos realizados por las propias provincias demostraban que los procesos de coordinación entre los distintos niveles de atención (referencia y contrarreferencia) eran una de las áreas con mayores debilidades. Actualmente, está siendo implementada la segunda fase del Programa (Redes 2), que tiene varios componentes de fortalecimiento a la atención de enfermedades crónicas no transmisibles, su detección y tratamiento oportuno, así como su seguimiento adecuado, por lo que resulta indispensable que esta integración y coordinación de niveles se consolide.</p>
Pasto, Colombia	<p>La ESE Pasto Salud, cuyo objeto social es la prestación del servicio público de salud, como parte del Sistema de Seguridad Social en Salud, en el primer nivel de atención y de baja complejidad, es la que gestiona la red objeto del estudio de caso (en este caso la red Norte). Pasto Salud está en el Municipio de Pasto, y cuenta con veintitrés Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) organizadas en cuatro redes según su localización geográfica: Red Norte, Red Sur, Red Oriente y Red Occidente, con cobertura en la zona urbana y rural. La Red Norte está constituida por cinco instituciones prestadoras de servicios de salud: Hospital Civil, Centro de Salud Pandiaco, Centro de Salud Primero de Mayo, Centro de Salud Morasurco y Centro de Salud Buesaquillo.</p>	<p>La Resolución 429, de febrero de 2016, estableció el Marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que se fundamenta en la APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria; el cuidado; la gestión integral del riesgo, y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones. En el marco de la PAIS, la ESE Pasto Salud reafirma que su quehacer desde la prestación de servicios de baja complejidad está orientado a “la satisfacción de necesidades y expectativas de los grupos de interés, mediante la estrategia de atención primaria con enfoques de derechos, de determinantes de la salud, diferenciales, de ciclo de vida, de género, étnico y poblacional” (Pasto Salud, 2017, p. 6). Los avances de Pasto Salud documentados en este estudio, en cuanto a organización, sistemas de información, delimitación de la población y coordinación interna, entre otros, son coherentes con los lineamientos y han promovido el avance de PAIS en el territorio.</p>
Veracruz, México	<p>En México se incluyó una de las redes de servicios del Programa IMSS-Prospera, concretamente en el área rural del estado de Veracruz. Se seleccionó como unidad de análisis un nodo de la red correspondiente al Hospital Rural de Coscomatepec y unidades médicas rurales pertenecientes a dicho nodo; en total, un hospital rural (HR) de referencia y cinco unidades médicas rurales.</p> <p>La red de atención del hospital de Coscomatepec (Zona III) incluye veintidós unidades médicas rurales (UMR) y una brigada de salud para atender una población de 85,829 personas que residen en su área de acción intensiva; esto incluye ocho municipios (Coscomatepec, Alpatlahuac, Calcahualco, Chocaman, Huatusco, Ixhuatlán del Café, Totutla y Zentla).</p>	<p>El programa IMSS-Prospera cambió su denominación por la de IMSS-Bienestar en 2018. El programa, que tiene ya 40 años continúa con una estructura de redes y ha puesto su mayor énfasis en lograr un acceso universal a servicios de salud y en mejorar su oferta de servicios. Los autores no documentan cambios en las reglas de operación del programa que indiquen modificaciones en el modelo de gestión y de operación de la RISS.</p>
Fortaleza, Brasil	<p>La red elegida en Brasil se sitúa en Fortaleza, y se trata de una red temática centrada en personas con diabetes. La Red de Atención a los Portadores de Diabetes Mellitus se puso en marcha en el año 2013 y abarca ocho unidades de atención primaria de la salud (UAPS) distribuidas en todas las regiones del municipio, tres centros ambulatorios de especialidades y dos unidades de internación hospitalaria, que cubren una población estimada de 219.419 habitantes, cerca del 9% de la población del municipio.</p>	<p>El principal reto de la red de atención a enfermedades crónicas de Fortaleza es consolidar el trabajo realizado hasta el momento para lograr aumentar la eficiencia de la red, en un contexto con grandes dificultades para la movilización de recursos económicos.</p>

2. Trabajo de campo

Entrenamiento de equipos y relevamiento de datos

El trabajo de campo se llevó a cabo en el cuarto trimestre de 2015 y en el primero de 2016. El grupo de trabajo seleccionó y constituyó equipos de investigadores locales, con conocimiento operativo de los respectivos sistemas de salud de cada país, para efectuar los EC. Durante el trabajo de campo se realizaron dos talleres formativos: el primero, al inicio del proceso, para presentar y capacitar en el uso de los instrumentos contenidos en la GM, y el segundo, en una etapa más avanzada, para compartir experiencias y establecer criterios comunes que permitieran tanto comparar algunos resultados de las diferentes RISS como preservar y referenciar la idiosincrasia de cada EC. Cada equipo recibió un acompañamiento cercano de expertos metodológicos para garantizar la homogeneidad de los procesos de relevamiento de información y de elaboración de los estudios de caso. Para todos los casos se obtuvo el aval del comité de ética respectivo y el consentimiento informado de todos los entrevistados.

En la aplicación de las técnicas cualitativas se prestó atención a que fueran conducidas por profesionales expertos, así como a la definición adecuada de los perfiles de los entrevistados. Los usuarios se definieron a partir de algunas variables de segmentación según el proceso de enfermedad que padecían y que condicionaban tanto la asiduidad de las visitas como la continuidad de los cuidados; de esta forma se seleccionaron usuarios de servicios de salud materno-infantil, pacientes con padecimientos crónicos (diabetes, insuficiencia cardíaca) o pacientes con problemas psicológicos.

Fuentes de información

El grupo de trabajo desarrolló los instrumentos para recopilar información cuantitativa y cualitativa acerca de las dimensiones que constituyen el marco conceptual. Los elementos de cada dimensión estudiados fueron los siguientes:

Contexto

- Modelo de cobertura pública.
- Modelo de financiamiento a nivel macro.
- Organización de los servicios.
- Cartera de servicios y acceso a las prestaciones.
- Factores que han influenciado la configuración de las RISS.
- Competencia y el sector privado.
- Modelo de integración.

Gobernanza

- Modelo de gobernanza.
- Estrategia.
- Participación social.
- Intersectorialidad.
- Rendición de cuentas.

Modelo de gestión

- Financiamiento e incentivos.
- Liderazgo y dirección.
- Recursos humanos.
- Sistemas de información.
- Sistemas de apoyo administrativo y logístico.

Modelo de atención

- Población y territorio.
- Oferta de servicios.
- Orientación hacia la APS.
- Hospitales.
- Coordinación asistencial.

También se indagó sobre los procesos de planificación e implementación de las redes, y sobre indicadores disponibles en cuanto a resultados de red (actividad, calidad, salud).

Las fuentes de información se describen a continuación.

| Entrevistas y grupos focales

Se elaboraron guiones para realizar entrevistas individuales semiestructuradas que recogieran información en profundidad sobre el funcionamiento y los avances en relación a las cuatro dimensiones de las redes descritas más arriba. Los entrevistados incluyeron decisores políticos, gestores y directivos de la red, y profesionales clínicos del primer nivel de atención (PNA) y del segundo nivel de atención (SNA). También se llevaron a cabo entrevistas a los usuarios, para lo cual se adaptó el SERVQUAL, modelo teórico de calidad percibida (Paramasuram, 1992) basado en seis dimensiones (accesibilidad, competencia técnica, información, trato, seguridad y tangibilidad) y con aspectos del modelo conceptual desarrollado para este estudio directamente relacionados con la integración y la coordinación. Se condujeron grupos focales de profesionales de salud del PNA, del SNA y de una combinación de ambos para conocer la percepción (consensos y disensos sobre la situación existente, así como las posibles oportunidades de mejora) sobre la implementación de procesos para el funcionamiento de la red como un modelo de atención integrada. Adicionalmente se condujeron grupos focales con pacientes para explorar la influencia de los procesos de integración de red en la propia atención recibida, así como el efecto que determinadas iniciativas de gestión han podido tener en su enfermedad y en la atención recibida.

| Utilización de caso de trazabilidad

Se empleó un caso de trazabilidad de la atención a un paciente-tipo empleado en 9 países europeos por Nolte, Knai, y McKee (2008), que refleja la valoración de la atención a pacientes crónicos. Por medio de la discusión en grupos focales conformados por personal implicado en la atención de la diabetes (médicos y enfermeras del primer nivel y de servicios de urgencias, oftalmología y medicina interna, principalmente), los diferentes actores que intervienen en un determinado proceso de salud evaluaron el funcionamiento de la red. Este modelo de grupo focal permitió describir con detalle el continuo de la atención desde el PNA a niveles de mayor complejidad, teniendo en cuenta la respuesta de la red a las necesidades de apoyo comunitario y social.

| Fuentes secundarias

Se seleccionaron los documentos que permitieron obtener información de estructura, proceso y resultado de las diferentes redes, y las referencias generales del sistema de salud de los países que facilitasen la descripción del contexto de la experiencia. El contexto individual de cada país determinó las fuentes más fiables y relevantes. En la mayor parte de los casos se consultaron libros, monografías e informes, páginas web, memorias, reportes y memorandos de organismos internacionales, documentos del Ministerio de Salud, Salud Pública o Sanidad del país en donde se realizó el estudio, así como otras fuentes de información públicas de las organizaciones analizadas y artículos publicados en revistas científicas.

| Sistematización de resultados del trabajo de campo

Para la recolección y sistematización de la información se diseñó para cada país una base de datos con 200 ítems agrupados en los atributos fundamentales de la RISS que contemplaron indicadores y fuentes de evidencia cuantitativas y cualitativas. La estrategia de relevamiento de información fue similar en los países. Se realizaron adaptaciones culturales de las preguntas de los guiones de las entrevistas dado el significado diferente de algunos términos utilizados. En relación con el número de entrevistas realizado, se comprobó la saturación rápida de la información en la mayor parte de los epígrafes. De esto se deduce la posible redundancia de algunas de ellas, pudiendo alcanzarse la misma información probablemente con un menor número de entrevistas. Como puede observarse en la tabla 2.2, tanto el perfil como el número de entrevistas grupales fue muy similar en las diferentes redes, aunque surgieron diferencias en el número de entrevistas individuales a partir de los ajustes realizados según el contexto y las características de cada red. Los grupos focales estuvieron constituidos por entre 6 y 15 entrevistados, con diferentes perfiles profesionales según el país (ej. medicina, enfermería, farmacia, agentes comunitarios), y pacientes con diversos diagnósticos.

CUADRO 2.2.

Número y perfil de los entrevistados

Perfil	México	Argentina	Brasil	Colombia
Entrevistas				
Decisores políticos	5	1	7	7
Directivos AP y SNA ^a	9 ^b	7	12	5
Profesionales PNA ^a	11	5	8	21
Profesionales SNA	13	5	11	-
Usuarios	20	5	8	26
Grupos focales				
Profesionales PNA	1	1	1	1
Profesionales SNA	1	1	1	1
Mixto Profesionales AP y SNA	2	2	2	2
Usuarios	1	1	1	1

^a AP: atención primaria; SNA: atención hospitalaria; PNA, primer nivel de atención.

^b Los directivos de México comprenden autoridades centrales y estatales.

3. Análisis de información y elaboración de los estudios de caso

Una vez recogida la información se procedió a su clasificación y procesamiento. La información susceptible de categorizarse numéricamente se analizó de forma cuantitativa, y la que no permitía categorización numérica fue tratada con el abordaje propio de los análisis cualitativos. Aunque no había indicaciones específicas sobre el tratamiento para el análisis de la información cualitativa, el equipo de Colombia decidió utilizar un programa muy específico (Atlas-TI), mientras que el resto de los equipos utilizaron programas de procesamiento de textos más generales. Con la información recogida se cumplimentó la base de datos del EC correspondiente para proceder al proceso de integración final de la información, así como su chequeo frente a las dimensiones de estudio. Como criterio general, para el análisis se utilizó la técnica del “emparejamiento de patrones” (*pattern matching*), comparando el patrón observado empíricamente (los resultados obtenidos durante la fase de recolección de la información) con el modelo conceptual propuesto previamente. Para ello se siguió un proceso de triangulación entre las diversas fuentes de información y entre los miembros de los equipos consultores de los diversos países con el asesoramiento, también, de expertos que habían participado en la elaboración de la GM.

La elaboración final del EC comprendió tanto la interpretación de la base de datos consolidada, como su narrativa. La triangulación previa entre las diferentes fuentes utilizadas se materializó en un relato y descripción del EC. Ambas partes resultaron esenciales para concluir los EC. La base de datos permitió una categorización sistemática de las diferentes dimensiones y atributos que constituyeron la estructura del EC a partir de las respuestas obtenidas frente a las preguntas planteadas, pero su mera explotación dejaría a un lado todos los matices y explicaciones que aporta la información cualitativa, y que constituyó, al fin y al cabo, su mayor riqueza.

A lo largo de los capítulos subsiguientes el lector encontrará una narrativa de la situación de cada una de las dimensiones de interés de las RISS estudiadas que combina fuentes secundarias, propiamente citadas, y los resultados de las entrevistas y grupos focales obtenidos mediante el análisis cualitativo. Se incluyen citas directas anonimizadas para destacar puntos específicos, las cuales presentan el tipo de informante en cada país, con su correspondiente número de identificación (DP 07):

- Directivo Nivel Federal, Central o Estatal (DNF, DNC, DNE 01...n)
- Directivo AP o SNA (DAP, DSNA 01...n)
- Decisor Político (DP 01...n)
- Enfermera PNA SNA (EPNA ESNA 01...n)

- Participante grupo focal PNA, SNA, Mixto, Trazabilidad Usuarios (GF PNA, SNA, Mixto, T, U 01...n)

Los cuatro estudios de caso muestran la diversidad de contextos y, por tanto, de alternativas de organización establecidas para dar respuesta a las necesidades de salud. Las alternativas se fueron construyendo progresivamente a lo largo del tiempo, de forma dinámica, en un proceso en el que participaron personas, instituciones, equipamientos y comunidades.

4. Fortalezas y debilidades de los estudios de caso

Dada la complejidad de una RISS, la metodología de EC posibilitó explorar diversas dimensiones de su conformación para las cuales no hay información disponible, o sería muy difícil de obtener. Al igual que con cualquier otro método de investigación, los EC deben responder a requerimientos relativos a la validez del estudio y diseño. Para asegurar la validez de criterio, los procedimientos establecidos para su consecución se basaron en una revisión bibliográfica y documental, en el manejo de múltiples fuentes de evidencia (fuentes primarias y secundarias) y en el planteamiento de “cadenas de evidencias” mediante el establecimiento de enlaces explícitos que vinculan las preguntas planteadas, los datos recogidos y las conclusiones obtenidas durante la narración del EC.

La validez interna se aseguró mediante un diseño metodológico que diera respuesta a los objetivos del estudio. En cuanto a su representatividad y generalización, hay que tener en cuenta que los EC no son unidades muestrales, sino individuales. Los resultados empíricos obtenidos se comparan con el marco teórico conceptual previamente desarrollado que se utilizó como plantilla de referencia y que se describe en el capítulo 1. Cuantos más casos confirmen la teoría propuesta, más sólidos pueden ser considerados los resultados. Es lo que Yin denomina “la lógica de la replicación”, es decir, que los resultados pueden considerarse pruebas a favor de la hipótesis y la teoría propuesta. No se aspiró a garantizar la validez externa, o la generalización de los resultados, dada la heterogeneidad de las diferentes RISS.

La principal limitación del estudio es la imposibilidad de generalizar sus resultados. Sin embargo, esta limitación es común a la mayor parte de estudios sobre la implementación y el desempeño real (y no teórico) de servicios sanitarios.

En este aspecto, los modelos de evaluación realista (*realistic evaluation*) y de revisión realista (*realistic review*) ponen de manifiesto la dependencia del contexto específico de cada país a la hora de evaluar experiencias en gestión de servicios. Este tipo de estudios se focaliza en entender los programas o intervenciones implantados, no determinando el efecto medio de un programa sino, más bien, intentando explicar en qué aspectos, por quiénes y en qué circunstancias un programa o una política funciona (Nurjono, 2018; RAMASES II, 2017; Pawson, 2005). A este enfoque responde el presente estudio.

Para optimizar la fiabilidad y alcanzar el objetivo de obtener resultados similares en una repetición hipotética del estudio, se diseñó un protocolo de EC, una guía metodológica, y se construyó una base de datos. La elección de las preguntas e indicadores incluidos en la base de datos fue el resultado de la revisión previa de la literatura. Sin embargo, no siempre se dispuso de información fiable capaz de dar respuesta adecuada a los indicadores propuestos. Es importante recordar el alto grado de heterogeneidad que presentan los sistemas de salud en los países de ALC. En esa circunstancia una opción podría ser eliminar el indicador en cuestión, si no se dispone de información al respecto. Sin embargo, la falta de información no necesariamente significa que el indicador no sea adecuado; una de las utilidades del EC puede ser también la de identificar las carencias de los sistemas de información, por lo que se ha optado por mantener o eliminar el indicador en función de su utilidad y pertinencia, y no de la existencia de información útil. Finalmente, dado que estos estudios cualitativos pueden verse sesgados por la subjetividad del investigador, se hizo énfasis en el entrenamiento homogéneo de los entrevistadores, y se acordaron guías para analizar la información y construir los estudios de caso de país que sirvieran de insumo para este libro.





CAPÍTULO 3.

INFLUENCIA DEL CONTEXTO EN LA CONFIGURACIÓN DE LAS RISS



CAPÍTULO 3.

INFLUENCIA DEL CONTEXTO EN LA CONFIGURACIÓN DE LAS RISS

Miguel Ángel Máñez, Tania Marín, Diana Pinto, Marcía Rocha, Sergio Minué

1. Introducción

El desempeño de cualquier organización es el resultado de la interacción de tres aspectos: el contexto donde se inserta, la estrategia que desarrolla y las características de la propia organización, es decir, su arquitectura organizativa, sus rutinas o procesos de trabajo, las personas que la forman y la cultura que éstas determinan (Roberts, 2007). Estos factores se encuentran interrelacionados de tal forma que la organización existente condiciona la estrategia y, por supuesto, el contexto determina qué tipo de organización y estrategia es posible.

En este capítulo se describen los elementos sustanciales del contexto que se exploraron en el estudio, para ubicar adecuadamente las características de las diferentes RISS analizadas durante el periodo establecido. Estos elementos incluyen la tipología de cada sistema de salud, su modelo de cobertura pública y financiamiento, la organización y cartera de los servicios, el acceso a las prestaciones, los factores que han influenciado en la configuración de la RISS, el papel de la competencia y el sector privado y, finalmente, el modelo de integración de cada experiencia analizada.

2. Estructura y funcionamiento de los sistemas de salud

Tipo de sistema y modelo de cobertura pública

Quizás uno de los elementos del contexto que más puede afectar al éxito de una RISS es el que tiene que ver con el tipo de sistema sanitario establecido en cada país, desde la perspectiva de su financiación y de la existencia de uno o más esquemas de cobertura pública. Además, esta diferenciación afecta igualmente la equidad y el tipo de atención recibida por los ciudadanos

(Kringos et al., 2013b). Si bien la clasificación más utilizada para definir los sistemas sanitarios distingue entre modelos mutualistas de carácter contributivo, es decir, financiados con impuestos basados en nómina, como es el caso de la Seguridad Social, y modelos universales de carácter no contributivo, financiados a través de impuestos generales, como los Sistemas Nacionales de Salud, existen dos elementos que matizan ambos modelos: (a) la existencia de sistemas paralelos de beneficencia para garantizar la atención a personas que carecen de seguridad social, y (b) la complementación, en mayor o menor medida, del sistema público con seguros privados. En la mayoría de los países, los sistemas de salud han evolucionado desde un modelo segmentado por diferentes esquemas de seguridad a otro en el que se intenta ofrecer los mismos servicios sanitarios a toda la población para evitar la segregación social.

En Argentina el sistema está formado por tres subsectores que proveen servicios de salud: público, de la seguridad social y privado. Los servicios públicos están dirigidos a toda la población como potencial beneficiario, independientemente de su capacidad de pago o de su afiliación. El porcentaje de población que recibe servicios públicos se aproxima al 36% mientras que los que cuentan con cobertura de la seguridad social o seguro privado alcanzan el 64% (INDEC, 2010).

En Brasil, la creación del Sistema Único de Salud (SUS) estableció un sistema nacional de salud con acceso universal. En este país no existen fondos sociales asociados a la asistencia sanitaria. Sigue la senda de sistemas como el británico o el español, y evita crear dos subsistemas sanitarios con los consiguientes problemas de equidad y coordinación que ello implica.

El sistema de salud en Colombia fue establecido por medio de la promulgación de la Ley 100, de 1993, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La estrategia central

de esta reforma consistió en la creación de un seguro de salud universal, con subsidios para afiliar a las poblaciones más pobres, y la introducción de cambios en la financiación, organización y administración de la provisión de servicios. La afiliación al seguro se realiza bajo dos regímenes. Uno es el régimen contributivo (RC) para empleados formales, jubilados, pensionados y trabajadores independientes, el cual en 2015 cubría aproximadamente 44.5% de la población total (SISPRO, 2016). El otro régimen es el subsidiado (RS), que cubre la población de bajos recursos sin capacidad de pago, aproximadamente 48.1% de la población total (SISPRO, 2016). Cifras muy similares de afiliación se observan en 2019.

Finalmente, el caso de México es el de un sistema segmentado, organizado en diferentes instituciones. Dos de ellas pertenecen al sector público y son las que atienden a población que carece de seguridad social: la Secretaría de Salud, a través de las secretarías estatales de salud, y el programa IMSS-Prospera. Ambas están parcialmente financiadas por el Sistema de Protección Social en Salud, también conocido como Seguro Popular, cuya estructura está en revisión por el gobierno de México, y por otros fondos gubernamentales. Están también las instituciones de Seguridad Social para la población que trabaja en el mercado formal y en el gobierno con derecho a cobertura de seguridad social, que incluye prestaciones en salud (atención médica), económicas (pensiones, incapacidades) y sociales (estancias infantiles, centros sociales).

La tercera estructura es el seguro privado. La población se distribuye de la siguiente forma: 60% de personas con cobertura de seguridad Social (IMSS, 2017); 47,6% con Seguro Popular (Secretaría de Salud, 2017); 9,7% con IMSS-Prospera (IMSS, 2017), y 9% con seguro médico privado (INEGI, 2014). Nótese que la suma supera el 100% debido a la doble o triple afiliación.

I Modelo de Financiamiento

Un sistema de financiamiento comprende el recaudo de los recursos financieros para la salud, la forma en que estos recursos se acumulan o mancomunan en fondos o “*pooles*” para cubrir el riesgo de una población determinada, la compra de servicios que incluye mecanismos para asignación de recursos, y el pago a los proveedores finales (Kutzin et al., 2013). El sistema de financiamiento influye directamente sobre el objetivo de proteger a las personas del riesgo de empobrecer por problemas de salud. También afecta en forma directa, e interactuando con los demás componentes del sistema de salud, otros objetivos que son instrumentales para mejorar la salud, tales como eliminar las barreras financieras y de acceso, así como la provisión y el uso de servicios de calidad de forma equitativa (Kutzin, 2013).

**TABLA
3.1.**

Modelo general de los sistemas de salud en los que se insertan las redes estudiadas

	Argentina	Brasil	Colombia	México
Sistema nacional de Salud	No	Si	No	No
Seguridad Social ²	Si	No	Si	Si
Cobertura de población sin seguridad social	Ministerio de la provincia	No aplica	Régimen subsidiado	Secretaría de Salud Federal y Secretarías Estatales de Salud y Programa IMSS-Prospera

Fuente: Elaboración propia

² El sistema de salud forma parte del sistema de seguridad social del país y recibe financiamiento proveniente de aportaciones de la seguridad social.

Esquemas de financiamiento

El modelo de financiamiento en Argentina es centralizado. El flujo presupuestario va desde el Ministerio de Salud Provincial hacia las secretarías municipales de salud. El 96% del presupuesto provincial proviene de rentas generales, y el 4% de fondos de transferencia de programas nacionales. Los fondos de las Obras Sociales provienen de contribuciones de los trabajadores, empleadores y recursos públicos, que pueden ser nacionales o provinciales, de acuerdo con el alcance de estas. Por otra parte, existen mecanismos de financiamiento a través de programas nacionales que promueven la descentralización operativa y financiera de acciones orientadas a satisfacer necesidades específicas. En el momento del estudio, este era el caso de los programas REMEDIAR+REDES y Sumar, descritos más adelante.

Brasil recauda sus recursos de acuerdo con el nivel de gestión de gobierno que corresponda: federal, estatal y municipal. El gasto federal en salud debe ser igual al gasto en el año anterior, ajustado por cambios en el producto interior bruto (PIB). Al menos el 12% de los recursos estatales y el 15% de los municipales son asignados a salud. El financiamiento del Sistema Único de Salud (SUS) proviene en su totalidad de estos recursos fiscales, está establecido en la ley, y aplica a los tres niveles.

Respecto a Colombia, el régimen contributivo se financia por medio de las cotizaciones obligatorias de sus afiliados, por medio de impuestos sobre la nómina en el caso de trabajadores

asalariados, o por aportes obligatorios de trabajadores. El régimen subsidiado se financia principalmente con recursos del Estado, originarios de impuestos generales, y con subsidios cruzados provenientes de un porcentaje del impuesto sobre la renta del sector formal, con designación específica para estos fines (Guerrero et al., 2011).

Finalmente, en México, los recursos públicos financian todos los esquemas de provisión de servicios de salud en diferente magnitud. De forma predominante, financian al sector de bajos recursos y/o perteneciente al mercado laboral informal, es decir, a quienes no tienen seguridad social. Estos recursos provienen del gobierno federal y de los gobiernos estatales. La seguridad social se financia por contribuciones gubernamentales, pero provenientes principalmente de los empleadores y de los trabajadores, de acuerdo con su nivel de ingresos.

Gasto sanitario

En la tabla 3.2, a continuación, se encuentran los principales indicadores de gasto sanitario en los países de las redes estudiadas durante 2015, y el promedio respectivo para ALC y los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). En los países estudiados el gasto total en salud como porcentaje del PIB en el año 2014 estaba entre el 4,8% y el 8,3%, y el gasto público por persona entre 581 y 723 dólares internacionales PPP (*purchasing power parity*). En estos países, únicamente Colombia cuenta con un gasto público en salud como porcentaje del PIB superior al promedio de ALC,

**TABLA
3.2.**

Algunos indicadores de gasto en salud (2014)

País	Gasto total en salud como porcentaje del PIB	Gasto total en salud per cápita Int\$PPP (2014)	Gasto público en salud como porcentaje del PIB	Gasto público per cápita en Int\$PPP	Gasto de bolsillo como % del gasto total en salud
Argentina	4.8%	1,137	2.65%	630	31%
Brasil	8.3%	1,318	3.83%	607	25%
Colombia	7.2%	962	5.41%	723	15%
México	6.3%	1,112	3.26%	581	44%
ALC	7.3%	982	4.0%	583	33.0%
OCDE	12.3%	3878	7.0%	2874	18.0%

Fuente: Elaboración propia con datos de National Health Expenditure Database, de la OMS, 2014

y todos los países están lejos del promedio del gasto sanitario como porcentaje del PIB de la OCDE. La actualización más reciente de estos datos, del año 2016, muestra que estas cifras se mantienen muy similares.

Gasto de bolsillo

El gasto de bolsillo corresponde al pago directo de los hogares a los proveedores de servicios de salud, es decir, todo aquello que la cobertura pública o privada prepagada no proporciona, como medicamentos o estudios diagnósticos; es un indicador de la protección financiera. Este indicador es relevante en el contexto de las RISS, pues unos porcentajes altos de gasto de bolsillo se relacionan con barreras de acceso a los servicios y con el riesgo de empobrecimiento (Xu et al., 2010; Moreno-Serra y Smith, 2011). En los países estudiados, el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud se encuentra cercano al promedio de la región de ALC, con excepción de Colombia, donde está incluso por debajo del gasto promedio de la OCDE.

I Organización de los servicios sanitarios

La organización de los servicios de salud está dada por la forma en que se realiza la provisión de los servicios de salud y el grado de descentralización de la gestión. Ambos elementos son esenciales para lograr la reducción en las brechas de acceso a la atención y evitar la llamada “segregación social” (Cotlear et al., 2015). Asimismo, la descentralización, dadas ciertas condiciones, puede jugar un papel en el buen desempeño de las RISS (Dwiczakson & Fox, 2018; Liwanag & Wiss, 2018).

En Argentina, las funciones principales de promoción, prevención y atención a la salud son ejercidas por las provincias y los municipios. El Estado Federal Nacional asume la función de rectoría y la financiación del sistema de atención para ciudadanos sin cobertura. Esta característica hace que las provincias tengan un control pleno de las decisiones respecto a su sistema de atención de la salud, y el rol de la autoridad sanitaria nacional se restringe (como ya hemos comentado) a la dirección del sistema, salvo en el caso de la instrumentación de programas federales nacionales específicos ejecutados en territorio provincial, donde es posible el

establecimiento de condicionalidades y una mayor intervención en las decisiones locales.

El subsistema público cuenta con hospitales y centros de atención primaria de régimen público. El subsistema de obras sociales (Seguridad Social) presta sus servicios contratando hospitales y consultorios privados, aunque, eventualmente, también contrata la asistencia con centros públicos. Por ello, se produce generalmente una segmentación en cuanto a la forma de provisión pública de servicios sanitarios ya que no se comparten (salvo excepciones) los centros sanitarios por los ciudadanos de un subsistema y de otro.

Respecto a Brasil, el Ministerio de Salud se encarga de definir políticas comunes, así como de regular y coordinar todo el sistema. El Gobierno federal también cuenta con establecimientos propios, principalmente hospitales de enseñanza e investigación vinculados a las universidades federales. Los Estados definen su propia política sanitaria y apoyan a los municipios para la creación de estructuras supramunicipales llamadas regiones de salud. El SUS ofrece asistencia sanitaria en centros públicos y privados, por medio de contrataciones complementarias, para ampliar la cobertura. Históricamente, los Estados en Brasil han sido importantes proveedores de servicios, especialmente en el ámbito hospitalario. Finalmente, los municipios son los responsables de la atención primaria de salud y gestionan los establecimientos de salud³. Al no existir distintos modelos de aseguramiento ni seguridad social, todos los habitantes de Brasil tienen derecho a acceder al mismo tipo de prestaciones de salud, conforme a los parámetros del SUS.

El caso de Colombia es paradigmático ya que ha desarrollado un modelo de separación entre aseguramiento y prestación. El SGSS es administrado por compañías denominadas Empresas Promotoras de Salud (EPS), las cuales hacen de aseguradoras (afilian y administran riesgos a cambio de una prima) y se encargan de contratar los servicios a los que tienen derecho los afiliados con proveedores denominados Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

³ Los municipios pueden o no ser habilitados como “gestores plenos” del SUS en su territorio. Cuando son gestores plenos, administran todos los establecimientos de salud en su territorio, incluyendo los estatales y del Gobierno Federal. Para más detalle ver: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf.

(IPS). Los servicios, intervenciones y medicamentos cubiertos bajo el esquema de seguros en Colombia están delimitados por un paquete de beneficios denominado el Plan Obligatorio de Salud (POS).

El sistema colombiano está organizado como un modelo de competencia regulada en dos niveles. En el primer nivel los beneficiarios seleccionan una EPS dentro de un conjunto disponible. En el segundo nivel la competencia se da entre las IPS, que buscan obtener contratos con las EPS según el precio y la calidad de los servicios ofertados. Las IPS pueden estar o no integradas en las EPS, pero son, en todo caso, contratadas por estas. Las IPS pueden ser públicas, como las Empresas Sociales del Estado (ESS) o privadas: consultorios, laboratorios, hospitales y todos los profesionales que, individualmente o agrupados, ofrecen sus servicios de atención a la salud. Estas IPS se encuentran organizadas conformando, en teoría, redes de servicios de salud de manera territorial de acuerdo con sus niveles de complejidad. No obstante, el hecho de que cada IPS contrate los servicios de diversas EPS no facilita estrategias como la creación de redes integradas. Las IPS prestan servicios de salud a los afiliados y facturan mensualmente a las EPS. Cada ciudadano puede elegir libremente sus EPS, teniendo en cuenta que están diferenciadas, ya que hay unas exclusivas para el régimen contributivo y otras para el subsidiado.

El papel del Ministerio de Salud y de las demás entidades regulatorias relacionadas es proveer información y formular, monitorear y hacer cumplir las normativas nacionales encaminadas a minimizar las fallas de mercado, así como garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud. Hay descentralización de competencias y los órganos territoriales (Departamentos, Municipios y Distritos) desarrollan funciones de identificación y afiliación de la población, a la par que contratación y seguimiento de la ejecución de los recursos que financian. Las EPS e IPS públicas suelen ser propiedad de los entes territoriales, aunque es habitual que exista parte de capital privado en las mismas.

En México, cada subsistema cuenta con sus propios establecimientos de salud. Así, las personas afiliadas al seguro público (Seguro Popular de Salud) reciben servicios sanitarios en centros de salud y hospitales públicos dependientes de la Secretaría de Salud y/o a través del programa IMSS-Prospera; en cambio, las personas afiliadas

al subsistema de seguridad social son atendidas en unidades de medicina familiar y hospitales pertenecientes a las propias instituciones.

La Secretaría de Salud es el órgano rector del sistema de salud mexicano. La Ley General de Salud establece que los servicios de salud para población sin seguridad social estarán a cargo de los gobiernos de las entidades federativas (Estados), siendo su función la organización y el desarrollo en su territorio de los sistemas estatales de salud.

Cartera de servicios y acceso a las prestaciones

En el caso de Argentina, el acceso a la atención especializada se realiza por medio de los consultorios externos de los establecimientos públicos con internación, a través de acceso directo o por derivación de los centros de atención primaria (por lo tanto, no existe una figura única de puerta de entrada. En el subsistema de obras sociales, la atención ambulatoria está organizada en niveles y el acceso a la consulta médica externa puede ser directa o por medio de un médico generalista o médico de familia. En 1995 se definió una cartera de servicios obligatorios (PMO: Programa Médico Obligatorio) que afecta a los afiliados a Obras Sociales nacionales, pero no a los afiliados a las Obras Sociales provinciales y al subsistema público. Existe copago para medicamentos y para diversos servicios ambulatorios del PMO.

Como ya se ha señalado, existen dos programas nacionales en Argentina que definen la cartera de prestación: El Programa REMEDIAR + REDES y el Plan NACER-SUMAR. Este estudio se referirá a estos programas bajo esas denominaciones. No obstante, es conveniente aclarar que después de 2015, REMEDIAR + REDES se separó en 2 programas. El nombre y naturaleza de REDES se mantiene, y REMEDIAR se denomina ahora “Coordinación de Medicamentos Esenciales”. El Programa Sumar se llama, actualmente, PACES. El cuadro 3.1 describe los cambios en estos programas. (Ver cuadro 3.1) Actualización de Programas Nacionales en Argentina.

CUADRO 3.1.

Actualización de Programas Nacionales en Argentina

La Coordinación de Medicamentos Esenciales comenzó a operar en 2002 bajo la denominación de REMEDIAR. Adquiere y distribuye medicamentos en forma pública y gratuita a más de siete mil establecimientos de salud en todo el país. Su objetivo principal es fortalecer la capacidad resolutoria del Primer Nivel de Atención, jerarquizándolo a través de las siguientes líneas de acción:

- Aprovechando y distribuyendo en forma pública y gratuita medicamentos esenciales a las CAPS de todo el país.
- Fortaleciendo las estructuras provinciales de gestión de medicamentos (CAPS, farmacias hospitalarias y depósitos provinciales), mediante la transferencia de equipamiento informático para digitalizar la información, mobiliario e insumos para el almacenamiento, gestión y traslado de medicamentos.
- Capacitando a los equipos de salud en el uso racional de los medicamentos.
- Realizando estudios y evaluaciones para generar productos de conocimiento que monitorean los resultados y miden el impacto de diversas intervenciones, orientando la toma de decisiones.

La Coordinación de Medicamentos Esenciales continúa distribuyendo medicamentos e insumos de distintos programas y direcciones del Ministerio de Salud. La continuidad de sus acciones ha incrementado el acceso a insumos sanitarios y medicamentos a la población, así como la eficiencia, al centralizar sus actividades en un único operador logístico.

Programa Nacional de Ampliación de la Cobertura en Salud (PACES). Como continuación del Programa Sumar, el PACES es un marco estratégico de desarrollo que prioriza líneas de cuidado vinculadas a la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas: cardiovasculares, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva, entre otras. El PACES, puesto en funcionamiento en 2019, se basa en tres ejes estratégicos: salud familiar y comunitaria, con la definición de áreas de incumbencia y la identificación y nominalización de la población; salud digital, para el desarrollo de sistemas de información interoperables y la implementación de la historia clínica digital; y cobertura de calidad, a través de los seguros públicos provinciales y priorizando líneas de cuidado específicas y un fondo de alta complejidad.

Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Argentina. 2019

El Programa REMEDIAR garantiza el acceso a medicamentos esenciales a la totalidad de la población mediante el envío de botiquines a los centros de atención primaria; impulsa propuestas en las provincias para consolidar redes de salud provinciales y promueve la capacitación permanente de los recursos humanos en salud. El componente Redes del Programa REMEDIAR tiene como objetivo asegurar la atención de pacientes con hipertensión y con diabetes tipo 2, con acceso a turnos tanto en el primero como en el segundo nivel de atención, su continuidad en el tratamiento, la realización de estudios específicos y de laboratorio y el seguimiento adecuado de los pacientes. Estas acciones están orientadas a disminuir la elevada morbilidad y mortalidad de las enfermedades cardiovasculares.

El Plan Nacer, por su parte, buscó aumentar gradualmente las coberturas prestacional y poblacional, y la protección financiera de la población. Comenzó con 80 servicios de atención primaria de salud para la población materno-infantil

y agregó, luego, servicios ambulatorios hasta incorporar, en 2010, prestaciones de alta complejidad para la atención integral de cardiopatías congénitas. En 2012, se incluyeron prestaciones para el cuidado perinatal de alta complejidad. A partir del mismo año, el Ministerio de Salud de la Nación y las provincias extendieron el plan a nuevos grupos poblacionales: niños y adolescentes hasta los 19 años y mujeres hasta los 64 años sin cobertura explícita en salud, a través de un conjunto de 400 prestaciones priorizadas. Esta extensión del Plan Nacer da inicio al denominado Programa SUMAR.

Respecto a Brasil, el SUS debe garantizar la cobertura integral de acciones de promoción, prevención y tratamiento a toda la población. Sin embargo, dada la complejidad territorial del país, la autonomía y la heterogeneidad de capacidad entre los distintos entes federados, existen algunas deficiencias en el acceso, principalmente en zonas urbanas periféricas y en áreas rurales de difícil acceso. Desde 2011 existe una cartera de servicios llamada RENASES (Relación

Nacional de Acciones y Servicios de Salud) que contiene todos los servicios que el SUS ofrece al usuario. En este modelo no existen copagos.

En Colombia, cuando se creó el SGSS se establecieron paquetes o planes de beneficios explícitos para cada régimen. Para garantizar el derecho fundamental a la salud por mandato de la Corte Constitucional los planes se unificaron y, posteriormente, en 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social amplió la oferta de servicios.

En México, las instituciones de seguridad social otorgan acceso a servicios de medicina preventiva, maternidad, atención médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica, y de rehabilitación física y mental. El 2015, el Seguro Popular de Salud garantizaba el acceso a un paquete con alrededor de 287 intervenciones de salud, con sus respectivos medicamentos, que los afiliados reciben en los centros sanitarios; en 2019, el número de intervenciones se incrementó a 294. El Seguro Popular, en 2019, también ofrece un paquete de 65 intervenciones de alto costo, dentro de las que se incluyen los tratamientos para todos los tipos de cáncer en niños, cáncer de mama, cervical, próstata, ovario, colon, VIH y cataratas, entre otros padecimientos.

En México, la población no asegurada recibe servicios muy heterogéneos de acuerdo con la infraestructura sanitaria existente de la Secretaría de Salud: servicios ambulatorios básicos en los centros de salud rurales y un conjunto más o menos amplio de intervenciones en las grandes ciudades. Finalmente, el Programa IMSS-Prospera (actualmente IMSS-Bienestar) ofrece servicios principalmente en zonas rurales a través de clínicas de primer nivel y hospitales rurales de segundo nivel. La población objetivo de este programa es la que carece de acceso a otros servicios de salud, estando o no cubierta por el Seguro Popular de Salud. Los servicios ofertados por el IMSS-Prospera se centran en acciones de promoción de la salud para la prevención de enfermedades (vacunación, planificación familiar, control de hipertensión, diabetes y tuberculosis, atención al parto y del recién nacido) y en atención médica de primer y segundo nivel.

3. Factores que determinan la configuración de la RISS*

El modelo argentino de red responde a la distribución peculiar de funciones y competencias en su sistema sanitario. Si bien la mayoría de los servicios sanitarios son prestados por municipios y provincias, en la red elegida nos encontramos con dos programas específicos: REMEDIAR+REDES y NACER-SUMAR. Ambos programas son impulsados desde el Estado Federal siendo su prioridad principal asegurar la atención médica de ciudadanos que no tienen cobertura. Para ello se asignan fondos desde el Estado, siendo competencia de las provincias y municipios el desarrollo de la atención. En ambos casos, la prioridad básica es la atención primaria de salud. La influencia de los programas estatales, enfocados al establecimiento de redes basadas en la APS, y la coordinación y ejecución implementada por las autoridades provinciales y locales, son los elementos que han permitido poner en marcha la red analizada.

Respecto a las redes configuradas como un modelo organizativo, el caso de Brasil es paradigmático dado que Fortaleza, en el estado de Ceará, (donde se encuentra la RISS elegida para el análisis) es considerado uno de los precursores en la implementación de procesos innovadores de descentralización y regionalización del SUS. Es uno de tres Estados de Brasil que firmó el Contrato de Organización de Acción Pública en Salud (COAP, por sus siglas en portugués), un instrumento propuesto dentro del marco legislativo del Decreto 7.508, de junio de 2011, que reglamenta la planeación de la salud, la organización de los procesos asistenciales y la articulación interestatal, entre otros.

De esta forma, la configuración de la red estudiada en Fortaleza surgió como resultado de la voluntad local de participar activamente en los procesos de fortalecimiento de la articulación de la atención en redes, y dentro del contexto de múltiples políticas y regulaciones sobre el fortalecimiento de la provisión local de los servicios de salud y las Redes de Atención a la Salud. Los determinantes que motivaron la creación de la red fueron fundamentalmente las barreras de acceso, la duplicidad de servicios, la fragmentación operativa del sistema, las deficiencias de coordinación y el elevado número de complicaciones hospitalarias en pacientes con enfermedades crónicas.

*Ver [Capítulo 9](#).

En Colombia las redes se configuran a partir de decisiones estratégicas plasmadas en normas legales. En su concepción del modelo de atención, la expectativa era que las EPS tendrían incentivos económicos para organizar la prestación en redes de servicios con diferentes niveles de cuidado y con atención primaria como puerta de entrada, promoviendo y manteniendo la salud a lo largo de un continuo de atención (Londoño, 1997). Sin embargo, a lo largo de la implementación de la reforma, no se han generado verdaderos incentivos para el desarrollo de un modelo de esta naturaleza, siendo obstáculos para ello la fragmentación de la oferta, la permanencia de una orientación hacia la atención curativa, y las limitadas resolutivez y capacidad para vigilar y hacer cumplir el marco regulatorio (Giovanella et al., 2013). Desde 2011, el gobierno nacional ha adelantado iniciativas de reforma para dar protagonismo al rol de la atención primaria, siendo ejemplos de ello la Ley 1438, de 2011, y la expedición de la Política de Atención Integral en Salud PAIS, en 2016 (MSPS, 2016). Esta última establece la organización de las redes integrales de prestadores de servicios de salud bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad. No obstante, en el caso de la red seleccionada, inició su estructura de red a partir de 1992, y en 2006, al constituirse oficialmente Pasto Salud ESE, asumió el manejo de todos los centros de salud y de las cuatro redes conformadas. La normativa actual refuerza el concepto de red en la prestación de servicios en Colombia

México es el otro caso de red enfocada a mejorar el acceso a servicios sanitarios esenciales. La fragmentación del sistema de salud en México ha ocasionado históricamente inequidad de acceso a los servicios. En las áreas rurales, no existen suficientes recursos humanos e infraestructura para atender las demandas de la población, en donde muchas personas no tienen afiliación a la seguridad social debido a que carecen de empleo formal. Estas zonas son habitadas también por población indígena. Con el objetivo de otorgar acceso a esta población, en 1983 se creó el programa del cual forma parte la RISS estudiada. Surgió como un programa de salud del Gobierno Federal administrado por el IMSS, que ha ido cambiando de nombre en las diferentes administraciones (en la actualidad es IMSS-Bienestar). La RISS ha tenido continuidad como parte de las políticas públicas de combate a la pobreza, para la extensión de los servicios de salud a las localidades más marginadas.

4. Competencia en la prestación de servicios y papel del sector privado

Uno de los atributos analizados en las redes objeto de estudio ha sido la existencia de competidores en la prestación de servicios sanitarios en el mismo territorio, pues es un aspecto que puede generar desafíos para los procesos de integración y coordinación de red. El sector privado juega un papel importante en la mayoría de los países latinoamericanos, tanto en su función de seguros de prepago como de medicina privada.

En el caso de Argentina, el modelo sanitario permite que coexistan sistemas públicos y privados. Por ello existen competidores desde un punto de vista teórico, pero la RISS considera al resto de proveedores como colaboradores en su tarea de mejora de la salud de la población.

El caso más notable es Brasil en donde, pese a tener un modelo de sistema nacional de salud, hay un 25% de la población que cuenta con seguro privado de salud (ANS, 2016), principalmente ofrecido por los empleadores como beneficio social a sus trabajadores. En Argentina existe alrededor de un 10% de la población con seguro de salud, el cual está obligado a cubrir los mismos servicios que los sistemas sociales (Programa Médico Obligatorio). En Colombia y México, el sector privado es utilizado principalmente como mecanismo de cobertura complementaria por familias de rentas altas. Dado que la red brasileña es una red temática para pacientes crónicos, compite por atraer este tipo de usuarios con el resto de los proveedores (públicos y privados) en el mismo territorio.

En Colombia, tal y como se ha comentado, la existencia de diversos proveedores tanto públicos como privados (EPS) genera un entorno de competencia, ya que es el ciudadano el que elige al proveedor.

La red de México presenta una convivencia entre dos modelos públicos: la red integrada que se analiza y el servicio estatal de salud. Los ciudadanos que tienen capacidad de pago acuden frecuentemente al sector privado por su flexibilidad en los horarios y por tiempos de espera menores que en los servicios públicos de salud, si bien está claro el sacrificio de la población, pues este país presenta el gasto de bolsillo más elevado de los países analizados (tabla 3.2).

5. Modelo de integración de red

En las experiencias estudiadas se diferencian modalidades de integración según su enfoque y forma de vinculación. El enfoque de integración puede ser vertical u horizontal, y la vinculación formal o virtual. La integración vertical hace referencia a la estructuración en una única organización, de diferentes unidades productivas que previamente eran autónomas y donde los productos de una son insumos para la otra; se orienta así hacia la coordinación de servicios en diferentes niveles de intensidad según la gravedad y complejidad de las necesidades de salud existentes. Este tipo de integración podría darse entre los niveles de atención primarios, secundarios y terciarios (Shaw, 2011).

La integración horizontal, por su parte, se produce cuando dos o más unidades productivas, que prestan servicios similares, se unen para convertirse en una sola unidad productiva, o establecer una alianza inter-organizacional. La integración horizontal supone la colaboración entre pares, ya sea a nivel hospitalario (fusiones de servicios hospitalarios, fusiones de hospitales), como a nivel de atención primaria y/o

atención comunitaria. La búsqueda de economías de escala y ganancias en el mercado actúa como factor motivador de este tipo de integración.

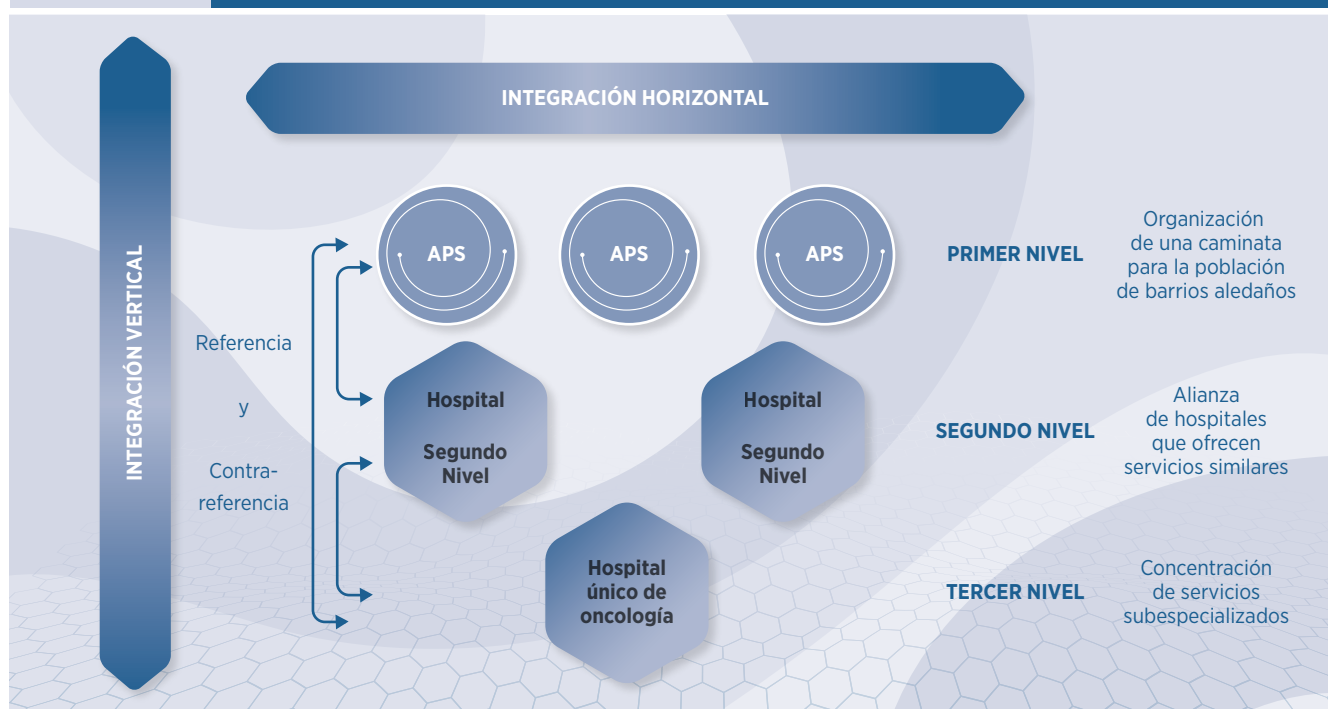
En la figura 3.1 se sintetizan ambos enfoques.

En cuanto a la forma de vinculación, la integración formal supone la existencia de una propiedad directa y única de todos los servicios implicados en la red. Para ello, se utilizan relaciones de tipo jerárquico. La integración virtual mantiene la autonomía de las diversas organizaciones y busca generar un entorno de colaboración y coordinación mediante instrumentos como contratos, acuerdos, alianzas, afiliaciones o franquicias.

La red de Santiago del Estero, en Argentina, está integrada predominantemente de manera vertical y formal. Cada nivel aporta a la cadena de atención sus funciones específicas por nivel. Esta integración se encuentra formalizada parcialmente, dado que -según refieren los directores de los hospitales entrevistados- no están definidos los roles de cada actor integrante de la red.

FIGURA 3.1.

Modelos de integración de red según enfoque vertical u horizontal



Fuente: elaboración propia

En Argentina, las administraciones provinciales asumen el modelo de APS con las posibilidades y limitaciones de cada caso particular, sin llegar a estructurar una red integral en el sentido específico de su significado, y la administración central articula programas verticales que impulsan tal conformación, los que a nivel de cada jurisdicción se expresan con la particularidad referida. El carácter segmentado y fragmentado del sistema de salud argentino no facilita la integración formal entre el sector público, la seguridad social y el sector privado. No hay evidencias de experiencias de redes integradas público-privadas.

El ejemplo de Brasil es muy diferente al resto, ya que la red elegida es una red temática (enfocada en atención a enfermedades crónicas) que se encuentra en proceso de integración entre los diferentes niveles de atención. Aún precisa madurez en sus procesos, definición de su cartera de servicios y fortalecimiento de la coordinación y comunicación entre los diferentes niveles de atención. La integración es vertical, horizontal, y de tipo formal.

En el caso de Colombia, la red estudiada ofrece servicios similares en el mismo nivel de cuidado por parte de los centros integrantes, lo cual hace pensar que es una integración horizontal. No obstante, la Red incorpora diferentes niveles de atención para el flujo de pacientes de un nivel a otro. Además, la Red Norte de la ESE Pasto Salud tiene convenios, contratos y alianzas estratégicas en algunos servicios con diferentes prestadores para garantizar la atención en salud de los usuarios, por lo que el modo de integración es virtual.

La red de México, conformada en el marco del programa IMSS-Prospera, es una red integrada ya consolidada y con más de 35 años de funcionamiento, que forma parte del sistema nacional de salud mexicano. Se trata de una integración vertical. Además, la integración es de tipo formal dado que tiene normatividad establecida mediante reglas de operación concretas sobre el funcionamiento de la Red y las actividades de todo tipo, incluyendo el tipo de desempeño que deben realizar tanto el personal de salud como la población a través de la participación social comunitaria.

6. Conclusiones

El contexto en el que se insertan las redes estudiadas es diverso, y, en los países latinoamericanos, complejo, debido a la heterogeneidad de formas de cobertura, financiamiento y provisión de servicios, determinando los múltiples retos enfrentados por las redes estudiadas, lo que realza la relevancia de comprender su implantación.

En México, Argentina y Colombia el financiamiento de los sistemas de salud se encuentra fuertemente vinculado a la condición laboral de su población. Cuentan con múltiples fondos que recaudan y administran recursos provenientes de distintas fuentes a nivel nacional y subnacional en paralelo. En contraste, en Brasil, el origen, la recaudación y administración de los recursos es única para todo el sistema sanitario.

Los indicadores de gasto sanitario entre los países varían considerablemente. Llama la atención que el gasto de bolsillo, independientemente del esquema de financiamiento, representa un porcentaje considerable del gasto total en salud, a pesar de los múltiples esquemas de cobertura pública.

Es necesario destacar la importancia de las redes de apoyo creadas para complementar los sistemas sanitarios de Seguridad Social (IMSS-Prospera en México y Sumar en Argentina) y potenciar un acceso más equitativo a la atención primaria de salud.

Los países con proveedores públicos y privados presentan más dificultades, a priori, para generar una red, dado que este tipo de integración es más compleja, al estar basada en acuerdos y protocolos mixtos. Colombia presenta muchas dificultades derivadas de diferencias en cobertura según los diferentes esquemas de seguridad social. Por otra parte, el carácter segmentado y fragmentado del sistema de salud argentino no facilita la integración formal entre el sector público, la seguridad social y el sector privado.

Todos los países han señalado como objetivo de la implementación de RISS las mejoras en la coordinación de su modelo asistencial. Quizás este sea uno de los problemas endémicos en todos los sistemas de salud, agravado en los sistemas fragmentados (Seguridad Social y seguro público), que suelen formular recetas de integración virtual para mejorar la coordinación, usando para ello alianzas estratégicas o planes conjuntos.



CAPÍTULO 4.

GOBERNANZA



CAPÍTULO 4.

GOBERNANZA

Tania Marín, Diana Pinto, Miguel Angel Máñez

1. Introducción

Debido a la incorporación de diferentes actores a los procesos de toma de decisiones en las organizaciones (ciudadanos, usuarios, profesionales), durante los años 80 y 90 del pasado siglo, el término “gobierno” fue siendo sustituido por el de “gobernanza”, con un abanico más amplio de definiciones (Saltman, 2011). En este sentido Newman (2001) identifica entre las características fundamentales de la gobernanza la existencia de responsabilidades comunes entre varias instituciones, la ampliación de la participación de la sociedad civil en el proceso de toma de decisiones y la sustitución de fórmulas jerárquicas de decisión (comando y control) por fórmulas más abiertas de gobierno basadas en la construcción de alianzas, la coordinación y la conducción.

La OMS (1998) define la gobernanza en el ámbito de los sistemas de salud como la “participación de actores a los cuales les concierne la definición e implementación de políticas, programas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos y sostenibles”. Sin embargo, aunque se hable de actores, es esencial además tener en cuenta factores como la propia organización y su estructura, así como las normas que afectan a dicha participación. Esta búsqueda de una responsabilidad compartida entre las organizaciones públicas y los ciudadanos se basa principalmente en estructuras de participación bidireccionales que permiten mejorar, al menos a priori, la gestión de la organización y su orientación al cumplimiento de sus fines institucionales. Cuando hablamos de gobernanza, nos referimos a una nueva forma de gobernar los territorios, las instituciones o las personas en la búsqueda de formas más eficaces de gestión de las políticas públicas, anticipando sus efectos y evaluando su impacto.

Un ejemplo de estos procesos es la participación en la toma de decisiones, que requiere del cumplimiento por parte de la organización de algunas premisas esenciales: creación de

espacios y modelos de participación e intercambio de opinión, y difusión de información relevante. La mera inclusión de este término en el modelo de RISS implica la puesta en marcha de herramientas innovadoras de organización y gestión.

En este capítulo se revisan los modelos de gobernanza, entendidos como el “modo de ejercicio de la autoridad, involucrando en forma variada sistemas formales e informales, auspicios públicos y privados, mecanismos regulatorios y normativos” (Scott, 2000). Para ello, es necesario reconocer y describir los mecanismos horizontales (de cooperación) y verticales (de jerarquía) como parte de la regulación de las RISS con el objetivo de hacer una descripción de las estructuras de gobernanza, y su influencia sobre los actores involucrados (Báscolo, 2010).

2. Modelo de gobernanza

Las redes analizadas en este libro pertenecen al sector público, por ello su naturaleza jurídica y su régimen de funcionamiento y organización recogen muchas de las características esenciales de la gestión pública. Dos elementos que definen el modelo de gobernanza de estas redes son la existencia de un sistema de regulación y control jerárquico y la presencia de estructuras organizativas de tipo territorial, frente a una estructura de red temática. No obstante, cada red presenta algunas peculiaridades que describiremos a lo largo del capítulo.

En el caso de la Red de Santiago del Estero, en Argentina, las instituciones y establecimientos de la red son dependientes del Ministerio de Salud provincial y todos los niveles de atención se encuentran sometidos a las decisiones y autoridad de este. El Ministerio regula los insumos técnicos y los recursos humanos, y determina la planificación. El modelo de gobernanza es de predominio jerárquico e institucional, con poco espacio para la autorregulación. Los programas nacionales Remediar y Redes (Cuadro 4.1)

juegan un papel destacado ya que han sido impulsores de la implantación de la Red; de igual forma, han funcionado como un eje estratégico para la gestión sanitaria y de organización del trabajo a nivel operativo. Durante las entrevistas, se detectó una clara diferencia en la percepción de quién gobierna la Red entre los niveles de atención. El primer nivel percibe a la Dirección de Atención Primaria como una instancia central en su gobierno, y a los programas nacionales como un soporte eficaz. En el segundo nivel de atención, la instancia de gobernanza más reconocida es el Ministerio de Salud provincial.

En Brasil, la red de atención a enfermedades crónicas en Fortaleza forma parte del SUS Municipal, por lo que sus mecanismos y reglas de gobernanza siguen, en primer lugar, lo estipulado por la ley. Las instituciones participantes de la red son públicas y están vinculadas administrativamente a diferentes niveles de gobierno (municipal, estatal y federal). La Secretaría de Salud de Fortaleza cuenta con una Coordinación responsable de la definición, implantación y coordinación de la Red que, además de promover la incorporación de los servicios municipales en la Red, tiene a su cargo la vinculación con los servicios de referencia de los otros niveles de atención para pactar acciones colaborativas.

En la red de Fortaleza, de manera similar a lo que ocurre en Santiago del Estero, la percepción de los profesionales entrevistados sobre el modelo de gobernanza varía dependiendo del nivel de atención en el que laboran o de su papel dentro de los equipos de salud. Los coordinadores de las unidades de atención primaria tienen

conocimiento de la red de atención a enfermedades crónicas, pero los profesionales de atención primaria afirmaron contar con poca información al respecto o, incluso, desconocer la propuesta de la red. En el caso de atención especializada, la mayoría de los entrevistados refieren que el modelo de gobernanza de la red es único y jerárquico, e identifican a la Secretaría Municipal de Salud como la máxima autoridad de la red; otros indican que el modelo es más cooperativo (gobernanza mixta entre las Secretarías de Salud municipal y provincial) y, finalmente, otros desconocen el modelo.

En Colombia, la Red Norte depende directamente de la ESE Pasto Salud, que, a su vez, tiene su relación contractual con las Instituciones Prestadoras de Servicios públicas y privadas. La ESE Pasto Salud es una institución pública de orden municipal, descentralizada, que tiene autonomía y patrimonio propio. En esta red existe un equipo administrativo y de direccionamiento para toda la red, así como un plan de desarrollo de carácter institucional. ***“La ESE Pasto Salud tiene su autonomía administrativa y financiera, tiene unas políticas que se implementan en todas las redes, cada red no es independiente en hacer sus políticas, sus protocolos y procedimientos, sino que es una sola”.*** El modelo es jerárquico y cada uno de los prestadores que la conforman depende de las directrices y de un plan de desarrollo institucional, establecido por la junta directiva y la gerencia de la ESE, que posibilita el desarrollo de los mismos procesos en todas las IPS que la constituyen.

CUADRO 4.1.

El Programa REDES en Argentina

El Programa REDES 1 surge como una estrategia a nivel nacional, financiada por el BID para implementar una RISS basada en la APS y mejorar la gestión clínica y sanitaria. El financiamiento hacia proyectos jurisdiccionales de inversión se basaba en el cumplimiento de las metas asociadas a los componentes del programa.

En la segunda fase del programa REDES (denominada REDES 2), que actualmente está en operación, se busca que la gestión y el financiamiento de medicamentos pasen al gobierno nacional, promover la complementariedad con el Programa SUMAR, expandir la cobertura pública, así como fortalecer programas de detección oportuna de cáncer colorrectal, de mama y cervicouterino y ampliar los registros de pacientes oncológicos. Incluirá explícitamente la figura de coordinador de atención al paciente oncológico (navegador), como una estrategia para que la trayectoria del paciente a través del sistema de salud se lleve a cabo de manera adecuada (referencia-contrarreferencia) y se alimenten correctamente los registros de pacientes oncológicos. Además, se implementará un programa piloto de cuidados paliativos oncológicos desde los centros de atención primaria.

Cabe resaltar que, de las redes estudiadas, ésta es la única que cuenta con un Código de Ética y Buen Gobierno. Este código es una guía que orienta el desempeño de los trabajadores de la ESE. Las normas establecidas en este código fueron resultado del consenso alcanzado con los funcionarios de la institución. Los principios y valores de la ESE Pasto Salud giran en torno a los usuarios, sus familias y la comunidad.

La red del IMSS-Prospera en México forma parte de un programa público financiado por el gobierno federal y que es administrado por el IMSS. El modelo de gobernanza es claramente jerárquico. Por un lado, el IMSS tiene una estructura centralizada y su administración es vertical. Por otro, en las reglas de operación del programa están definidos los diferentes niveles de conducción jerárquica de la RISS: central (nivel nacional), delegacional (estatal); regional (sub-estatal), hospitalario (área de influencia), y zonal (gestión de APS, supervisión/asesoría de UMR) (Secretaría de Salud, 2015).

3. La estructura organizativa en las Redes en estudio

La estructura organizativa “comprende la forma en que la organización divide el trabajo y realiza su posterior coordinación, buscando la concordancia entre los procesos internos y el entorno” (Marín-Idárraga, 2015). Las redes estudiadas cuentan con documentos que definen esta estructura, así como los mecanismos de operación de la red. El conocimiento del contenido de estos documentos permite a los actores de la red conocer con claridad su papel dentro de la red y el direccionamiento de esta. No obstante, se trata de documentos con difusión y conocimiento desigual entre los entrevistados. En ocasiones, incluso, se manifestó desconocer su existencia y/o utilidad. Un ejemplo de este desconocimiento se observa en los comentarios de diversos agentes de la Red de Santiago del Estero: *“Había uno, no sé dónde quedó”* [DAP 02], *“No hay un documento”* [DAP 03], *“No hay un documento específico para la red. Se nombra el Manual Operativo de la Dirección de APS, donde se define la función de los integrantes del equipo de APS”* [GF Mixto 04], *“No existe un documento”* [DSNA 01].

La Secretaría Municipal de Salud de Fortaleza (Brasil), en su Plan y Mapa Estratégico 2014, incluye la estructura organizativa de la Red de

atención de enfermedades crónicas. La Red de Pasto Salud de Colombia cuenta con un Manual de Procesos y Procedimientos que comprende la estructura operativa, así como un organigrama de Pasto Salud, que contempla la estructura organizativa de la ESE. Por otra parte, la red estudiada en México, al formar parte del programa IMSS-Prospera, cuenta con una estructura estratégica y operativa que está definida en los documentos aplicables a todos los establecimientos del país que pertenecen al programa, sin posibilidad de ser adaptados o modificados de forma local, como el artículo 5° de la Ley General de Salud, las Reglas de Operación del Programa IMSS-Prospera, y la Ley orgánica de la administración pública federal.

4. Participación social

Una de las características de la APS es que la atención que proporciona está centrada en el individuo y en la comunidad. Por ello, los mecanismos de participación social activa deben ser apropiados para cada comunidad y todos los actores involucrados deben tener oportunidad de participar en la expresión de necesidades, en la definición de servicios, en la toma de decisiones y en velar por una rendición de cuentas continua y transparente (Nebot & Rosales, 2008). Asimismo, debe reconocer “a las personas como usuarios y a la vez como ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe rendir cuentas de calidad y oportunidad de los servicios, así como del uso eficiente de los recursos” (Celadón & Noé, 2000).

La implementación de la participación social en los órganos de gobierno se encuentra en distintas etapas en las redes estudiadas. Va desde la ausencia de un mecanismo formal de participación en la Red de Santiago del Estero (Argentina), pasando por mecanismos con impactos limitados en la práctica (México), hasta lugares en los que la participación social se encuentra garantizada en las leyes (Colombia y Brasil). No obstante, en la práctica, la participación social no siempre es efectiva; existen brechas para la identificación de actores relevantes en el proceso o para garantizar la representatividad, y tampoco se otorga relevancia a la comunicación con la comunidad. A continuación, se relatan los hallazgos con relación a las fórmulas de participación social en las redes estudiadas:

a) Ausencia de mecanismos formales de participación social

La Red de Santiago del Estero (Argentina) no cuenta con un mecanismo formal de participación social, ni con instrumentos institucionalizados. La vinculación con las comunidades se realiza de manera informal.

b) Mecanismos formales de participación social

En las redes estudiadas de Brasil, Colombia y México la participación ciudadana se encuentra garantizada en la legislación o en reglamentos, forma parte integral de la organización y operación de la red, y existen mecanismos formales para vincular la gestión y los usuarios.

En Brasil, La participación ciudadana se encuentra prevista en el marco jurídico del sistema público brasileño y su implementación es un requisito esencial para la transferencia de recursos. Así, el SUS contempla múltiples mecanismos de participación ciudadana. Los principales son: Conferencias y Consejos de Salud, que se llevan a cabo en las tres esferas de gobierno y en las que participan usuarios, trabajadores de la salud, gestores y prestadores de servicio (Brasil, 1990; Ministerio da Saúde, 2013). En el caso de Fortaleza, se identificaron los siguientes mecanismos:

- Conferencias Municipales de Salud: son convocadas por el poder ejecutivo municipal. La función principal de estas Conferencias es la detección de necesidades en salud que deben ser incorporadas en los Planes Municipales de Salud.
- Consejos Municipales de Salud: son órganos colegiados, deliberativos y permanentes del SUS. Su papel es la deliberación, evaluación y seguimiento de las acciones realizadas por los diferentes sectores que actúan en el SUS.
- Consejos Regionales: se encuentran vinculados a las Regiones Sanitarias del municipio y a los Consejos Locales de Salud de cada una de las

UAPS que participan en la red. En estos consejos se discuten asuntos relacionados con la atención de los pacientes con diabetes. Participan gestores, directivos, profesionales y usuarios de la APS.

En Colombia, el marco jurídico⁴ para la participación social se encuentra establecido en la Constitución, las leyes y los decretos. En la Red Norte ***“Los usuarios tienen asiento permanente con voz y voto” (DP 07).*** Se han organizado asociaciones de usuarios en cada una de sus IPS, cuyo propósito es establecer canales de comunicación entre los usuarios y la institución, y posibilitar su injerencia en las decisiones que finalmente tendrán un efecto directo en el servicio que reciben y, por tanto, en su bienestar. ***“Tenemos organizada una asociación de usuarios por cada punto de nuestra red servicios... Están enfocadas a velar por los derechos de los usuarios” (DP 03).***

El Plan de Desarrollo de Pasto Salud 2012-2016 se formuló de manera participativa con los grupos de interés (usuarios, pacientes y familia, recursos humanos, proveedores, instituciones formadoras de recursos humanos, comunidad y medio ambiente). Este documento establece la dirección estratégica de Pasto Salud a partir de la identificación de las necesidades para cada grupo: ***“En el plan de desarrollo se escuchó a los grupos de interés, ellos dijeron que esperaban de ese direccionamiento estratégico” (DAP 01).*** Un ejemplo de participación ciudadana se puede observar en el informe de rendición de cuentas del 2015. En él, la asociación de usuarios refiere la necesidad de mejorar la infraestructura del Centro de Salud Morasurco. Posteriormente, en el Plan Operativo Anual (POA) de la Red Norte se incluyó la remodelación de dicho centro de salud. Sin embargo, los usuarios que forman parte de estos espacios de participación desconocen que su centro forma parte de una red y las ventajas que ello implica.

⁴ (a) Decreto 1757, del 3 de agosto de 1994, que organiza y establece las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud; promueve la participación social y la concertación; prevé el derecho de participar a través de los Comités de Participación Comunitaria o “COPACOS”, asociaciones o ligas de usuarios y veedurías (b) artículos de la Constitución Política como el 49, el 103 y el 340, que establecen la participación comunitaria como un mecanismo democrático de representación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública, y (c), Ley Estatutaria 1751, de 2015, que promueve la participación social en las decisiones del sistema de salud.

En el Programa IMSS-Prospera de México, los mecanismos de participación ciudadana se encuentran en las Reglas Operativas del Programa. El Programa cuenta con una Contraloría Social conformada por Avaless Ciudadanos (personas reconocidas positivamente en la comunidad) que son representantes de la población objetivo y su función es ser voceros de los usuarios, para vigilar que los servicios de salud sean de calidad y se encuentren en instalaciones dignas. ***“Desde 2013 se implementó una figura de contraloría social llamada ‘aval ciudadano’ (...) Escucha quejas y les da trámite ante los directivos de la UMR o del hospital, tienen derecho a conocer el presupuesto y las reglas de operación del programa, hacen encuestas sobre el trato recibido y sobre el reparto del medicamento (...) Ayudan a identificar problemas relacionados con el trato que reciben los usuarios.” (DNF 01).***

Todos los establecimientos de salud de esta Red cuentan con un buzón de quejas y sugerencias cuyo contenido, según indican los directivos y el personal de salud entrevistados, es discutido por el aval civil y las autoridades del establecimiento para encontrar juntos soluciones a los problemas reportados. Al respecto, llama la atención que los usuarios entrevistados no conocían el funcionamiento del Aval Ciudadano o el buzón, a pesar de haberlo requerido. Experiencias en otros Estados del país demuestran que los usuarios de los servicios de salud no se encuentran familiarizados con la figura de Aval Ciudadano, pero que, al proporcionar un vínculo real con la gestión del hospital, ésta puede ser efectiva (Cabral Dorado, 2017).

Por otra parte, ***“la población participa en los diagnósticos de salud local porque ellos son los que más saben de qué enferman y de qué mueren. Otra forma de participación la hacen las voluntarias (...) Estas reciben capacitación en la UMR para orientar a otras pacientes y a veces también se les capacita fuera de su localidad; esto para ellas es una motivación. Son mujeres de la comunidad elegidas en asamblea. Se les da un pago mínimo” (ESNA 01).***

5. Difusión e intercambio de información con la comunidad

Las acciones de difusión e intercambio de información con la comunidad presentan gran heterogeneidad en las redes estudiadas.

En la red de Santiago del Estero existen canales limitados de comunicación con la comunidad; el principal es la cartelera con los avisos colocados en las unidades de primer nivel, lo cual implica que la comunicación se encuentra restringida a quienes hacen uso frecuente de la unidad de salud. Otros mecanismos de intercambio de información se basan en los espacios de comunicación informal existentes durante el contacto diario y en conversaciones informales.

En la red de Fortaleza cada nodo de la red utiliza una estrategia diferente de divulgación de la información. En el PNA, los Agentes Comunitarios de Salud son los encargados de la disseminación de la información sobre acciones relacionadas con la atención a las personas con diabetes. El Hospital Universitario y el HGF hacen la divulgación al respecto en su página de internet. El CIDH, a través de mensajes televisivos. Es decir, cada nodo tiene una estrategia de comunicación distinta y las estrategias no se encuentran coordinadas entre sí.

La red Norte de la ESE Pasto Salud tiene una comunicación activa con la comunidad a través de medios como televisión y radio, redes sociales y cartillas educativas. Los mensajes se dirigen a campañas de prevención y promoción de la salud. ***“A través de los medios de comunicación se hace difusión (...) mediante las políticas internas (...) con información directa con los usuarios se hace la difusión” (DP 07).***

La comunicación de la RISS IMSS-Oportunidades con la comunidad se enfoca a actividades de educación para salud sobre diversos temas (saneamiento básico, planificación familiar, prevención de enfermedades crónicas, etc.). También se otorga capacitación a las parteras pertenecientes a la red sobre otros temas además de la salud materna.

**TABLA
4.1.**

Modelo general de los sistemas de salud en los que se insertan las redes estudiadas

Predomina la difusión de información sobre promoción de la salud	Predomina la difusión de información sobre organización en los establecimientos de salud
Red Norte Pasto Salud IMSS-Prospera	Santiago del Estero Fortaleza

Fuente: Elaboración propia

6. Acciones de colaboración con la comunidad

En la red de Santiago del Estero, en el segundo nivel de atención se llevan a cabo actividades de detección oportuna de enfermedades y promoción de la salud: *“Dentro del hospital, ya se tienen actividades programadas, se invita a la población a participar. Por ejemplo, la semana de prevención de cáncer de mama la organiza el ‘equipo de salud’ formado por: psicóloga, trabajadora social, médico y promotor comunitario; invitan a que se hagan detecciones y realizan difusión entre sus conocidos y familiares en la localidad.” (DSNA 01).*

De acuerdo con lo señalado por la gestión de la Secretaría Municipal de Salud de Fortaleza, existen mecanismos para involucrar a los Consejos Locales y Regionales de Salud durante la reorganización de los procesos de atención a las personas con diabetes en las unidades de PNA. Los gestores consideran que la mayoría de estos cambios han sido aceptados favorablemente en dichos Consejos. Por otra parte, durante las entrevistas y grupos focales, los profesionales de atención especializada refirieron participar en los Consejos Municipales de Salud; sin embargo, señalaron que la red de atención a enfermedades crónicas no era discutida en ese espacio.

La ESE Pasto Salud de Colombia cuenta con una junta directiva, en la que hay un representante de la comunidad. Este representante es el punto de contacto entre todas las asociaciones de usuarios de las IPS. Es un mecanismo que favorece la participación de la comunidad, así como la participación social en la toma de decisiones, en las evaluaciones y en el seguimiento del plan estratégico que presenta la ESE. Asimismo, la red cuenta con una asociación de usuarios, que vincula a la comunidad con el director operativo de la red.

En México, dado el enfoque comunitario del programa y que este atiende a la población rural, existen varias figuras que facilitan el vínculo entre el programa y la comunidad. *“El programa basa su operación en la acción comunitaria, la cual se divide en: supervisores de acción comunitaria (SAC); promotores de acción comunitaria (PAC), y las redes comunitarias de personas de la localidad conformadas por: voluntarios, agentes de salud y parteras” (DNF 01).* En la APS, la figura de enlace entre la comunidad y la UMR es el promotor de acción comunitaria, quien realiza visitas domiciliarias y actividades de educación para la salud.

“(…) Tenemos los voluntarios, promotoras responsables de diez familias, hacen un recorrido casa por casa para buscar enfermos o embarazadas; tenemos las parteras que se han ido capacitando; también tenemos un médico tradicional (curandero) con buena relación con la UMR (...).” (DAP 01).

“La referencia de los pacientes inicia desde la red comunitaria, a través de los voluntarios que están a cargo de un determinado número de familias; si durante sus visitas identifican personas que requieren atención, las envían a la UMR con un formato simple refiriendo los síntomas” (DAP 03).

7. Intersectorialidad

La salud de la población tiene correlaciones claras con los determinantes sociales de la salud. Muchas de las circunstancias y factores que afectan la vida de las personas y la influencia que ejercen en su estado de salud escapan del alcance de los servicios de salud, por lo que se requieren acciones conjuntas entre diferentes sectores para abordar los determinantes sociales de la salud. La intersectorialidad se refiere a la presencia de vínculos de la red de servicios de salud con otros sectores sociales y más allá de los sectores sociales (OPS, 2010b). Actualmente se considera que este trabajo conjunto entre el sector salud y otros sectores gubernamentales es necesario para incidir en los determinantes sociales de la salud y reducir las inequidades en salud (OPS, 2015).

Existen distintos grados o intensidades de relación entre el sector salud y otros organismos gubernamentales (Solar, 2009; Meijers, 2004; OPS, 2015). Estas relaciones pueden estar basadas en el intercambio de información, la cooperación, la coordinación y la integración. Estas etapas se especifican en la tabla 4.2 a continuación.

Utilizando la clasificación anterior, en las RISS analizadas se identificaron los siguientes grados de relación del sector de la salud con otros sectores gubernamentales:

- a) Relaciones basadas en el intercambio de **información**: la red de atención de enfermedades crónicas de Fortaleza se encuentra en este primer paso hacia la intersectorialidad. En esta red, los gestores de la Secretaría Municipal de Salud han iniciado un diálogo con directivos y personal operativo de los distintos niveles de atención para detectar retos y oportunidades de trabajo coordinado con el municipio para la atención de los pacientes con diabetes, y para difundir la importancia del trabajo en red.
- b) Relaciones basadas en la **cooperación**: en este caso, se encuentra la Red Norte de la ESE Pasto Salud, en donde existen acciones de trabajo intersectorial sobre temas específicos como prevención de embarazo adolescente y abordaje de enfermedades crónicas: *“Hay programas específicos de salud pública en los que estamos articulados y tratando de definir estrategias intersectoriales para impactar”* (DAP 01).

**TABLA
4.2.**

Grado o intensidad de las relaciones entre el sector salud con otros sectores gubernamentales

Grados/intensidad de la relación sector salud con otros sectores	Descripción
Relaciones basadas en el intercambio de información	Primer paso hacia la intersectorialidad. Se construye un lenguaje común para lograr el diálogo. Asimismo, se identifican aspectos relevantes o comunes para un trabajo conjunto
Relaciones basadas en la cooperación	Se busca una mayor eficiencia de las acciones de cada sector. La cooperación puede ir escalando desde incidental, casual o reactiva, hasta acciones basadas en problemas y prioridades comunes. Se da frecuentemente en el campo de ejecución o implementación de políticas, no en su formulación.
Relaciones basadas en la coordinación	Ajuste de políticas y programas de cada sector en la búsqueda de mayor eficiencia y eficacia. Apunta a una relación de trabajo más horizontal entre sectores, con una instancia más formal de trabajo y una fuente de financiamiento compartido. Es esencial que este entendimiento se reafirme en los planes y presupuestos de cada uno de los sectores involucrados.
Relaciones basadas en la integración	Definición de una nueva política o programa en conjunto con otros sectores. Además de la ejecución o aplicación de políticas conjuntas, se quiere formulación y financiamiento conjuntos sobre la base de un objetivo social común.

Fuente: OPS, 2015

Existen alianzas y convenios con otras instituciones, como Comisaría de Familia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Policía, Universidades, Secretaría de Educación, Gobierno de Nariño, Fiscalía, Unidad de Reacción Inmediata (URI), Instituto Departamental de Salud, entre otras. A pesar de ello, la comprensión de la necesidad de actuar de forma intersectorial ha requerido de un trabajo gradual que se continúa fortaleciendo: ***“Por ejemplo, Educación era un poco distante con nosotros porque se pensaba que el problema era más de salud, pero ha ido cambiando el enfoque y ahora tenemos una buena articulación” (DAP 05).***

La red de Santiago del Estero realiza acciones intersectoriales como respuesta a las necesidades de la comunidad, pero sin una planificación o seguimiento. Existe un nivel alto de relación de la red de salud con otros actores públicos debido fundamentalmente a dos factores: la proactividad de los actores (directivos, principalmente) y las demandas concretas de la comunidad, que obligan a un trabajo mancomunado entre sectores, si bien, estas acciones son aisladas y desorganizadas. No existe planificación ni seguimiento para promover o ejecutar acciones intersectoriales. Desde las autoridades de más alto nivel, se proveen acuerdos marco para realizar proyectos cooperativos, pero no se planifica ni ejecuta una relación intersectorial.

Existe un gran potencial de integración con otros sectores que no es aprovechado adecuada ni suficientemente, y que tendría un impacto en los determinantes sociales de la salud, y en la posibilidad de obtener recursos adicionales para financiar actividades integradas. También llama la atención que, tanto en el primer como en el segundo nivel de atención, se reconoce la relevancia de estas acciones como parte esencial de la prevención, como lo muestran los siguientes ejemplos:

“En el fondo del barrio hay gente reubicada de villas miserias, hay mala situación de basura, poca recolección, y los vecinos sacan los residuos en días que no pasa la recolección y los perros luego rompen las bolsas. Hay problemas de piel en los

niños. Se habló con la municipalidad para que mejore la recolección y con los vecinos para que mejoren conductas” (DAP 04).

“El nivel de accidentes (que para el Hospital es muy importante ya que gran parte de la urgencia se debe a accidentes de motos) está íntimamente relacionado al sistema de prevención de accidentes” (DSNA 02).

c)

Relaciones basadas en la **coordinación**: en México, la red del IMSS-Prospera tiene convenios con otras instituciones de salud, como los Servicios Estatales de Salud para referir pacientes, con el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (Seguro Popular de Salud, en Veracruz) para que realice la compensación económica a favor del IMSS por la prestación de servicios dentro de instalaciones de la red a sus afiliados. ***“[existen acuerdos intersectoriales] (...) con el sector salud con otras instituciones médicas, principalmente con la Secretaría de Salud. También con las autoridades locales, comités estatales de salud, convenios con IVEA (Instituto Veracruzano de Educación de los Adultos)” (DNE 02).***

Asimismo, la red tiene un componente de acción comunitaria que involucra a las autoridades municipales y al programa de Desarrollo Integral de la Familia (DIF): ***“Con el DIF también se participa en la atención de pacientes, principalmente en el envío de pacientes a otras unidades de salud (...)” (DSNA 01).***

A través de convenios con la Secretaría de Desarrollo Social y la Comisión para el desarrollo de los Pueblos Indígenas, se asignaron recursos de programas federales orientados a mejorar determinantes sociales de la salud, para la renovación y mejora de unidades médicas.

d)

Relaciones basadas en la **integración**: en este nivel se encuentran los convenios de la Red del IMSS-Prospera con instituciones educativas para que estudiantes de los últimos años de medicina y enfermería realicen servicio social en los establecimientos de la red.

8. Rendición de cuentas

La rendición de cuentas se refiere a la responsabilidad que las personas u organizaciones tienen ante sus decisiones o acciones (Brinkerhoff, 2003). En este capítulo, nos centraremos en la rendición de cuentas en materia de recursos financieros y de desempeño en las redes estudiadas, y ante quiénes se realiza esta rendición de cuentas ([Ver capítulo 9](#)).

En la Red de Santiago del Estero, la mayoría de los entrevistados del PNA respondió que rinden cuentas principalmente sobre metas alcanzadas y no tanto sobre recursos utilizados. Una razón para ello es que el PNA no cuenta con presupuesto propio; el Ministerio Provincial financia recursos humanos, mantenimiento edilicio, insumos y, ocasionalmente, equipamiento médico básico. Los recursos financieros que percibe son escasos, provienen del Ministerio de Salud de la Nación, y se encuentran asociados a su productividad. En el PNA, se percibe al Ministerio de Salud de la Nación, y a los programas nacionales (por ejemplo, SUMAR, Redes) como las instancias y tribunales de control de cuentas. Una muestra de ello es la siguiente respuesta: ***“Cuatrimestralmente, se rinde cuentas ante el Ministerio de Salud de la Nación (Unidad ejecutora central del Programa Redes) y ante el BID” (DP 01)***. El segundo nivel de atención realiza su rendición de cuentas ante el tribunal de cuentas en primera instancia (por el presupuesto recibido) y en segunda instancia, al Plan SUMAR.

En Brasil, los municipios deben realizar audiencias públicas para presentación y discusión de planos e informes de gestión. Asimismo, estos deben encontrarse en los sistemas de acceso público a la información del SUS: el Sistema de Apoyo a los Informes Anuales de Gestión (SARGSUS, por sus siglas en portugués), y el Sistema de Información sobre el Presupuesto Público y Salud (SIOPS, por sus siglas en portugués) (Ministerio do Planejamento, 2015). Estos documentos también son utilizados por los tribunales de cuentas del Estado y de la Unión, y por los equipos del Sistema Nacional de Auditoría en las acciones de fiscalización y auditoría de los sistemas municipales de salud.

En la red de Fortaleza, en el momento del presente estudio, la gestión del PNA se encontraba discutiendo el desarrollo de un Tablero de Control constituido por un conjunto de indicadores elaborados a partir de las bases de datos

de las unidades de atención primaria para el seguimiento y evaluación por la Secretaría Municipal de Salud; no se mencionaron otro tipo de mecanismos de rendición de cuentas específicos para la red temática. El Centro ambulatorio de Especialidades, al estar bajo la gestión municipal, relató que realiza rendición de cuentas ante los Consejos Local y Regional de Salud, además de los mecanismos establecidos por el Ministerio de Salud. Los entrevistados en los hospitales, refirieron que rinden cuentas en diferentes niveles: el Hospital Universitario, presenta indicadores relacionados con la red a la Secretaría Municipal de Salud, mientras que el Centro Integrado de Diabetes e Hipertensión, lo hace ante la Secretaría Estatal de Salud de Ceará. Finalmente, el Hospital General de Fortaleza no refirió el mecanismo de rendición de cuentas.

En Colombia, la ley 1474 y otras normas de transparencia establecen que la rendición de cuentas de las instituciones públicas se debe llevar a cabo al menos una vez al año. ESE Pasto Salud realiza este proceso mediante un plan estratégico que plasma la participación ciudadana como uno de sus pilares. La rendición de cuentas se hace en reuniones zonales, audiencias públicas, entrevistas directas, y otras estrategias de socialización de la información (ESE Pasto Salud, 2015). Desde 2012, se invita una vez al año a grupos de interés como trabajadores, universidades, comunidad, usuarios y su familia, la junta directiva, los proveedores, el Concejo Municipal, entre otros. La rendición de cuentas se hace sobre los compromisos asumidos por la ESE sobre los 4 objetivos estratégicos: información y talento humano, mejora de procesos, satisfacción del usuario y financiero.

Finalmente, en México, por tratarse de un programa federal, la Red del IMSS-Prospera debe respetar la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Esto implica hacer pública la información respectiva en el Portal de Obligaciones de Transparencia del IMSS.

A nivel operativo, la rendición de cuentas sobre el avance mensual en las metas se realiza desde la UMR hacia el nivel zonal. De ahí, escala progresivamente al nivel delegacional y al nivel nacional. ***“(...) Como el programa es parte del IMSS, todo está normado según sus lineamientos para todas las áreas. Se rinde cuentas a la Delegación y al órgano interno de control, a la Unidad de Evaluación de Delegaciones, al Gerente delegacional, quien depende del área***

de prestaciones médicas. En el nivel central, a los directivos por áreas; a la SSA y a los comités estatales. Las reglas de operación son los documentos normativos” (DNE 03).

Por otra parte, la Secretaría de la Función Pública y el Órgano Estatal de Control, deben vigilar que los AC realicen las acciones que tienen encomendadas para garantizar por esa vía que se respete a los usuarios. ***“Todo el programa [RISS] rinde cuentas a la Secretaría de Hacienda (...) Al hospital le llega la información de nivel central por medio de ‘circulares’. La información baja en cascada, a través del gestor, vía correo electrónico o vía las circulares. Las Reglas de Operación organizan la vida del hospital, en ellas están plasmadas las obligaciones del personal de salud, cómo deben organizarse y a quién le corresponde hacer las acciones. El hospital rinde cuentas por metas alcanzadas, hay indicadores de certificación, acreditación y de calidad que se reportan a diferentes instituciones; en primera instancia, al supervisor zonal; ellos, al delegacional, y de allí a nivel federal. De nivel central las evalúan cada mes aproximadamente. Llevan un formato y revisan que estén trabajando bien (...)” (ESNA 01).***

En las redes estudiadas la mayoría de los entrevistados logró identificar y describir el proceso por el que se realiza la rendición de cuentas. De acuerdo con lo encontrado, esta es predominantemente sobre recursos financieros mediante mecanismos bien establecidos, en su mayoría, hacia otros órganos de gobierno superiores. En algunos casos, se considera la rendición de cuentas hacia la sociedad y los usuarios mediante la publicación de informes, memorias o, incluso, datos asistenciales y financieros. La rendición de cuentas en términos de metas de prestación e indicadores de desempeño y calidad está poco desarrollada ([Ver capítulo 9](#)).

9. Conclusiones

En los modelos de gobernanza en las redes estudiadas predominan los mecanismos verticales y jerárquicos, cuentan con figuras (que pueden ser instituciones, niveles de gestión, etc.) que tienen el liderazgo y el poder de toma de decisiones. Estas instituciones, y su papel dentro de la red, fueron bien identificados por los entrevistados. En el caso de las redes que ya cuentan con un nivel mayor de desarrollo, como la del IMSS-Prospera, de México y la red Norte de Pasto Salud ESE, en Colombia, es algo que parece favorecer el desarrollo de procesos unificados en todos los nodos de la red, especialmente a nivel operativo (por ejemplo, las unidades de atención primaria tienen la misma mecánica de operación, o muy similar). El reto consiste en lograr que sean atendidas las necesidades específicas de cada una de las comunidades a las que sirven estas redes. Es decir, lograr un mecanismo equitativo, pero que otorgue un cierto nivel de flexibilidad local. En las redes que se encuentran en una fase inicial de implementación, se requiere que se socialice entre los actores de la red el modelo de gobernanza, específicamente, quién se encuentra a cargo de qué, y bajo qué reglas opera la red, con la finalidad de mejorar la coordinación entre los niveles de atención y los establecimientos de salud.

Con relación al componente comunitario de las RISS analizadas, tres de las cuatro redes tenían mecanismos formales para la participación ciudadana en el momento del estudio. Si bien, solo en una red se mencionó un ejemplo claro en el que la participación ciudadana influyó en la toma de decisiones. El reto es lograr que estos mecanismos tengan un vínculo claro y visible en la toma de decisiones, y que se encuentren socializados adecuadamente entre la población objetivo de la red.

Dado que una de las características principales de la APS es centrar su atención en el individuo y la comunidad, resulta necesario que las RISS proporcionen espacios efectivos para la participación ciudadana representativa, y que estos mecanismos permitan que la población se involucre en la toma de decisiones.

En cuanto a las acciones de colaboración con la comunidad, las redes de Pasto, Fortaleza y México cuentan con distintos actores comunitarios con una función específica y con una clara relación con otros actores de la red

(por ejemplo, directivos, profesionales de la salud, etc.). El reto es que estas relaciones sean efectivas y sostenibles. En las redes que se encontraban en una fase inicial durante el estudio, los componentes de comunicación y colaboración con la comunidad existían, pero aún requerían de una estrategia que estuviera en coordinación con diferentes nodos de la red. Asimismo, llama la atención que no se utilicen medios digitales de comunicación o redes sociales, considerando que tres de las cuatro redes se encuentran en áreas urbanas (Pasto, Fortaleza, Santiago del Estero), y el grado de penetración de telefonía móvil que existe en la región. Es decir, el reto es identificar una estrategia de comunicación para la red que sea efectiva y llegue a la población objetivo.

Las relaciones del sector salud con otros sectores públicos se encontraban en distintas etapas en el momento del estudio. Cabe resaltar que en todas las redes se identifica la acción intersectorial como relevante, se entiende la necesidad de interactuar con otros sectores y se han dado pasos hacia la intersectorialidad. Para los actores de la red, está clara la influencia de los determinantes sociales en la salud de su población. Esta es una buena práctica que se debe promover y facilitar. El principal reto consiste en lograr llevar las relaciones intersectoriales hasta el grado de integración real, es decir, la planificación, financiación y ejecución de políticas públicas conjuntas con un objetivo social común.

En las redes analizadas, los mecanismos de rendición de cuentas respecto de los recursos financieros se encuentran bien definidos, y los actores de la red conocen el proceso y las instancias ante las que se rinden cuentas en esta materia. En tres de las cuatro redes analizadas esta información es pública, si bien, se socializa con los grupos de interés de manera distinta y en grados diferentes.

Tres de las cuatro redes estudiadas rinden cuentas del logro de indicadores de desempeño o metas alcanzadas; sin embargo, este ámbito se encuentra poco desarrollado y requiere de fortalecimiento e inclusión de aspectos como calidad de la atención. En este sentido, los principales retos enfrentados por las redes analizadas son, en primer lugar, la implementación de un sistema efectivo y permanente de rendición de cuentas de las metas de prestación e indicadores de desempeño y calidad, que permitan detectar si la red está cumpliendo su función

adecuadamente y qué aspectos pueden mejorar para cumplir los objetivos para los que fue creada. En segundo lugar, analizar (no solo recopilar) la información reportada con la finalidad de detectar casos de éxito, brechas y oportunidades de mejora. Un uso adecuado de esta información tiene implicaciones importantes a nivel operativo y en la calidad de la atención. Finalmente, mejorar el proceso de comunicación (difusión, socialización y gestión del cambio) en esta materia entre gestores, personal administrativo y operativo de los distintos niveles y nodos que conforman la red.



Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

Registro Nominal de Vacunación para Niños y Niñas



CAPÍTULO 5.

FINANCIAMIENTO DE LA RED



CAPÍTULO 5.

FINANCIAMIENTO DE LA RED

Tania Marín, Diana Pinto, Miguel Ángel Máñez

1. Introducción

Las características de la financiación de una red de salud basada en la APS tienen consecuencias importantes sobre la eficiencia y calidad de los procesos de atención y, por ende, sobre los resultados en salud (Kringos, 2010; OMS, 2010; Smith, 2016). Diversos estudios han encontrado relación entre el diseño del sistema de financiamiento y el acceso, la eficiencia, el logro de objetivos instrumentales para mejorar la salud, la provisión y uso equitativo de servicios, las mejoras a la transparencia y rendición de cuentas y la calidad de los servicios. (Hebrang et al., 2003; Bhat et al., 2005; Kutzin, 2013).

Las características generales del modelo de financiamiento de los sistemas de salud de cada país y su relación con la cobertura y el acceso a los servicios de salud de la población se analizan en el capítulo 3 de este estudio, en el que se analiza el contexto. El financiamiento a nivel “macro” determina cómo se estructuran los flujos de recursos para cada red. Este capítulo, en cambio, dirige la mirada hacia la forma en que fluyen estos recursos del nivel “macro” hacia la red y los mecanismos para su asignación. Dentro de los elementos más efectivos para que el flujo de recursos conduzca a la eficiencia global de la red se encuentran: la conformación y elaboración del presupuesto partiendo de objetivos globales, la flexibilidad en la movilidad de los recursos dentro de la red y la transferencia de la capacidad de compra a las unidades operativas (OPS, 2007). Además, los mecanismos para la asignación de recursos e incentivos deben fomentar la coordinación entre proveedores de servicios, la atención del usuario en el lugar más apropiado dentro de la red asistencial y con un nivel de calidad óptimo y el impulso de acciones de prevención y promoción de salud.

2. El flujo de los recursos hacia la Red

La orientación hacia la APS requiere hacer énfasis en la inversión en el PNA (Kringos, 2013a). Durante mucho tiempo se pensaba, erróneamente, que el primer nivel se reduce a servicios básicos, debido a que no se utilizan tecnologías tan costosas como en otros niveles de atención, lo que ha resultado en que, de manera equivocada, se considere que la APS requiere menores recursos. El PNA tiene el potencial de resolver la gran mayoría de los problemas de salud de población, mientras que el segundo y el tercer nivel de atención tienen una resolutiveidad muy limitada en términos poblacionales. En América Latina, existen ejemplos de países (Costa Rica, Brasil) que han mejorado sus resultados en salud y ampliado su cobertura sanitaria a raíz de la implementación de programas de APS (Guanais y Macinko, 2009; Pesec et al., 2017).

Debido a los costos de las nuevas tecnologías en salud y al cambio en el perfil epidemiológico, la medicina especializada y sub-especializada requieren mayores recursos, que frecuentemente se asignan a expensas de la APS. En los países del estudio, el segundo nivel de atención recibe un alto porcentaje del gasto público. Únicamente en Colombia se detectó una asignación expresa sobre el porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación que debe corresponder al gasto en el primer nivel y en acciones de promoción y prevención. En Argentina, con la información disponible, no se logró establecer cuál era el porcentaje que las provincias asignaron a los distintos niveles de atención.

Las tablas 5.1 y 5.2, a continuación, muestran cómo se ha establecido la distribución del gasto público en el primer nivel (atención primaria) y en el segundo nivel (atención hospitalaria) en cada uno de los países estudiados, según criterios normativos.

**TABLA
5.1.****Porcentaje del gasto público destinado al primer nivel de atención**

País	Porcentaje	Fuente/ ¿Cómo se asigna?
Argentina	No se aplica	No fue posible establecer un porcentaje pues las fuentes de financiamiento no tienen necesariamente el mismo origen.
Brasil	Alrededor del 16%	SIOPS. Determinado por Ley
Colombia	30-55% del gasto en salud de la UPC	El porcentaje de inversión destinado al PNA, se basa en la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que es el valor per cápita que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a cada EPS por la organización y garantía de la prestación de todos los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, sin distinción o segmentación alguna por niveles de complejidad o tecnologías específicas. El Ministerio de Salud emitió normas para la distribución del gasto (Circular 0057, de 2007) sugiriendo los porcentajes aquí consignados.
México	23.70%	Dirección General de Información en Salud. Boletín Estadístico 33 (2013). Recursos Financieros. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/publicaciones/p_bie.html

**TABLA
5.2.****Porcentaje del gasto público en el segundo nivel de atención**

País	Porcentaje	Fuente/ ¿Cómo se asigna?
Argentina	No se aplica	No fue posible establecer un porcentaje pues las fuentes de financiamiento no tienen necesariamente el mismo origen.
Brasil	63%	SIOPS (2013-2014). Determinado por Ley.
Colombia	Segundo nivel: 15-35% del gasto en salud Tercer nivel: 35-55% del gasto en salud	Los porcentajes del gasto en salud de la UPC para cada uno de los niveles de complejidad de servicios fueron establecidos por el Ministerio de Salud con la normativa de la Circular externa 0053, de 2007.
México	60.10%	Dirección General de Información en Salud. Boletín Estadístico 33 (2013). Recursos Financieros.

A continuación, se describe la forma en que se distribuyen los recursos hacia cada una de las redes analizadas:

En Argentina, el primer nivel recibe recursos mixtos: por un lado, percibe un monto fijo calculado conforme a las demandas históricas del Ministerio de Salud Provincial para el pago de recursos humanos, insumos, medicamentos, operación y mantenimiento de los establecimientos de salud y capacitación. Por otro lado, programas nacionales como Sumar y Remediar, otorgan financiamiento basado en los resultados de las provincias. Resulta interesante que estos programas siempre fueron mencionados en primer lugar por los directores de unidades de PNA al

preguntarles sobre las fuentes de financiamiento para este nivel de atención. El SNA recibe un presupuesto basado en cifras históricas del Ministerio de Salud provincial, que se percibe como inflexible: ***“En un Hospital como este, prever el gasto es muy difícil”, “La reparación de un equipo de hemodinamia se comió la mitad del presupuesto” y con desventajas, como la dificultad de atraer recursos humanos especializados “(...) más escaso, más caro”*** (DSNA 02).

En Brasil, existe un alto grado de descentralización en el manejo del gasto sanitario. Las discusiones sobre recursos necesarios en el PNA son encabezadas por la Secretaría Municipal de Salud. El PNA es financiado con recursos municipales y

transferencias federales per cápita del Ministerio de Salud específicos para la atención primaria. Además, la atención primaria cuenta con transferencias estatales con criterios distintos entre los Estados, pudiendo recibir incentivos federales por proyectos específicos como Salud de la Familia, Programa de Agentes Comunitarios de Salud y, en el momento del estudio, el Programa *Mais Médicos*. En 2019 este último está siendo reformulado; ha pasado a denominarse *Médicos pelo Brasil* y, en lugar de que los municipios reciban transferencias para el pago del salario del médico, el Ministerio de Salud lo contratará directamente. Las unidades de referencia estatales y federales tienen una asignación presupuestaria propia. Los hospitales de la red reciben financiamiento proveniente del nivel de gestión al que pertenecen (municipal, estatal o federal) y, además, reciben transferencias del Ministerio de Salud de acuerdo con la producción. Sin embargo, no cuentan con presupuesto destinado al desarrollo del trabajo en red.

○ En Colombia, las unidades del PNA se financian tanto por contratos de capitación como por venta de servicios, es decir, por evento o por procedimiento (ESE Pasto Salud, 2013). Los hospitales se financian en su totalidad por venta de servicios. Si bien, se percibe el nivel hospitalario como el gran consumidor de recursos: ***“Las actividades del primer nivel de complejidad tienen los menores costos de la prestación del servicio; la mayor parte de los recursos del financiamiento del sistema de salud se van a los niveles altos de complejidad, a los grandes hospitales”*** (DPNA 03).

○ En México, el programa IMSS-Prospera, recibe financiamiento federal a través de un subsidio total (en 2014, el 90% de los recursos para la red provenía del subsidio federal) y por transferencia de recursos del Seguro Popular de Salud, para atender a sus afiliados. No obstante, de acuerdo con los entrevistados, los mecanismos de transferencia de recursos del Seguro Popular al IMSS-Prospera por los servicios prestados a sus afiliados aún representan un reto para la red, pues resultan incipientes e insuficientes, afectando al propio

financiamiento de la red. El flujo de requerimiento para la asignación de presupuesto se realiza según las necesidades históricas del radio de acción poblacional de la UMR o del HR, hacia el nivel estatal y, después, hacia el nacional (IMSS, 2015).

3. Financiamiento de la atención a la comunidad y las necesidades sociales

La atención centrada en la persona y en la comunidad es uno de los atributos esenciales de la atención primaria de salud. Requiere la integración y colaboración entre diferentes sectores, siendo congruente con las necesidades de la población de la red. Es decir, se debe involucrar a servicios de asistencia social, promotores y agentes comunitarios de salud, y a la propia comunidad. La evidencia demuestra que la APS obtiene mejores resultados cuando la atención también considera las características de la comunidad en la que viven los usuarios. (Akhavan, 2015; Davy et al., 2015; Di Cesare et al., 2015; Chetty et al., 2016).

A pesar de ello, y de que el modelo de atención comunitaria es culturalmente aceptado y socialmente demandado en Latinoamérica (González et al., 2016; King et al., 2015; Rubio-Valera et al., 2013), y de que los usuarios le otorgan un gran valor (Mosquera et al., 2013; Rodríguez-Villamizar et al., 2012), en las redes estudiadas no se encuentra un rubro específico determinado para este tipo de actividades. Su financiación proviene de fuentes externas, cuando las hay, lo que reflejaría, en parte, por qué hay tan pocas iniciativas de actividades multidisciplinarias o, incluso, de comunicación e inclusión social en las redes.

De hecho, Brasil es el único país del estudio que cuenta con recursos municipales y subsidios específicos y que, además, cuenta con una política nacional para la asignación de recursos específicos del gobierno federal provenientes de programas sociales como el Programa de Agentes Comunitarios de Salud. En el resto de las redes analizadas, no se considera el gasto en este tipo de servicios, a veces, incluso, por política nacional. En México, la prioridad es la prestación de servicios en las unidades de salud y sólo en caso de disponibilidad presupuestal es posible la asignación de recursos para apoyar las acciones de la red comunitaria. En Argentina, en algunos casos se financia a través de Programas

Nacionales, o el Programa de Médicos Comunitarios; sin embargo, esto sólo financia a los agentes sanitarios, es decir, no existe un subsidio o partida presupuestal específica para estas necesidades. En Colombia, según la Resolución 5521, del año 2013, los recursos del Sistema General de Participaciones y los recursos destinados por rentas cedidas, de ninguna manera se podrán destinar a la atención social, lo que, por ende, significa que la atención social en el país no existe y se deben buscar recursos en otras fuentes que no sean salud. Los servicios de atención comunitaria se financian con recursos de la prestación de servicios.

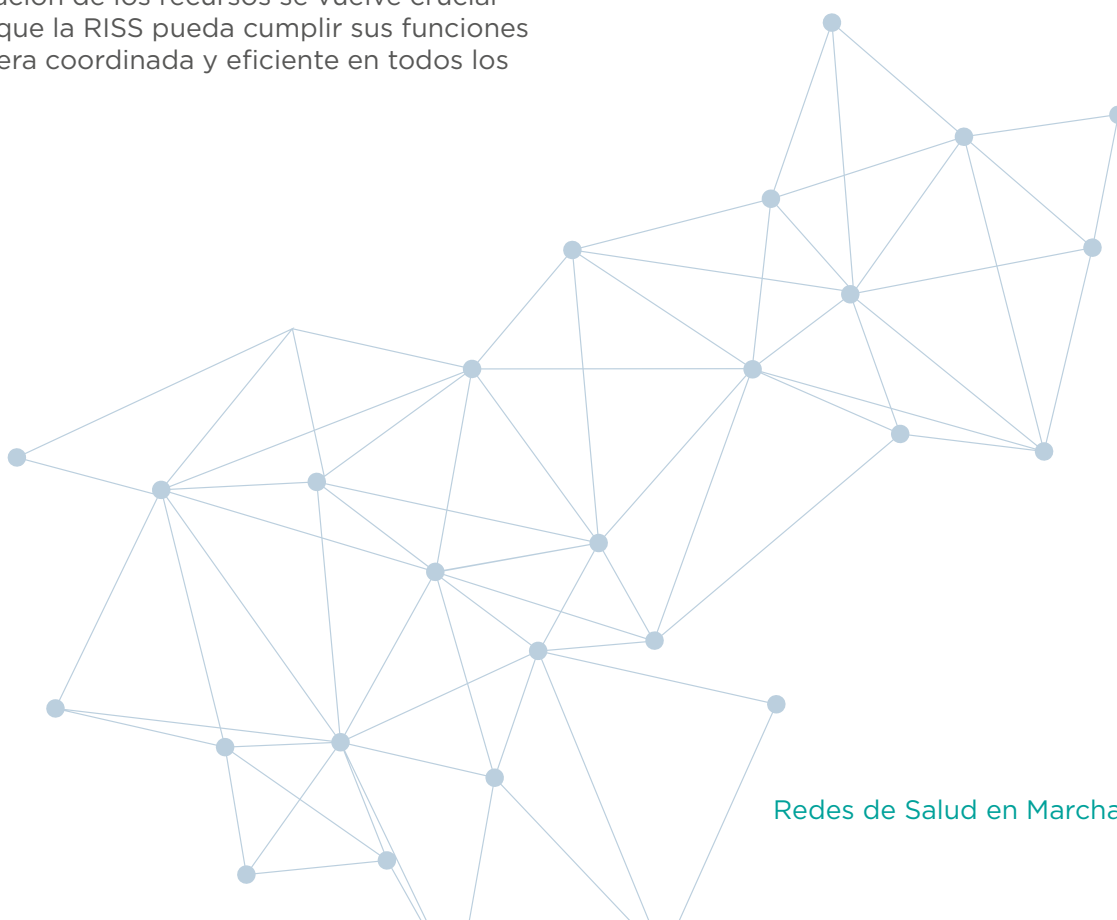
4. La definición del presupuesto para las RISS y su relación con objetivos y metas

Además de contar con niveles adecuados de recursos, para que la APS pueda cumplir con sus funciones y alcanzar su potencial de resolver la mayor parte de los problemas de salud de la población, debe contar con planeación y asignación de recursos congruentes con las necesidades existentes. Asimismo, se debe tomar en cuenta que las condiciones sociales de usuarios, comunidades y profesionales que trabajan en la red, son dinámicas y no estáticas, y se ven afectadas por factores externos. Así, una adecuada planificación de los recursos se vuelve crucial para el que la RISS pueda cumplir sus funciones de manera coordinada y eficiente en todos los niveles.

En las RISS estudiadas, se encontraron dos patrones relacionados con el presupuesto y los objetivos y metas a alcanzar por la red:

- a) Ausencia de congruencia entre la asignación de presupuesto y las metas y objetivos de la red: esta situación fue más común en redes que aún se encuentran en una fase inicial y en contextos en los que anteriormente no se trabajaba en red. Por lo tanto, al no haber este antecedente, no existe una administración ni operativa ni financiera para la red, y se intentan gestionar recursos para resolver situaciones puntuales, sin tener una visión integral o de desarrollo de Red.
- b) Asignación del presupuesto de acuerdo con las metas institucionales: en este caso, las metas se encuentran definidas en Planes Operativos o Políticas Nacionales de Salud, y la definición del presupuesto para la red se realiza tomando en cuenta el histórico, la cobertura, las actividades realizadas para los objetivos propuestos.

La tabla 5.3 detalla la relación que existe entre la definición del presupuesto y su congruencia con objetivos y metas de cada una de las redes estudiadas.



**TABLA
5.3.**

Financiamiento de las redes según sus metas y objetivos

Congruencia entre recursos y metas de la Red	Red	Comentario
No congruente	Santiago del Estero, Argentina	La Red no cuenta con presupuesto propio, dado que no se administra como tal, ni financiera ni operativamente.
	Fortaleza, Brasil	Únicamente se solicitó presupuesto para mejorar estructura física y tecnológica de 30 unidades incluidas en la red (el presupuesto provenía del Programa federal de Aceleración del Crecimiento).
Congruente con metas institucionales	Red Pasto, Colombia	La definición del presupuesto en la red se realiza teniendo en cuenta los históricos de contratación, el portafolio de servicios y las metas e indicadores que se definen en los planes operativos anuales (POA).
	IMSS-Prospera, México	La Unidad del Programa elabora anualmente un anteproyecto de presupuesto para cumplir objetivos de la Política Nacional de Salud, establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Sectorial de Salud. Dicho documento, es aprobado por la Cámara de Diputados y se programan las ministraciones a las Delegaciones de Salud en función de la cobertura y la actividad de cada Estado. Hasta noviembre de 2019, el Gobierno Federal no había realizado modificaciones al financiamiento de IMSS-Prospera. La desaparición del Seguro Popular y la creación del Instituto de Salud y Bienestar todavía no habían modificado las Reglas de Operación para la atención a la población atendida por IMSS Prospera, que estaba parcialmente financiada por el Seguro Popular.

5. Estimaciones de costo por población y ajuste por riesgo

Una RISS tiene una población bien definida y debe tener identificados el perfil socio-sanitario y los determinantes sociales que impactan la salud de esta población. La estimación del costo de la red debería basarse en la información poblacional y ajustarse por el riesgo que esta presenta. Esto permitiría asignar recursos de una forma más equitativa y responder adecuadamente a las necesidades de la población. En la estimación de costo de las RISS analizadas se encontraron dos patrones (Tabla 5.4):

- a) La estimación del costo del financiamiento no se basa en la información poblacional. En estos casos, se utiliza un monto histórico ajustado anualmente por parámetros que no se encuentran bien explicitados, como producción, disponibilidad de recursos, decisión política y ajuste por inflación. En otros casos, el presupuesto se encuentra definido por parámetros legislativos. Este es el caso de Argentina.

- b) La estimación se realiza con base poblacional, servicios prestados, perfil social y epidemiológico de cada red. Sin embargo, no siempre se articula bien con las necesidades específicas de la Red: *“(...) El presupuesto anual no tiene lógica, cada año se le otorga al programa (RISS) un poco más pero no está basado en la cantidad de población que atiende. Debido a esto, la infraestructura no es adecuada y resulta insuficiente; el 89% es gasto corriente” (DSNA 04).*

**TABLA
5.4.**

Presupuestación que se basa en información poblacional y de riesgo

Estimación del presupuesto con información poblacional y ajustado por riesgo	Red	Comentario
No articulado	Santiago del Estero, Argentina	Se asigna un monto histórico ajustado anualmente según variables no necesariamente explicitadas y que están vinculadas a la producción, la disponibilidad de recursos, la decisión política y el ajuste por inflación.
Articulado con información poblacional	Fortaleza, Brasil	El financiamiento del SUS está establecido en la legislación observada por los 3 niveles de gobierno. La APS cuenta con dos transferencias de recursos federales: la fija y la variable, la cual se asigna conforme a características poblacionales, epidemiológicas y de servicios de salud ofrecidos.
	Red Pasto, Colombia	La distribución del presupuesto de la ESE Pasto Salud se realiza de acuerdo con la población asignada, el perfil epidemiológico, los servicios prestados por cada una de las redes y las necesidades detectadas, sin que se organice un presupuesto para cada red.
	IMSS-Prospera, México	La estimación del presupuesto se realiza con base en el número de población que atiende cada UMR y el hospital, y se divide entre el tipo y número de padecimientos según los grupos prioritarios. Sin embargo, de acuerdo con los entrevistados, éste no necesariamente corresponde a las necesidades de la red.

Fuente: elaboración propia

6. Consulta sobre necesidades para la definición del presupuesto

En las entrevistas y grupos focales, se preguntó a personal de salud de unidades de primer y segundo nivel de atención, a gerentes de unidades y a algunos directivos estatales y nacionales si se solicitaban sus aportes durante la definición del presupuesto. Por su posición, varios mantienen contacto con los profesionales de la gestión y de la atención directa a la población usuaria, lo que los convierte en informantes clave sobre las necesidades de recursos. Además, muchos de ellos están familiarizados con la rutina operativa y administrativa, lo cual, potencialmente, facilita la identificación de prioridades. Las respuestas de las entrevistas dejan ver que la consulta a los responsables de los establecimientos de salud no necesariamente se vincula a una asignación de recursos para las necesidades expresadas. Esto se debe a varios motivos:

1. No existe un mecanismo formal para la participación del personal responsable de los establecimientos de salud en el proceso de presupuestación.

En un extremo de este espectro se encuentra la red de Fortaleza, en donde la mayoría de los entrevistados respondió que no fueron consultados sobre la necesidad de recursos; otros relataron haber sido consultados únicamente al inicio de la gestión. Por otra parte, en Santiago del Estero, el 75% de los informantes responsables de los centros de PNA declararon que fueron consultados respecto a sus necesidades materiales y de recursos humanos. Dado que el PNA no cuenta con un presupuesto asignado, se percibe que la consulta y expresión de necesidades sólo es un gesto simbólico, pues no hay un mecanismo para articular dichas necesidades con asignación de presupuesto, lo cual da lugar a situaciones como la siguiente: ***“Tenemos un odontólogo y no hay consultorio; el odontólogo se va con el paciente, las fichas y un administrativo a un centro aledaño (...) Esto desgasta mucho al profesional” (DAP 05).***

En el SNA no se les consulta para la definición del presupuesto y los directores de hospital relatan una carencia entre el relevamiento ordenado de la información y así como falta de planificación y control financiero.

2. Únicamente las necesidades de insumos o equipamiento médico son atendidas.

En la Red Norte de la ESE Pasto Salud, Colombia, para la ejecución presupuestal se cuenta con un plan de compras anual; el personal de salud es consultado sobre los recursos necesarios en la prestación de servicios; las necesidades se reportan en almacén y es un proceso abierto, sujeto a los requerimientos de materiales e insumos de los profesionales.

3. La red carece de autonomía para disponer de los recursos conforme a sus necesidades y el presupuesto viene asignado de forma central.

En la red del IMSS-Prospera, parte del presupuesto requiere ser aprobado por la Cámara de Diputados y su administración está centralizada a nivel delegacional, lo que en ocasiones provoca desajustes, dado que la red carece de poder de decisión presupuestario, salvo en lo relativo a la gestión diaria. ***“Los recursos son administrados por el IMSS- Régimen Ordinario, provienen del Ramo 19 y 12, de nivel federal. Llega a nivel delegacional, etiquetado para medicamentos, viáticos, infraestructura y capacitación. Se basa en el histórico, se pueden transferir recursos para gastos entre rubros” (DNF 01).***

7. Incentivos económicos para el trabajo en red

Las redes de salud deben contar con incentivos que fomenten el cumplimiento de las metas de la red, la integración de los diferentes actores y niveles de la red, y la prestación de servicios en el lugar más adecuado y costo-efectivo para las necesidades de los usuarios (OPS, 2007). Asimismo, se ha documentado que los incentivos adecuados estimulan la colaboración, participación y compromiso de los profesionales para la integración de la red (Suter et al., 2009).

Llama la atención, que las redes de Brasil, Colombia y México no cuentan con políticas explícitas de incentivos para el trabajo en red, siendo esta un área de oportunidad para estas redes, pues no se reportó ningún incentivo que fomentara la coordinación entre distintos niveles de atención o el trabajo en red.

La red de Santiago del Estero es un caso particular, pues participa en el Programa REDES, el cual cuenta con incentivos que promueven el trabajo en red, a partir de proyectos jurisdiccionales elaborados por las provincias y basados en su diagnóstico situacional. Los incentivos financieros se otorgan según cumplimiento de metas para un conjunto de indicadores de trabajo en red seleccionados por las provincias (Cuadro 5.1). Las metas de la red están dirigidas a mejorar la atención a la población y la mejora de procesos en la gestión clínica (por ejemplo, establecimiento de turnos programados) o sanitaria (por ejemplo, implementación de sistemas de referencia-contrarreferencia) (BID, 2016; Cejas et al., 2016).

CUADRO 5.1.

Programa REDES 2

La segunda fase del programa REDES busca un mayor apoyo a la Estrategia de Atención Primaria de Salud y la consolidación de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Para esta fase del Programa se cuenta con distintos incentivos para el trabajo en red:

- Potenciar la coordinación operativa entre REDES, el Programa SUMAR y el Instituto Nacional del Cáncer (es decir, entre distintos niveles de atención).
- Incluir entre las metas de logro de procesos que las jurisdicciones nominalicen, clasifiquen y sigan a la población que tienen a su cargo de una manera sistemática y con calidad.
- Realizar un piloto de modalidad operativa basada en la acreditación de centros de atención primaria considerando la calidad de la atención y la operación integrada con otros niveles de atención y servicios de salud.

No obstante, en Santiago del Estero los entrevistados no manifestaron conocimiento de los incentivos del programa Redes y, de acuerdo con los relatos de las entrevistas, los únicos incentivos existentes para el trabajo coordinado en red son las capacitaciones del Programa REDES. Es decir, los incentivos para el trabajo en red se encuentran ligados a programas federales como REDES y Sumar, pero los actores involucrados no necesariamente los perciben como tales.

Para los funcionarios de la Red Norte de la ESE Pasto Salud, no existió claridad sobre la orientación de los incentivos existentes (basados en desempeño individual) hacia el fomento de la coordinación entre proveedores, centros o profesionales, pues se espera que manifestaciones o felicitaciones verbales o escritas motiven a trabajar de manera coordinada entre los diferentes actores y profesionales de la red.

En el caso de México, dado que toda la reglamentación proviene del IMSS a nivel federal, no existen incentivos asociados con el cumplimiento de objetivos del programa o el fomento del trabajo coordinado en red: ***“En el hospital no hay incentivos propios, los que existen provienen de la institución, por ejemplo, por llegar puntualmente a su trabajo. Tiene premios a médicos y enfermeras por buen desempeño. Anualmente hay un premio al mérito de la enfermera de 5,000 pesos; para ganárselo se deben cumplir varios requisitos, el central es tratar bien a los pacientes, con calidad” (ESNA 01).***

Finalmente, en Brasil, no existe ningún incentivo enfocado en el desarrollo del trabajo en red. Sin embargo, un gestor refiere que ***“se inició la discusión sobre la creación de incentivos de apoyo al trabajo en red y se está pensando en el uso de incentivos para los equipos de salud que alcancen los indicadores propuestos” (DNC 05).***

Tomando en consideración el contexto actual en el que se insertan las redes, resulta difícil contemplar un escenario en el que se logre una verdadera integración y coordinación del trabajo entre los distintos niveles de atención, si no se cuenta con incentivos adecuados que promuevan el cumplimiento de las metas de la red.

8. Conclusiones

Los modelos de financiamiento público en los países analizados se caracterizan por su fragmentación, con diversas fuentes de financiamiento y diferentes formas de recaudación de los recursos. En las redes estudiadas, el flujo de recursos hacia la red se realiza siguiendo esquemas nacionales, en ocasiones con parámetros establecidos en las leyes y reglamentos, o ajustando montos históricos, pero no necesariamente con base en las necesidades detectadas o expresadas por los actores de la red, y sin que se ajuste por riesgo poblacional.

De igual forma, en las cuatro redes analizadas existe una percepción generalizada de que los recursos asignados a la APS no son suficientes y de que el sub-financiamiento es crónico. Se observa un desfase, debido a que el financiamiento no se ha adaptado al modelo de trabajo en red y sigue basado en niveles asistenciales o político-administrativos. Así, el financiamiento de la atención a la comunidad y las necesidades sociales se encuentra desatendido.

No se aprecia financiamiento para la red como tal en los casos analizados dado que el modelo presupuestario se centra en financiar los diversos niveles asistenciales de forma separada. En el caso de redes adscritas a programas federales (como México), si bien existe financiación compartida, la gestión centralizada hace que no se tengan en cuenta las necesidades concretas de la red.

La implementación de políticas de incentivos hacia el trabajo en red es necesaria para la integración y el cumplimiento de metas. Estas políticas deben ser sólidas y claras, y deben tener una difusión adecuada entre los gestores, los distintos niveles de atención y los actores operativos de la red. De esta forma se evita que existan discrepancias o múltiples percepciones al respecto por los distintos actores de la red y se logrará el alcance deseado.



CAPÍTULO 6.

EL MODELO DE GESTIÓN

● CAPÍTULO 6.

EL MODELO DE GESTIÓN

Cintia Cejas, Irene Santilli

1. Introducción

Cuando hablamos de “gestión en salud” hacemos referencia a las habilidades humanas para conducir y organizar los recursos hacia determinados objetivos relacionados con la prestación de mejores servicios sanitarios. Se relaciona con el arte, la construcción, la sincronización de voluntades y la organización de los recursos con el fin de aprovecharlos de la mejor manera posible. Esto implica la existencia de ciertas estrategias, patrones y evidencias, pero al mismo tiempo, cada modelo de gestión adopta características propias determinadas por sus contextos geográficos, culturales e institucionales.

De acuerdo con la OPS (2010), el modelo de gestión de las RISS depende fundamentalmente de su nivel de complejidad (tipo de establecimientos de salud, existencia de centros de referencia, propiedad de los centros, modelo de financiamiento, etc.). Las redes más complejas, generalmente las de mayor tamaño, requieren diseños organizacionales centrados en la delegación del poder de decisión y una mayor coordinación entre las organizaciones participantes.

Siguiendo a Lega (2007), el diseño de las organizaciones integradas debe ser definido de acuerdo con sus necesidades, que vienen determinadas por factores internos y externos a la propia organización. Entre los factores externos, cabe destacar las normas sanitarias, los mecanismos financieros, la competencia, la política sanitaria y las expectativas ciudadanas. Respecto a los factores internos, es necesario tener en cuenta el tamaño de la organización (tanto por el número de trabajadores como por la población atendida), el tipo de servicios que se ofertan y el territorio (para así plantear una concentración de servicios, en el caso de áreas urbanas, o descentralizar la gestión, en el caso de zonas rurales).

Bajo estos postulados, el objetivo de este capítulo es explorar algunos aspectos determinantes del modelo de gestión que llevan adelante las

diversas redes de servicios de salud estudiadas. En este sentido, se analizan los principales mecanismos de organización del recurso humano, las alternativas de motivación e incentivos, la dirección y coordinación, así como los sistemas de apoyo (tales como sistemas de información, logísticos, etc.).

2. Dirección y organización

El concepto de red supone la existencia de organizaciones que conforman la red, entre las cuales se establecen vínculos. Estos vínculos se materializan en estrategias de red, que van desde la propiedad a los acuerdos de coordinación, siguiendo la escala de integración de Ahgren y Axelson (2005). De esta forma se define el modelo organizativo de la red, la estructura de su toma de decisiones, y la supervisión y coordinación de los servicios que se prestan.

Antes de continuar con el análisis organizativo de cada red, es conveniente recordar el papel de las estructuras y modelos de organización con relación a la integración asistencial. Pese a la abundante literatura existente sobre estructuras organizativas en el ámbito de la gestión, la evidencia apunta a que los cambios organizativos no implican una mejor integración asistencial (Burns y Pauly, 2002). Además, en esta misma línea, la integración en los niveles corporativos o directivos (creación de un órgano único de dirección superior de la red, por ejemplo) no tiene relación con la integración en los niveles asistenciales (Kautz et al., 2007).

La estructura de la red de Argentina está compuesta por centros de PNA y dos hospitales generales (con 504 camas). Los centros de primer nivel son propiedad del Ministerio Provincial de Salud, aunque hay algunos que dependen de la Municipalidad de la Capital Provincial. Respecto a los hospitales, estos dependen de la Dirección General de Coordinación de Servicios de Salud llamada también Dirección de Atención Médica, que depende de la Subsecretaría de Salud, que

a su vez depende del Ministerio de Salud. Cada tipo de centro tiene un órgano directivo diferente, pero no existe la figura de director de la red. La dirección de la gestión de las organizaciones incluidas en la red en Argentina cuenta con una escasa participación de profesionales médicos y demás personal de salud. Los espacios formales y sistemáticos de encuentro entre los coordinadores de todos los establecimientos de servicios de salud de la red se limitan a ciertas reuniones de coordinación entre la Dirección de Atención Médica con los responsables de los hospitales de la red y la Dirección de APS con los directores de los UPAs.

En cuanto a la red de Brasil, el proceso de estructuración de la red en Fortaleza es responsabilidad del coordinador de la Política y Organización de la SMS de Fortaleza; además, se cuenta con la participación de otros sectores en un grupo de apoyo a la gestión (**Grupo de Condução**). El coordinador de la red forma parte de la estructura formal de la Secretaría Municipal de Salud y es reconocido por el resto de los gerentes como la estructura responsable de la gestión y organización de la red.

La coordinación incluye otras áreas responsables de la integración entre el PNA y los servicios de mayor complejidad, como son los responsables de la atención primaria, de la atención especializada y del cuidado de condiciones crónicas. Este órgano de coordinación termina asumiendo el papel del diálogo y la integración con los servicios vinculados a otros niveles de gobierno (estatal y federal).

Se trata de una red temática que abarca todo el territorio de Fortaleza, y está centrada en una condición crónica: la diabetes. Existe un órgano de coordinación general y consejos regionales y locales (con funciones de participación), pero está muy fragmentada y no se ha definido un órgano de dirección único y conocido por todas las partes. Además, no existe un punto de encuentro entre coordinadores de servicios participantes, salvo en las unidades de atención primaria.

Por su parte, en la red de Pasto Salud en Colombia, la organización de la ESE está formada por cuatro direcciones atendiendo a una división territorial (norte, sur, oriente y occidente). Concretamente, en la red Norte, objeto de este estudio, la organización interna se basa en una división profesional, según el nivel de cuidados.

Los nodos de la red son muy peculiares ya que, aunque los centros de atención pertenecen a la ESE, y por ello son públicos, prestan sus servicios mayoritariamente a pacientes asegurados por diversas entidades privadas (EPS).

Existen espacios formales de encuentro, a través de reuniones y comisiones, entre el director operativo de la red y la unidad primaria que permiten procesos de capacitación, la presentación de los avances en los resultados de la red y el establecimiento de los planes de mejoramiento. La Red Norte es una red de baja complejidad que no tiene coordinación directa con los profesionales de hospitales de segundo o tercer nivel, por cuanto cada institución es independiente y para la atención existe la mediación de las EPS.

La red en México, por ser una red centralizada vinculada a un programa de alcance nacional, establece su dirección desde el nivel central con una conducción jerárquica y, a partir de allí, se derivan los niveles delegacional, regional, hospitalario y zonal. Los dos últimos, tienen dentro de sus funciones principales la gestión y administración de los recursos realizando labores de gestión con otros subsistemas del sector salud para dar continuidad en la atención. De esta forma se propicia la mejora en la referencia de los pacientes, principalmente en programas prioritarios, como el de salud materna. A nivel local en los hospitales rurales (HR) y en las UMR, el personal directivo, junto con la red comunitaria, gestionan con autoridades locales (municipios) los insumos y recursos de acuerdo con sus necesidades, principalmente en forma de convenios de apoyo para los servicios.

Pese a que la estructura formal es centralizada, vertical y jerárquica, se identifican redes horizontales dentro de la organización de los servicios. Destaca en este caso la coordinación con la red de personas voluntarias de la comunidad que se centran en la atención comunitaria y que son el vínculo más importante entre la organización y las familias.

3. Sistemas de motivación e incentivos

La efectividad de los mecanismos de incentivos está sujeta a una “recompensa” por el cumplimiento de una meta y a las posibilidades que el agente (individual o grupal) perciba de alcanzar esa meta. De esta manera, los incentivos no suelen ser efectivos si el valor de la recompensa por la probabilidad de alcanzar la meta no iguala, al menos, los costos del esfuerzo requerido para lograr el objetivo.

Los sistemas clásicos de pago a profesionales sanitarios son el pago por acto, el pago per cápita y el salario o retribución fija. Por su parte los incentivos más habituales se centran en conceptos como resultado, desempeño, calidad u objetivos y, aunque con matices, se basan en la definición de metas, incentivos monetarios y no monetarios, así como sistemas de monitoreo y evaluación. Su objetivo es promover la mejora de la asistencia, remunerando a los profesionales por cumplir con objetivos asistenciales previamente estipulados. El modelo más conocido es el llamado **“Pay for Performance”** (P4P) y sus elementos críticos son: cantidad, tipo de objetivos y modo de medición de la actividad o los resultados y su combinación con otros incentivos no financieros. No podemos olvidar que este tipo de incentivos ayuda a mejorar los procesos, pero la evidencia sobre su efecto en resultados en salud no es concluyente (Mendelson et al., 2017).

El objetivo central de un esquema de pago por desempeño es mejorar la calidad y la productividad de los servicios de salud brindados por los trabajadores a la población. La mayor productividad derivada del pago por desempeño proporciona mejores resultados de salud, junto con mayor calidad, eficiencia y satisfacción de los usuarios del sistema de salud (Mendelson et al., 2017). Además, en el marco de las redes integradas, el objetivo de los incentivos es promover la coordinación entre las organizaciones y las unidades participantes.

De acuerdo con las entrevistas realizadas en la red de Santiago del Estero (Argentina), se considera que existe una política de motivación e incentivación en la red, basada en los programas nacionales⁵ que promueven aportes financieros en función de la productividad, algo que es

percibido por los actores como una política de incentivación. En la red explorada en Argentina, el 85% de los establecimientos de servicios de salud consultados manifestó tener competencia para asignar incentivos a su personal. En el PNA, los incentivos referidos son monetarios, en el caso del Programa Nacional Nacer-Sumar, y, en el caso del Programa Nacional Redes, se trata de equipamientos, uniformes, arreglos edilicios, etc. En el segundo nivel de atención se mencionan incentivos monetarios (bonos por cumplimiento de objetivos, por ejemplo). La capacitación es el incentivo no monetario más utilizado en la red. Los incentivos no se orientan al fomento de la coordinación, salvo cursos de capacitación en gestión que, directa o indirectamente, son considerados como un aporte para mejorar la capacidad de coordinación en la red.

Por su parte, la red analizada de Fortaleza tampoco registra una política de incentivos financieros, aunque algunos gestores refirieron estar comenzando las discusiones para el desarrollo de incentivos para los equipos que alcancen los indicadores propuestos. Los coordinadores de las UAPS mencionaron la existencia de incentivos basados en criterios de distancia y riesgo social de los trabajadores, pero no son específicos de la red seleccionada. Respecto a los servicios especializados, tampoco se registró ningún incentivo centrado en el desarrollo de la red. El Centro Integrado de Diabetes e Hipertensión (CIDH) tiene sus propios incentivos referidos a la formación y al número de llamadas. Asimismo, se identificó cierta promoción para el rendimiento (participación en congresos, por ejemplo), pero de acuerdo con los entrevistados, está obsoleta, es inadecuada y no se considera un incentivo.

En Colombia, existe una política de motivación e incentivación dirigida dirigida al personal de planta de las instituciones de salud; no obstante, la mayoría de los entrevistados considera que los incentivos por la labor prestada no existen o no son claros. La normativa nacional establece la obligatoriedad de que cada institución de salud tenga su plan de incentivos y que esté dotado presupuestariamente. Para ello se puso en marcha en 2016 la estrategia de incentivos al talento humano en salud “Tarea de todos” (siguiendo lo establecido en el artículo 193 de la Ley 100, de 1993, y en la Ley 1164, de 2007). Esta política se desarrolla a través del Comité de Bienestar Social, que define los criterios orientados a generar incentivos al talento humano de la institución.

⁵ Programa SUMAR y REDES, principalmente.

Entre los incentivos, que alcanzan el 5% de la retribución, suelen figurar: apoyo para cursos de actualización y formación continuada, viajes, planes recreativos o regalos en días concretos, entre otros.

La red analizada en México está sujeta a los lineamientos del IMSS. Por ello, los incentivos se establecen desde nivel central de la propia institución y consisten en una retribución mensual por puntualidad y asistencia, que se integra en los salarios. Esto ha generado que el trabajador los perciba como parte de su ingreso más que como un incentivo, además de que sólo se otorga a trabajadores contratados de manera permanente. Estos incentivos no están relacionados con el cumplimiento de los objetivos del programa o con el desempeño del personal.

“Los incentivos con que cuenta el personal son los que el IMSS da anualmente por asistencia y puntualidad; además hay premios al personal de trabajo social, enfermería y personal médico, cuya normativa rige el IMSS” (DNF 01).

4. Sistemas de información*

De acuerdo con el documento de posición de la OPS (2010b), un sistema de información integrado es uno de los atributos esenciales de las RISS, el cual debería contribuir a vincular a todos los miembros de la red proveyendo el desglose necesario de información que permita la planificación actual y futura de los servicios de salud en todos sus niveles. Además, la coordinación asistencial necesita de un sistema de información integrado (o al menos conectado) para así poder obtener información sobre el estado de salud del individuo y la utilización de servicios sanitarios.

Dicho atributo se expresa de diferentes formas en los casos estudiados. Por ejemplo, en Argentina, en la red estudiada no existe un único sistema de información que vincule a todos los establecimientos de los servicios de salud, situación que se observa en la mayor parte de las provincias del país. Existe un sistema de recolección de información del Ministerio de Salud, que consiste en una planilla donde se consigna determinado tipo de información no digitalizada, y se cuenta con el sistema de emergencia epidemiológica. Por otro lado, se encuentran múltiples sistemas de información relacionados con diversos programas asistenciales nacionales, algunos de ellos de uso en los servicios y otros

desde el nivel central⁶. En lo que respecta a la información sobre pacientes en el segundo nivel de atención, sólo en uno de los hospitales estudiados se está comenzando a implementar una historia clínica digital, y el personal administrativo y los médicos se encuentran en período de capacitación para su uso.

En Brasil, los sistemas de información de la red del Sistema Municipal de Salud de Fortaleza alimentan los sistemas de información gerenciales en el ámbito nacional por el Ministerio de Salud. La Historia Clínica Electrónica (HCE) fue implementada a nivel municipal en las UAPS de las redes y está en fase de expansión hacia las nuevas unidades, aunque aún deben realizarse adaptaciones para integrarla en el sistema. Además, los profesionales necesitan familiarizarse con la HCE y aún se carece de algunos recursos para su efectiva implementación.

A pesar de que gran parte de la información del SUS está digitalizada, no existe un sistema de información único para las redes que vincule a todas las unidades (las informaciones están todavía fragmentadas por nivel de atención). Cada servicio (federal, municipal o estatal) utiliza sus propios sistemas para atender a sus demandas. En el estudio sólo se logró identificar una experiencia de integración de la historia clínica electrónica entre una de las UAPS de la Red y el Hospital Universitario, lo cual facilitó la atención de los pacientes en dichos servicios.

En Colombia existe el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) que recoge la información de todas las instituciones del sector a nivel nacional. El SISPRO es una bodega de datos en la cual se concentra la información necesaria para la construcción de indicadores y reportes. Los datos provienen de fuentes de información internas y externas al Ministerio. La red Norte recoge información sobre la prestación de servicios en un instrumento digital denominado Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) y cuenta con registros de promoción de la salud y de programas de salud pública.

*Ver [Capítulo 9](#).

⁶ Sistema de registro del SUMAR, SMIS (gestión de stock), RITA (registro de tumores), SITAM (tamizaje de cáncer de cérvix), SIP (sistema de información perinatal), SISA (sistema integrado de información en salud).

Para conectarse con el sistema nacional, existen dos sistemas de información: el Sistema de Información para Operaciones en Salud (SIOS), que permite la gestión de la actividad clínica-asistencial y financiera producida sobre el paciente, y el Sistema de Información Gerencial (GENOVA), que es un sistema modular especializado, integrado y orientado a la administración contable y financiera.

Dentro de la ESE Pasto Salud, todas las redes están interconectadas facilitando la información sobre las personas que acuden a los servicios de las áreas tanto rural como urbana. Los médicos, enfermeras, promotores o agentes comunitarios y administrativos de todos los centros de la Red tienen acceso al sistema de información mediante un perfil específico para ingresar. Sin embargo, la información sobre la historia clínica del paciente se consigna en el sistema de información de la Red, pero no existe conexión con los sistemas de información de otras instituciones de mayor complejidad.

En el caso estudiado en México existe un sistema único de información para toda la RISS, que es el Sistema de Información SISPA. Este sistema registra datos de todas las acciones realizadas en la prestación de servicios, como población atendida, consultas, acciones comunitarias, entre otras. ***“El registro se hace de manera manual en la “hoja diaria”; se hace mediante “paloteo” y cada mes se elabora un concentrado de resultados. Recientemente para la “acreditación” se pidió un cambio en el registro de expedientes; actualmente se tiene uno por integrante; los separan por tipo de enfermedad, por programas, no por números”*** (EAP 01).

Actualmente se tiene un registro de expediente por persona; se clasifican por tipo de enfermedad o por programas, no por números respecto a expedientes clínicos; al no contar con un sistema de expedientes electrónicos en las unidades de salud existe una carpeta familiar y, en su interior, un expediente clínico impreso por cada beneficiario de la RISS. Se está transitando a un sistema que permita contar con un expediente por beneficiario y sustituir las carpetas familiares.

Se reconoce que la gestión organizada de pacientes dentro de la red depende en gran medida de un buen flujo de información. Es necesario avanzar en la dotación de la infraestructura apropiada para lograr que progrese la

instrumentación de los sistemas de información que se requieren.

5. Recursos Humanos

La base de una organización sanitaria son las personas que allí trabajan, los denominados recursos humanos. Es esencial que el número, distribución y capacitación de los profesionales sean adecuados para así conseguir los servicios óptimos para la población y obtener los mejores resultados en salud. Tal y como señala la OMS: el desempeño de los sistemas de atención sanitaria depende en última instancia de los conocimientos, las aptitudes y la motivación de las personas encargadas de prestar los servicios.

La red estudiada en Argentina, de cara a identificar los perfiles profesionales, cuenta con un Manual Operativo del Primer Nivel de Atención de Salud, que delimita actividades y competencias de cada uno de sus integrantes, así como la visión y misión del PNA. Sin embargo, pese a que la identificación de perfiles está implantada de forma general en los centros, la selección y asignación del personal se establece desde el Ministerio de Salud provincial sin que los responsables de los centros de atención primaria tengan participación en la selección y adecuación entre perfiles y necesidades. En esta red no se identifican criterios explícitos y consensuados de selección profesional. En el Hospital Regional la selección del personal también se realiza desde el Ministerio. Por todo ello, el modelo de gestión de recursos humanos es tradicional, con una selección centralizada.

La red no identifica escasez de recursos humanos en el PNA, aunque algunos actores clave observaron limitaciones y mala distribución de profesionales en este nivel. Sí se refieren, en forma unánime, carencias en el segundo nivel, con relación a especialistas, donde los problemas identificados son la migración de médicos a otras provincias tras especializarse, y la migración interna en la red desde el segundo nivel de atención al primero. La migración se produce por la menor demanda de complejidad de la atención y el mejor manejo de los tiempos en el primer nivel. Esta situación también genera asimetría salarial porque el médico del segundo nivel de atención percibe el mismo sueldo que el que ejerce en el primer nivel, pero tiene mayor responsabilidad. Las iniciativas de capacitación existentes se enmarcan en iniciativas nacionales,

pero a nivel de red no están sistematizadas en un plan general; no obstante, existen iniciativas parciales de actividades formativas conjuntas⁷ entre los diferentes niveles. Por ejemplo, las capacitaciones sobre el abordaje de las personas con diabetes en el PNA son de transferencia de conocimiento del segundo al primer nivel.

En Fortaleza, los gestores de la Secretaría de Salud indican falta de recursos humanos, principalmente técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud; además el perfil de los profesionales es inadecuado, considerando que el programa conlleva cambios en la selección de perfil. Los entrevistados de los servicios especializados afirmaron que, en general, los profesionales poseen competencias necesarias para el desempeño de sus funciones, pero que son insuficientes en número. No hay un criterio claro de selección de los profesionales que trabajan en la red, esto es, se desconocen las competencias que se evalúan para seleccionar a un nuevo profesional para el equipo. Por su parte, la evaluación de desempeño en cada servicio no se realiza sistemáticamente y puede variar en cada uno de ellos.

Existen varias iniciativas de capacitación continua de profesionales de la red, en asociación con las instituciones de enseñanza. Una de ellas es un curso de especialización junto a la Escuela Estatal de Salud Pública de Ceará con contenidos definidos por la Secretaría municipal de salud y los consultores del proyecto de redes. Se trata de un curso obligatorio para todos los gerentes de las UAPS con metodología PBL (aprendizaje basado en los problemas) y actividades prácticas. Las acciones definidas en el curso son discutidas con el grupo gestor y acompañadas por las autoridades regionales. La mayoría de las organizaciones realizan acciones de capacitación, pero no de forma regular o sistemática. El Hospital Universitario Walter Cantídio (HUWC) y el CIDH realizan, por ejemplo, acciones educativas para atención primaria (matriciamento) y existen diferentes iniciativas para promover el entendimiento entre los profesionales de los diferentes niveles.

La ESE Pasto Salud tiene un manual de funciones para todas sus redes que establece el perfil y la experiencia que debe tener cada uno de los profesionales, según la norma nacional y que es requisito de habilitación para la prestación de servicios. Por su parte, la Secretaría de Salud Municipal hace un seguimiento y una evaluación de los diferentes programas; uno de los elementos que revisa es el cumplimiento de los requisitos sobre perfiles y competencias de las personas para la ejecución de las actividades. En el caso de la Red Norte de la ESE Pasto Salud, la designación y contratación del personal se realiza de acuerdo con la demanda de servicios solicitados por la población y según los estándares de prestación de servicios para garantizar la suficiencia.

La Red cuenta con dos tipos de evaluación normada a nivel nacional para el sector público. Una establece el sistema de evaluación del desempeño laboral de los empleados de carrera administrativa y en periodo de prueba y se realiza dos veces al año. El otro tipo de evaluación es la de competencias laborales. Se hace una vez al año y para ello se han diseñado formatos por nivel jerárquico. El primero es un formato de evaluación de competencias de los empleados, donde se analizan las evidencias existentes en la historia laboral en lo que se refiere a la formación en educación formal y la adicional. El segundo formato corresponde a la evaluación de habilidades del personal, que aplica la metodología 360°, que implica la autoevaluación del funcionario, la evaluación del jefe directo, de un compañero y de un cliente. Por último, en el caso de que el funcionario obtenga una calificación baja, se formula un plan de mejoramiento.

La Red, como parte de la ESE Pasto Salud tiene establecido un Plan Institucional de Capacitación (PIC) que, para el año 2016, contaba con un presupuesto correspondiente al 0.1% del presupuesto global. El PIC tiene el objetivo de dar a conocer los protocolos y guías de manejo clínico, los procesos y procedimientos que se han adoptado en la institución y los nuevos marcos normativos que rigen algunas de las actividades

⁷ Algunas de ellas pueden encontrarse en: http://www.msal.gob.ar/?option=com_bes_contenidos.

de los servicios, entre otros. El plan de capacitación se realiza mediante actividades mensuales.⁸

En la ESE Pasto Salud existe estructura para el mejoramiento continuo. Está constituida por un Comité de Mejoramiento integrado por el gerente, los subgerentes y los directores operativos. Este comité se encarga de evaluar y definir las estrategias de mejoramiento, de difundirlas en el ámbito operativo e implementarlas. ***“Un ejemplo de mejoramiento es la implementación de la política de humanización, aunque no se ha avanzado mucho, se han formulado deberes y derechos claros, dirigidos a los usuarios y usuarias y también para el personal interno, y se ha realizado seguimiento a la aplicación a través de medición”*** (DAP 03).

En el caso de la red rural estudiada en México, los recursos humanos están establecidos por la normativa del IMSS. Para las UMR es requisito ser médico general titulado o bien médico pasante del servicio social; el personal de enfermería debe ser de la localidad y elegido por asamblea comunal. En el HR, los especialistas son, en su mayor parte, residentes del último año de formación de las especialidades de pediatría, ginecología, medicina interna, cirugía, anestesiología y medicina familiar, y proceden de hospitales pertenecientes al IMSS en régimen ordinario (servicios que atienden a la población afiliada al IMSS por contar con seguridad social). La plantilla y los perfiles fueron establecidos desde el inicio del programa en la década de los 80s y se ha mantenido desde entonces, lo que a nivel de HR genera insuficiencia de personal principalmente en ginecología, cirugía y medicina interna, ya que la plantilla sólo contempla un médico residente por cada una de estas especialidades.

La gestión tanto para los médicos residentes como para los médicos pasantes del servicio social depende de su propia elección bajo los criterios de los programas universitarios o de especialidad correspondientes. La elección, está

basada en las principales patologías atendidas en el Hospital y viene marcada por la oportunidad de practicar alguna técnica o intervención, así como, en algunos casos, por la cercanía con su hogar. Debido a la falta de plazas adecuadas al perfil del profesional contratado, los profesionales aceptan un tipo de contrato con un nivel menor a la formación que tienen, con la consecuencia de una remuneración económica más baja de la que merecen y esto los desmotiva. En el mismo sentido, en las UMR las enfermeras auxiliares que tienen más movilidad comunitaria consideran tener menos reconocimiento en comparación con las enfermeras generales, a pesar de que estas últimas tienen menos desgaste.

6. Sistemas de apoyo

Los sistemas de apoyo logístico son un conjunto de sistemas y herramientas de soporte a la red de atención de salud que permiten realizar acciones de integración entre los puntos de atención, y facilitan la atención continua e integrada al usuario. Están constituidos por el sistema de información (anteriormente analizado) y comunicación, los sistemas de identificación del usuario en la red, la historia clínica electrónica, las centrales de regulación de acceso, el transporte sanitario, incluyendo transporte de pacientes, profesionales, material biológico e insumos y la gestión de cadena de insumos y medicamentos (OPS, 2010). En el análisis realizado en los estudios de caso, el objetivo era conocer dos cuestiones cruciales: el suministro adecuado de medicamentos esenciales (relación con proveedores y suministro a pacientes) y el traslado de pacientes en caso de urgencias (coordinación de transporte urgente, derivación a centros con atención urgente).

En el caso estudiado en Argentina, el acceso a los medicamentos esenciales para atención primaria está garantizado en la RISS-SC por dos vías: a) el Plan Nacional REMEDIAR, que a través de botiquines distribuye medicamentos directamente a los centros de atención primaria y b) la provisión desde el Ministerio de Salud provincial de aquellos medicamentos no incluidos en REMEDIAR, y que cuenta también con un nuevo sistema de monitoreo y stock que garantiza su provisión. Se implementaron medios de tecnología simple (mensajería celular) para el apoyo/ra- tificación de turnos y citas, e información sobre actividades de prevención. Estos procesos, aunque acotados a las patologías parametrizadas,

⁸ Los temas que se abordan resultan de las evaluaciones de necesidades de personal que realiza la empresa. Entre las temáticas incluidas en el PIC para el 2016 se encuentran: la política de prestación de servicios de salud, las metas internacionales y los paquetes instruccionales; el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y Acreditación; los derechos y deberes de los usuarios; el código de ética y buen gobierno; la metodología de gestión de eventos adversos; la política y programa de seguridad del paciente; la Metodología Análisis Modo Falla Efecto AMFE; el protocolo para el manejo del consultador crónico; el manual de referencia y contrarreferencia, y las guías clínicas (Pasto salud, 2016).

aportan valor agregado al conjunto de la red y al conjunto de las situaciones en juego. Respecto al traslado de pacientes en emergencias y casos de urgencia, todos los centros del PNA tienen capacidad para el traslado de una persona a un centro de mayor complejidad, en menos de una hora. Prácticamente ninguno posee una ambulancia propia, sino que los traslados se realizan en todos los casos a través del servicio de ambulancias del Estado Provincial (SEASE).

En el caso de Fortaleza, los usuarios del SUS se identifican a través de la tarjeta Nacional de Salud, que permite el reconocimiento del usuario en todos los servicios, lo que posibilita la creación del banco de datos sobre servicios utilizados, procedimientos y datos de salud individuales.

Los medicamentos de APS son financiados por las tres esferas de gobierno (municipal, estatal y federal) según el acuerdo pactado por el SUS. De acuerdo con los datos obtenidos en el estudio de caso, no hay continuidad en el abastecimiento ni disponibilidad de toda la lista de medicamentos, debido a la escasez de los recursos financieros y a las respuestas inadecuadas de las empresas. Los medicamentos utilizados para atender programas estratégicos y de alto costo son de responsabilidad de la SES-CE (Secretaría de Estado de Salud) y del gobierno federal. En esta área hay un importante volumen de solicitudes judicializadas para el abastecimiento de medicamentos que, muchas veces, son redireccionados a la Secretaría Municipal de Salud, generando un gran volumen de gastos.

Existe en las UAPS y en los servicios de referencia un sistema de regulación del acceso. La Secretaría Municipal de Salud de Fortaleza cuenta con una central de regulación de procedimientos informatizada para la estructuración de las redes. El registro de consultas en el segundo nivel de atención es realizado por el Servicio de Registro de Consultas y Exámenes (SAME) a través de una empresa tercerizada. Las UAPS cuentan con un sistema de transporte sanitario que realiza las visitas domiciliarias, entre otras actividades. El transporte de urgencias desde los UAPS hacia los centros de mayor complejidad es brindado por el Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) del municipio, que establece la urgencia y a dónde encaminar cada caso desde comunicación telefónica. Según las entrevistas el tiempo de traslado excede una hora.

En el caso estudiado en Colombia, los profesionales de la red reconocen que a través del Sistema de Información para Operaciones en Salud (SIOS), obtienen la información sobre las personas que reciben algún tipo de servicio. Mediante el número de documento de identificación de los usuarios es posible hacer el seguimiento según el programa de salud al cual se ha adscrito y desde cualquier punto de la red.

Para la derivación de los pacientes hacia otros niveles de complejidad, en el caso de realizar la referencia desde el servicio de consulta externa, se diligencia una matriz existente en el sistema de información que se comunica con la EPS a la cual está vinculado el paciente y son ellos quienes remiten a la especialidad correspondiente. Cuando el paciente se remite desde el servicio de urgencias a los hospitales de mayor complejidad, la oficina de atención al usuario hace directamente la coordinación con la institución hospitalaria o informa al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) departamental, para la consecución del servicio. En los dos casos, el sistema de información de la Red permite que mensualmente se obtengan estadísticas sobre la pertinencia y oportunidad de la referencia. La información sobre la historia clínica del paciente se conoce en el sistema de información de la Red, pero, como se mencionó con anterioridad, no existe conexión con los sistemas de información de otras instituciones de mayor complejidad, ni interacción entre profesionales de los diferentes niveles de atención.

En el caso estudiado en México, tanto en la delegación como en el HR, existe la figura del administrador que coordina todas las funciones logísticas, pero en las unidades rurales esta función la llevan a cabo el médico y la enfermera. La solicitud de insumos y medicamentos en el HR se realiza considerando la proyección anual de acuerdo con el año anterior, siguiendo un catálogo de medicamentos y realizándose compras extraordinarias cuando así se requiere. El personal de farmacia controla el lote de medicamentos y facilita su uso en congruencia con las fechas de caducidad, con apego al Programa de Receta Resurtible⁹ y a la prescripción razonada.

⁹ Programa Nacional de Receta Resurtible, mediante el cual los pacientes que padecen patologías crónicas reciben en una sola consulta médica 3 recetas canjeables para cada mes, con la finalidad de disminuir el número de consultas anuales.

El equipo supervisor zonal realiza el apoyo logístico a las UMR llevando los insumos y medicamentos en cada visita que realizan (bien por adquisición a proveedores como por redistribución de insumos sobrantes en otra unidad). A nivel hospitalario, para la solicitud de insumos y medicamentos se hace una proyección anual con reparto mensual, existiendo asimismo un catálogo de medicamentos. Las UMR cuentan con un cuadro básico de medicamentos, cuyo resguardo y registro es realizado por el director de la unidad y la requisición se hace mensualmente de acuerdo con el consumo histórico. La normativa vigente establece que la red es la responsable de proveer a los usuarios de los medicamentos incluidos en el cuadro básico institucional (medicamentos esenciales) sin costo. No obstante, en el nodo estudiado, los entrevistados manifestaron un abasto de medicamentos que oscila entre el 70 y el 90%, por lo que en algunas ocasiones y por carencia de medicamentos, los usuarios recurren al gasto de bolsillo para su adquisición.

No existe servicio de traslados de la UMR al HR aún para el caso de urgencias, ya que el nodo estudiado no cuenta con ambulancias para transporte entre sus unidades de salud. Para resolver esta carencia, a nivel local y zonal se promueven acuerdos con los municipios para el traslado de urgencias al HR, mediante vehículos de los propios municipios o particulares, sin que esto represente un costo adicional para los pacientes. El tiempo de traslado entre las UMRs y el HR es de 45 minutos aproximadamente. El HR dispone de ambulancia solo para el traslado a otros hospitales cuando los pacientes, por su gravedad, requieren ser referidos a un servicio de mayor complejidad.

En cuanto a disponibilidad de tecnología, el medio de comunicación entre las UMR, los equipos zonales y el HR es a través de radios de comunicación; el 86% de las UMR cuentan con acceso a internet; sin embargo, este servicio es de muy mala calidad, ya que en la mayor parte de la jornada laboral no es posible usarlo. A nivel del HR existe acceso a internet, pero solo a páginas institucionales e intranet.

7. Conclusiones

La gestión de una red de servicios asistenciales constituye un medio para conciliar las necesidades poblacionales con la oferta de servicios. Por ello, la gestión debe facilitar la identificación de las necesidades a partir de distintas estrategias, y la adaptación de los servicios a los perfiles epidemiológicos, sociales y culturales de la población a cargo. Esto nos lleva a varios aspectos analizados por este capítulo: la modalidad de dirección de las redes, cómo se diseña la cadena de mando para organizar los recursos, cómo se establecen las metas y cómo se incentivan los recursos para el cumplimiento de los objetivos de las redes.

En ese sentido, los casos analizados parecen replicar las líneas jerárquicas habituales de los sistemas de salud, aunque se empiezan a observar estructuras organizativas innovadoras. Lo que sí distingue a las redes analizadas son los grados de formalización en cuanto a la participación de los actores en la planificación de sus recursos, así como en el cumplimiento de metas. Esto tiene que ver con redes que son aún reactivas a la demanda y que presentan escaso margen de proactividad y reacomodamiento a los nuevos escenarios, ya sea por cuestiones culturales, por escasez de recursos humanos o por estructuras administrativas financieras burocráticas preexistentes.

De acuerdo con la información relevada, el establecimiento de metas e incentivos monetarios asociados a resultados es muy incipiente y podría estar relacionado con el desarrollo de sistemas de información débiles (aún fragmentados) para monitorear la información y controlar el cumplimiento de las metas. En este sentido, los mandos medios no logran identificar “metas de red” más allá de las propias de sus servicios, lo cual va en detrimento de la coordinación asistencial. Además, según los actores clave, es posible que los incentivos externos, de rectoría nacional, sigan la lógica de un proceso único establecido para todas las provincias que no tiene en cuenta el contexto de los sistemas provinciales y su legislación.

En cuanto a la incentivación no financiera, en ciertos casos se identifican incentivos a los recursos humanos asociados con el fortalecimiento de sus competencias o la disponibilidad de mejores condiciones de trabajo (equipamiento de los servicios, materiales para el trabajo, etc.),

lo cual es cuestionable considerarlo como un incentivo ya que, más bien, la provisión de herramientas de trabajo necesarias es lo esperable.

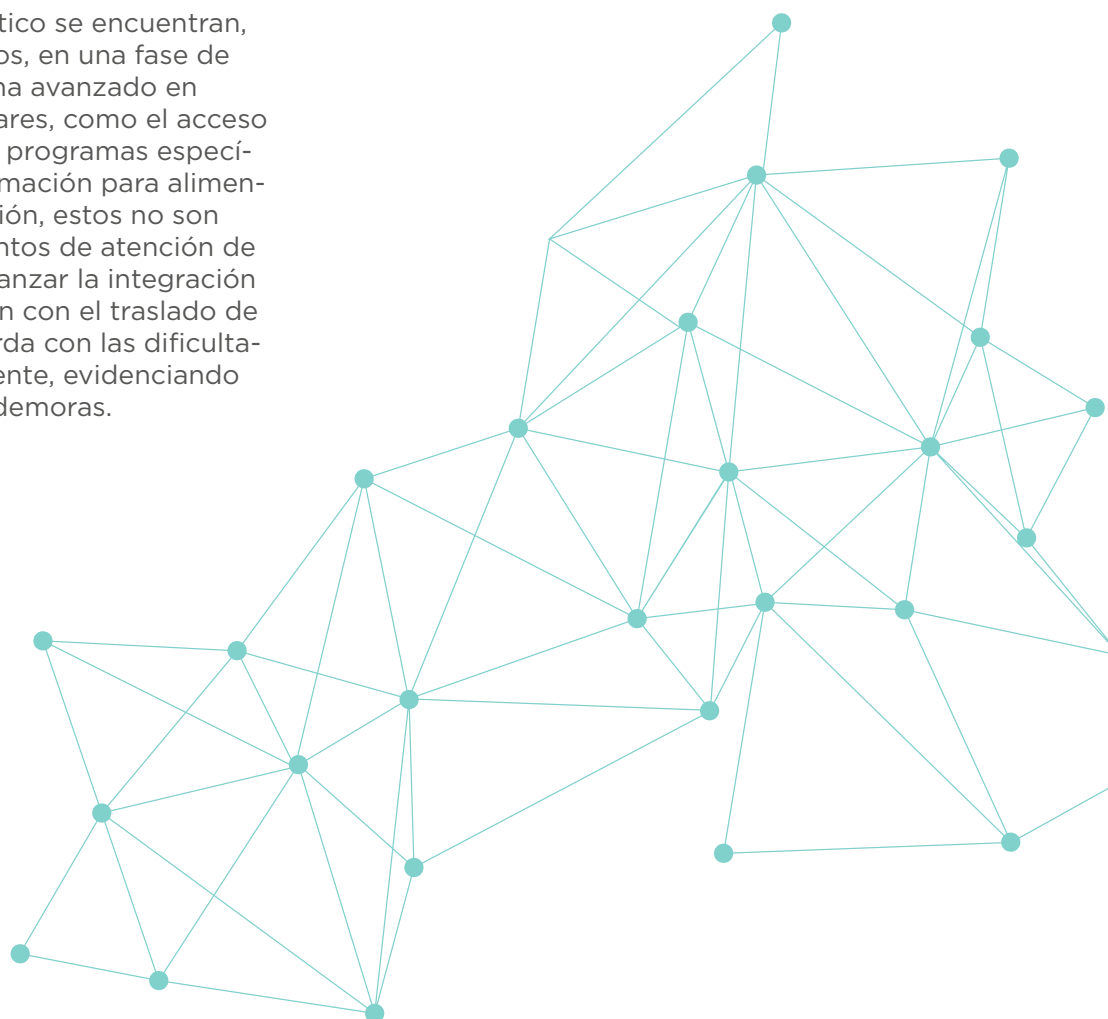
La evaluación está presente en todas las redes, al menos en su diseño. Es interesante la metodología de 360° destacada en Colombia, la cual implica la autoevaluación del funcionario, la evaluación del jefe directo, de un compañero y de un cliente. Del estudio no es posible concluir las consecuencias del resultado de estas evaluaciones. En todos los casos, las políticas de incentivación, al igual que el establecimiento de metas, no se orientan a alentar la coordinación asistencial sino a los propios servicios.

En lo referente a los sistemas de información, es posible encontrar una variedad de estadios en cuanto a su desarrollo. Queda claro que obtener un sistema único es una meta esperada, pero coexisten múltiples sistemas en una misma red de servicios.

Los sistemas de apoyo logístico se encuentran, en todos los casos estudiados, en una fase de desarrollo inicial. Si bien se ha avanzado en diferentes aspectos particulares, como el acceso a medicamentos a través de programas específicos o el registro de la información para alimentar los sistemas de información, estos no son transversales a todos los puntos de atención de la red, lo que no permite alcanzar la integración y la coordinación. En relación con el traslado de pacientes, cada caso lo aborda con las dificultades ya expuestas anteriormente, evidenciando falencias que se reflejan en demoras.

En lo que a capacitación del recurso humano se refiere, si bien se ofrece en forma continua, se observan diferencias entre los casos estudiados. Se puede ofrecer desde las líneas de cuidados específicas mediante programas nacionales, como en el caso argentino; en coordinación con las universidades, como es el caso de la red brasileña, o como un Plan Institucional de Capacitación, en el caso colombiano. Sería productivo propiciar instancias de formación conjunta para los profesionales de los distintos niveles promoviendo la coordinación desde esta instancia.

Los distintos aspectos analizados en relación con la gestión de la red permiten afirmar que, aunque en diferentes estadios, los cuatro casos estudiados se encuentran en un nivel inicial de desarrollo y existen desafíos pendientes.







CAPÍTULO 7.

EL MODELO DE ATENCIÓN

CAPÍTULO 7.

EL MODELO DE ATENCIÓN

Hortensia Reyes Morales, Clara Juárez Ramírez, Ricardo Pérez-Cuevas

1. Introducción

El presente capítulo utiliza el marco de análisis del modelo de atención RISS para los cuatro países objeto del estudio y considera el contexto específico de cada red analizada. Los elementos sustantivos para el análisis comprenden: población y territorio, orientación hacia la APS, modelo de atención, oferta de servicios, reorientación de servicios hospitalarios y evaluación. Esta visión panorámica de los modelos de redes basadas en atención primaria resulta particularmente útil pues informa de la situación de los sistemas de salud locales, lo cual facilita su comprensión y potencial aplicabilidad para proponer mejoras.

2. Población y territorio

En los cuatro casos explorados en esta investigación destaca el funcionamiento de las redes de prestación de servicios para la atención de población que habita en zonas rurales o urbanas

marginadas, para lo cual la distribución territorial de las unidades de atención primaria, como puerta de entrada a la red, se ha establecido a lo largo de la zona de influencia de cada una.

Un punto de coincidencia es que las redes estudiadas atienden a la población más vulnerable en términos de riesgos y daños a la salud. En este sentido, los principios normativos de las RISS establecen adecuar los servicios de salud al tipo de población que los demanda, así como acercarlos en términos no solo geográficos sino también culturales. Algunos puntos destacables de los hallazgos son que, en términos de población atendida, la red estudiada en Argentina cuenta con el mayor número de personas, seguida por la de Brasil. Independientemente de la cantidad de población atendida, en la tabla 7.1 se puede observar el tipo de usuarios que acuden a demandar servicios. Por ejemplo, en el caso de Colombia es destacable la atención a población desplazada de sus territorios por violencia social.

TABLA 7.1.

Población y territorio

Red	Población blanco
Santiago del Estero, Argentina	Red disponible para una población de 283,000 personas. El 55.9% de los habitantes de la provincia no cuentan con mecanismos de protección social, seguridad social o aseguramiento privado.
Fortaleza, Brasil	La Red Temática de Atención a los Portadores de diabetes mellitus atiende a una población estimada de 219.419 habitantes, alrededor del 9% de la población total del municipio de Fortaleza.
Pasto Norte, Colombia	Atiende a población urbana, rural y en situación de desplazamiento territorial por la violencia. 45,715 usuarios, de los cuales el 95% están afiliados a tres EPS privadas y el 5% restante corresponde a personas sin afiliación cubiertas por la Secretaría de Salud Municipal.
IMSS-Prospera Veracruz, México	Red disponible para una población de 50,000 personas. El 54% están clasificadas en pobreza extrema; el 92.4% presenta carencia por falta de acceso a seguridad social y el 44.2% están calificadas con rezago educativo. Se trata de población rural y urbano-marginada, la más vulnerable en términos de riesgos y daños a la salud derivados de la pobreza extrema.

Fuente: elaboración propia

En el caso de México, se incluye atención a población indígena debido a que la red opera principalmente en áreas rurales. Estas variaciones generan ciertas peculiaridades en la organización de la atención respecto de las otras redes, por ejemplo, la necesidad de contar con traductores dentro de su equipo de salud. En el caso de Brasil, se trata de una red temática que atiende a población urbana.

3. Orientación hacia la Atención Primaria de Salud

Los modelos de atención de las RISS comparten como base conceptual la APS. A través de modelos diferentes de prestación de servicios buscan lograr la integralidad de la atención poniendo el énfasis en las acciones de promoción de la salud y la prevención (ver tabla 7.2).

La red de Argentina tiene como valores la equidad, la eficiencia, la calidad y la satisfacción de los pacientes y trabajadores. El modelo de atención está -en lo que respecta a la equidad- orientado a la comunidad y destinado a garantizar la cobertura y el acceso universal a la salud, al nivel más alto posible de salud. La solidaridad y la equidad están presentes como núcleo filosófico, lo cual se observa en la labor de los profesionales y en su orientación práctica.

El modelo de Brasil se caracteriza por tener un sistema de acceso universal a la atención médica, en el cual todas las personas pueden ser atendidas de cualquier padecimiento, sin que existan paquetes de atención predefinidos (Montekio et al., 2011). La atención a la salud se otorga a los usuarios independientemente de la unidad funcional o sistema. El acceso está garantizado en cualquiera de sus unidades en función de las necesidades. La APS se organiza como PNA, enfatizando en la función resolutoria de cuidados primarios a los problemas más comunes de salud a partir del cual se realiza y coordina el cuidado en todos los puntos de atención.

En Colombia, la Red Norte ha adoptado el modelo de APS con base en acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, con enfoque en la salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y diferenciado para los distintos territorios y poblaciones. En México, el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS) es la base para la operación de la

RISS y tiene como fundamento la acción conjunta de los servicios y la comunidad con énfasis en la prevención de riesgos y daños.

A partir de tres ejes transversales (respeto a los derechos humanos, equidad de género y enfoque intercultural en salud), esta red promueve la participación individual, familiar y colectiva en las acciones de salud, en prácticas saludables y en saneamiento ambiental a través de la red comunitaria, la cual funciona aunque en proporción mínima, considerando la dimensión de los problemas de salud en la zona relacionados con estos temas.

**TABLA
7.2.**

Marco del modelo de Atención Primaria

	Argentina	Brasil	Colombia	México
Base conceptual	<ul style="list-style-type: none"> Equidad Eficiencia Calidad Satisfacción Enfocado a promoción de la salud y prevención Participación comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> Entrada al sistema Acciones de salud personales y colectivas Equipos multidisciplinarios 	Modelo Integral de Atención a la Salud: <ul style="list-style-type: none"> Atención familiar y comunitaria Gestión integral del riesgo Diferenciado por tipo de población 	Modelo de Atención Integral a la Salud Ejes transversales: <ul style="list-style-type: none"> Respeto Equidad de género Interculturalidad
Características destacadas	<ul style="list-style-type: none"> Red definida desde las UPAs Equilibrio entre centralización/descentralización 	<ul style="list-style-type: none"> Red temática para condiciones crónicas Organizada desde la APS 	Gestión por EPS de: <ul style="list-style-type: none"> Riesgo financiero Capacidad técnica Interacción con el resto del sistema de salud 	<ul style="list-style-type: none"> Acción conjunta servicios/comunidad Énfasis en prevención de riesgos y daños
Objetivo	Atención integral continua con respuesta a las necesidades de la población objeto.	Promover la integración sistémica de acciones y servicios de salud con provisión de atención continua, integral, de calidad, responsable y humanizada, para incrementar el desempeño del sistema en términos de acceso, equidad, eficacia clínica y sanitaria, y eficiencia económica.	Prestación del servicio público de salud, como parte del Sistema de Seguridad Social en Salud, en el primer nivel de complejidad.	Provisión de atención integral y continua de servicios por el equipo de salud en primer y segundo nivel. Emplea el diagnóstico de salud en el ámbito local para la realización de acciones de prevención y educación para la salud, incluyendo la medicina tradicional, las nuevas tecnologías de la salud y la atención basada en la evidencia.

Fuente: elaboración propia

4. Modelo de atención

La propuesta conceptual de RISS promueve la gestión de un modelo de atención a la salud de tipo asistencial ambulatoria (atención primaria) y hospitalaria, que cuente con mecanismos de coordinación para la continuidad de la atención (Artaza, 2017) y que favorezca la atención centrada en el paciente.

En general, en los cuatro países, si bien no hay todavía atención integral debido a limitaciones organizacionales y estructurales de las redes, existe avance importante de los servicios hacia la atención centrada en el paciente, pues la RISS es el primer punto de contacto y la coordinación y longitudinalidad están presentes. Es posible afirmar que el modelo de atención de las RISS de los 4 países considera que las unidades de APS son la puerta de entrada a los servicios de salud e instancias coordinadoras para la continuidad de la atención y para la gestión de la

referencia a un nivel de mayor complejidad, con la excepción de Argentina, en la que no existen establecimientos hospitalarios exclusivamente asignados a la red. En todas las RISS existe la libre elección para solicitud de la atención, si bien las personas usualmente asisten al mismo centro por la cercanía y los menores costos de desplazamiento. Brasil cuenta con una organización que involucra los ámbitos municipal, estatal y federal lo que exige garantizar la continuidad de la atención. En Colombia, debido a las características del sistema de salud, la Red Norte presta los servicios de primer nivel de complejidad y, en caso necesario, los pacientes se refieren a otro nivel, previa autorización de la EPS. Para México, el modelo de atención incluye servicios complementarios que se ofrecen en unidades móviles, centros de atención rural obstétrica y CARA (servicios de planificación familiar para adolescentes), en áreas adyacentes a los hospitales.

En las cuatro RISS estudiadas destacan variantes del modelo de atención, si bien en todas se sigue la misma ruta crítica desde la entrada a las unidades médicas de PNA, que proporcionan cuidados y realizan acciones relativas a la atención primaria. Por ejemplo, la red de Brasil cuenta con centros de consulta externa de especialidades, a donde las personas también son referidas dejando el hospital de segundo nivel para aquellas que necesitan ser hospitalizadas. En la red de Colombia, antes de ser referidos a un nivel de mayor complejidad, los pacientes deben ser evaluados por la EPS para decidir la procedencia de dicha referencia. En México y Argentina, los pacientes que requieren atención de mayor complejidad son enviados a hospitales de alta especialidad (Figura 7.1). En este punto, cada RISS estudiada tiene su propio sistema de referencia y contrarreferencia; en algunas predomina la vía informal, por ejemplo, contactos personales entre profesionales; otras se apegan más a las normativas internas, pero lo más frecuente es una mezcla de ambas formas de gestionar la atención.

5. Cartera de servicios

La cartera de servicios que ofrece cada una de las redes es diferente, tanto en su definición como en sus contenidos (Tabla 7.3). Mientras la red de Argentina no tiene definida una cartera obligatoria de prestación de servicios, en la red de México se da una definición precisa de los servicios y la atención se prioriza con base en los programas de salud nacionales y en las causas de morbilidad y mortalidad; la APS se otorga en forma amplia pero la atención hospitalaria es limitada, predominando la provisión de los servicios obstétricos. La red de Brasil, en cambio, está definida con base en las necesidades de la población y está dirigida principalmente a condiciones crónicas, aunque existe oferta de atención a programas prioritarios como la atención a niños o embarazadas. Colombia, por su parte, define su portafolio de acuerdo con la necesidad del servicio, la demanda que pueda existir en un área determinada, las condiciones de habilitación establecidas en el registro de prestadores de servicios y la garantía de sostenibilidad.

<div> <div>TABLA 7.3.</div> <div>Cartera de servicios de salud. Comparación entre las redes estudiadas</div> </div>				
	Argentina	Brasil	Colombia	México
Definición	No tiene definida una cartera obligatoria de prestación de servicios y cada provincia, autónoma en su organización, define su paquete prestacional.	Atención a condiciones crónicas. Todas las unidades de atención poseen una cartera definida de servicios, aunque no hay consenso respecto a los criterios para ofrecerlos.	El Plan obligatorio de salud define un paquete explícito. En Centros de Salud: consulta médica general, de enfermería, odontológica e higiene oral y farmacia; consulta psicológica y laboratorio clínico en algunos centros. El Hospital Civil atiende, además, urgencias 24 horas y ofrece hospitalización, radiología y ecocardiografía, consulta prioritaria y ginecología especializada.	Servicios de Salud Pública con acciones comunitarias. En Centros de Salud Rurales: consulta de medicina general, urgencias y programas de promoción de la salud y prevención. En el Hospital Rural: consulta externa de medicina familiar y consulta y hospitalización en cirugía general, anestesiología, pediatría, medicina interna y gineco-obstetricia; atención de urgencias, servicios auxiliares de diagnóstico, atención psicológica y estomatología.

Fuente: elaboración propia

Colombia y México coinciden al tener un paquete explícito de intervenciones en salud para toda la población que se atiende en las unidades médicas de carácter público (Guerrero et al., 2011; Dantés et al., 2011). En Argentina, en las redes del sistema público, cada provincia define su paquete de servicios, aunque una parte de las prestaciones que se ofertan se definen por algunos programas específicos, como el Programa SUMAR.

I Horarios de atención

Las unidades de APS en todas las RISS ofrecen servicios ordinarios en días hábiles (lunes a viernes), con variación de horarios diurnos en jornada continua (8 a 16 hrs. en el área rural de Colombia y en México; y de 7-8 a 19 hrs. en Argentina, Brasil y área urbana de Colombia, sin horario nocturno o de fin de semana. Los hospitales de referencia en Colombia y México tienen atención de urgencias las 24 horas.

I Programas prioritarios

Todas las RISS comparten el enfoque de prevención en sus programas prioritarios, con énfasis en algunas condiciones particulares de cada área y de su propio modelo de atención. En Argentina, los más extendidos son el Programa REMEDIAR (acceso a medicamentos), el componente REDES de este programa (dirigido a patologías crónicas) y el plan NACER/SUMAR (población materno-infantil y otras poblaciones vulnerables). Ver Cuadro 3.3 Actualizaciones de los Programas Nacionales en Argentina.

En Brasil existe un conjunto de servicios definidos para la atención de algunas condiciones y enfermedades prioritarias –niños, embarazadas, pacientes con diabetes, hipertensión y con enfermedad renal crónica–. Los servicios cuentan con directrices clínicas de diabetes *mellitus* e hipertensión arterial, que complementan la organización de la atención a quienes tienen estos padecimientos.

En Colombia, en todos los centros de salud de APS y en el hospital existen servicios para los programas de prevención y promoción, y en el Hospital Civil se realiza detección de cáncer cervical. En la atención a problemas sociales hay

rutas específicas en las que se establece interacción con otras instituciones para la atención a víctimas de maltrato infantil y de violencia intrafamiliar.

En la RISS de México la priorización de los programas locales está basada en los Programas Nacionales y en la morbilidad y mortalidad del área. Los principales programas prioritarios son: vacunación universal, control del estado nutricional del menor de cinco años, atención de infecciones respiratorias y diarreicas en menores de cinco años, atención integral del adolescente, detecciones de cáncer cérvico-uterino y mamario, planificación familiar, control de sobrepeso y obesidad, detección y manejo de diabetes e hipertensión arterial, micobacteriosis y enfermedades transmitidas por vector. Se han priorizado progresivamente las acciones para la atención del embarazo, del parto y del puerperio, generando acuerdos con otros subsistemas y una red comunitaria para hacer frente al grave problema de mortalidad materna. Otro de los programas prioritarios está relacionado con la atención de enfermedades crónicas con énfasis en pacientes con diabetes e hipertensión, que incluye acciones de prevención, detección, diagnóstico y seguimiento, así como el manejo tanto de complicaciones agudas como crónicas.

**TABLA
7.4.**

Programas prioritarios de las redes

Argentina	Brasil	Colombia	México
<ul style="list-style-type: none"> ● Programa REMEDIAR: <ul style="list-style-type: none"> - Acceso a medicamentos. - Atención integral y continua de diabetes tipo 2 e hipertensión. ● Plan NACER: <ul style="list-style-type: none"> - Cobertura y protección financiera materno-infantil. ● Plan SUMAR: <ul style="list-style-type: none"> - Extensión a niños y adolescentes y a mujeres hasta 64 años con 400 prestaciones priorizadas. 	<p>Servicios para condiciones prioritarias a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Niñez. ● Embarazo. ● Diabetes <i>mellitus</i>. ● Hipertensión. 	<p>Prevención y promoción de la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Inmunizaciones. ● Citologías vaginales <p>Atención coordinada a maltrato infantil y violencia intrafamiliar.</p> <p>Medicina y enfermería general, servicio farmacéutico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Vacunación universal. ● Salud niños < 5 años. ● Atención integral de adolescentes. ● Detección oportuna de enfermedades crónicas. ● Atención de embarazo, parto y puerperio.

Fuente: elaboración propia

6. Reorientación de servicios hospitalarios

La Figura 7.1 resume algunos de los atributos del modelo de atención de las redes documentadas. Cada uno de los cuatro cuadrantes representa a la RISS de cada país. En el centro se ubican los pacientes. El primer círculo concéntrico representa el PNA; el segundo círculo, el SNA y el tercero, es el de mayor complejidad. De acuerdo con los reportes de cada caso sobre la **organización, estructura y coordinación**, se simbolizó el acceso de los pacientes al servicio de salud, así como la trayectoria que siguen para continuar la atención en un nivel de mayor complejidad. Las flechas de una sola vía significan la referencia sin retorno, las de doble vinculación muestran la referencia y contrarreferencia que se hace entre los niveles de menor a mayor complejidad de atención.

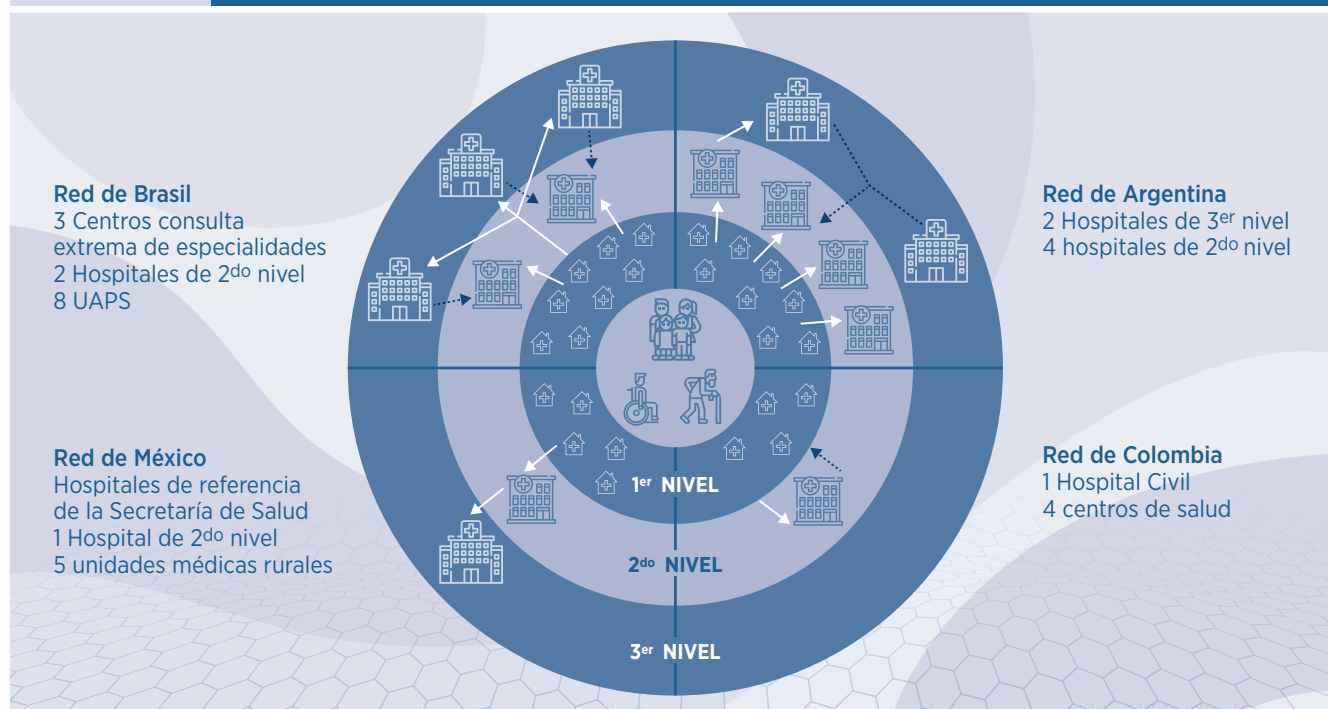
Sobre la **Organización**, los cuatro casos estudiados cuentan con una estructura semejante y operan verticalmente. Sólo Argentina permite que sus usuarios accedan libremente al nivel que necesiten sin pasar necesariamente por las UPAs y del nivel en donde se inicie la atención es posible la contrarreferencia al nivel de APS. Brasil coincide con los casos anteriores en que la APS tiene un rol de coordinación y cuenta con equipos multidisciplinares para el abordaje del paciente. En este plan de organización del servicio se da la participación de médicos del programa

Mais Médicos dentro del modelo de atención. En la RISS de Colombia, las EPS desempeñan un rol importante para el acceso del paciente a la atención ya que son estas dependencias las que evalúan cada caso y refieren a los pacientes al segundo o tercer nivel, según corresponda, o con algún especialista que otorgue consulta privada, debido a que la red funciona con la contratación de especialistas que se les paga por evento atendido. En el caso de México, las UMR son la puerta de acceso para la atención de diferentes niveles de complejidad.

Respecto a la **estructura**, la RISS de Argentina refiere del primer nivel a cuatro hospitales de segundo nivel (incluido un hospital psiquiátrico) y a dos de tercero. La RISS de Brasil dispone de ocho UAPS, dos hospitales y tres centros de especialidades. Colombia cuenta con un hospital civil para atender casos de baja complejidad, y a este refieren 23 centros de salud, incluyendo cinco del caso estudiado.

**FIGURA
7.1.**

Mapa de servicios hospitalarios



Fuente: elaboración propia

En la red de México el punto de partida son las unidades médicas rurales. Los padecimientos de elevada complejidad que requieren alta tecnología y capacidad resolutive máxima son referidos a hospitales de tercer nivel de otras instituciones, principalmente de la Secretaría de Salud.

En relación con la **Coordinación**, Argentina muestra que la referencia de casos hacia los hospitales se gestiona desde los CAPs y las UPAs, aunque cualquier paciente tiene acceso a un 2º o 3er nivel de atención acudiendo directamente; sin embargo, se priorizan los referidos por el Programa REDES. Existen redes informales de derivación de casos mediante redes obstétricas vía WhatsApp. En Brasil, destaca la gestión del acceso del paciente desde el nivel municipal, el cual respeta el ordenamiento del SUS en el ámbito nacional. A partir de la APS se coordina (a través de gestores) el cuidado en todos los puntos de atención involucrados para garantizar la continuidad de la atención, mediante protocolos de referencia y contrarreferencia. La referencia a las especialidades médicas se encuentra regulada. En Colombia la RISS estudiada atiende casos de baja complejidad lo que hace que no tenga relación directa con otros

hospitales de segundo o tercer nivel de atención, aunque el sistema de contrarreferencia no funciona adecuadamente y se pierde el seguimiento. En México, la RISS impulsa la participación de las comunidades para la identificación de casos.

7. Conclusiones

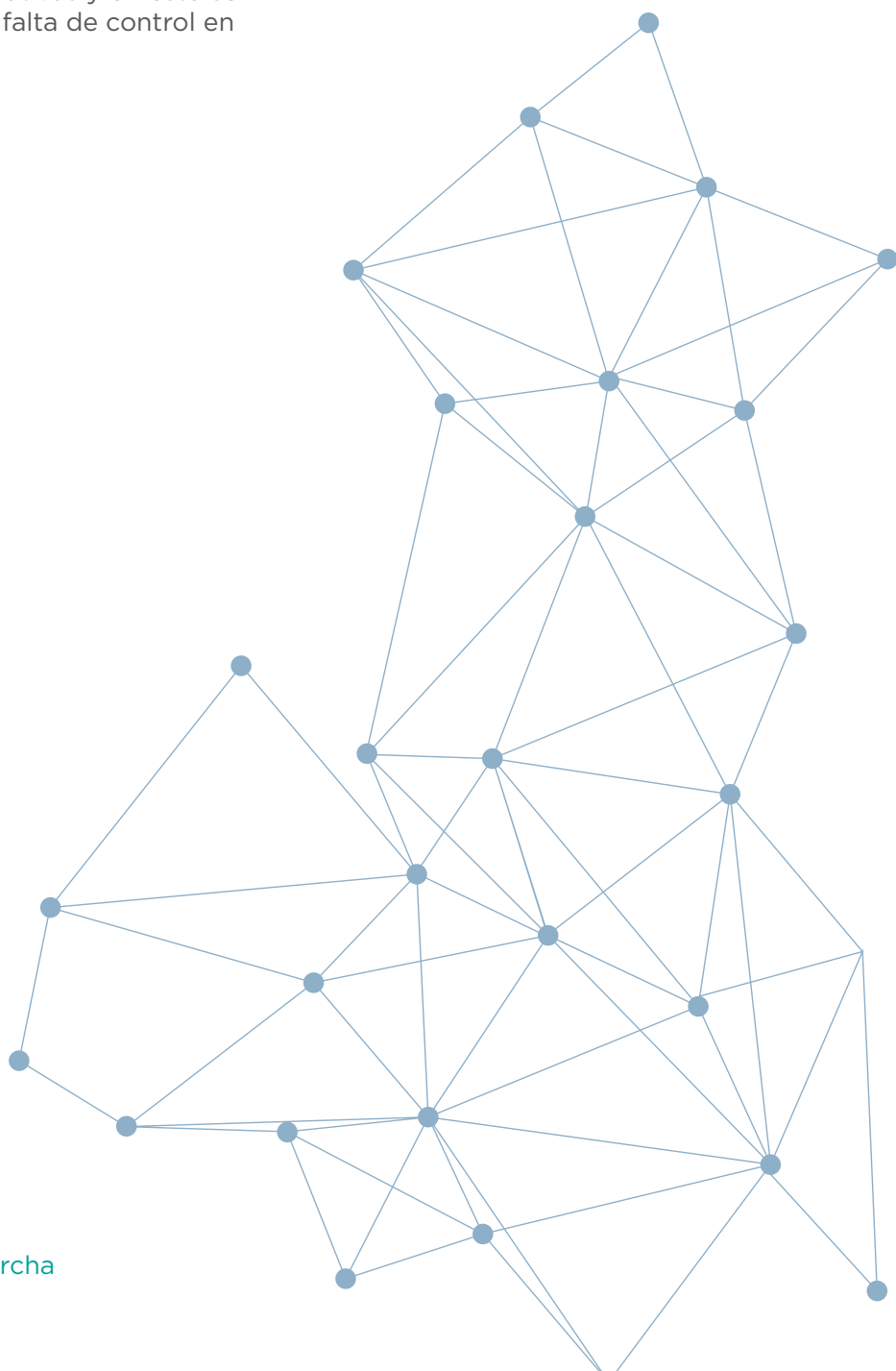
En cuanto a su orientación hacia la APS, el modelo de atención de las RISS en los cuatro países constituye un referente importante para el resto de los países de la región. La atención primaria es el fundamento de los servicios de salud; los modelos de redes son congruentes con el contexto local, si bien están claramente vinculados con las políticas de salud enfocadas hacia la cobertura universal, la equidad y la protección financiera; son redes institucionalizadas y adaptadas a las necesidades de la población bajo su responsabilidad.

El modelo de atención de RISS fundamentado en la APS ha sido adoptado en todas las redes estudiadas y es organizado por cada una de ellas con base en el esquema que su propio sistema de salud le permite, de acuerdo con sus

criterios de financiamiento y con el tipo de rectoría en la que se insertan.

La fortaleza del modelo de APS bajo estas características, que lo hacen único para cada contexto, radica en su capacidad para priorizar las necesidades de salud propias de sus poblaciones, así como su orientación hacia la participación comunitaria. El acceso a la atención se da verticalmente, si bien el modelo de Argentina permite la atención a pacientes en cualquier nivel de complejidad médica, sin necesidad de pasar por el primer nivel.

Uno de los retos de la atención es mejorar la referencia y contrarreferencia de casos; sólo Brasil reportó seguir las normativas y el resto se enfrenta a dificultades por la falta de control en esta parte del proceso.





CAPÍTULO 8.

**FÓRMULAS DE COORDINACIÓN:
LA TRAYECTORIA DE ATENCIÓN
QUE SIGUIÓ DIOSELINA DESDE LA
PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES**



CAPÍTULO 8.

FÓRMULAS DE COORDINACIÓN: LA TRAYECTORIA DE ATENCIÓN QUE SIGUIÓ DIOSELINA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES

José Alberto Muños Hernández, Gaudencio Gutiérrez Alba, Clara Juárez Ramírez, Hortensia Reyes Morales.

1. Introducción

La importancia de las RISS y su implementación para la atención de las enfermedades crónicas queda de manifiesto ante la dimensión de su magnitud y los costos crecientes para su atención ya que son la principal causa de muerte y enfermedad en América Latina y el Caribe (OPS, 2017). Todo paciente que vive con una enfermedad crónica requiere de servicios de salud integrados, coordinados y con una orientación clara hacia la prevención primaria, secundaria y terciaria, los cuales varían de acuerdo con el modelo de atención a la salud (Tabla 8.1).

En el presente capítulo, se utiliza el caso hipotético de una mujer como Dioselina, de 54 años, que padece diabetes *mellitus* y comorbilidades, el cual ha sido utilizado en ejercicios similares para identificar las características de la atención de salud en Europa (Nolte, 2008).

El propósito es ilustrar la importancia de la coordinación del personal de salud para la atención de enfermos con padecimientos crónicos no transmisibles.

La trayectoria que siguió Dioselina permitió conocer algunas de las características de la prestación de servicios de cada modelo de atención desde la mirada de los profesionales de las RISS.

La metodología de ‘caso trazador’ es utilizada (INSP, 2015), para analizar diversas situaciones en los sistemas de salud y consiste en utilizar una situación muy parecida a la realidad para analizarla entre pares, identificando las áreas de oportunidad y las propuestas de solución (Díaz, 2015; Goodrick, 2014). En el caso de Dioselina la información para trazar su trayectoria se obtuvo mediante la técnica de grupo focal, con participación de profesionales de la salud de diferentes áreas y niveles de atención (Tabla 8.2).

CUADRO 8.1.

Caso de trazabilidad

El capítulo anterior nos describió los elementos estructurales de las redes, cómo están compuestas y organizadas. Ahora es necesario que las redes funcionen a través del cumplimiento de los atributos de coordinación y continuidad de la atención.

“Dioselina, mujer de 54 años, obesa, con diabetes tipo 2 y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Tiene unas úlceras cutáneas y moderada oftalmopatía derivada de dicha enfermedad, Vive sola, recibe asistencia social y se encuentra en situación de desempleo”. En esta situación, Dioselina requiere atención por profesionales de la salud de distintas disciplinas, como un neumólogo para atender el problema de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica; asistir a una clínica de heridas para tratar su úlceras cutáneas, y al oftalmólogo para el tratamiento de las complicaciones oculares derivadas de la enfermedad. Su situación de soledad puede mitigarse si a través de la asistencia social se promueve su participación en actividades comunitarias y grupos de autoayuda.

Para describir cada caso, la información derivada de las discusiones de los grupos focales de trazabilidad en cada país se organizó de la siguiente manera: el ingreso de Dioselina a la red; la trayectoria de atención; la continuidad de la atención y las oportunidades de mejora. A lo largo del capítulo se incluyen citas de lo discutido por los participantes de los grupos focales.

2. Resultados

ARGENTINA



I El ingreso a la red

Dioselina puede ingresar a la red en el PNA a través de una serie de estrategias del Programa REMEDIAR, como son las visitas en su domicilio con acciones de prevención y promoción, o bien en la clínica del PNA para recibir seguimiento a su enfermedad y atención a las complicaciones leves. También puede ingresar a la red a través de los servicios de urgencias de los hospitales de SNA e, incluso, directamente a hospitales del tercer nivel de atención, aunque no fuese una urgencia real.

I La trayectoria de atención

Cuando Dioselina ingresa al PNA (en el marco del programa REMEDIAR), el equipo de salud le brinda un abanico de servicios que van desde acciones de promoción y prevención, hasta la atención curativa; esta última incluye controlar la enfermedad de la paciente, realizar el diagnóstico integral y conducir las interconsultas con los especialistas que están fuera del PNA, o bien ser referida al siguiente nivel de atención. Si Dioselina ingresa directamente a hospitales de SNA, recibirá una atención más integral, con atención de especialidades, como medicina interna, endocrinología, cirugía, dermatología o neumología. Sin embargo, su regreso y control en el PNA se dificulta (figura 8.1).

<div> <div>TABLA 8.1.</div> <div>Personal de salud por nivel de atención participante en grupo focal de trazabilidad</div> </div>				
Participantes	Argentina	Brasil	Colombia	México
Primer nivel de atención	Educadora sanitaria, médica, coordinadora de PNA	Profesionales de APS	Enfermera y médico de urgencias, secretaria, auxiliar de enfermería, grupo extramural del hospital	Médicos y enfermeras
Segundo nivel de atención	Médico familiar, médica terapeuta, coordinadora	Profesionales de atención especializada	Enfermera, médico de urgencias, oftalmóloga, médico general, médico internista	Personal médico residente, médicos familiares, especialistas y agentes comunitarios
Otros	Supervisores y coordinadores de ambos niveles	Agentes comunitarios de salud	Auxiliar enfermería extramural, personal de secretaría	Sin participantes

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados

**FIGURA
8.1.**

Trayectoria de Dioselina en Argentina



Fuente: elaboración propia a partir del análisis de la información del grupo focal

| Continuidad de la atención

El proceso de referencia y contrarreferencia de los pacientes con ECNT entre el PNA y SNA se dificulta por la deficiente coordinación entre ambos, el flujo deficiente de información del expediente clínico y de los formatos utilizados para la referencia; la falta de definición de roles entre los diferentes prestadores de servicios de salud; el déficit de recursos humanos y la escasa credibilidad de la competencia clínica de los médicos de PNA ante sus colegas del SNA. La paciente puede acudir directamente al SNA sin previa valoración clínica, lo que provoca una sobrecarga hospitalaria por la atención de padecimientos de poca complejidad o de urgencias reales.

| Oportunidades de mejora

Los profesionales de esta red manifestaron como eje central la APS; sin embargo, la fragmentación de la provisión de servicios de salud dificulta sus procedimientos. Las principales áreas de oportunidad identificadas son: falta

de coordinación entre niveles, interrupciones del sistema de información en la comunicación interna e inexistencia de protocolos comunes. En relación con la coordinación entre niveles se ha detectado falta de credibilidad de los profesionales del PNA por parte de sus colegas del ámbito hospitalario, ante una supuesta inferioridad académica y la discontinuidad de la atención y del control clínico de sus pacientes.

Los profesionales participantes en Argentina recomendaron la integración entre PNA y SNA, de manera que los hospitales tengan asignados a centros del PNA para la referencia y contrarreferencia y, también, una colaboración estrecha en la red para conocer las necesidades de la población y para la referencia ágil y precisa de los pacientes. Asimismo, solicitaron tener un mayor nivel de compromiso del nivel hospitalario en la contrarreferencia de pacientes y el reconocimiento de los colegas del PNA por parte de los especialistas; promover el trabajo en equipo entre niveles de atención, y recibir capacitación y actualización para la atención de pacientes con enfermedades crónicas.



I El ingreso a la red

Dioselina puede ingresar a la red principalmente a través del PNA donde agentes comunitarios (personal de la comunidad) cuentan con estrategias basadas en APS, como la búsqueda o seguimiento intencionado de pacientes, que les permiten un mejor cuidado de la salud de los pacientes. En la UAPS, los pacientes que como Dioselina requieren una atención en unidades de mayor complejidad, son enviados a las unidades de atención especializada siguiendo la ruta ideal de referencia (figura 8.2).

I La trayectoria de atención

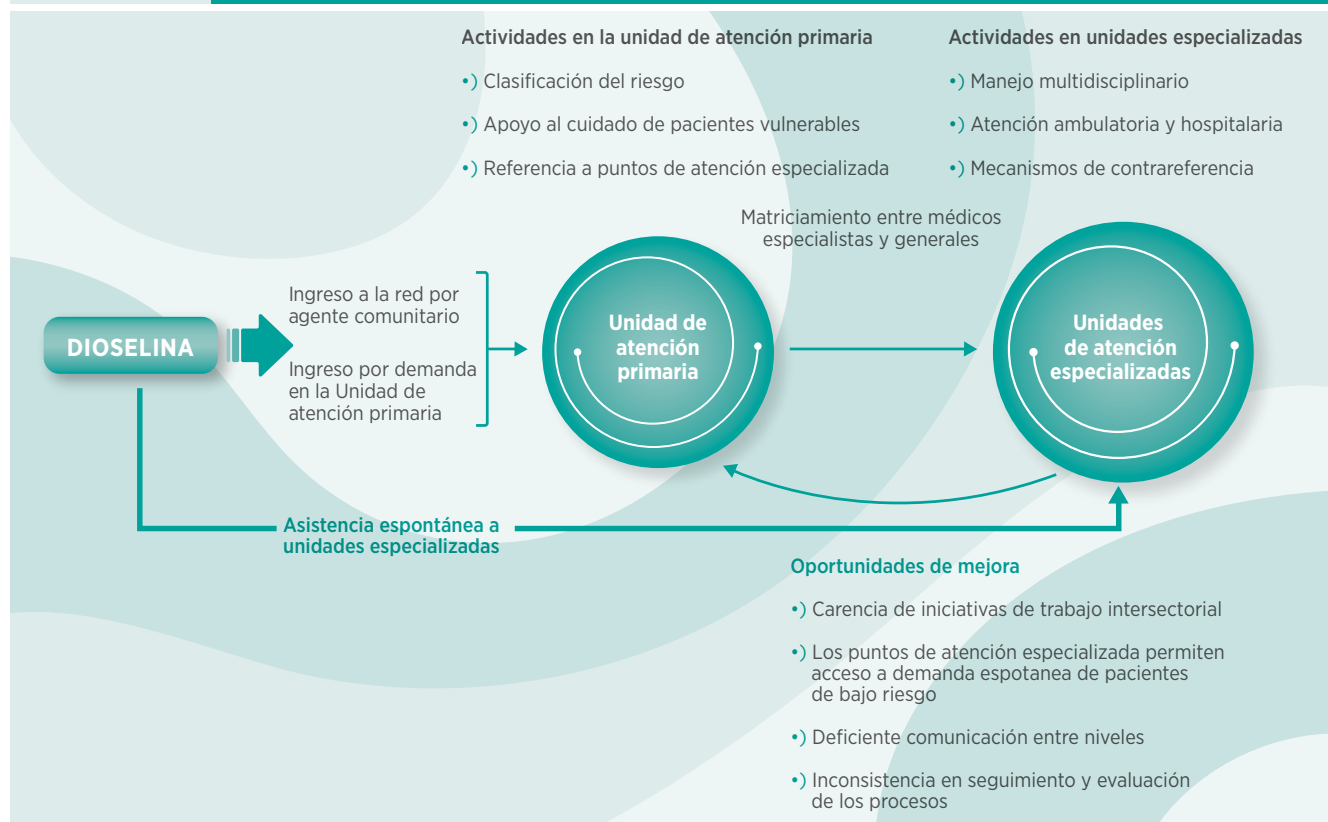
Al ingresar la paciente a la UAPS se clasifica su riesgo y esto determina la permanencia o no en la unidad, la periodicidad de las consultas, las intervenciones necesarias y, de ser el caso, la

referencia a los puntos de atención especializados. El acceso a la atención especializada (hospital) se establece en la UAPS, pero está especificado para los pacientes con enfermedades de alta y muy alta complejidad. El ingreso se realiza mediante la referencia a las especialidades a partir de protocolos clínicos ya instituidos que garantizan el acceso, siempre y cuando exista dificultad resolutive en el PNA.

En Brasil los pacientes descompensados son encaminados a los *leito-dia* buscando evitar una hospitalización. Sin embargo, si se produce un deterioro de la salud, se realiza el ingreso hospitalario en el nivel de especialidades, donde los usuarios deben ser valorados y atendidos por equipos multidisciplinares de expertos. Dioselina regresa a la UAPS a través de una contrarreferencia indicando sus planes de cuidados (figura 8.2).

FIGURA 8.2.

Trayectoria de Dioselina en Brasil



Fuente: elaboración propia a partir del análisis de la información del grupo focal

| Continuidad de la atención

Para obtener una buena coordinación entre niveles de atención, Brasil cuenta con la iniciativa de **matriciamiento**¹⁰ entre médicos del primer nivel, especialistas y otros profesionales del equipo de salud (nutricionistas, educadores físicos, psicólogos), lo que permite cuidados colaborativos e integrales. En el caso de que Dioselina no pueda acudir a las unidades de atención médica, podría recibir asistencia de profesionales de salud en su hogar. Si Dioselina es atendida en el segundo nivel, regresará a la UAP de donde fue referida y llevará consigo los planes de cuidado indicados. Destaca como estrategia de la APS el **matriciamiento** entre los especialistas y los médicos generales, que permite entrenamiento en la clasificación del riesgo, atención del pie diabético y acciones para apoyar el autocuidado de la salud.

| Oportunidades de mejora

En la APS se identificaron las siguientes oportunidades de mejora: no contar con iniciativas formales de trabajo intersectorial para la población en general o para grupos específicos de pacientes; deficiencias en el transporte sanitario que comprometen el trabajo domiciliado de equipos; puntos de atención especializada que permiten el acceso de demanda espontánea y que, por tanto, atienden a pacientes de bajo riesgo que no son referidos por las UAPS; falta de comunicación entre servicios de diferentes niveles; inconsistencia en el seguimiento y en la evaluación de los procesos.

COLOMBIA



| El ingreso a la red

Dioselina tiene dificultad para ingresar a la red debido a su condición de pobreza y desempleo. Su afiliación correspondería al régimen subsidiado, que en el momento del presente estudio tenía desventaja respecto a la cobertura de los servicios de salud, comparado con el régimen contributivo: *“Posiblemente por el problema de desempleo no ha podido acceder a estos servicios, que ha condicionado la situación actual, (...) así como un sinnúmero de circunstancias por las cuales esta paciente llegó con unas úlceras cutáneas arteriales y con una oftalmopatía”* GFT 01.

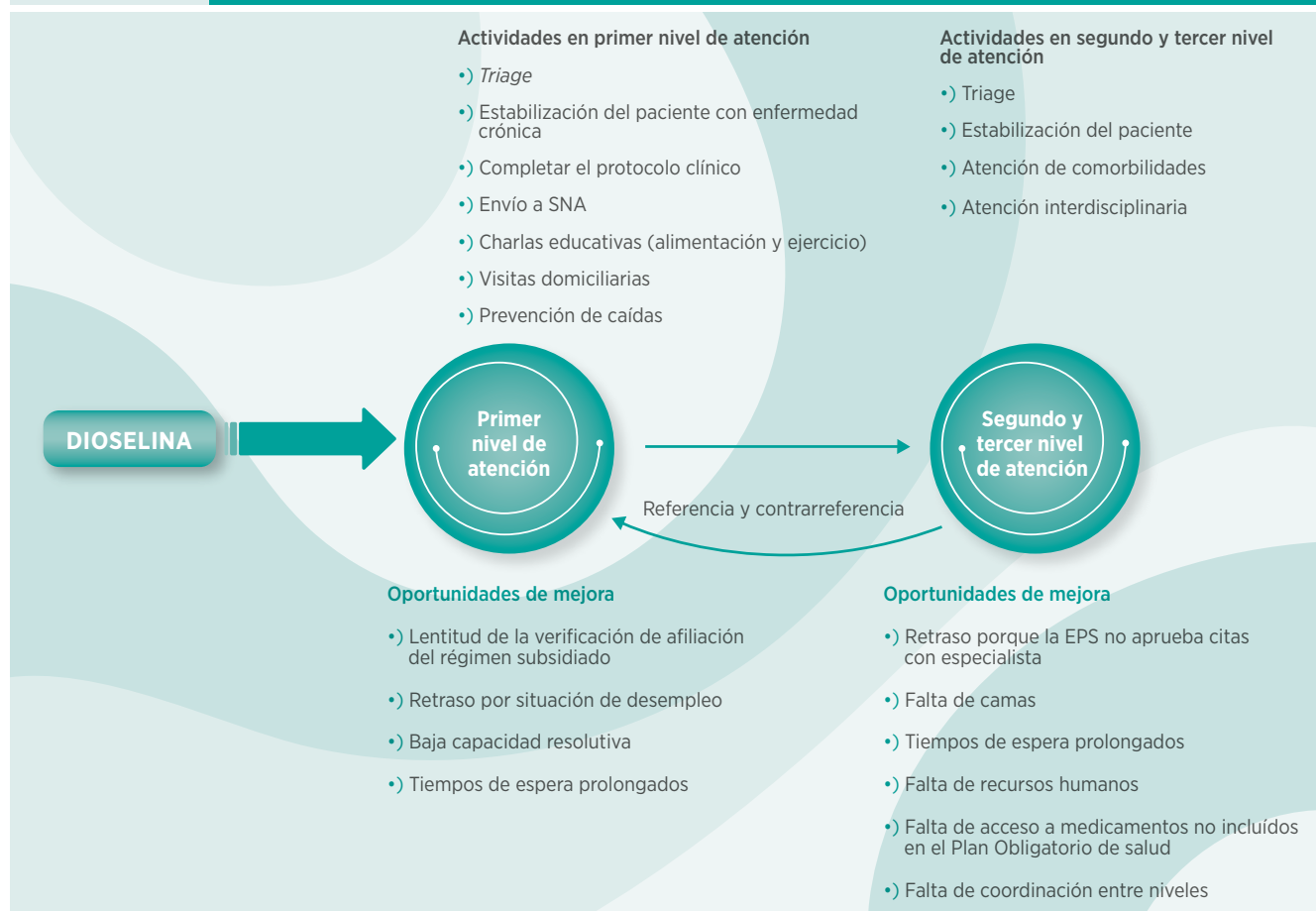
| La trayectoria de atención

Cuando Dioselina ingresa a la red, el personal de salud aplica **triage** para clasificar la urgencia del caso, brindar atención para estabilizar a la paciente, hidratarla, realizar exámenes complementarios y derivarla al SNA, en donde las acciones dependerán de los beneficios cubiertos por el respectivo Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado. En el hospital la reciben en el servicio de urgencias o de consulta externa. En urgencias también aplican **triage**, se estabiliza, se complementa el protocolo de estudios y se le otorga atención de manera integral con los diferentes especialistas que requiera, siempre y cuando haya disponibilidad. Una vez estabilizada, se regresa al PNA (figura 8.3).

¹⁰ *Matriciamiento* o apoyo matricial es un modo de generar resultados en salud en el que dos o más profesionales del equipo de salud, en un proceso de construcción colaborativa, crean una propuesta terapéutica multidisciplinaria para un paciente o familia específico.

**FIGURA
8.3.**

Trayectoria de Dioselina en Colombia



Fuente: elaboración propia a partir del análisis de la información del grupo focal

I Continuidad de la atención

La referencia de Dioselina al SNA se dificulta porque se requiere que la EPS valide la referencia del paciente a un SNA, lo cual retrasa la atención y su condición de salud puede empeorar. Adicionalmente, existe poco apoyo para la gestión de citas con los especialistas. Para el seguimiento se presentan las mismas dificultades que surgieron en la referencia del PNA, se complica nuevamente el proceso cuando la paciente requiere de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud; para resolver esta situación la EPS deberá autorizar que sean surtidos.

I Oportunidades de mejora

Se detectaron barreras de acceso por el tipo de afiliación (régimen subsidiado). En el PNA hay un bajo nivel resolutivo y saturación en el servicio de urgencias. La referencia del paciente al SNA se dificulta por la poca coordinación entre los niveles. Los problemas identificados en el SNA son: falta de camas hospitalarias, saturación de agendas de los especialistas, retraso en la referencia por la validación del caso a cargo de una tercera instancia (EPS).

Para mejorar la atención de Dioselina se requiere fortalecer la atención en el PNA a través de integrar los servicios ofrecidos, mejorar la infraestructura, tener mayor disponibilidad de recursos humanos, actualizar al personal de salud en el tratamiento de enfermedades crónicas, promover el trabajo interdisciplinario y la coordinación entre los distintos niveles de atención, facilitar

la gestión de las citas médicas de los pacientes, sistematizar la información del paciente y de los formatos de referencia, y disminuir la burocracia en la autorización de los medicamentos y la autorización de citas por las EPS. En el ámbito hospitalario resulta recomendable contar con más especialistas, reconocer la labor y la formación del médico general, y crear una mayor conciencia entre los especialistas acerca de la importancia de la continuidad de la atención a través de la contrarreferencia del paciente.

MÉXICO

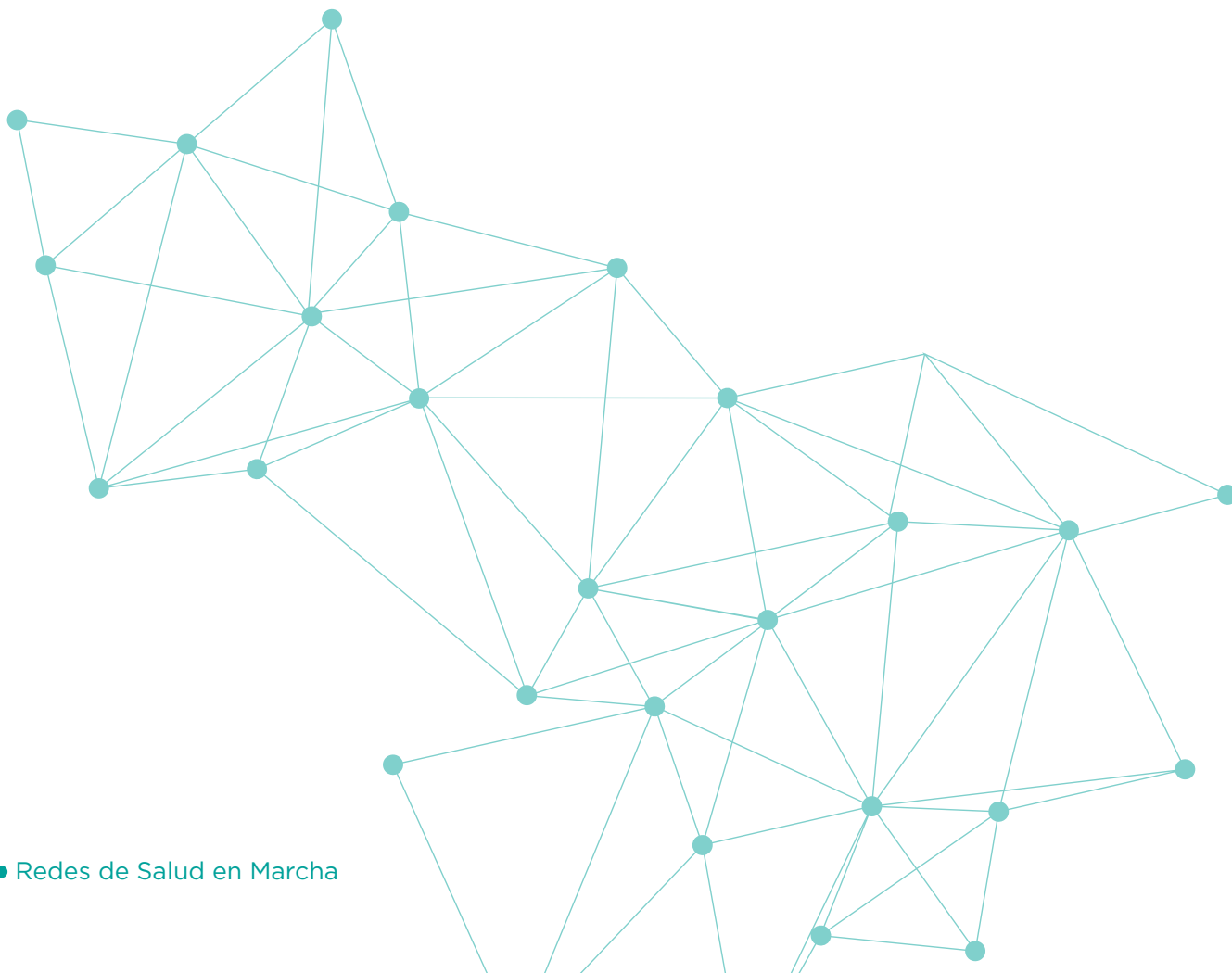


I El ingreso a la red

Dioselina fue auxiliada por promotores de salud (agentes comunitarios) para su acceso al PNA. Tiene asimismo la oportunidad de acceder a la atención a través del área de urgencias en el SNA. Dado que el nivel hospitalario también cuenta con un área de medicina preventiva y de medicina familiar para atención ambulatoria, la detección y el diagnóstico de diabetes pueden realizarse igualmente en el hospital rural.

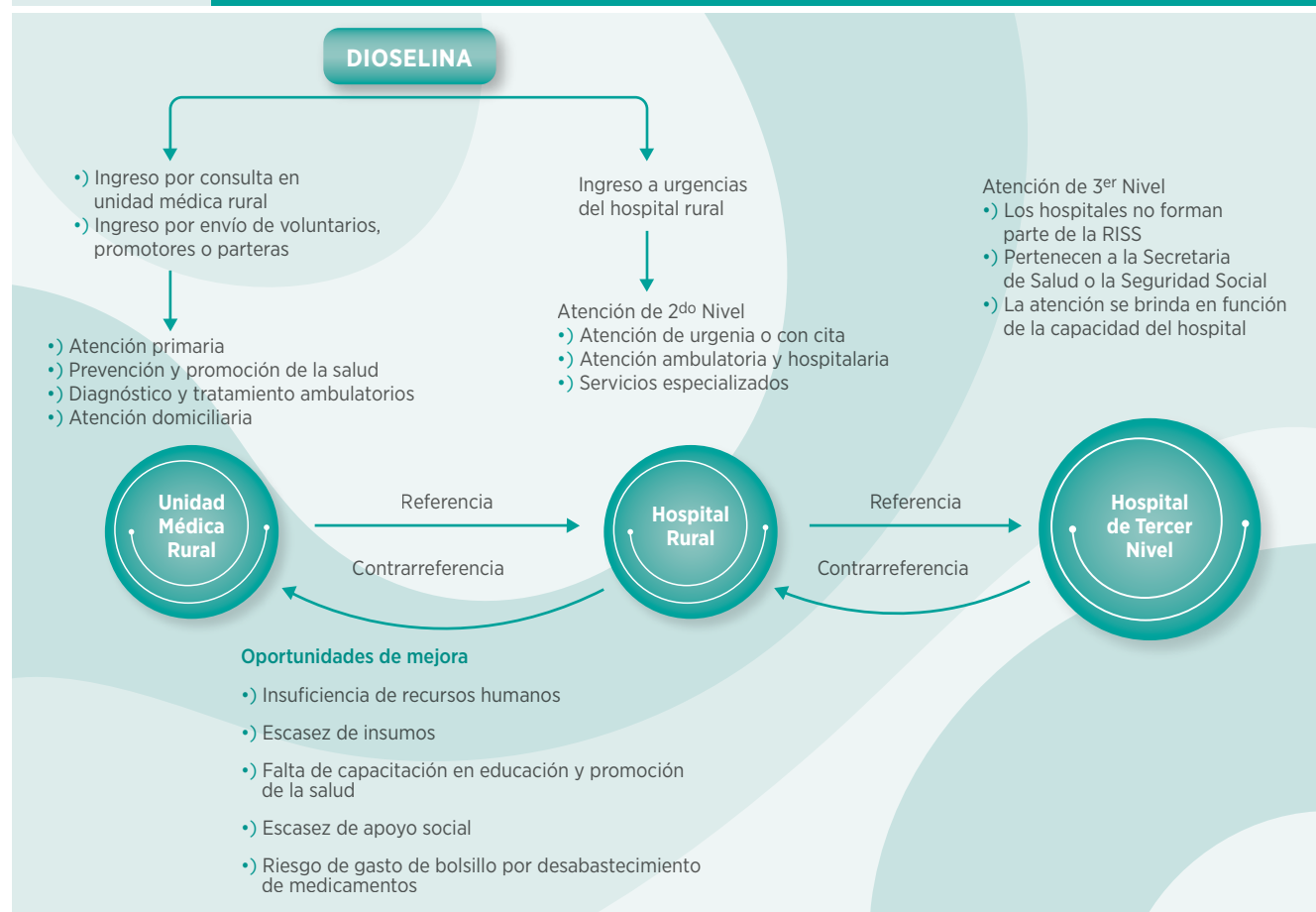
I La trayectoria de atención

La atención en el PNA cuenta con un protocolo de seguimiento a los diversos tipos de complicaciones que Dioselina puede desarrollar. El protocolo recomienda referencia al SNA solamente si existe dificultad resolutive, ya que también es posible dar seguimiento en el PNA. Para el caso de diabetes, la detección inicial suele realizarse mediante glucosa capilar en la unidad médica rural, que se acompaña de la exploración y elaboración de la historia clínica. En caso de identificar la presencia de úlceras cutáneas y dependiendo del grado de complicación, se puede otorgar el tratamiento en su domicilio, en la unidad médica rural, o se refiere al hospital rural. Si la paciente tiene una condición que requiere atención urgente y acude a la unidad médica rural, la posibilidad de controlarla es limitada debido a que esta carece de laboratorio clínico. En general, se debe referir al HR para estabilizar la condición de urgencia. En esta etapa se identifica el contexto sociodemográfico, para identificar si la paciente está sola y sin apoyo familiar que requiera un seguimiento estrecho por parte del personal de salud para evitar que abandone el tratamiento (figura 8.4).



**FIGURA
8.4.**

Trayectoria de Dioselina en México



Fuente: elaboración propia a partir del análisis de la información del grupo focal

I Continuidad de la atención

Para atender a Dioselina se coordinan los diferentes niveles de atención de la red (unidad médica rural y hospital rural) y, eventualmente, con los hospitales de alta complejidad de la Secretaría de Salud, los cuales no forman parte de la red. El personal de trabajo social se encarga de gestionar la atención en los hospitales; el personal de enfermería tiene la responsabilidad de visitar al paciente en su hogar para dar seguimiento a su enfermedad. En las UMR tienen definido el protocolo de actuación para detectar pacientes y darles seguimiento, lo cual se facilita porque tienen bien identificada a la población de su área de influencia. En el SNA, después de estabilizarse el caso, se contrarrefiere a la UMR, donde se continúa su control mensual de glucemia y otras acciones de PNA (consejos dietéticos, actividad física). Mediante la “Cartilla” (documento de control), se da seguimiento a

signos vitales, niveles de glucosa, peso y talla. Si Dioselina requiere atención de alta especialidad esto puede dificultarse, ya que esta red no cuenta con ese tipo de unidades médicas y se tendría que gestionar la atención desde el hospital rural, lo cual, con frecuencia, genera gastos para los pacientes.

I Oportunidades de mejora

Los entrevistados consideran que un aspecto a mejorar es la insuficiencia de recursos humanos (incluyendo médicos especialistas titulados y otros subespecialistas, como neumólogos), ya que los médicos internistas (el recurso de los hospitales rurales), están sobresaturados con consultas. Asimismo, no existe suficiente personal de salud capacitado en actividades de educación y promoción de la salud en el hospital rural para dar seguimiento a los casos; hay una

falta de insumos para realizar una detección precoz de la diabetes y confirmar diagnósticos mediante estudios de laboratorio. Una vez que se prescribe el tratamiento se deben comprar los medicamentos, pues frecuentemente existen problemas de abasto. Aunque el departamento de trabajo social en el hospital rural busca apoyo social, contacta familiares, gestiona donación de sillas de ruedas, muletas y prótesis, las carencias sociales de Dioselina y la ausencia de apoyo familiar sobrepasan las posibilidades que tiene la red para la demanda de atención y realizar un manejo integral de los pacientes.

La organización y coordinación de los servicios en las redes.

La organización y coordinación de los servicios para la atención de los usuarios suponen retos importantes debido a limitaciones de los procesos de atención, a la falta de comunicación entre los niveles de atención y a la falta de trabajo en equipo.

La tabla 8.2 ilustra las principales características identificadas en cuanto a la forma en que los servicios están organizados y a la problemática de la coordinación entre los diferentes niveles de atención.

TABLA 8.2.	Elementos destacables de la organización y coordinación de las redes	
País	Organización Sistema de referencia y contrarreferencia	Problemas de coordinación detectados
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> Se gestiona desde los CAPs y las UPAs. Cualquier paciente puede acudir directamente a un 2° o 3er nivel de atención. Se prioriza a beneficiarios del Programa REDES. Funciona sistema informal de derivación mediante mensajes telefónicos (<i>WhatsApp</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> Los hospitales no cuentan con un área geográfica bien delimitada de atención y la distribución y derivación de los pacientes es básica y no está formalizada. La red carece de un paquete predefinido de prestaciones; se define por los Planes y Programas de Salud. Los mecanismos de referencia y contrarreferencia no se cumplen adecuadamente. No se utilizan formularios estandarizados.
Brasil	<ul style="list-style-type: none"> Gestión desde el nivel municipal y APS. Se define la implantación de acciones en los servicios de referencia especializada ambulatoria para garantizar el acceso; el proceso de derivación de las UAPS; el retorno del usuario a su UAPS de origen; la implantación de protocolos de clasificación de riesgo, directrices clínicas y protocolos de referencia y contrarreferencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Debe mejorarse la comunicación entre los profesionales de salud de diferentes niveles de complejidad y la coordinación con los servicios especializados. No todo el personal conoce los procedimientos. Desde las APS no se puede manejar la atención de especialidades porque deben obedecer al SRM. Se refieren pacientes sin exámenes previos.
Colombia	<ul style="list-style-type: none"> Del primer nivel se envía el caso a la EPS para que lo valoren y refieran. Casos ginecológicos se atienden por especialista contratado por evento. La contrarreferencia es regulada por el Instituto Departamental de Salud con el apoyo y asesoría del Comité Departamental de Urgencias. 	<ul style="list-style-type: none"> Cada prestador actúa de manera aislada con limitaciones para el funcionamiento en red, generando fragmentación y mayores costos. La red atiende casos de baja complejidad y no tiene relación directa con otros hospitales de segundo o tercer nivel de atención.
México	<ul style="list-style-type: none"> Voluntarios, parteras y promotoras refieren a la UMR, a la Unidad Médica Móvil y a las Brigadas de Salud que, a su vez, refieren al HR. La contrarreferencia se realiza del HR a la UMR correspondiente una vez que el problema de atención es resuelto, con indicaciones de seguimiento por escrito. 	<ul style="list-style-type: none"> La continuidad de la atención se ve limitada por el escaso personal existente en el 2° nivel y por la poca cobertura en localidades lejanas al HR.

3. Conclusiones

El análisis de la trayectoria de Dioselina por los servicios de salud de los cuatro países indica que los países tienen fortalezas y problemáticas comunes, así como oportunidades de mejora.

En todos los países, la atención primaria es la puerta de entrada para que pacientes como Dioselina accedan a los servicios de salud. Esta situación brinda la posibilidad de resolver la mayor parte de los problemas de salud en este nivel de atención para lo cual se requiere mejorar su capacidad resolutoria. Las limitaciones en los recursos humanos, en el equipamiento, en los insumos, en la organización y en los procesos, los participantes los mencionaron de forma frecuente.

La coordinación entre el primer y el segundo nivel de atención representa un reto importante por sus limitaciones organizacionales y por la debilidad de interacción entre los distintos niveles de atención.

El interés por realizar acciones de prevención y promoción de la salud para enfermedades crónicas se diluye entre el personal de salud; la resolución está más centrada en la curación, que se oferta principalmente en las unidades hospitalarias, aunque las figuras de agentes comunitarios que existen en Brasil y México son un elemento clave para conseguir el ingreso a un tratamiento adecuado a los pacientes.

En Colombia y México la atención está sujeta al tipo de afiliación al que se pertenece, lo cual genera segregación social (Cotlear, 2015b), tanto en sistemas organizados (según la contribución de la población), como en los que la afiliación a la Seguridad Social establece el acceso a determinados servicios de salud.

La fortaleza de las redes analizadas es su orientación hacia la APS, que es un elemento imprescindible para su definición y estandarización hacia padecimientos comunes. Sin embargo, las redes han sido rebasadas por la elevada demanda de enfermedades crónicas y la insuficiencia de recursos humanos de salud. Esto disminuye la calidad del proceso de atención y, en consecuencia, su efectividad. Paradójicamente, la pertenencia de las redes a sistemas de salud que tienden a la fragmentación requiere estrategias a implementar en el corto plazo para fortalecer su coordinación e integración. Para lograrlo se debe promover la generación o consolidación de redes que permitan la organización de los diferentes subsistemas por niveles de atención bien estructurados y coordinados, así como vincular de manera horizontal dichos subsistemas para responder a necesidades de atención de manera colaborativa.







CAPÍTULO 9.

PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS



CAPÍTULO 9.

PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS

Diana Pinto, Miguel Ángel Máñez, Tania Marín, María Clara Yépez, Melissa Ricaurte.

1. Introducción

En los capítulos anteriores se describieron las características de las dimensiones de contexto, gobernanza, financiamiento y modelo de gestión y de atención de las RISS estudiadas. Los profesionales de salud señalaron, asimismo, la trayectoria en el sistema de una paciente como Dioselina, que resulta del ensamblaje de estas dimensiones en el contexto específico de cada red. Habiendo presentado la configuración del “qué” de las RISS estudiadas, este capítulo proporciona las percepciones obtenidas de las entrevistas a directivos y profesionales sobre el “cómo” se llegó a esta configuración.

El marco de referencia para este análisis está sustentado en la teoría de difusión e implantación de innovaciones desarrollada por Rogers (2003) y Greenhalgh (2005). La premisa inicial establece que el cambio organizativo y asistencial que supone la creación de una red integrada es una innovación *per se*. Greenhalgh definió la innovación como “un conjunto novedoso de comportamientos, rutinas y formas de trabajo, dirigido a mejorar los resultados en salud, la eficiencia administrativa, el coste-efectividad o la experiencia del usuario, implantado por medio de acciones planeadas y coordinadas”. En nuestro caso, la innovación Greenhalgh (2004), según una revisión sistemática de la evidencia publicada, identifica los factores que influyen positivamente en la asimilación de una innovación en salud, es decir, que sea adoptada por todos los individuos relevantes e incorporada en su quehacer diario (*business as usual*). Para el presente análisis, en las entrevistas y grupos focales se exploró la presencia de factores que, según la evidencia, se destacan como los más influyentes a la hora de propiciar un entorno favorable para la adopción de la estrategia de RISS, y para impulsar su difusión, diseminación y asimilación.

2. Entorno que impulsa la adopción de la estrategia de RISS

Estrategia planificada

De los casos estudiados, la RISS de Brasil es paradigmática de llevar a cabo una estrategia planificada para la adopción de procesos de red, que tuvo lugar en dos etapas. Primero se desarrolló a través de procesos adelantados por actores de gestión y apoyados por consultores externos; esto posibilitó la construcción de planes y mapas estratégicos que fueron implementados para reorganizar los diferentes procesos de trabajo internos de la SMS y de la Atención a la Salud en el municipio, buscando la estructuración de RISS. En una segunda etapa las acciones se dirigieron a la reorientación de los servicios, especialmente a las UAPS. Se trata de un cambio de procesos sustentado en nuevas estrategias y normas de organización.

Las estrategias que se adoptaron para poner en marcha esta iniciativa fueron, entre otras: contratación de una consultoría especializada para la cualificación de los equipos gestores y profesionales; formación del equipo directivo, incluyendo a los gerentes de las UAPS; inversiones para el mejoramiento de la APS y nueva infraestructura; aumento del número de médicos; nuevos horarios de trabajo; reorganización y mejoramiento de los procesos de atención en los establecimientos de salud. Esta experiencia se adoptó inicialmente para la atención de personas con diabetes *mellitus* e involucraba a un número predefinido y limitado de UAPS, de policlínicas de especialidades y de hospitales, y tenía una vocación de expandirse posterior y gradualmente para toda la red.

En Brasil, la adopción de la RISS se generó a través de redes temáticas priorizadas en motivos específicos de atención: embarazadas, niños o pacientes con diabetes *mellitus* e hipertensión arterial, y se vinculó a la academia y a consultores

externos en su puesta en marcha. La experiencia en Brasil orientó la creación de un Curso de Especialización en la Escuela de Salud Pública de Ceará, con contenido definido por la SMS de Fortaleza. De igual manera, se desarrollaron talleres de cualificación para todos los gerentes de las UAPS orientados al fortalecimiento de las acciones desarrolladas en las instituciones de salud de la red.

Políticas y programas nacionales

En concordancia con lo expuesto en el Capítulo 3, en todas las RISS estudiadas el impulso de las estrategias de redes se desarrolló en el marco de las políticas nacionales de cada país. Con excepción de Brasil, la adopción no se ha llevado a cabo como parte de una estrategia deliberada para desarrollar el modelo de RISS.

En México, la RISS estudiada se estableció como un “programa de servicios de salud” con financiamiento exclusivamente público. Los avances en su consolidación se atribuyen a la madurez del sistema de salud, que posibilitó innovar en el modelo de atención para poblaciones vulnerables y sin capacidad contributiva. De hecho, la visión del modelo centrado en la promoción de la salud en zonas rurales mediante acciones de participación social (voluntarios) ha supuesto la principal ventaja relativa de la red. En el caso de México, el contexto de su sistema de salud fragmentado influyó en la creación de la RISS debido a que la necesidad de una atención sanitaria para la población vulnerable, principalmente indígena y campesina propició el establecimiento de acuerdos entre el subsistema de salud (IMSS) y el gobierno federal para brindar servicios de salud gratuitos dentro de los planes nacionales de ampliación de cobertura.

Las características organizativas del IMSS y su trayectoria en México refuerzan la afirmación de Greenhalgh et al. (2004) de que existen mayores probabilidades de que una organización asimile con facilidad las innovaciones si se caracteriza, entre otros aspectos, por ser una organización grande, madura, funcionalmente diferenciada, con focos de conocimiento profesional y con recursos para apoyar nuevos proyectos.

En el caso de Colombia, el trabajo en red se estableció como una directriz “de arriba abajo”, esto es, con decisiones formuladas desde la

gerencia y los órganos directivos de las instituciones de salud que obedecieron al mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios. Las decisiones fueron difundidas y llevadas a la práctica por los profesionales en los diferentes servicios y programas de salud, generando un efecto en cascada y transformando las directrices políticas en nuevos procesos. En las entrevistas se reconoce la disposición del personal asistencial para incorporar el trabajo en red apoyando el despliegue realizado: ***“Primero fueron las capacitaciones con los grupos primarios, unidades primarias desde lo administrativo, y luego nosotros nos desplazábamos a los centros pequeños a informarle. Así empezamos”*** (GF mixto 03).

3. El proceso de difusión y diseminación

Si bien es complejo separar el proceso de implementación de la red de las funciones de difusión y diseminación, vamos a destacar algunas de las circunstancias específicas de cada red estudiada que han favorecido la difusión de la experiencia.

Greenhalgh (2005) propone diversas vías para la difusión de innovaciones en salud, desde la comunicación directa y las redes interpersonales (principalmente entre personas de una misma disciplina o profesión, o entre quienes comparten espacio de trabajo) hasta el uso de líderes de opinión que utilizan su influencia para difundir las novedades en temas organizativos y asistenciales. Además, existen otras herramientas más centradas en la propia estructura de cada organización y de carácter formal (coordinación, comunicación oficial, capacitación, etc.) o las intervenciones dirigidas a producir el cambio, ya sean pasivas (ej. el envío de instrucciones o folletos indicando qué se pretende hacer) o activas (ej. convocar sesiones de discusión y adaptación del plan a las necesidades de los sujetos). Casi todas las estrategias están presentes en los estudios de caso elaborados en los países participantes.

En Colombia, la estrategia de trabajo partió de la dirección de la ESE Pasto Salud, por lo que su apoyo en el desarrollo y difusión ha sido constante. El alineamiento entre la estrategia de implementación y los resultados en cuanto a satisfacción del usuario han servido como aval del proyecto para los profesionales. Sin embargo, paradójicamente, los usuarios desconocen que su centro de atención pertenece a una red,

por lo que sería conveniente que las estrategias de comunicación y difusión tengan en cuenta al usuario.

Argentina ha basado su modelo de difusión y diseminación en los canales informales, sobre todo entre colegas. De hecho, se pone de manifiesto la falta de capacitación entre los profesionales y la ausencia de una estrategia de comunicación y difusión. La clave de la difusión en México es la pertenencia de la Red del IMSS-Prospera a la estructura del IMSS, ya implantada previamente. El hecho de ser una institución conocida y bien valorada ha permitido que la difusión de la red haya sido más sencilla y potente que en otros países. Es más, muchas de las estrategias procedían de las normas y procedimientos del IMSS, y ya existían cauces y espacios de comunicación y capacitación.

El caso de Brasil es muy diferente dado que la red se basa en estrategias de coordinación entre diversos centros para atender a pacientes con diabetes. Por ello, la difusión y diseminación se basa en herramientas de coordinación, capacitación y comunicación, como grupos de trabajo, planes estratégicos, cursos, etc.

4. Asimilación de la estrategia de red

La literatura revisada plantea que la actitud de rechazo o aceptación de una innovación en salud por parte de los grupos profesionales está influenciada por la compatibilidad con el contexto y la cultura predominantes (principalmente los valores y procedimientos), por que se perciba como útil, por presentar una ventaja relativa sobre el modelo existente, por la escasez de barreras para la puesta en marcha de la innovación y por contar con mecanismos para evaluar los resultados y comprobar los beneficios. Las innovaciones que pueden ser experimentadas de una forma limitada por los usuarios previstos se adoptan y asimilan con mayor facilidad.

Compatibilidad con los valores existentes

Distintos autores como Aubert y Hamel (2001), Denis et al. (2002), Ferlie et al. (2001), Foy et al. (2002) y Rogers (1995), reconocen que las innovaciones que son compatibles con los valores,

normas y necesidades percibidas por el personal se adoptan con mayor facilidad. Si esta compatibilidad no existe, los esfuerzos de asimilación difícilmente trascenderán el plano de la información.

En el caso de México, la puesta en marcha de la RISS ha implicado la difusión de valores basados en una estructura de atención comunitaria a la población más necesitada siguiendo el modelo del programa IMSS-Prospera. El personal de salud con mayor antigüedad en las instituciones ha apropiado el trabajo colaborativo como un mecanismo ético en la atención de los grupos más desprotegidos en México. Para Torres (2010), el trabajo en redes es una estrategia que posibilita la articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden articular voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.

Las experiencias de Argentina y Colombia evidencian que existe compatibilidad de los planteamientos del modelo de gestión y de atención con los valores de los profesionales y directivos del PNA, aspecto que ha facilitado la coordinación de servicios y, por ende, la calidad de su prestación. No obstante, se reconoce la necesidad de un mayor alineamiento entre el PNA y otros niveles de mayor complejidad (por ejemplo, en reconocer el PNA como puerta de entrada o en la diferenciación de competencias) para superar la fragmentación de los servicios, que impide la atención integral de los usuarios.

Es muy llamativo que todos los casos analizados apuntan a la existencia de una disposición para adoptar un nuevo enfoque más centrado en la comunidad y en la salud, desde una perspectiva integral. En el caso de México, se ha reforzado este enfoque (ya que originalmente la red nació con esta función), pero en Argentina y Colombia ha implicado diseñar estrategias para incorporarlo en las actitudes del paciente, de la población y de los profesionales, así como un cambio cultural, como se explica más adelante.

Utilidad y ventajas percibidas

Las innovaciones que tienen una ventaja clara e inequívoca, ya sea en efectividad o costo-efectividad, se adoptan e implementan más fácilmente. En los estudios de caso, las ventajas o utilidades del trabajo en red se agrupan en los siguientes temas:

Desarrollo de normas y procedimientos

En los estudios de caso se evidenció que una de las ventajas que se ha obtenido del trabajo en red es la adopción y ajuste de normas, procedimientos y valores, dentro de estructuras de funcionamiento centralizadas.

Mejoras en la comunicación

De acuerdo con las entrevistas y grupos focales, el trabajo en red también ha facilitado la comunicación con otras instituciones, especialmente para la referencia de los pacientes, aunque la contrarreferencia sigue siendo limitada. Con respecto a este tema, se aduce que el fortalecimiento de la “comunicación entre las organizaciones, puede ser de tipo formal o informal, pero debe contribuir a la colaboración entre actores hasta que se convierta en un proceso iterativo de mejoramiento”. Es una ventaja que con el tiempo producirá efectos positivos en la generación de una cultura de organización de los procesos que redunde en la eficiencia y eficacia de la atención en salud (Morales, 2011).

En algunas RISS se considera que la adopción del modelo de redes ha favorecido la comunicación entre el personal de salud, especialmente de atención primaria, para obtener la información necesaria que redunde en la oferta de mejores servicios, algo que se refleja en la satisfacción de los usuarios, como se menciona en el caso de Colombia: **“Aquí es buena la atención, es más rápido, con los médicos la cita es más rápido”** (GFU 04).

Coordinación

En la red de Santiago del Estero se perciben mejoras relativas al acceso y a la reducción de la fragmentación del sistema, quizás uno de los puntos débiles más notorios de los sistemas de salud en Latinoamérica (Cotlear, 2015b). Por ejemplo, al indagar sobre si en la organización de los procesos de atención cada funcionario tiene claridad de su tarea un usuario señaló en la entrevista que **“se percibe la coordinación en la recomendación que me da el médico de la UPA al ir al hospital”** (GFU 05).

En Colombia, la red ha impulsado un cambio cultural hacia la coordinación y el trabajo en equipo generando, incluso, un ambiente familiar dentro del equipo (GFU 01), que favorece una implementación más ágil. De igual forma, el personal asistencial relató al hablar de la coordinación y trabajo en equipo en la Red Norte: **“Nos hemos destacado como una familia, somos muy unidos, adentro hay un trabajo en equipo (...) Somos una imagen para las otras redes y ejemplo a seguir”** (GFU 05). Lo anterior, nos habla del surgimiento de cierto orgullo profesional que podría facilitar la articulación de los procesos de trabajo entre los recursos humanos.

La identificación del primer nivel como puerta de entrada al sistema de salud es especialmente relevante en las redes de implantación reciente, como la de Argentina: **“La unidad de Primer Nivel de Atención se ha instituido como una puerta de entrada al sistema sanitario”**, (Directivo AP 04). El proceso de planificación del sistema de referencia y contrarreferencia en Argentina dio pie a sinergias y al reconocimiento de competencias entre pares, favoreciendo el camino hacia la integración. No obstante, la percepción de los actores es que, pese a todo el esfuerzo realizado, apenas se han producido mejoras en cuanto a la fragmentación del sistema debido a barreras contextuales.

A pesar de que los mecanismos de coordinación asistencial establecidos en la red de Fortaleza aún son frágiles para garantizar la coordinación de la atención por la APS y la integración entre las unidades funcionales del sistema, se pueden mencionar los siguientes desarrollos en cuanto a procesos de red: utilización de protocolos de atención y de clasificación de riesgo, realización de actividades de atención conjunta con especialistas, establecimiento de planes de cuidado compartido para pacientes de riesgo y mejora de los mecanismos de referencia y contrarreferencia. La ausencia de un sistema más sólido de seguimiento y evaluación aún no permite que se observe el avance en estas metas.

A nivel operativo, en la APS incluida en la red de Fortaleza, esto se tradujo en la asignación de población y territorio, la creación del registro de pacientes con diabetes, la adopción del **triage** con clasificación de riesgo, la identificación de los profesionales de referencia de la red, la asignación de su rol dentro de ella, la implementación del expediente electrónico, la definición e implantación de flujogramas asistenciales dentro

de la unidad, y en la recolección y entrega de exámenes en las unidades de atención primaria. De forma paralela, en los servicios de atención especializada se logró la optimización de los servicios especializados y la reducción de la lista de espera, se desarrollaron iniciativas para la sustitución hospitalaria y se redujo el tiempo promedio de estancia hospitalaria.

En la Red Norte de Pasto la ventaja del enfoque a la APS se puso de manifiesto en las entrevistas: ***“La reforma en alguna medida nos va a permitir el enfoque de atención primaria en salud, salud familiar, medicina familiar, y todos los desarrollos que esto implica. Creo que vamos a poder trabajar con base en las necesidades de la población”*** (DAP 04).

Finalmente, en la red de México se ha potenciado la atención a urgencias obstétricas para que las embarazadas sean atendidas en cualquier institución pública, independientemente de su afiliación. Además, la integración entre los servicios de atención primaria y de hospitalización permiten dar continuidad en la atención a la población con la base comunitaria, que ya ha sido descrita en capítulos anteriores.

Fortalecimiento del enfoque hacia la prevención

La mayoría de los actores ven en la red una herramienta de mejora del sistema en lo relativo a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades. Este objetivo se ha vuelto común entre niveles asistenciales y se valora como la principal fortaleza en la implantación de la RISS.

Delimitación de la población

En los casos estudiados se puede inferir que otra de las mayores ventajas obtenidas con la implementación de las RISS es que ha promovido la definición de poblaciones, ya sea con criterios geográficos, como zonas rurales; por eventos específicos, como enfermedades crónicas, o por servicios de prevención. Ello facilita una planificación más acorde con las necesidades concretas de la población a atender.

Mejoras en infraestructura y tecnología

En las redes de incipiente implantación, el proceso dio lugar a una renovación de la infraestructura y a la adopción de tecnologías de la información, como es el caso de las redes de Brasil y Argentina. En Santiago del Estero, con anterioridad a la implantación de la red, el 66% de los establecimientos de salud se encontraban en estado de precariedad, algunos centros de salud no contaban con ningún medio de comunicación y en el 75% no había conectividad, situación que ha mejorado gracias a la puesta en marcha de RISS.

Mejoras en la satisfacción del usuario

Los entrevistados en Santiago del Estero mostraron una mejor percepción del usuario sobre la APS: ***“Se lo ve como un espacio que brinda soluciones o ayuda a encontrar el camino hacia la solución de los problemas”*** (GF Mixto 03).

En la red de Fortaleza, los usuarios se consideran bien atendidos por los profesionales de las unidades de atención primaria, lo que indica un fortalecimiento del vínculo con los usuarios en estas unidades. De igual forma, los entrevistados señalaron la priorización efectiva de los pacientes referidos para atención ambulatoria especializada.

En Colombia, los avances en el proceso de acreditación de la calidad en cuanto a la seguridad de los pacientes y el mejoramiento de los servicios se reconocieron también como logros de la Red Norte hacia la atención de los usuarios: ***“Se hacen entrevistas, listas de chequeo diarias a cada uno de los usuarios que han sido atendidos para poder mejorar y encontrar cuáles son sus necesidades”*** (DAP 04). En general, se percibe que los usuarios se encuentran satisfechos con los servicios que reciben en la Red Norte. Para el personal asistencial, los cambios en la dinámica de trabajo y el énfasis en el respeto de los deberes y derechos de los pacientes han estado orientados a favorecer la atención y los servicios prestados a la población: ***“Los cambios buscan un fin: el usuario, su satisfacción”*** (GF PNA 03).

Presencia de barreras para la asimilación de RISS (Ver capítulo 9)

Una innovación en un entorno organizativo se asimilará más fácilmente si tiene pocas barreras de respuesta por superar (Rogers, 1995). Las intervenciones para reducir el número y el alcance de tales barreras de respuesta mejoran las posibilidades de una adopción exitosa. Los resultados de las entrevistas acerca de este tema destacan los siguientes asuntos.

Recurso humano

Entre las barreras descritas en México, se observa una falta de motivación entre los profesionales debido a la baja visibilidad de la red y de los resultados que se obtienen, ya que las acciones se quedan en el ámbito local. No obstante, los entrevistados manifiestan que el prestar una función de ayuda a la población más necesitada genera un incentivo ético de satisfacción personal (muy en la línea de compatibilidad con valores y de cambio cultural definido anteriormente). Otra barrera, ya descrita, es la falta de coordinación con el tercer nivel asistencial (centros de alta complejidad) que se ha intentado resolver coyunturalmente con acuerdos puntuales, como el de atención a embarazadas.

En el caso de Colombia, el recurso humano puede verse afectado por la desmotivación que provocan las condiciones de contratación, ya que cada tipo de personal tiene una regulación diferente. De hecho, en una entrevista con profesionales se manifestó que ***“es muy triste que todos nos esforzamos igual y que tengamos diferentes tipos de contrato”*** (GF Mixto 02). Por otro lado, en Colombia, la influencia de los procesos electorales y políticos en la designación de la gerencia, junta directiva y vinculación de personal asistencial, ha sido reconocida por los grupos focales como un aspecto que limita la continuidad de los procesos que desarrollan en la red, ya que ha implicado la incorporación de nuevas directrices, la capacitación del personal para la apropiación de las actividades, objetivos y metas, así como una percepción de inestabilidad laboral para el personal asistencial. Como una estrategia para contrarrestar los efectos del contexto político en el establecimiento y consolidación de las RISS, los profesionales estarían de acuerdo con la propuesta de la OPS (2011) de establecer competencias y mecanismos de

selección basados en el mérito y no en el clientelismo político.

Finalmente, Argentina pone de manifiesto diversos problemas comunes con otras redes: falta de capacitación, falta de estrategia de comunicación, problemas de coordinación en los sistemas de información, convivencia de diversos actores reconocidos como rectores o reguladores de las actividades y falta de un esquema adecuado de incentivos. Además, en la red de Santiago del Estero se detectó una falta de protocolos y guías relacionados con la atención, con la consiguiente falta de coordinación entre las unidades participantes.

Políticas del entorno y posibilidad de autonomía

En la experiencia de Colombia es el propio modelo sanitario el que genera fragmentación y segmentación en la prestación de servicios y en la financiación. El entorno es percibido como un limitante que incide en la consolidación de la RISS y que afecta la coordinación entre las instituciones de salud en los diferentes niveles de atención.

Las innovaciones con las que los usuarios previstos pueden experimentar de forma limitada se adoptan y asimilan con mayor facilidad. Así, en el caso de México la red fue implantada en 1983 y durante el trabajo de campo se identificó la necesidad de actualizarla y reinventarla, a pesar de haber alcanzado éxitos en la diseminación y consolidación del modelo de la RISS. Esto es algo que puede ser explicado por la adopción y el ajuste de las normas, procedimientos y valores del IMSS, una de las instituciones más antiguas del sistema mexicano de salud. Sin embargo, el hecho de pertenecer a un programa centralizado (IMSS Prospera) implica que no existe autonomía para los nodos de la red. Los cambios demográficos y epidemiológicos son el principal factor que justifica contar con mayor flexibilidad, dado que la demanda se ha multiplicado y la oferta se ha mantenido (en México existen UMR con la misma estructura física y con los mismos recursos que en 1983).

5. Evaluación del desempeño

La evaluación del desempeño de las RISS, que depende de contar con un sistema de información ([Ver capítulo 9](#)), es un componente fundamental para el seguimiento permanente del cumplimiento de las metas de atención. Asimismo, proporciona los insumos para que, con base en los resultados, se establezcan mecanismos de incentivos al personal de salud y, en su caso, procesos de mejora de la calidad de la atención. Por todo lo anterior, la información acerca de los procedimientos que cada RISS realiza para medir su avance es relevante para la comprensión de estos aspectos.

Según se vio en los modelos de gestión analizados en el capítulo 6, en la RISS de Colombia existe un modelo de evaluación del desempeño. El resultado de las evaluaciones es la base para desarrollar el proceso de capacitación mensual del recurso humano, así como para decidir los posibles incentivos que dicho personal puede recibir como producto de su buen desempeño.

En el caso de Argentina, llama la atención el escaso número de establecimientos de servicios de salud de la red que establecen acuerdos para el alcance de metas. En general, se trata de metas “trazadoras” del Programa SUMAR referidas a los centros asistenciales que participan del mismo. Son resultados esperables acordados con la administración central, pero no evalúan el funcionamiento conjunto de la red sino el desempeño específico de cada centro. Existen metas epidemiológicas, pero no se fijan para la red en su conjunto. Los datos del sistema de información para la toma de decisiones tampoco se consideran, ya que la red analizada no cuenta con ello. Existe confusión entre las metas de programas, como el Programa SUMAR (ver tabla 7.3), y las de la red, ya que cada provincia tiene su propia organización. Adicionalmente, no se difunden los resultados logrados.

Por su parte, en la red estudiada en México los procesos tienen lugar en diferentes niveles de complejidad, creando un flujo organizativo desde el nivel nacional, plasmado en las reglas de operación (ROP), en este caso del IMSS-Prospera (ver tabla 7.4), hasta las unidades médicas rurales. La evaluación de la red se realiza de manera interna y externa. Interna, mediante el establecimiento de metas anuales de desempeño por líneas de acción y proyectos, a las cuales se les

da seguimiento en cascada, desde niveles federal, delegacional, HR o UMR. Las metas anuales se establecen de acuerdo con los indicadores señalados en las ROP: componente comunitario, componente de contraloría social y ciudadanía en salud, o actividades de acción comunitaria. Los equipos de salud son evaluados permanentemente; en las UMR los directores se hacen cargo de evaluar el desempeño de las enfermeras y el personal médico es evaluado por el supervisor y el gestor médico. La evaluación incluye un espectro amplio, desde cómo toman los signos vitales hasta cómo gestionan los apoyos municipales. Para los médicos especialistas y del personal de PNA, no existe, como tal, la evaluación de la capacidad resolutoria. Los pacientes también evalúan al personal de salud.

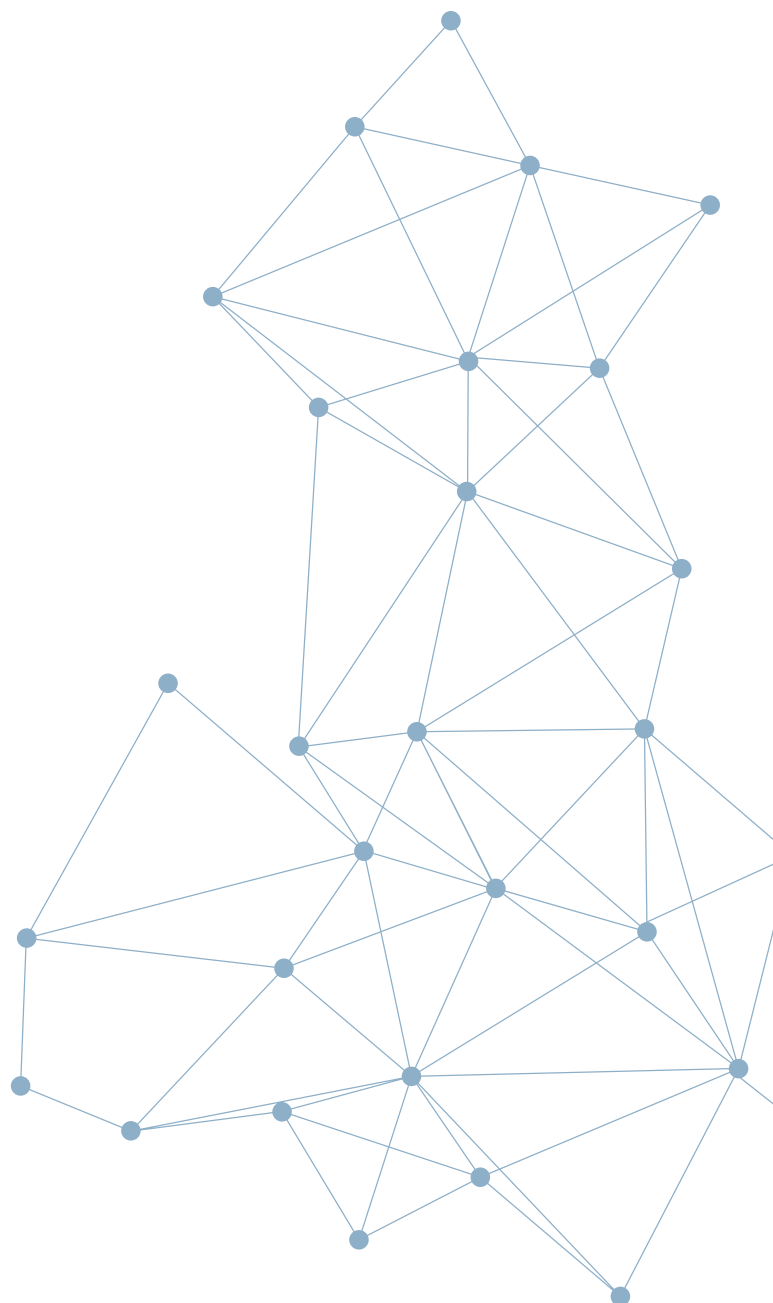
En la RISS de Brasil, la evaluación está dada por los procesos establecidos por la ley, entre los cuales destacan los mecanismos de rendición de cuentas, que cuentan con la participación de grupos de pacientes que colaboran con el modelo de provisión del servicio. Adicionalmente, la SMS, establece un “Tablero de Instrumentos”, constituido por un conjunto de indicadores que se elaboran a partir de bases de datos de las unidades de atención primaria, para que la SMS realice el seguimiento y la evaluación.

Una organización que cuenta con los sistemas ajustados y las habilidades apropiadas para monitorear y evaluar los logros e impactos de la innovación (tanto anticipada como no anticipada), tiene mayor probabilidad de que dicha innovación sea asimilada, sostenida y percibida como legítima por los usuarios (Gustafson et al., 2003; Plsek, 2003, y Rogers, 1995). Como parte de la información relevada durante el trabajo de campo de este estudio, se recolectaron distintos indicadores para la evaluación de las redes analizadas, con la intención de conocer los resultados en salud de cada territorio en relación con las siguientes dimensiones, consideradas como claves para su desempeño:

- a. **Salud:** indicadores relacionados con la salud poblacional (esperanza de vida, mortalidad, enfermedades prevenibles y enfermedades crónicas), así como sobre factores de riesgo (tabaquismo y obesidad).
- b. **Equidad:** datos sobre aseguramiento y cobertura, así como sobre desigualdad en el acceso.

- c. **Calidad científico-técnica:** indicadores sobre enfermedades transmisibles y cobertura de vacunación, atención a pacientes crónicos (control y tratamiento de pacientes con diabetes, insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial o análisis de hospitalizaciones evitables) y calidad hospitalaria (mortalidad hospitalaria y reingresos).
- d. **Satisfacción:** indicadores de la satisfacción percibida por el usuario, así como conocer si se realizan encuestas de forma periódica.
- e. **Control de gasto:** coste de los servicios y existencia de equilibrio presupuestario en el ejercicio.

A pesar de que en las entrevistas relacionadas con la rendición de cuentas se menciona la disponibilidad de indicadores, se encontró que los datos recolectados en las RISS presentan limitaciones de disponibilidad y no fue posible garantizar la fiabilidad de los mismos, dado que los sistemas de información entre niveles no estaban coordinados y la recolección de indicadores no era homogénea en todos los países. Como se observa en la tabla 9, a continuación, existe la necesidad de fortalecer el sistema de información sobre enfermedades crónicas, tomando en cuenta que son la principal causa de muerte en la América Latina, así como de indicadores de calidad hospitalaria. De igual forma, llama la atención la falta de estudios con relación a la equidad en el acceso por motivos sociales.



**TABLA
9.1.**

Disponibilidad de los indicadores sobre la red en el momento del estudio

Indicador/Disponibilidad del dato en el país	Argentina	Brasil	Colombia	México
Esperanza de vida al nacer	D	D	D	D
Esperanza de vida a los 60 años	ND	D	D	D
Tasa mortalidad por todas las causas	D	D	D	D
Tasa de mortalidad evitable	ND	D	D	D
Tasa de mortalidad infantil	D	D	D	D
Tasa de mortalidad materna	D	D	D	D
Tasa de notificación de hepatitis B	D	D	D	ND
Tasa de notificación de malaria	D	D	D	ND
Tasa de notificación de tuberculosis	D	D	D	D
Tasa de notificación de dengue	D	D	D	D
Tasa de notificación de enfermedad de Chagas	D	D	D	D
Tasa de incidencia de HIV	D	D	D	D
Prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA)	D	D	D	D
Prevalencia de diabetes	D	D	D	D
Tasa de fumadores diarios entre adultos	ND	D	D	ND
Sobrepeso	ND	D	D	D
Población sin aseguramiento sanitario en la RISS	D	No se aplica	D	D
¿Se ha realizado algún estudio de equidad en acceso, por razones de ingresos, género o residencia?	ND	ND	ND	ND
Población vacunada de DPT	ND	D	D	D
Población vacunada de hepatitis B	ND	D	D	D
Pacientes con control de parámetros (Hb glicada, LDL Colesterol, PA)	ND	ND	D	ND
Control glucémico en pacientes con diabetes	ND	ND	D	D
Tasa de amputaciones de miembro inferior en personas diabéticas	ND	ND	D	ND
Tratamiento de disfunción sistólica ventricular (DSV)	ND	ND	D	ND
Anticoagulación en fibrilación auricular	ND	ND	D	ND
Control de Presión arterial	ND	ND	D	D
Tasas estandarizadas de hospitalizaciones por EPOC	ND	ND	D	ND
Tasas estandarizadas de hospitalizaciones por diabetes	ND	D	D	ND
Tasas estandarizadas de hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)	ND	D	D	ND
Mortalidad intrahospitalaria global	D	D	D	D
Porcentaje global de reingresos	ND	ND	D	ND

D= Dato disponible. ND= Dato no disponible. Fuente: Elaboración propia con datos de los EC

**TABLA
9.1.****Disponibilidad de los indicadores sobre la red en el momento del estudio**

Indicador/Disponibilidad del dato en el país	Argentina	Brasil	Colombia	México
¿Se realizan relevamientos/encuestas de satisfacción de las personas que buscan atención en la red?	ND	ND	D	D
Grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento de la RISS	ND	D	D	D
¿Se dispone de información sobre costes?	ND	D	D	D
¿Se obtuvo equilibrio presupuestario en el último ejercicio?	ND	D	D	D

D= Dato disponible. ND= Dato no disponible. Fuente: Elaboración propia con datos de los EC

Por otro lado, se destaca que es mínima la medición de indicadores que evalúen los procesos relacionados con la puesta en marcha de la red. El Cuadro 9.1 proporciona un ejemplo de indicadores sencillos que permitan un punto de partida para dar seguimiento a los avances de RISS.

6. Conclusiones

Las principales vías de implementación de las RISS en estos cuatro casos se basan en cambios en valores y en procesos, como respuestas adaptativas al entorno vigente de política de salud. En el caso de la transformación cultural vinculada a los valores (trabajo integrado,

enfoque a APS) ha implicado un creciente apoyo de la gerencia de la organización y la eventual elaboración conjunta de protocolos y guías. El cambio de procesos se ha basado, principalmente, en la capacitación de los profesionales y en la difusión de los nuevos escenarios de trabajo y relación con el paciente.

Respecto a la difusión, las redes centralizadas con fuerte presencia, como en México, permiten una difusión mucho más sencilla y ágil dado que sus valores ya son conocidos. El apoyo de la dirección, como en el caso de Colombia, es esencial y es necesario establecer y diseñar estrategias conjuntas de trabajo para conseguir los objetivos marcados, como en Brasil.

**CUADRO
9.1.****Indicadores para el fortalecimiento de las RISS basadas en atención primaria. Un ejemplo del programa Redes.**

Para la primera fase del programa, se estableció una línea de base y se definieron metas de tres años para diez indicadores: seis comunes a todos los proyectos y cuatro específicos para cada jurisdicción (en función de los objetivos particulares de cada proyecto). El reporte de los indicadores estuvo asociado al cumplimiento de incentivos financieros que implicaban el alcance de 40, 50 y 70% de las metas de cada uno de los indicadores.

Los principales aspectos que fueron evaluados por los indicadores comunes a todos los proyectos fueron:

- Conocimiento de la población de la red.
- Atención programada en el PNA.
- Extracciones de sangre en el PNA.
- Coordinación asistencial: referencias y contrareferencias.

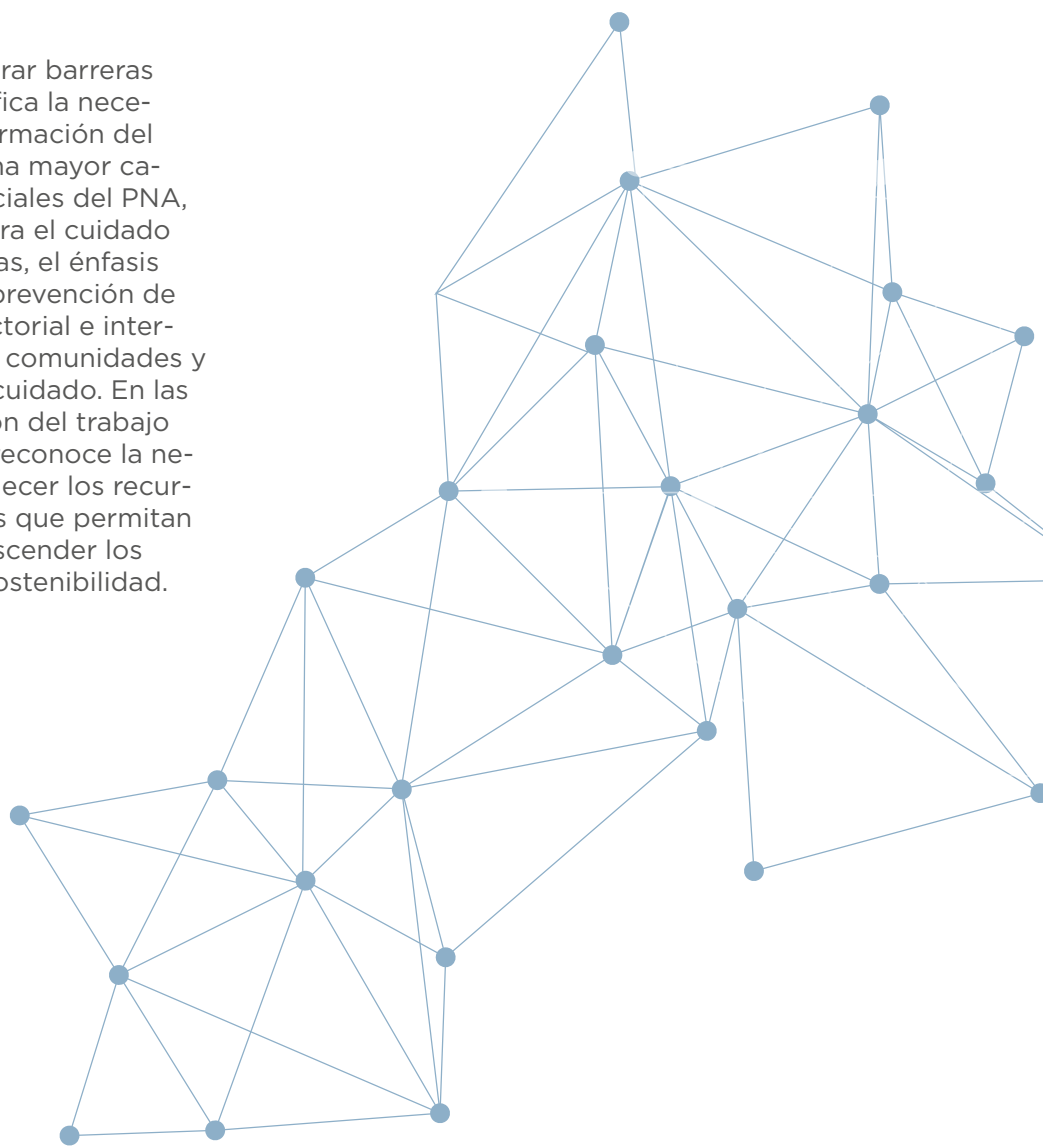
Para la segunda fase del programa, denominada Redes 2, se continuarán monitoreando los mismos indicadores que en la fase inicial; sin embargo, se ha considerado la calidad de los procesos. Por ejemplo, para monitorear el conocimiento de la población en la primera fase del programa Redes, se utilizó únicamente el indicador "Cantidad de población nominalizada/Cantidad de población en la red". En Redes 2 se ha agregado un indicador sobre el número de establecimientos del PNA que acreditan sus procesos de identificación de la población a cargo y su condición de riesgo.

En Argentina, la difusión fue de tipo informal, lo que provocó problemas de coordinación.

Las mejoras percibidas en la coordinación y el acceso han sido importantes para la asimilación de los cambios de las RISS, y confirman la validez de los modelos y sus efectos positivos en la atención prestada a la población. Además, su enfoque comunitario y de APS reduce los problemas de acceso en zonas desfavorecidas, como en el caso de México. En la elaboración de los estudios de caso se han detectado mejoras relativas al acceso, la coordinación y la comunicación entre los niveles asistenciales implicados, con la consiguiente mejora en la satisfacción del usuario. Además, el enfoque basado en atención primaria de salud ha permitido mejorar la atención integral y desarrollar actividades comunitarias.

Cómo áreas de trabajo para superar barreras para la implementación se identifica la necesidad del fortalecimiento de la formación del personal de salud que permita una mayor capacidad resolutoria de los asistenciales del PNA, el desarrollo de competencias para el cuidado integral y continuo de las personas, el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, el trabajo intersectorial e interdisciplinar, la participación de las comunidades y su corresponsabilidad en el autocuidado. En las experiencias de la implementación del trabajo en red en México y Colombia se reconoce la necesidad de incrementar y/o fortalecer los recursos físicos, humanos y financieros que permitan la prestación de los servicios, trascender los ámbitos locales y garantizar su sostenibilidad.

Respecto a la evaluación de resultados, ha sido muy complejo obtener y ofrecer información sobre resultados en salud y en actividad asistencial por dos motivos: dificultad para obtener los datos (fuentes diversas, recogida no contrastada, información inexistente) y formato heterogéneo de los resultados (el origen no era el mismo, lo que impide contrastar y comparar los datos de una red con otra). Se hace necesario que las guías de desarrollo de redes integradas incluyan una propuesta de indicadores con referencias claras a su modo de recolección, fuentes y unidades de medida.





CAPÍTULO 10.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CAPÍTULO 10.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Diana Pinto, Sergio Minué, Miguel Ángel Máñez, Ricardo Pérez-Cuevas, Ignacio Astorga

1. Introducción

La implementación de RISS es una de las estrategias más importantes para lograr que la atención primaria sea fuerte y coordinada. Las RISS son la expresión operativa de la APS para que cuando Dioselina acuda a los servicios de salud tenga la certidumbre de que se le brindará una atención que cumpla con los atributos esenciales de la APS, es decir, servicios muy accesibles, que dan respuesta a la mayor parte de las necesidades en salud, que se mantienen a lo largo del ciclo de vida de las personas (“de la cuna a la tumba”), y que están organizados como una red integrada de prestadores que promueve la continuidad y la coordinación de la atención a través de los diferentes proveedores y niveles de complejidad del sistema de salud.

En el capítulo introductorio se plantearon tres preguntas para determinar en qué medida las RISS de los cuatro países objeto del estudio están preparadas para brindar una atención centrada en el usuario e identificar dónde se pueden concentrar los esfuerzos para mejorar:

- ¿Cuáles son las características de las RISS en Latinoamérica?
- ¿Cuáles son las lecciones y recomendaciones derivadas del diseño e implementación de RISS en Latinoamérica?
- ¿Qué se requiere para consolidar el modelo de RISS en Latinoamérica?

Los capítulos anteriores analizaron en detalle las características de la puesta en marcha de RISS en las dimensiones de gobernanza, financiamiento, modelo de gestión y modelo de atención. Este último apartado presenta las conclusiones principales y elabora recomendaciones orientadas a fortalecer las cuatro RISS en Argentina, Brasil, Colombia y México en congruencia con el contexto de cada país. Las respuestas a la

pregunta de las lecciones y recomendaciones derivan, principalmente, de los resultados y los elementos que se destacan en cada dimensión analizada a continuación. El capítulo cierra con los desafíos existentes para consolidar el modelo de RISS en Latinoamérica, destacables en los aspectos de evaluación de implementación y desempeño, enfoque de red, coordinación y financiamiento.

2. Gobernanza

I Modelo de gobernanza

Los modelos de gobernanza de las RISS tienen mecanismos verticales y jerárquicos, figuras de liderazgo y poder de toma de decisiones visibles. México y Colombia tienen redes con mayor desarrollo y con procesos unificados y homogéneos, mientras que las redes de Brasil y Argentina presentan un menor desarrollo.

Recomendaciones: Los modelos de gobernanza de las redes deben tener claramente definidos sus niveles jerárquicos y las reglas de operación de forma que se establezca la coordinación apropiada entre niveles de atención y establecimientos de salud. El punto inicial para lograr un modelo de gobernanza de redes consiste en el fortalecimiento de la estructura organizativa que promueva la coordinación entre niveles, la unificación de los procesos y la definición de criterios de rendición de cuentas y evaluación de desempeño.

Componente comunitario y participación ciudadana

La participación ciudadana es incipiente y tiene escasa influencia en la toma de decisiones de las redes. En las redes de Brasil, Colombia y México se identificaron mecanismos formales de participación ciudadana, pero únicamente en Colombia

se observó que la participación ciudadana incidía en la toma de decisiones. Las redes de estos tres países cuentan con actores comunitarios con una función específica y una relación clara con otros actores de la red (directivos, profesionales de la salud, etc.).

Recomendaciones: Una de las características principales de la APS es centrar su atención en el individuo y la comunidad por lo que, en consecuencia, es recomendable que las redes cuenten con espacios efectivos de participación ciudadana que mantengan vínculos claros y visibles para la toma de decisiones, y que las decisiones se socialicen hacia la población objetivo de la red. La apertura de espacios para la participación ciudadana requiere la definición de los objetivos para dicha participación, la elaboración de reglas para la interacción entre usuarios y servicios, la definición de mecanismos de retroalimentación que permitan transparencia, una comunicación clara y el aprovechamiento de las aportaciones de los usuarios para la mejora de los servicios.

| Difusión e intercambio con la comunidad

Las acciones de difusión, intercambio de información y mecanismos de comunicación con la comunidad fueron heterogéneas, y resaltó la falta de coordinación en las estrategias de comunicación entre los distintos nodos de las redes. Los mecanismos variaban desde la comunicación informal y carteles en establecimientos de salud (Argentina), hasta la utilización de páginas de internet (Brasil); otras redes utilizaban medios de comunicación masiva y redes sociales (Colombia) y, en algunos casos, tenían fines educativos para la población y el personal no profesional (México).

Recomendaciones: Mantener relaciones efectivas y continuas para fortalecer la colaboración con la comunidad y diseñar estrategias de comunicación coordinadas entre los diferentes nodos de la red. Es también pertinente implementar estrategias modernas y efectivas de comunicación capaces de llegar a la población objetivo, pues las redes utilizan mínimamente medios digitales de comunicación. El aprovechamiento de la tecnología digital para la interacción entre los usuarios y los servicios ya es tangible en distintos países de la región. Es apropiado definir con precisión los propósitos

de la comunicación, puesto que, además de para informar y educar en salud, las redes también se utilizan para la gestión de los propios servicios por los usuarios, por ejemplo, para solicitar citas y para monitoreo remoto. La definición del alcance de estos servicios corresponde a las condiciones locales.

| Intersectorialidad

Las relaciones del sector salud con otros sectores públicos se encontraban en distintas etapas de avance en las redes estudiadas. Cabe resaltar que en todas ellas se identificó la relevancia de la acción intersectorial y la influencia de los determinantes sociales en la salud en la población.

Recomendaciones: Lograr que las relaciones intersectoriales tengan integración real, es decir, realizar la planificación, financiación y ejecución de políticas públicas conjuntas con un objetivo social común. La promoción de la intersectorialidad comienza con la identificación de los temas relacionados con la salud que son convergentes a los distintos sectores y, para ello, es indispensable contar con canales de comunicación y con unas reglas claras de interacción. Por ejemplo, los temas relacionados con el desarrollo infantil temprano, la nutrición, la seguridad alimentaria y la salud ocupacional son transversales a distintos sectores.

| Rendición de cuentas

Los mecanismos de rendición de cuentas de los recursos financieros están bien definidos y son conocidos por las redes. Aunque la información es pública, se socializa con los grupos de interés de manera distinta y en grados diferentes. También las redes rinden cuentas del logro de indicadores de desempeño o de metas alcanzadas, aunque sus mecanismos son elementales y requieren fortalecer o incluir la medición de la calidad de la atención.

Recomendaciones: Para mejorar la rendición de cuentas y determinar si la red cumple con su función, así como para identificar los aspectos de mejora que permitan cumplir los objetivos para los que fue creada es necesario: (i) implementar un sistema efectivo y permanente que informe del logro de las metas de prestación y del avance de los indicadores de desempeño y calidad; (ii) analizar (no solo recopilar) la

información reportada para detectar casos de éxito, brechas y oportunidades de mejora, y (iii) mejorar el proceso de comunicación (difusión, socialización y gestión del cambio) entre gestores, personal administrativo y operativo de los distintos niveles y nodos que conforman la red.

3. Financiamiento

En los países analizados los modelos de financiamiento público se caracterizan por su fragmentación pues tienen fuentes de financiamiento y formas de recaudación diversas.

El modelo presupuestario se centra en financiar los diversos niveles asistenciales de forma separada. En el caso de las redes adscritas a programas federales, como en México, existe financiación compartida, pero esta no considera las necesidades locales de la red debido a su gestión centralizada.

El flujo de recursos hacia las redes sigue esquemas que no responden a las necesidades ni al modelo de trabajo local, y no se ajusta por riesgo poblacional; en otras palabras, los recursos continúan otorgándose por niveles asistenciales o político administrativos. El financiamiento de la atención a la comunidad y las necesidades sociales se encuentra desatendido. Existe una percepción generalizada de que los recursos asignados a la APS no son suficientes y el sub-financiamiento es crónico.

Recomendaciones: Analizar e implementar modelos de financiamiento congruentes con el modelo de trabajo en red y con las necesidades de la comunidad. La implementación de políticas de incentivos hacia el trabajo en red es necesaria para la integración y el cumplimiento de metas. Estas políticas deben ser sólidas, claras y difundirse adecuadamente entre los gestores, los niveles de atención y los actores operativos de la red.

Las redes analizadas se establecieron en zonas rurales o ciudades pequeñas. De cara a la implementación de RISS en zonas urbanas grandes o en territorios con una presencia importante de proveedores privados, la planificación y el diseño de la red deben contemplar el financiamiento, la planificación y la adecuada distribución funcional y territorial. En estos casos, deberían incluirse mecanismos financieros adicionales que compensen las demoras financieras de algún proveedor.

4. Modelo de gestión

La gestión de una red de servicios asistenciales busca conciliar las necesidades en salud con la oferta de servicios. El análisis del modelo de gestión de las redes de servicios de salud comprende los mecanismos principales de organización, los recursos humanos, las alternativas de motivación e incentivos, la dirección y coordinación, y los sistemas de apoyo, todo ello orientado a cumplir los objetivos de la red.

I Dirección y organización

Las redes tienen esquemas de dirección y organización verticales que se asemejan al sistema de salud al que pertenecen. Todas las redes tienen espacios formales y continuos de interacción con las autoridades locales, subnacionales o nacionales, aunque la intensidad y dinámica de esta interacción es variable. La estructura jerárquica del sistema de salud al que pertenece la red define y prioriza la interacción entre ambos.

Los propósitos principales de la interacción consisten en la planeación, capacitación, gestión y organización de la provisión de servicios, el seguimiento de avances y los planes de mejoramiento. Las redes tienen estructuras organizativas innovadoras débiles, las cuales son principalmente reactivas a la demanda y con escaso margen de proactividad y reacomodamiento a nuevas demandas, ya sea por cuestiones culturales, por escasez de recursos humanos o por la inercia de las estructuras administrativas burocráticas preexistentes.

La interacción de las redes y la comunidad se realiza mediante vínculos formales y no formales. Sin embargo, no fue posible determinar el grado en que la comunidad contribuye a mejorar la organización y dirección de las redes.

Recomendaciones: La dirección y organización de las redes requiere evolucionar para consolidarse como un elemento sustantivo del sistema de salud. La réplica del modelo de dirección y organización del sistema de salud en la red no necesariamente brinda agilidad para que esta pueda responder ante las condiciones de salud y demanda de servicios de la población bajo su responsabilidad. Es necesario construir la capacidad institucional para interactuar de forma dinámica y productiva con la comunidad.

I Sistemas de motivación e incentivos

Las redes cuentan con políticas distintas de incentivos, aunque estos no están vinculados a promover la coordinación de la red o la calidad, sino la productividad, el cumplimiento de metas programáticas nacionales, o la asistencia o puntualidad de los empleados. Una red, incluso, carecía de sistema de incentivos.

Los incentivos son de carácter individual (personal de salud) y no se identificaron incentivos para grupos de empleados, servicios o establecimientos de salud. Los mecanismos de los incentivos económicos asociados a resultados son incipientes y están relacionados con el desarrollo de sistemas de información débiles (aún fragmentados) para monitorear la información y controlar el cumplimiento de metas.

En cuanto a la incentivación no financiera, se identificaron incentivos dirigidos al personal que están asociados con el fortalecimiento de sus competencias o con la disponibilidad de mejores condiciones de trabajo (equipamiento de los servicios, materiales para el trabajo, etc.). Es cuestionable considerar estos aspectos como incentivos, pues es evidente que la provisión de capacitación y de insumos para mejorar el trabajo es lo esperable en cualquier organización moderna. La tendencia de promover una mejor capacitación a quienes se desempeñan mejor puede ser paradójico, pues, en la práctica, el personal que más requiere capacitarse es el que tiene un desempeño deficiente.

Recomendaciones: Los sistemas de incentivos podrían reorientarse hacia el cumplimiento de la calidad y mejora del desempeño, más que hacia la productividad o la asistencia, lo cual representaría un avance organizacional importante. Los incentivos tienen dos metas principales: (i) motivar al empleado a continuar un buen desempeño o mejorarlo, y (ii) lograr un efecto duradero en la mejora del desempeño. No obstante, la mayoría de los incentivos son de carácter individual, a pesar de que cada trabajador de salud forma parte de una organización compleja en donde el quehacer de todos contribuye para la provisión de servicios o para la mejora del desempeño. En este sentido, resultaría de utilidad diseñar y evaluar incentivos dirigidos a la red en su conjunto. Los pasos iniciales para implementar un sistema de incentivos consisten en definir los indicadores de desempeño, establecer métricas congruentes con el contexto local y contar con

los sistemas de información que brinden los datos necesarios; adicionalmente, es necesario contar con la estructura para establecer intervenciones orientadas a mejorar el desempeño y los mecanismos de retroalimentación al personal de salud y los directivos.

I Sistemas de información

Los sistemas de información de las redes están vinculados a los sistemas de información del sistema de salud al que pertenecen y tienen diferencias importantes en amplitud, madurez y utilización. En la mayor parte de los casos, los sistemas de información de las redes no están vinculados, son múltiples, pues cumplen distintos propósitos, y carecen de los atributos necesarios que una red requiere para mantener un nivel adecuado para la toma de decisiones, gestión, evaluación y provisión de servicios. La introducción y utilización de sistemas digitales es incipiente. No se identificó que los sistemas de información estén orientados eficientemente para coordinar y dar continuidad a los servicios, y se utilizan escasamente para la planeación, toma de decisiones, evaluación del desempeño y mejora de la calidad.

Recomendaciones: Los sistemas de información están en evolución permanente y la digitalización de la información en salud tiene distintos grados de avance en las redes analizadas. Es recomendable avanzar simultáneamente en (i) la gobernanza de la información en salud, para reorientar y uniformar la recolección, análisis, utilización y diseminación de la información hacia los distintos niveles de las redes, incluyendo los usuarios; (ii) la inversión en infraestructura apropiada para lograr sistemas de información sólidos; (iii) la capacitación al personal de salud, desde directivos hasta personal comunitario, en la utilización de la información para su quehacer diario; (iv) el desarrollo eficaz y la evaluación de las RISS requieren de un sistema de información potente e indicadores validados que permitan evaluar adecuadamente la coordinación entre niveles asistenciales y el desempeño tanto de proveedores individuales como de establecimientos de salud.

Los organismos promotores de redes deben plantearse la elaboración de indicadores, dotando a las organizaciones de sistemas de información asistencial y de gestión que permitan mejorar los procesos y recoger la información

relevante para el paciente y para el profesional. Una de las herramientas más importantes para la coordinación entre las organizaciones es la existencia de sistemas de información y definición de indicadores y resultados homogéneos entre niveles. Todas las redes consideran necesario realizar un esfuerzo en esta línea, principalmente en el registro de información (el “paloteo” en papel genera información poco fiable, por ejemplo); en la implantación de soluciones tecnológicas, como la historia clínica electrónica; en la compatibilidad de los sistemas existentes entre organizaciones diferentes, o en la orientación de los sistemas a la atención integral de la persona.

I Recursos Humanos

En lo que se refiere a la gestión de los recursos humanos, la selección y la asignación tienen un carácter piramidal. Las autoridades nacionales o centrales establecen los criterios de selección, los perfiles y asignaciones, la evaluación y la capacitación. En la mayor parte de los casos estas atribuciones están definidas y normadas y tienen distintos grados de madurez entre las redes analizadas; están, asimismo, en un cambio constante y siguen políticas nacionales que no necesariamente están vinculadas a las características y necesidades de las redes.

Se identificó escasez y distribución inapropiada de los recursos humanos en las RISS. En este sentido, los servicios de salud tienen escaso margen de maniobra para superar estas limitaciones ya que las decisiones de contratación y asignación del personal son atributos de autoridades nacionales o subnacionales; un aspecto adicional a considerar es la elevada movilidad del personal de salud debido a las características organizativas de las redes.

Existen criterios definidos de selección que establecen las aptitudes y competencias indispensables del personal de salud. El personal tiene las competencias necesarias para realizar sus funciones y las redes realizan actividades de capacitación en distinto grado y con cobertura variable. El alcance y contenidos de los programas de capacitación están definidos principalmente por programas nacionales y no siempre vinculados al quehacer de la red. Es destacable que la capacitación, si bien se ofrece en forma continua, presenta amplias diferencias entre los casos estudiados, que van desde las líneas de cuidados específicas mediante programas

nacionales (Argentina), en coordinación con las universidades (Brasil) y un Plan Institucional de Capacitación (Colombia).

Recomendaciones: Los recursos humanos son el cimiento de los servicios sanitarios. La operación de las redes de servicios se beneficiaría de participar con las autoridades centrales en las decisiones referentes al número, distribución y necesidades de capacitación del personal de salud. La escasez de recursos es una barrera constante para contar con el personal requerido; sin embargo, a través de cambios organizacionales y de un mayor impulso a la utilización de tecnología digital orientada a mejorar la eficiencia y disponibilidad de profesionales, es posible mitigar la escasez y facilitar el acceso a los servicios. Por ejemplo, el uso de telemedicina todavía es incipiente en América Latina. Un estudio realizado en hospitales de nueve países (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, México, Panamá, Perú y Uruguay) reportó que el uso de telemedicina varía del 25% en Colombia, al 65% en Chile, si bien existen barreras importantes para su expansión (Le Rouge, 2019). En la región de AL hay un creciente número de experiencias con servicios de teleconsulta y telemedicina que han logrado una mejor distribución y respuesta ante la demanda de servicios.

I Sistemas de apoyo

En los estudios de caso, el objetivo fue conocer si las redes contaban con (i) suministro adecuado de medicamentos esenciales (relación con proveedores y suministro a pacientes), y (ii) mecanismos de traslado de pacientes en caso de urgencias.

Las redes, al formar parte de los sistemas nacionales de salud, son dependientes de los mecanismos de financiamiento, selección, adquisición y distribución de medicamentos. Los mecanismos son diversos en alcance y complejidad. El tipo de medicamentos disponibles en la red está definido por listados oficiales, y la mayoría de los medicamentos se otorgan a la población de forma gratuita.

El propósito principal de las políticas de acceso es que los medicamentos esenciales estén disponibles para la población; no obstante, la continuidad y disponibilidad de los medicamentos es irregular debido a múltiples factores relacionados tanto con los aspectos presupuestales,

como con la cadena de suministro. Esto causa que el surtimiento de las recetas no sea completo, generando potenciales gastos de bolsillo en los usuarios o interrupciones en los tratamientos debido a que los usuarios no reciben la cantidad de medicamentos necesaria.

Los mecanismos de traslado de pacientes en emergencias y en casos de urgencias están definidos en todas las redes. La capacidad y velocidad de respuesta y el nivel de avance organizacional fueron variables en las RISS. En algunas redes se identificó la posibilidad de dar seguimiento al usuario desde el punto de referencia y hasta el siguiente nivel de atención. Las redes carecían de mecanismos de medición para crear estadísticas de desempeño de los servicios de emergencias.

Recomendaciones: Los sistemas de apoyo forman parte esencial de la estructura y provisión de la atención. Es pertinente considerar que el avance para mejorar los sistemas de apoyo no únicamente dependerá de mejoras a nivel nacional o subnacional, que eventualmente se reflejen en las redes, sino que también éstas últimas, desde el ámbito local, pueden aportar innovaciones y experiencias que resulten de gran utilidad. Es recomendable trabajar hacia la mejora de los sistemas de apoyo con la perspectiva de red, lo cual facilitaría la consolidación de estas como parte del sistema de salud. El cimiento para fortalecer los sistemas de apoyo es el sistema de información, cuya arquitectura y funcionalidad debe ser revisada minuciosamente de forma que se pueda conciliar la capacidad de oferta de los servicios y que incluya los insumos necesarios, con la demanda de atención de la población.

5. Modelo de atención

I Modelo de atención

El modelo de atención de las redes de los cuatro países es un referente para los países de la región. Las redes hacen tangibles las políticas de salud nacionales enfocadas hacia la cobertura universal, la equidad y la protección financiera de los países. El modelo de atención de RISS fundamentado en la APS ha sido adoptado en todas las redes estudiadas y está organizado con base en el esquema que su propio sistema de salud le permite y en función del

financiamiento y rectoría vigentes. Las redes analizadas están institucionalizadas y adaptadas para dar respuesta a las necesidades en salud de la población que atienden, si bien los servicios se brindan en un entorno de restricciones de recursos físicos y humanos y de debilidad organizacional.

Recomendaciones: La RISS es la puerta de entrada a la red. Existe incipiente coordinación y continuidad de la atención, sin embargo, no se otorgan servicios integrales. En sus condiciones actuales, las RISS van en la dirección correcta para proporcionar atención centrada en los usuarios.

El modelo vigente en las redes requiere mejorar la capacidad resolutive, la coordinación y la continuidad de la atención. Esta problemática es el resultado de las limitaciones debidas a las restricciones en los recursos y a la fragmentación de los sistemas de salud al que pertenecen. Uno de los retos de la atención es mejorar la referencia y contrarreferencia de casos; sólo Brasil reportó seguir las normativas y el resto se enfrenta a dificultades por la falta de control en esta parte del proceso. Se requiere mejorar la capacidad resolutive que está limitada por la insuficiencia de infraestructura.

El enfoque en atención primaria de salud y en la atención comunitaria es uno de los factores de éxito de la red. Para ello, es necesario promover un cambio cultural hacia el trabajo integrado y hacia los servicios centrados en el usuario, ya que los procesos compartidos que se plantean rompen con la cultura tradicional de las organizaciones sanitarias. Además, los nuevos valores tendentes a consolidar el papel principal del PNA favorecen los resultados en salud y pueden ayudar a reducir la fragmentación del sistema

I Fórmulas de coordinación

Las redes analizadas reflejan que los servicios de salud no son dinámicos para ajustarse a la demanda, y la atención otorgada no logra responder totalmente a las necesidades de salud; por el contrario, se crean redes fragmentadas tanto en el interior de los diferentes niveles de atención como entre ellos. El estudio identificó escasa coordinación para el trabajo en equipo en el ámbito local y entre los diferentes niveles de atención; falta de actualización, y carencia de recursos humanos. Los servicios no consideran

la participación de los pacientes en su control y hay problemas en la continuidad de la atención. Esta situación representa barreras importantes para la atención de pacientes con enfermedades crónicas y reduce las probabilidades de lograr resultados favorables en salud.

La principal fortaleza de las redes es su orientación hacia la APS; de hecho, es un elemento imprescindible para su definición. Sin embargo, esta ha sido rebasada por la elevada demanda y la insuficiencia de recursos, que disminuyen la calidad del proceso de atención y, en consecuencia, su efectividad.

Recomendaciones: Es pertinente el diseño de estrategias para fortalecer la coordinación y la integración, principalmente para hacer frente a la problemática actual de las enfermedades crónicas. Para lograrlo, es indispensable generar y consolidar redes que permitan la organización vertical y horizontal de los diferentes subsistemas para responder a necesidades de atención de manera colaborativa. La coordinación es la base del modelo de RISS, y por ello es esencial que las organizaciones de la red se esfuercen en implementar mecanismos de mejora para evitar disfunciones en sus relaciones y en la atención al paciente. En los modelos complejos con diversas organizaciones, tanto públicas como privadas, deben establecerse figuras de coordinador o gestor de red que asuman las funciones de consolidar los procesos y evitar los problemas que se han citado a lo largo del libro. Además, las guías y protocolos de atención deben incluir de forma equilibrada la distribución de funciones y servicios que se asignen a cada organización.

6. Desafíos para consolidar el modelo de redes

El principal desafío del modelo de red es la dificultad para elaborar una evaluación rigurosa de su implementación y de sus resultados sobre la población. La existencia de indicadores homogéneos para evaluar y corregir las acciones asociadas a la puesta en marcha de un proyecto de red, la elaboración de un cuadro de mando con datos y resultados en salud fiables y homogéneos, y la elaboración de esquemas y guías teóricas para el establecimiento de este modelo son factores esenciales.

Estrechamente ligado al desafío anterior está la falta de información hacia la población. Diversas redes (Argentina) pusieron de manifiesto la falta de información dirigida a la población sobre la propia red y los servicios que se ofrecen. Incluso en el caso de Colombia, que cuenta con un modelo de participación muy implantado, los usuarios desconocían la existencia de la red. La información a la población es necesaria para difundir el uso adecuado de los servicios sanitarios y evitar la masificación de los hospitales.

Otro desafío importante consiste en el enfoque de la red. La RISS debe sustentar la APS, por lo que su puesta en marcha debe ir acompañada de un cambio cultural que permita modificar las costumbres habituales basadas en el hospitalo-centrismo (Suter et al., 2009). Tal y como señala la evidencia (Burns et al., 2002), el cambio cultural genera mayor confianza, objetivos compartidos, reconocimiento de los profesionales de otros niveles asistenciales y reconocimiento del trabajo interdisciplinar. Las redes centralizadas (México) deben permitir que se genere una cultura local propia de cada organización para evitar que la toma de decisiones centralizada limite la libertad del personal de salud para iniciativas innovadoras de apoyo a la población o para conseguir colaboraciones intersectoriales.

La falta de coordinación y de diseño de procesos compartidos son otros desafíos para considerar. Es necesario recalcar que la puesta en marcha de una red en la que varios nodos comparten pacientes, patologías y territorio, requiere de un diseño claro de actores, procedimientos y circuitos de trabajo. Poner en marcha la red sin esta reflexión y trabajo previo puede generar caos organizativo, como ocurre en los mecanismos de referencia y contrarreferencia de la red de Santiago del Estero (Argentina). Además, el apoyo político y de las autoridades sanitarias es crucial para que la red se pueda implementar de forma adecuada.

Si anteriormente hemos comentado el problema de la insuficiencia financiera, hay otro factor relacionado con el financiamiento que podemos calificar de desafío para la operación de red: la indefinición de las fuentes y circuitos financieros. Definir una estrategia de red a medio y largo plazo, con unas mejoras y resultados en salud vinculados a su puesta en marcha, precisa de fuentes de financiamiento claras, únicas y estables para así aportar certidumbre a los actores sobre la solidez y la sostenibilidad de la red.

Las redes dependientes de diversos subsistemas o con multitud de actores (Colombia, Brasil, Argentina) presentan cierta provisionalidad en cuanto a perspectiva financiera ya que la voluntad de financiamiento depende de distintos decisores.

7. Anotación final

Las redes de salud son dinámicas; su configuración, composición y desempeño cambian con el paso del tiempo. Las circunstancias contextuales, las políticas públicas, los cambios demográficos, etc. tienen impacto en el trabajo de los sistemas de salud en general, así como en cada uno de los actores de la red. Las redes de los países analizados son dinámicas, su configuración, composición y desempeño responden a estas circunstancias. No obstante, la velocidad de respuesta de las redes no es paralela a la velocidad de los cambios en el entorno y esto también se debe, en parte, a que las redes forman parte de sistemas de salud complejos y fragmentados.

Con optimismo, a partir de un mejor conocimiento de las experiencias de la puesta en marcha de RISS en ALC, se identifican opciones para avanzar de una forma más acelerada para que, en un futuro cercano, la narrativa de Dioselina sobre su trayectoria en los servicios salud sea como la siguiente:

“Tengo mucha confianza en el centro de salud donde siempre me atienden; cada año me dicen cuándo debo ir a visitar a mi doctor, a hacerme exámenes, a las revisiones de los pies, de los ojos... Si necesito que me atiendan más veces lo hacen sin problema, como, por ejemplo, cuando tengo que ir a curarme las piernas. Me llevo bien con mi doctor porque me explica muy claramente lo que me pasa y lo que tengo que hacer para mejorarme, aunque no siempre sigo sus consejos. Los otros doctores que me han atendido en el hospital, como los médicos que me revisan los ojos, también conocen mi problema y no me toca repetir el cuento de lo que me ha pasado cada vez que los visito. Ellos, además, le cuentan a mi doctor cómo me encontraron. Yo no tengo teléfono celular, pero la trabajadora social se pone de acuerdo con mi vecina para recordarme las citas y chequear cómo están funcionando los remedios que me dieron. El personal del centro de salud me puso en contacto con un grupo de pacientes diabéticos de mi barrio, con los que me reúno para compartir trucos para mejorar nuestra salud. ¡En el centro de salud se esfuerzan por mantenerme sin males!”







AUTORES

AUTORES

- **Astorga, Ignacio.** Especialista Líder de Sector, Banco Interamericano de Desarrollo.
- **Cejas, Cintia A.** Ex Subsecretaria de Coberturas Públicas de Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.
- **Gutiérrez Alba, Gaudencio.** Investigador Titular C., Departamento de Sistemas de Salud, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana, México.
- **Jaramillo Castell, Fabiola.** Psiquiatra, Subdirección de Gestión Asistencial, Servicio de Salud del Reloncaví, Ministerio de Salud, Chile.
- **Juárez Ramírez, Clara.** Investigadora en Ciencias Médicas D., Centro de Investigación en Sistemas de Salud-Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.
- **Máñez Ortiz, Miguel Ángel.** Economista, Escuela Andaluza de Salud Pública y Servicio Madrileño de Salud, España.
- **Marín Macías, Tania T.** Coordinadora de Programa Migración en Chiapas, Médicos del Mundo Francia-México.
- **Minué Lorenzo, Sergio.** Coordinador, Centro Colaborador de la OMS para la Respuesta Integrada basada en la Atención Primaria en Salud. Profesor, Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España.
- **Muños Hernández, José Alberto.** Investigador Titular C., Departamento de Sistemas de Salud, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana, México.
- **Perez Cuevas, Ricardo.** Especialista Senior en Salud, Banco Interamericano de Desarrollo.
- **Pinto Masís, Diana.** Especialista Líder en Salud, Banco Interamericano de Desarrollo.
- **Regalia, Ferdinando.** Jefe de División de Protección Social y de Salud, Banco Interamericano de Desarrollo.
- **Reyes Morales, Hortensia.** Directora, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.
- **Ricaurte Cepeda, Melissa.** Coordinadora Maestría en Salud Pública, Centro de Estudios en Salud (CESUN), Universidad de Nariño, Colombia.
- **Rocha, Marcia.** Especialista Líder de Sector, Banco Interamericano de Desarrollo.
- **Santilli, Irene.** Consultora, Programa Nacional de Salud Bucal del Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.
- **Yépez Chamorro, María Clara.** Investigadora, Centro de Estudios en Salud (CESUN). Docente, Programa de Promoción de la Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Nariño, Colombia.



BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (2016). Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS. Recuperado de: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>
- Ahgren, B., y Axelsson, R. (2005). Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care*, 5, e01-e09.
- Akhavan S. y Tillgren, P. (2015). Client/patient perceptions of achieving equity in primary health care: a mixed methods study. *International Journal for Equity in Health*, 14:65. doi: 10.1186/s12939-015-0196-5.
- Antunes, V. y Moreira, J. P. (2011). Approaches to developing integrated care in Europe: A systematic literature review. *Journal of Management and Marketing in Health care*, 4(2):129-35
- Armitage, G. D.; Suter, E.; Odke, N. D. y Adair, C. (2009). Health Systems integration: State of the evidence. *International Journal of Integrated Care*, 9(17), 1-11
- Artaza, O.; Méndez, C. y Holder, M. (2011). Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales. Santiago de Chile: OPS
- Artaza, O. (coord.). (2017). *Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina*. Buenos Aires: OPS.
- Atun, R.; De Andrade, L.; Almeida, G.; Cotlear, D.; Dmytraczenko, T.; Frenz, P. y De Paula, J. B. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1230-1247.
- Aubert, B. y Hamel, G. (2001). Adoption of Smart Cards in the Medical Sector: The Canadian Experience. *Social Science & Medicine*, 53(7):879-94.
- Baines, R.; De Bruijne, M.; Langelaan, M. y Wagner, C. (2013). What are the safety risks for patients undergoing treatment by multiple specialties: A retrospective patient record review study. *BMC Health Services Research*, 13. 497. 10.1186/1472-6963-13-497.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2016). *Programa multifase de atención primaria de la salud para el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles*. Documento de Memorando de Evaluación de la Primera Operación (AR-L1142) y Borrador de Propuesta de Préstamos de la Segunda Operación (AR-L1196). Argentina: BID.
- Barker, I.; Steventon, A. y Deeny, S. R. (2017). Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ* 2017, 356:j84 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j84>
- Barragán Bechara, J. C.; Riaño Casallas, M. I. y Martínez, M. (2012). *Redes integradas de servicios de salud: hacia la construcción de un concepto*. Universidad y Salud, 14(2), 186-196.
- Báscolo, E. (2010). Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. *Revista de Salud Pública*, vol. 12, nº 1, pp. 8-27. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Belló, M. y Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública Mex*, 53 supl 2:S96-S108.

Berg, M., Schellekens, W. y Bergen, C. (2005). Bridging the quality chasm: integrating professional and organizational approaches to quality. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(1):75-82.

Berra, S.; Audisio, Y.; Mántaras, J.; Nicora, V.; Mamondi, V. y Starfield, B. (2011). Adaptación del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud (PCAT) al contexto argentino. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(8):6-14.

Bhat, V. N. (2005) Institutional arrangements and efficiency of health care delivery systems. *Eur J Health Econ*, 6:215-222.

Bossert, T.; Blanchet, N.; Sheetz, S; Pinto, D.; Cali, J. y Pérez-Cuevas, R. *Comparative Review of Health System Integration in Selected Countries in Latin America*. Inter-American Development Bank Social Protection and Health Division. Nota Técnica N° IDB-TN-585. 2014. Obtenido de: <https://publications.iadb.org/en/publication/11898/comparative-review-health-system-integration-selected-countries-latin-america>

Brinkerhoff, D. (2003). Accountability and Health Systems: Overview, Framework, and Strategies. Bethesda, MD: *The Partners for Health Reformplus Project*, Abt Associates Inc.

Burns, L. y Pauly, M. (2002). Integrated delivery networks: A detour on the road to integrated health care? *Health Affairs*, 21(4), 1281-1283

Cabral Dorado, R. y Delgado Cepeda, F.J. (2017). El programa de aval ciudadano: una aproximación universitaria hacia la formación ciudadana y comunitaria. *Revista Educación, Política y Sociedad*, n° 2(1), enero-junio 2017, pp. 92-105. ISSN 2445-4109

Castells, M. (2006). Informacionalismo, redes y sociedad red: una propuesta teórica. En: Castells, M. (Ed). *La sociedad red: una vision global*. Alianza Editorial, Madrid.

Cejas, C. (2014). *Redes, Aportes para su evaluación en América Latina*. Washington DC: Interamerican Development Bank.

Cejas, C.; Péné, M. C.; Macchia, A. y Ferrante, D. (2016). Evaluar para seguir adelante: Resultados del Programa Redes. Argentina: Ministerio de Salud. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/redes/evaluar-para-seguir-adelante-resultados-del-programa-redes/>

Celedón, C. y Noé, M. (2000). Reformas del sector de la salud y participación social. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2000 Ago [citado 2017 Out 05] ; 8(1-2): 99-104. Recuperado de: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700013&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892000000700013>.

CEPAL, N. (2006). La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Recuperado de: https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/5/39245/Proteccion_social_de_cara_al_futuro.pdf

Chetty et al. (2016). The role of primary care in improving health equity: report of a workshop held by the WONCA Health Equity Special Interest Group at the 2015 WONCA Europe Conference in Istanbul, Turkey *International Journal for Equity in Health*, 15:128

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. (2015). Participação da comunidade na saúde: CONASEMS e a defesa do SUS nas Conferências Municipais de Saúde. Brasília.

Conselho Federal de Medicina. (2013). Função saúde. Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária (RREO) das Capitais. Recuperado de: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/percapitacapitais.pdf>. Internet. Accedido el 05 de agosto 2016.

Constituição da República Federativa do Brasil. (1988). Brasília, DF: Senado Federal. Centro Gráfico. 292 p. 1990.

Cotlear, D.; Somil, N.; Owen Smith, A. T. y Cortez, R. (2015a). *Going Universal: How 24 Countries Are Implementing Universal Health Coverage Reforms from the Bottom up*. Vol. 1. Washington, DC: World Bank. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.

Cotlear, D.; Gómez-Dantés, O.; Knaul, F.; Atun, R.; Barreto, I. C.; Cetrángolo, O. y Lozano, R. (2015b). Overcoming social segregation in health care in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1248-1259.

CSDH (2008). Closing the gap in a generation: *health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization. Recuperado de: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf

Dabas, E. y Perrone, N. (1999). *Redes en Salud*. Buenos Aires: Funser.

Dantés, O.; Sesma, S.; Becerril, V.; Knaul, F.; Arreola, H. y Frenk, J. (2011). *Sistema de salud de México*. Salud Pública de México, Cuernavaca, v. 53, suppl. 2, p. s220-s232. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/17.pdf>

Davy, C.; Hartfield, S.; McArthur, A.; Munn, Z. y Brown, A. (2016). Access to Primary health care services for indigenous peoples: A framework analysis. *International Journal for Equity in Health*, 15:163 doi: 10.1186/s12939-016-0450-5

Denis, J. L.; Hébert, Y.; Langley, A.; Lozeau, D. y Trottier, L. H. (2002). Explaining Diffusion Patterns for Complex Health Care Innovations. *Health Care Management Review*, 27(3):60-73.

De Ortuzar, M. G. (2015). “Gobernanza” y “Gobernanza en salud”: ¿Una nueva forma de privatizar el poder político?. *OXÍMORA Revista Internacional de Ética y Política*, (5), 63-86.

De Souza, R. (2002). El Sistema Público de Salud Brasileño. Seminario Internacional sobre Tendencias y Desafíos de los Sistemas de Salud en las Américas. Ministerio de salud de Brasil. Brasília, D.F. Brasil.

Di Cesare, M.; Khang, J. H.; Asaria, P.; Blakely, T.; Cowan, M. J.; Farzadfar, F.; Guerrero, R. et al. (2013). Inequalities in Non-communicable Diseases and Effective Responses. *The Lancet*, 381 (9866) (February 16): 585-97.

Diario Oficial de la Federación. (2015). Reglas de Operación del Programa IMSS-Prospera. México. Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377257&fecha=12/01/2015

Díaz Barriga, F. *Enseñanza situada. Vínculo entre la escuela y la vida*. México, DF: McGraw Hill, 2005. Consultado el 12 de julio de 2017 en: <https://www.uv.mx/rmipe/files/2016/08/Ensenanza-situa-da-vinculo-entre-la-escuela-y-la-vida.pdf>

Dmytraczenko, Tania; Almeida, Gisele. 2015. Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean: Evidence from Selected Countries. Directions in Development--Human Development;. Washington, DC: World Bank. © World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/22026> License: CC BY 3.0 IGO.”

Dwicaksono, A. y Fox, A. M. (2018). Does Decentralization Improve Health System Performance and Outcomes in Low- and Middle-Income Countries? A Systematic Review of Evidence From Quantitative Studies. *The Milbank quarterly*, 96(2), 323-368. doi:10.1111/1468-0009.12327

Egger, U.K.; Glueck, M.; Buchholz, G.; Rana, G. y Arhidani, S. (2007). *Work the Net: um guia de gerenciamento para redes formais*. Rio de Janeiro: GTZ.

Empresa Social del Estado Pasto Salud. (2013). Plan de Desarrollo Institucional 2012-2016. Recuperado de: http://www.pastosaludese.gov.co/images/planeacion/2013/plan_desarrollo/plan_desarrollo_institucionalv2.pdf

Empresa Social del Estado Pasto Salud. (2015). Rendición de cuentas ESE Pasto salud. Recuperado de: <http://www.pastosaludese.gov.co/index.php/control-y-rendicion-de-cuentas/rendicion-de-cuentas-2015>

Empresa Social del Estado Pasto Salud. (2017). Plan de desarrollo institucional 2017-2020. Recuperado de: http://www.pastosaludese.gov.co/images/planeacion/2013/plan_desarrollo/PLAN%20DESARROLLOINSTITUCIONALPASTOSALUDE.S.E.%202017-%202020v6.0.pdf

Evans, J. M.; Baker, R. G.; Berta, W. y Jan, B. (2014). *The evolution of integrated health care strategies. In Annual Review of Health Care Management: Revisiting the Evolution of Health Systems Organization* (pp. 125-161). Emerald Group Publishing Limited.

Ferlie, E.; Gabbay, J.; Fitzgerald, L.; Locock, L. y Dopson, S. (2001). Evidence-Based Medicine and Organisational Change: *An Overview of Some Recent Qualitative Research*. En Ashburner, L. (ed) *Organisational Behaviour and Organisational Studies in Health Care: Reflections on the Future*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.

Foy, R.; MacLennan, G.; Grimshaw, J. ; Penney, G.; Campbell, M. y Grol, R. (2002). Attributes of Clinical Recommendations That Influence Change in Practice Following Audit and Feedback. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(7):717-22.

Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?* Madrid: Ariel.

Franco, C. y Franco, T. (2004). Linhas do Cuidado Integral: uma proposta de organização da rede de Saúde. Brasil. [www.saude.sp.gov.br > passo_a_passo_linha_de_cuidado](http://www.saude.sp.gov.br/passos_a_passo_linha_de_cuidado)

Giedion, U.; Bitrán, R. y Tristao, I. (2014). *Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional*. Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/es/planes-de-beneficios-en-salud-de-america-latina-una-comparacion-regional>

Giovanella, L. (2013). Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada. Montevideo: Observatório Mercosur de Sistemas de Salud.

Gómez-Dantés, O.; Sesma, S.; Becerril, V. M.; Knaul, F. M.; Arreola, H. y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública Mex*, 53 supl 2:S220-S232

González, M. C.; Nebot-Adell, C.; Benavides, I. y Flores, R. (2011). Evaluación de los sistemas de salud basados en la atención primaria de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*.

González González, J.; Rico García, G.; Izaguirre Zapatera, A. M.; De Ángel Larrinaga, S. y Lor Martín, M. (2016). Mujeres Cuidadoras: Intervención comunitaria en mujeres promotoras de salud rural. *Medicina General y de Familia* 5 (x x): 10-13. doi:10.1016/j.mgyf.2015.12.007.

Goodrick, D. (2014). Estudios de caso comparativos, síntesis metodológicas: evaluación de impacto No 9. Florencia: Centro de Investigaciones de UNICEF.

Greenhalgh, T.; Robert, G.; Macfarlane, F.; Bate, P. y Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4):581-629.

Greenhalgh, T.; Robert, G.; Bate, P.; Macfarlane, F. y Kyriakidou, O. (2005). Diffusion of innovation in health organizations. *A systematic literature review*. Oxford: British Medical Journal Books.

Governance for sustainable human development. A UNDP policy document, 1997. New York, United Nations Development Programme. <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Democratic%20Governance/Discussion-paper--Governance-for-Sustainable-Development.pdf>

Gröne, O. y García-Barbero, M. (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care* [serial online] Jun 1;1. Recuperado de: <http://www.ijic.org>.

Guanais, F., Regalia, F., Perez Cuevas, R., Anay, M (2018) Desde el paciente: experiencias con la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Frederico Guanais, F, Regalia, F., Perez Cuevas, R., Anaya, M. (Eds)

Guanais, F. y Macinko, J. (2009). Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence from Brazil. *Journal of Ambulatory Care Management*, 32(2): 115-22

Guanais, F.; Gómez-Suárez, R. y Pinzón, L. (2012). *Series of Avoidable Hospitalizations and Strengthening Primary Health Care: Primary Care Effectiveness and the Extent of Avoidable Hospitalizations in Latin America*. IDB Discussion Paper N° IDB-DP-266. Washington, DC: Inter-American Development Bank.

Guerrero. R.; Gallego, A. I.; Becerril-Montekio, V. y Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, Cuernavaca, 53 supl 2:S144-S155. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/10.pdf>

Gustafson, D. H., Sainfort, F., Eichler, M., Adams, L., Bisognano, M., & Steudel, H. (2003). Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change. *Health services research*, 38(2), 751-776. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00143>

Heath, I. (2013) *Overdiagnosis: when good intentions meet vested interest*. *British Medical Journal*, 347:f636

Hebrang, A.; Henigsberg, N.; Erdeljic, V.; Foro, S.; Vidjak, V.; Grga, A. et al. (2003). Privatization in the health care system of Croatia: Effects on general practice accessibility. *Health Policy Plan*, 18:421-428.

Hone. T. H.; Macinko, J. y Millett, C. (2018). Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *The Lancet* Vol. 392, n° 10156, pp. 1461-1472, 20 de Octubre 2018

IDB (2013). Division of Social Protection and Health. Sector Framework Document. Washington DC: Interamerican Development Bank. Washington DC

INDEC. Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (2012). Censo Nacional de Hogares, Población y Vivienda 2010. <https://www.indec.gob.ar/>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2015). Reglas de Operación IMSS-Prospera 2015. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/imss-prospera/juridico>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). Informe al ejecutivo federal y al congreso de la unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016-2017. México. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20172018/21-InformeCompleto.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). Encuesta Nacional de Ingresos y gastos de los hogares 2014. México. <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2014/>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2015) Casos para la enseñanza en salud pública. Consultado el día 10 de julio de 2017 en: <https://www.insp.mx/avisos/3771-casos-ensenanza-salud-publica.html>

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud/Unión de Naciones Suramericanas. (2015). Atención primaria de salud en Suramérica. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro. 39(105).

Jaramillo, F. (2016). Una mirada desde la complejidad: defragmentando,deconstruyendo, coconstruyendo y humanizando. I Encuentro RISSALUD. Buenos Aires.

Jimenez Herrero, LM. (2016). Hacia ciudades y territorios inteligentes, resilientes y sostenibles. Gestión y gobernanza para la gran transición urbana. Madrid:Asociación para la sostenibilidad y el progreso de las sociedades.

Kautz, C.; Gittel, J.; Weinberg, D.; Lusenhop, R. y Wright, J. (2007). Patient benefits from participating in an integrated delivery system: Impact on coordination of care. *Health Care Management Review*, 32(3), 284-294.

Kelley, J. M.; Kraft-Todd, G.; Schapira, L.; Kossowsky, J. y Riess, H. (2014). The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLOS ONE*, 9(4): e94207

Kickbusch, I. y Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century*. Geneva: World Health Organization.

King, M.; Smith, A. y Gracey, M. (2009). Indigenous Health Part 2: The Underlying Causes of the Health Gap. *The Lancet*, 374(9683) (July 4): 76-85.

Kodner, D. L. (2002). The quest for integrated systems of care for frail older persons. *Aging Clinical and Experimental Research*, 14(4):307-13.

Kringos, D. S.; Boerma, W. G.; Hutchinson, A.; Van der Zee, J. y Groenewegen, P. P. (2010). The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC health services research*, 10(1), 65.

Kringos, D. S.; Boerma, W. G.; Van der Zee, J., y Groenewegen, P. P. (2013a). Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe. *Social science & medicine*, 99, 9-17.

Kringos, D. S.; Boerma, W. G.; Bourgueil, Y.; Cartier, T.; Dedeu, T.; Hasvold, T.; Hutchinson, A. et al. (2013b). The Strength of Primary Care in Europe: An International Comparative Study. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 63 (616): e742-50.

Kringos, D. S.; Boerma, W. G.; Van Der Zee, J. y Groenewegen, P. (2013c). Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked to Better Population Health but Also to Higher Health Spending. *Health Affairs*, 32 (4): 686-694.

Kringos, D. S.; Boerma, W. G.; Hutchinson, A. y Saltman, R. B. (2015). *Building primary care in a changing Europe*. WHO Regional Office for Europe.

Kruk, M. E.; Porignon, D.; Rockers, P. C. y Van Lerberghe, W. (2010). The contribution of primary care to health and health systems in low-and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Social Science & Medicine*, 70(6), 904-911.

Kutzin, Joseph. (2013). *Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance: Concepts and Implications for Policy*. Boletín de World Health Organization, (BLT.12.113985): 1-21. Obtenido de: <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/12-113985/en/>

Lega, F. (2007). Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. *Health Policy*, 81(2-3):258-79. Epub 2006 Jul 18.

Le Rouge, C.; Gupta, M.; Corpart, G. y Arrieta, A. (2019). Health System approaches are needed to expand telemedicine use across nine Latin American nations. *Health Affairs*, 38(2). <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05274>

Leutz, W. N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, vol 77, no 1, pp 77-110.

Lièvre, A. y Moutel, G. (2006). *Definición de las redes de cuidados y de sus finalidades: elementos de reflexión*. INSERM. Instituto Nacional de Salud e Investigación Médica de Francia.

Liwanag, H. J. y Wyss, K. (2018) What conditions enable decentralization to improve the health system? Qualitative analysis of perspectives on decision space after 25 years of devolution in the Philippines. *PLoS ONE*, 13(11): e0206809. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206809>

Londoño, J. L. y Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina* (No. 353). Working Paper, Inter-American Development Bank, Office of the Chief Economist. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/es/publicacion/13652/pluralismo-estructurado-hacia-un-modelo-innovador-para-la-reforma-de-los-sistemas>

López Puig, P.; Morales Suárez, I.; Menchaca, S.; Martínez Trujillo, N.; López, S. y Soler Cárdenas, S. (2009). Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la realidad cubana. *Revista Cubana de Salud Pública*. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/rcsp/2009.v35n4/34-43/es/>

López Puig, P.; Alonso Carbonell, L.; García Milian, J.; Serrano Patten, A. y Ramírez León, L. (2010). Metodología para la caracterización de una red de servicios de salud y su aplicación en el contexto ecuatoriano. Escuela Nacional de Salud Pública. *Revista Cubana de Salud Pública*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662011000200005&lng=es&nr-m=iso

Maceira, D. (2012). *Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina*. Documento de Trabajo CEDES 122/2014. Buenos Aires: UNICEF.

Macinko, J.; Starfield, B. y Shi, L. (2003). *The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998*. HSR 38:831-865.

Macinko, J.; Starfield, B. y Erinosho, T. (2009). The Impact of Primary Healthcare on Population Health in Low-and Middle-Income Countries. *The Journal of ambulatory care management*, 32(2), 150-171.

Macinko, J.; Dourado, I. y Guanais, F. C. (2011). *Enfermedades crónicas, atención primaria y desempeño de los sistemas de salud*. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington DC

Macinko, J.; Guanais, F. C.; Mullachery, P. y Jiménez, G. (2016). Gaps in Primary Care and Health System Performance In Six Latin American and Caribbean Countries. *Health Affairs (Millwood)*, 35(8):1513-21. doi: 10.1377/hlthaff.2015.1366.

Marín-Idárraga, D. A. y Losada-Campos, L. A. (2015). Estructura organizacional y relaciones inter-organizacionales: análisis en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas de Colombia. *Estudios Gerenciales*, 31 (2015) 88-99. doi: <https://doi.org/10.1016/j.estger.2014.08.004>

McCartney, M. (2012). *The patient paradox: why sexed up medicine is bad for your health*. Pinter & Martin Ltd. PB. Obtenido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3338047/>

McDonald, K. M.; Sundaram, V.; Bravata, D. M.; Lewis, R.; Lin, N.; Kraft, S. A., ... y Owens, D. K. (2007). *Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies* (Vol. 7: Care Coordination). Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville Maryland, USA.

Meijers, G. y Stead, D. (2004). Policy integration: what does it mean and how can it be achieved? A Multi-disciplinary Review. Berlin Conference on the Human Dimensions of Global Environmental Change: Greening of Policies – Interlinkages and Policy Integration. http://userpage.fu-berlin.de/ffu/akumwelt/bc2004/download/meijers_stead_f.pdf

Mendelson, A.; Kondo, K.; Damberg, C.; Low, A.; Motúapuaka, M.; Freeman, M.; O'Neil, M.; Relevo, R. y Kansagara, D. (2017). The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. *Ann Intern Med*, 166(5):341-353.

Mendes, E. V.(2013). *Las Redes de Atención de Salud*. Brasil: OPS.

Mercer, S. W.; Fitzpatrick, B.; Guthrie, B.; Fenwick, E; Grieve, E; Lawson, K. et al. (2016). The CARE Plus study -a whole system intervention to improve quality of life in primary care patients with multimorbidity in areas of high socioeconomic deprivation: exploratory cluster randomized controlled trial and cost-utility analysis. *BMC Medicine*, 14(88)

Mills, A. (1983). Vertical vs horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. *Social Science & Medicine*, 17(24), 1971-1981.

Ministério da Saúde do Brasil. (2010). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool- PCA tool -. Brasília. Recuperado de: http://bvsms.salud.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avalicao_pcatool_brasil.pdf.

Ministério da Saúde do Brasil. (2013). Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS. 2ª ed. Brasília.

Ministerio de Salud de la República Argentina (2010). Curso sobre enfermedades vectoriales para agentes comunitarios en ambiente y salud. Módulo 3: Redes. Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud de Santiago del Estero (Argentina). <http://www.msalsudsgo.gov.ar/web2/>, http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000714cnt-2015-10_decreto-presidencial-2057_2015.pdf y <http://www.msal.gob.ar/index.php/programas-y-planos>

Ministerio de Salud de Santiago del Estero. (2015). Presupuesto consolidado. Recuperado de: <http://meconse.gov.ar/presupuesto-2015/#tab-id-3>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (s.f). Proyecto de Resolución MAITE. Recuperado de: <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2019/05/Proyecto-de-resoluci%C3%B3n-PAIS-MAITE-1.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). Estructura del incremento de la UPC para 2018. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Estructura-del-incremento-de-la-UPC-para-2018.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2019). Sistema Integrado de la Información de la Protección Social SISPRO, aseguramiento. Recuperado de: <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Resolución 5857. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205857%20de%202018.pdf

Ministerio do Planejamento de Brasil. (2015). Relatórios sobre os balanços dos investimentos do PAC no Ceará. Recuperado de: <http://www.pac.gov.br/sobre-o-pac/publicacoesregionais>. Internet. Volúmenes dos balanços de 2015 e 2011 a 2014, arquivos pdf. Accedido en 2015.

Minué, S.; Cejas, C.; Belinchón, S.; Cruz, M. y Pinto, D. (En prensa). *Guía Metodológica para la realización de Estudios de Caso de Redes Integradas de Servicios de Salud*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.

Minué, S; Martufi, V y Benitez, V. (On behalf of WHO). (2013). Systematic Review of Available Evidence on Integrated Health Services. Granada: EASP.

Minué, S. y Belinchón, S. (2015). *Desafíos en la construcción de Redes Integradas de Servicios de Salud*. Position Paper. Washington, DC: Inter-American Development Bank.

Montekio, V.; Medina, G. y Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública de México*, Cuernavaca, v. 53, suppl. 2, p. s120-s131. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/08.pdf>

Montenegro, H. (2009). Innovaciones en los sistemas de salud basados en la APS: las redes integradas de servicios de salud. Ponencia en OMS XI Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud: “Innovación y Atención Primaria de Salud”, Évora, Portugal.

Morales, N. (2011). *Las redes integradas de servicios de Salud: Una propuesta en construcción*. Colombia: Editorial Universidad del Rosario.

Moreno-Serra, Rodrigo, and Peter C. Smith. (2011). “The Effects of Health Coverage on Population Outcomes: A Country-Level Panel Data Analysis”. Washington, DC.

Mosquera, P. A.; Hernández, J.; Vega, R.; Martínez, J.; Labonte, R.; Sanders, D. y San Sebastián, M. (2012). Primary health care contribution to improve health outcomes in Bogota-Colombia: a longitudinal ecological analysis. *BMC Family Practice*, 13:84

Mosquera, P. A.; Hernández, J.; Vega, R.; Martínez, J. y San Sebastián, M. (2013). Performance evaluation of the essential dimensions of the primary health care services in 6 localities of Bogotá-Colombia: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 13:315 <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-315>

Mur-Veeman, I.; Hardy, B.; Steenbergen, M. y Wistow, G. (2003). Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries. *Health Policy*, 65: 227-241.

Nebot y Rosales. (2008). *Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: OPS.

Nelson, B. D.; Simic, S.; Beste, L.; Vukovic, D.; Bjegovic, V. y VanRooyen, M. J. (2003). Multimodal assessment of the primary healthcare system of Serbia: a model for evaluating post-conflict health systems. *Prehosp Disaster Med*, 18:6-13

Nolte, E.; Knai, C. y McKee, M. (2008). *Managing chronic conditions. Experience in eight countries*. Observatory studies series nº15. WHO. European Observatory on health Systems and Policies: Copenhagen.

Nolte, E. y Pitchforth, E. (2014). *What is the evidence on the economic impacts of integrated care?* Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Nolte, E. y Knai, C. (2015). *Assessing Chronic Disease Management in European Health Systems: country report*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Nurjono, M.; Shrestha, P.; Lee, A.; Ya Lim, X.; Shiraz, F.; Tan, S. et al. (2018). Realistic evaluation of a complex integrated care programme: protocol for a mixed methods study. *British Medical Journal Open*, 8:e17111. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017111

Ocampo-Rodríguez, M. V.; Betancourt-Urrutia, V. F.; Montoya-Rojas, J. P. y Bautista-Botton, D. C. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp12-24.smsi>

OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2001). Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Iniciativa “La Salud Pública en las Américas”. CDC/CLAISS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/42816>

OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2007). *La renovación de la Atención primaria de la salud en las Américas*. Washington, D.C: OPS.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2008). *La renovación de la Atención Primaria en la Salud de las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opiniones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington D.C: OPS/OMS.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2010a). *Perfil de los Sistemas de salud de Colombia*. Washington, D.C: OPS/OMS.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2010b). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington, D.C: OPS/OMS.

OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2011). *Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los hospitales*. Santiago, Chile: OPS.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2012). *Mejora de los cuidados crónicos a través de las redes integradas de servicios de salud*. Washington, D.C: OPS.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2015). *Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina: una aproximación analítica*. Washington, D.C: OPS.

Oxman, A; Bjorndal, A.; Flottorp, S.A.; Lewin, S. y Lindahl, A. K. (2008). Integrated Health Care for People with Chronic Conditions. A Policy Brief. *Norwegian Knowledge Centre for the Health Services*. <https://www.fhi.no/en/publ/2009-and-older/integrated-health-care-for-people-with-chronic-conditions.-a-policy-brief/>

Parasuraman, A.; Berry, L. L y Zeithaml, V. A. (1992). *Calidad total en la gestión de servicios*. Ed. Madrid: Díaz de Santos.

Pasto Salud ESE. Manual de Contratación ESE. Ejecución presupuestal, sep 2015. Recuperado de: <http://www.pastosaludese.gov.co/index.php/planes-y-proyectos/proyectos-de-inversion>

Pawson, R.; Greenhalgh, T.; Harvey, G. y Walshe, K. (2005). Realistic review -a new method of systematic review designed for complex policy intervention. *J Health Serv Res Policy*, 10(suppl 1): S1:21.

Pérez-Cuevas, R.; Guanais, F. C.; Doubova, S. V.; Pinzón, L.; Tejerina, L.; Pinto Masis, D.; Rocha, M.; Harris, D. y Macinko, J. (2017). Understanding public perception of the need for major change in Latin American healthcare systems. *Health Policy Plan*; 32(6):816-824.

Pesec, M.; Ratcliffe, H.; Karlage, A. et al. (2017). Primary Health Care that Works: The Costa Rican Experience. *Health Affairs* 36, nº3 (2017): 531-538. doi: 10.1377/hlthaff.2016.1319

Pettigrew, L. M. et al. (2015). Primary health care and the Sustainable Development Goals. *The Lancet*; 386 (10009): 2119 - 2121.

Plsek, P. Complexity and the adoption of innovation in health care. (2003) En: Proceedings of Accelerating Quality Improvement in Health Care: Strategies to Speed the Diffusion of Evidence-Based Innovations. National Institute for Health Care Management Foundation. Washington DC.

Pointer, D. D.; Alexander, J. A. y Zuckerman, H. S. (1995). Loosening the Gordian Knot of governance in integrated health. *Frontiers of Health Services Management*, 11(3), 3. En: Conrad, D.A. (1997). Integrated delivery systems: creation, management, and governance. Chicago: Health Administration Press.

Programa Médicos Comunitarios (2011). Módulo 9: Salud y Redes. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.

Ramagem, C.; Urrutia, S.; Griffith, T.; Cruz, M.; Fabrega, R.; Holder, R. y Montenegro, H. (2011). Combating health care fragmentation through integrated health services delivery networks. *International Journal of Integrated Care*, 11(7).

Rao M. y Pilot, E. (2014). The missing link-the role of primary care in global health. *Glob Health Action*, 7(23693).

Relatório de Gestão Anual de Fortaleza. (2014). Período de enero a diciembre de 2014. Obtenido de: <https://www.unimedfortaleza.com.br/relatorios-de-gestao>

Rivera Dommarco, J.; Pérez-Cuevas, R.; Reyes, H.; Lazcano, E. et al. (2018). *Salud Pública y Atención Primaria*. Base del acceso efectivo a la salud de los mexicanos. Instituto Nacional de Salud Pública: Cuernavaca, México. <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/4807-salud-publica-atencion-primaria.html>

Roberts, J. (2007). *The modern firm: Organizational design for performance and growth*. New York: Oxford university press.

Robinson, J. C., y Casalino, L. P. (1996). Vertical integration and organizational networks in health care. *Health Affairs*, 15(1), 7-22.

Robinson, J. C. (2001). Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Quarterly*, 79:149-77

Rodríguez-Villamizar, L. A.; Acosta-Ramírez, N. y Ruiz-Rodríguez, M. (2013). Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 15(2): 183-195.

Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press

Roland, M. y Nolte, E. (2014). The Future Shape of Primary Care. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 64 (619) (March 1): 63-4.

Rubio-Valera, M.; Pons-Vigués, M.; Martínez-Andrés, M.; Moreno-Peral, P. Berenguera, A. y Fernández, A. (2014). Barriers and Facilitators for the Implementation of Primary Prevention and Health Promotion Activities in Primary Care: A Synthesis through Meta-Ethnography. *PLoS ONE* 9 (2). doi:10.1371/journal.pone.0089554.

Saltman, R.; Bankauskaite, V. y Vrangbaek, K. (2005). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care* (Vol. 51). United Kingdom: McGraw-Hill Education.

Saltman, R. B.; Durán, A. y Dubois, H. F. (2011). *Governing Public Hospitals. Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. Observatory Studies Series nº 25. WHO. Obtenido de: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/governing-public-hospitals.-reform-strategies-and-the-movement-towards-institutional-autonomy-2011>

Secretaría de Salud. (2015). Ley General de Salud, artículo 5°. Reglas de Operación del Programa IMSS-Prospera. Diario oficial de la federación. Ley orgánica de la administración pública federal. México. Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5377257&fecha=12/01/2015

Secretaría de Salud; Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados. 2016-2017. México, 2017.

Scott, W.; Ruef, M.; Mendel, P. y Caronna, C. (2000). *Institutional change and healthcare organization: From professional dominance to managed care*. Chicago: University of Chicago Press.

Scott C, Hofmeyer A. Networks and social capital: a relational approach to primary healthcare reform. *Health Policy and Systems Research* 2007;5:9.

Shaw, S.; Rosen, R. y Rumbold, B. (2011). *What is integrated care?* Research report. London: Nuffield Trust.

Schoen, C.; Osborn, R.; Squires, D.; Doty, M.M.; Pierson, R. y Applebaum, S. (2010). How Health Insurance Design Affects Access to Care and Costs, by Income, in Eleven Countries. *Health Affairs*, 29 (12): 2334-2323.

Shortell, S. M. y Kaluzny, A. D. (1994). *Health Care Management: Organization Design and Behaviour*, 3ª edición, Albany, NY: Delmar.

Shortell, S.; Anderson, D.; Gillies, R.; Mitchell, J. y Morgan K. (1993). Building integrated systems. The holographic organization. *Healthcare Forum Journal*. En: Organización Panamericana de la Salud (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4. Washington, D.C.

Sidel, V. W. y Sidel, R. (1977). Primary health care in relation to socio-political structure. *Social Science & Medicine* (1967), 11(6-7), 415-419.

SISPRO. (2016). Sistema Integrado de Información de la Protección Social. Recuperado de: <https://www.sispro.gov.co>

Smith, P. C. y Yip, W. (2016). The Economics of Health System Design. *Oxford Review of Economic Policy*, 32 (1): 21-40. <https://doi.org/10.1093/oxrep/grv018>

Solar, O.; Valentine, N.; Rice, M. y Albrecht, D. (2009). Moving forward to equity in health: What kind of intersectoral action is needed? An approach to an intersectoral typology. Prepared for the 7° Global Conference for Health and Development "Closing the Implementation Gap", 26-30 octubre del 2009, Nairobi, Kenya.

Starfield, B. (1994) Is Primary Care Essential? *The Lancet*. 344(8930),1129-33. Doi: 10.1016/S01406736(94)90634-3.

Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press

Starfield, B. (2005). US and UK health care: a special relationship? Why is the grass greener?. *British Medical Journal*, 330(7493), 727.

Starfield, B.; Shi, L. y Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 83 (3): 457-502.

Suter, E.; Oelke, N.; Adair, C. y Armitage, G. (2009). Ten Key Principles for successful Health Systems Integration. *Healthc Q*. Octubre, 13:16-23

The RAMASES II Project (2017). Realistic evaluation, realistic synthesis, realistic research-what's in a name? (www.ramasesproject.org).

Todd, W. E. (1996). *Strategic alliances*. En: Todd, W.E. y Nash, D. (Editores). Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Publishing Inc. Em: Vilaça Mendes, E (2007). Revisao Bibliografica sobre redes de atencao a saude. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Brasil.

Torres, C. (2010). El trabajo en redes en la práctica de enfermería: "Acortando la distancia". *Revista Cubana de Enfermería*; 26(2):71-77.

Van Herck, P.; De Smedt, D; Annemans, L. et al. (2010) Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in healthcare. *BMC Health Services Research*, 10:247.
Van Lerberghe, W. The world health report 2008: Primary health care: Now more than ever. World Health Organization, 2008. Disponible en: W. Van Lerberghe - 2008 - books.google.com

Vázquez, M. L.; Vargas, I.; Unger, J. P.; De Paepe, P.; Mogollón-Pérez, A. S.; Samico, I. et al. (2015). Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *British Medical Journal Open*, 5:e007037

Vázquez, M. L., Vargas, I., Unger, J. P., De Paepe, P., Mogollón-Pérez, A. S., Samico, I., Bertolotto, F. (2015). Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *British Medical Journal Open*, 5, e007037.

United Nations. (2015) Resolution. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, A/RES/70/1

Vilaça Mendes, E. (2007). Revisao bibliografica sobre redes de atencao a saude. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Brasil.

Vilaça Mendes, E. (2011). *As redes de atenção à saúde*. 2ª ed. Organización Panamericana de Salud: Brasília, DF.

Vilaça Mendes, E. (2012). O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organización Panamericana de la Salud: Brasília, D.F

Vilaça Mendes, E. (2013). *Las redes de atención de salud*. Ed. en español, Organización Panamericana de la Salud: Brasilia, D.F

Vilaça Mendes, E. (2014). *Las condiciones crónicas en la atención primaria de la salud: la necesidad imperiosa de consolidar la estrategia de salud de la familia*. Ed. en español. Organización panamericana de la salud: Brasilia, D.F

Watkins, D., Yamey, G., Schäferhoff, M., Adevi, O., Alleyne, G., Alwan, A., et al (2018) Alma-Ata at 40 years: reflections from the Lancet Commission on Investing in Health. *The Lancet* Commission 392(10156),1434-1460

Welch, H. G.; Schwartz, L. y Woloshin, S. (2011). *Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health*. Boston, Massachussets: Beacon Press.

WHO (World Health Organization). (1998). *Good governance for health*. WHO/CHS/HSS/98.2. Geneva: WHO.

WHO (World Health Organization). (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: WHO.

WHO (World Health Organization). (2008a). *World Health Report. Primary health care-now more than ever*. Geneva: WHO.

WHO (World Health Organization). (2008b). *Integrated health services – what and why?* Technical Brief N° 1. En: Organización Panamericana de la Salud (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N° 4. Washington, D.C.

WHO (World Health Organization). (2010). *World Health Report. Health system financing: the path to universal coverage*. Geneva: WHO.

WHO (World Health Organization). (2014a). Global health Expenditure Database. Recuperado de: <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>

WHO (World Health Organization). (2014b). *Paying for Performance in Health Care Implications for Health System Performance and Accountability: Implications for Health System Performance and Accountability*. OECD Publishing. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/paying-for-performance-in-health-care.-implications-for-health-system-performance-and-accountability-2014>

World Health Organization Regional Office for Europe. (2016). *The European Framework for Action on integrated Health Services Delivery*.

Xu, Ke, Evans, D., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A., Musgrove, P., and Evans, T. (2007) Protecting Households from Catastrophic Health Spending. *Health Affairs (Project Hope)* 26 (4): 972-83.

Xu, K., Saksena, P., Jowett, M., Indikadahena, C., Joe Kutzin, J. and Evans, D. (2010) “Exploring the Thresholds of Health Expenditure for Protection Against Financial Risk. Geneva.

Yin, R. (2009). *Case Study Research*. California Sage Publications.

