



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud

Centro de Estudios Interdisciplinarios
Universidad Nacional de Rosario

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD ANÁLISIS APLICADO A UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD: ALCANCES, LIMITACIONES Y PROPUESTAS

Ricardo J. M. Campodonico

Director: Dr. Ernesto Báscolo

INDICE DE CONTENIDOS

1.- Introducción	3
2.- Problema de Estudio	6
2.1.- Objetivos	8
2.2.- Metodología	8
3.- Marco conceptual	10
3.1.- Servicios de salud en red como parte de la estrategia de cobertura universal	10
3.2.- Modelo hospitalario desde la perspectiva de redes de salud	13
4.- Contexto de análisis	17
5.- Aplicación de la herramienta RISS (OPS-OMS) a la experiencia del Hospital El Cruce (HEC).	20
5.1.- Ámbitos de la RISS: Análisis desde la experiencia del HEC	25
5.2.- Categorías conceptuales para analizar el HEC y su estrategia en red a partir de los ámbitos y atributos de la herramienta RISS	27
5.3.- Morfología del modelo HEC en perspectiva de red.	31
5.4.- La aplicación de la herramienta RISS. Aportes para pensar acerca de las fortalezas y debilidades del instrumento.	32
6.- Lineamientos para una propuesta de Gobernanza de Red	35
6.1.- Meso Integración de procesos	35
6.2.- Herramientas para la gestión de la meso integración	37
6.3.- Lecciones aprendidas y reflexiones abiertas: gobernanza e integración en red, del modelo conceptual a la experiencia del HEC	39
7.- Conclusiones	41
BIBLIOGRAFÍA	46
ANEXO	A1

1. Introducción

Este trabajo propone un análisis contextualizado de la estrategia de redes integradas de servicios de salud, considerando que la integración en red constituye un desafío primordial para garantizar el acceso universal y la calidad de la atención.

Se abordará como estudio de caso al Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner SAMIC1 (HEC)¹ institución sanitaria pública de tercer nivel de complejidad² que integra la red sudeste dentro de la Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires.³

El análisis se desarrollará aplicando la metodología del modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS),⁴ cuyos atributos serán considerados para estructurar el estudio de la experiencia particular del HEC.

En los análisis sobre redes de salud se observan generalmente tres planos de análisis: un plano teórico, uno con centralidad en los procesos de gestión y un tercero que se vincula a experiencias concretas que posibilitan objetivar los alcances del modelo en su aplicación:

- En el plano teórico, el modelo de redes integradas de servicios de salud presenta dimensiones que abordan un enfoque amplio del campo sanitario y su complejidad, donde interactúan las políticas públicas, los derechos de las personas como principio rector de toda práctica asistencial, los servicios de salud y sus trabajadores y las organizaciones comunitarias. De este modo, en la conceptualización del modelo de redes se interseccionan las categorías que definen la matriz de recursos de los sistemas de salud: políticos, estructurales, económicos, jurídicos y comunitarios. En este plano resultan relevantes los análisis de dinámicas superadoras de la fragmentación del sistema.

¹ Denominación completa por Decreto Presidencial 2520/2015

² Vignolo J., Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna 2011; XXXIII (1):11-14

³ La Región Sanitaria VI está integrada por los Municipios de Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora, Esteban Echeverría, Ezeiza, Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes. Dentro de ella, puede señalarse subregión (sudeste) que la conforman Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes

⁴ Las Redes Integradas de Servicios de Salud –RISS- se definen como “una red de organizaciones que presta, o hace los 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”. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Sistemas Integrados de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS;2008. Estos conceptos respecto a estrategias de redes se retomarán en el marco teórico.

- En el plano de la gestión, el modelo de redes plantea un conjunto de herramientas para la planificación y la organización de servicios de salud. Estos instrumentos de gerencia se orientan al establecimiento de prioridades, al análisis de financiamientos, a la formulación de protocolos que organicen procesos asistenciales y de gestión de pacientes, a la definición de estándares de calidad, al estudio de los sistemas de información, al diseño de metodologías de evaluación económica y de determinación de costo-efectividad de las tecnologías.

- En el plano aplicado se ubican las experiencias concretas de organizaciones sanitarias en red, particularmente vinculadas a la implementación de estrategias institucionales de coordinación y gestión de la atención. Las experiencias de trabajo en red son altamente valiosas para traducir los conceptos a casos aplicados, poniendo de manifiesto la diversidad de contextos y de coyunturas que inciden al momento de planificar intervenciones sanitarias.

En este tercer plano se ubica el trabajo que se propone, focalizándose en el estudio de caso del HEC, considerando que el mismo posibilita analizar, desde su experiencia y su contexto, alcances logrados y cuestiones a resolver para avanzar en la consolidación de redes integradas de salud.

Como fuera señalado, para el análisis se aplicará una herramienta desarrollada por la OPS/OMS, cuyo propósito es observar el desarrollo de los diversos atributos de la estrategia de RISS. La aplicación de esta herramienta resulta útil para evaluar una red asistencial bajo un instrumento homogéneo que identifique sobre qué aspectos de la integración en red se alcanzado un mayor desarrollo y cuáles requieren mayor esfuerzo para planificar su mejora.

Con esta tesis, se propone contribuir al debate sobre redes integradas de servicios de salud, considerando que la experiencia del HEC aporta elementos relevantes para el análisis aplicado de esta estrategia.

Organización y estructura de la tesis:

Los contenidos que integran este documento se han organizado del modo siguiente:

Luego de la introducción, el segundo apartado exhibe la formulación del problema de estudio, allí se señalan las principales cuestiones que estructuran al caso de estudio. En este punto se despliegan los objetivos de la tesis, su objetivo general y sus objetivos específicos, así también la metodología y herramientas aplicadas.

En el tercer apartado se desarrolla el marco conceptual y se anuncian las principales definiciones y perspectivas respecto a redes de salud, las cuales sirven de fundamento para el análisis del caso que se abordará, contribuyendo al estudio de la experiencia del HEC desde categorías analíticas.

En el cuarto apartado se describe el contexto territorial y sanitario en el cual se emplaza el HEC, lo cual permite visualizar el entramado asistencial, los niveles de complejidad y los entramados jurisdiccionales.

El quinto apartado corresponde a la aplicación de la herramienta RISS, y a la evaluación de los grados de alcance de la integración en red, considerando la morfología que adopta el caso de estudio y sus resultados. En este apartado se expone también un análisis de fortalezas y debilidades de la propia herramienta en lo conceptual y en lo metodológico.

En el sexto apartado se despliega una serie de lineamientos estratégicos para una propuesta de integración en red, factible de aplicarse en este contexto en virtud de avanzar gradualmente hacia la consolidación de la red y particularmente fortalecer el rol de HEC en ella.

En el séptimo apartado se publican las conclusiones y reflexiones, abiertas a nuevos debates y a nuevas necesidades de investigación que surgen a partir de este trabajo.

2. Problema de estudio

Los desarrollos conceptuales y metodológicos acerca de las redes integradas de servicios de salud presentan una amplia sistematización de categorías, conceptos y herramientas que proveen marcos de referencia para el estudio de la planificación, la gestión y el grado de consolidación que dichas redes alcanzan.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS 2010) formula que las RISS- representan una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, optimizando la accesibilidad al sistema, reduciendo la fragmentación de los procesos de atención y mejorando la planificación de infraestructuras, servicios y respuestas sanitarias.⁵

En el caso de los hospitales, un hospital en la lógica de Redes Integradas de Servicios de Salud implica un nuevo modelo asistencial, y requiere de estrategias de organización y gestión diferentes a las de un establecimiento autónomo que no tiene compromisos compartidos con otros establecimientos, con el objeto de lograr ciertas metas e impactos en una población determinada.⁶

A la vez se advierte, que ante la diversidad de los contextos en los cuales se despliegan los sistemas de salud la posibilidad de prescribir un único modelo organizacional de redes es relativa. Ante esto, el objetivo de la política pública debiera entonces orientarse a alcanzar un diseño en red que satisfaga las necesidades organizacionales específicas de cada sistema y territorio.⁷

Conforme a ello, las categorías que proporciona el modelo RISS resultan relevantes para el desarrollo de instrumentos de análisis y medición que permitan identificar fortalezas y debilidades de una red asistencial y establecer líneas de base para el monitoreo de intervenciones, no obstante, estableciendo la necesaria contextualización que el modelo conceptual requiere, vinculada a las dinámicas propias de cada escenario sociosanitario,

⁵ Organización Panamericana de la Salud “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, 2010

⁶ Artaza Barrios, Osvaldo; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; Reynaldo; Suárez Jiménez, Julio Manuel. Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011

⁷ Artaza Barrios, Osvaldo; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; Reynaldo; Suárez Jiménez, Julio Manuel. Ibid

territorial, organizacional e institucional específico.

En el caso del estudio propuesto aplicado al HEC (Florencio Varela, Pcia. De Buenos Aires) la revisión contextualizada de las herramientas de medición del desarrollo de redes integradas posibilitaría establecer categorías particulares de análisis, considerando que las redes son dinámicas, que “forman” el contexto y a la vez “toman la forma” del mismo”⁸ estructurándose alrededor de los problemas y adecuando respuestas a las necesidades de salud de cada espacio.

Consecuentemente con esto, al momento de realizar un análisis aplicado del modelo de redes, y en particular aplicado al HEC tomado como caso de estudio, resulta indispensable considerar:

- A nivel político sanitario, las características del sistema de salud del país: política y jurisdiccionalmente federal y a la vez fragmentado y segmentado debido a las diferentes fuentes de financiamiento que coexisten, determinando estrategias organizacionales, de gestión y de asignación de recursos también diferentes.
- A nivel institucional, las características del HEC, que desde su inicio estableció su modelo de atención y gestión como un hospital de alta complejidad, siendo esta su principal característica para la definición de sus prestaciones y para determinar las interacciones que establece con los demás servicios de salud de la región.

El problema que abordará este trabajo se focalizará entonces en los alcances y limitaciones que se evidencian al aplicar una herramienta como es el instrumento RISS (OPS-OMS), que consolida categorías conceptuales y metodológicas acerca de redes integradas de servicios de salud, al caso de un hospital de alta complejidad que interacciona en red en un determinado contexto sociosanitario y jurisdiccional. Asimismo, se planteará la posibilidad de definir ciertos procesos de meso-integración⁹ (a nivel funcional y operativo) considerando las particularidades que atraviesan a este tipo de organizaciones sanitarias a nivel macro (político sanitario y jurisdiccional) y a nivel institucional (procesos de atención y gestión)

⁸ Klijn, E. ‘Policy Networks: An Overview’ in Kickert, W. J. M. & Koppenjan, J.F. (eds) (1998) *Managing Complex Networks*. Sage, London (1998)

⁹ En este caso se toma el concepto de meso integración de: Valentijn P. et al. *Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care*. *International Journal of Integrated Care* – Volume 13, 2013. En el referido trabajo se entiende a la meso integración como aquella que se genera a nivel de las organizaciones y sus modelos de organización e interacción en determinado territorio, diferenciándose de la micro integración que radica en la relación médico paciente y en la gestión clínica y de la macro integración que se inscribiría a nivel del sistema de salud en su conjunto.

2.1 Objetivos

Objetivo General:

Contribuir al análisis de la estrategia de RISS (OPS-OMS) identificando potencialidades para desarrollo y fortalecimiento en los escenarios sanitarios territoriales.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar la red que integra el hospital de alta complejidad seleccionado
2. Analizar alcances y limitaciones para el desarrollo de redes integradas de servicios de salud desde el enfoque y el rol de un hospital de alta complejidad.
3. Identificar brechas entre los atributos clave que conforman una herramienta de evaluación de redes integradas de servicios de salud y el modelo institucional del hospital.
4. Aportar elementos para delinear estructuras de gobernanza para una red integrada de servicios de salud en un contexto interjurisdiccional.

2.2 Metodología

El abordaje propuesto se centra en la experiencia del HEC para poner en evidencia características y procesos de la integración en red desde la perspectiva de un hospital de alta complejidad.

La metodología general de este trabajo se corresponde con el enfoque de las investigaciones sobre sistemas y servicios de salud, ya que está orientada a generar conocimientos relevantes para su ámbito de aplicación.¹⁰ (Almeida, et al, 2001)

El tipo de estudio, de acuerdo con los objetivos planteados, a sus fundamentos conceptuales y a la metodología propuesta, asume las características de **estudio de caso**. Cabe considerar que en un estudio de caso la elección del caso busca maximizar las posibilidades y la capacidad que las

¹⁰ Almeida C., Phang Romero C., Fontes Texiera. (2001) Investigación en sistemas y servicios de salud: estado del arte y necesidades de capacitación en Brasil, Argentina Uruguay y Paraguay. En: Investigación en sistemas y servicios de salud. Cuadernos para la discusión. Río de Janeiro: Red de Investigaciones del Cono Sur .2001 p: 75-160

condiciones y características del mismo presentan para desarrollar conocimiento a partir de su estudio¹¹. En este sentido, la propuesta ancla sus evidencias empíricas y prácticas en el HEC y a la vez espera generar aportaciones, desde esta experiencia, para la gestión sanitaria en los actuales contextos.

Se trabajó con fuentes documentales, bibliográficas e información disponible en el hospital y la región. Se tomó al HEC como unidad de análisis, de tipo institucional, y a la región y subregión sanitaria como unidad de contexto.

Se aplicó el instrumento RISS definido por OPS-OMS cuyo objetivo es posibilitar la medición del grado de desarrollo que alcanza una red a partir de definir un set de atributos esenciales.

Específicamente la herramienta de medición de desarrollo de las RISS cuenta con una matriz que tiene **4 Ámbitos** de aplicación:

- 1er. Ámbito de Aplicación: Modelo Asistencial.
- 2do. Ámbito de Aplicación: Gobernanza y Estrategia
- 3er. Ámbito de Aplicación: Organización y Gestión
- 4to.Ámbito de Aplicación: Asignación de recursos e incentivos.

A su vez, cada ámbito de aplicación de la matriz de desarrollo de las RISS cuenta con una serie de **atributos** estipulados:

- Ámbito 1.- Modelo Asistencial, cuenta con 6 Atributos
- Ámbito 2.- Gobernanza y Estrategia, cuenta con 3 Atributos
- Ámbito 3.- Organización y Gestión, dispone de 4 Atributos
- Ámbito 4.- Asignación e Incentivos, dispone de 1 Atributo que se subdivide en 2.

Estos Ámbitos y Atributos fueron definidos en el año 2010 por la OPS en el Documento "Redes Integrales de Servicios de Salud"¹². La matriz está configurada con distintos criterios para cada uno de los atributos, la calificación de cada criterio es de 1 a 4 puntos en función del nivel de desarrollo que tenga cada uno. (Se presenta en Anexo esta herramienta completa y sus resultados)

¹¹ Vasilachis de Gialdino I. (2006) Coord. Estrategias de Investigación Cualitativa, Barcelona Edit. Gedisa 9 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 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; 2010 (Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 4)

¹² Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 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; 2010 (Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 4)

3. Marco Conceptual

3.1 Servicios de Salud en Red como parte de la estrategia de Cobertura Universal

El objetivo de la cobertura sanitaria universal es lograr que todos obtengan los servicios de salud que necesitan —prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos— sin correr el riesgo de ruina económica o empobrecimiento, ahora y en el futuro. (OMS, 2013)¹³

El objetivo de la cobertura sanitaria universal se apoya en la equidad y en el derecho a la salud, tiene su sólido fundamento en la Constitución de la OMS de 1948, en la que se declara que la salud es un derecho humano fundamental y que los Estados deben comprometerse en garantizar a todas las personas los más altos niveles posibles de salud.¹⁴ En la práctica implica la realización efectiva y la traducción en acciones de ambos valores: mediante la planificación de la salud pública en cada jurisdicción y estableciendo formalmente los mecanismos de articulación entre dichas jurisdicciones (municipal, provincial, nacional), la garantía de calidad de los recursos de la estructura sanitaria (efectores, recursos humanos y tecnologías), la sustentabilidad de la financiación sanitaria y la promoción de procesos asistenciales integrales y continuos.¹⁵

El enfoque de cobertura universal formulado por la OMS plantea también la necesidad de trabajo intersectorial, sosteniendo que se deben “mejorar las condiciones de salud *mediante intervenciones realizadas tanto en el propio sector sanitario como fuera de él*”. En este sentido hay intervenciones en otros sectores — como ambiente, obras públicas, servicios básicos, vivienda, educación, finanzas, sectores productivos como agricultura e industria, y otros— que pueden proporcionar importantes impactos sanitarios.

Las definiciones de la OMS hacen especial énfasis en la protección contra los riesgos económicos “graves en caso de enfermedad “como uno de los elementos centrales del conjunto

¹³ Organización Mundial de la Salud (2013) Investigaciones para una cobertura sanitaria universal

¹⁴ Organización Mundial de la Salud, accesible en: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

¹⁵ Según Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, la CUS constituye la base para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

de medidas de protección social general y para el logro de la cobertura universal en salud.¹⁶

En este análisis esta variable económica, y su peso relativo sobre la accesibilidad a una atención adecuada, continuada y de calidad, se encuentra atravesada por los tres niveles que confluyen en los procesos de atención de la salud en **un modelo de red** : Nivel macro (recursos provenientes de obras públicas y de programas nacionales y de la coparticipación provincial); Nivel meso (recursos económicos locales, gestión adecuada de los mismos recursos y su asignación en la red de efectores locales); Nivel micro (uso adecuado de los recursos en los procesos de atención y capacidad de pago de las poblaciones en el caso de prácticas necesarias y no disponibles en la red¹⁷, por ejemplo medicamentos no cubiertos, considerando que medicamentos representa uno de los gastos que mayor peso adquiere en los pagos de bolsillo de los pacientes).

Cabe también considerar que en un **modelo de red** las competencias sanitarias trascienden las “situaciones de enfermedad”, y que las políticas y procesos de gestión debieran orientar sus acciones en función de la promoción y prevención en el marco de la Atención Primaria de la Salud, estrategia sanitaria estructurante de la salud pública en el territorio municipal. Un Hospital de alta complejidad también debiera ser parte de este esquema como parte de la red.

La propuesta de los sistemas integrados de salud surge como respuesta a los problemas de fragmentación y a la poca integración entre los distintos niveles del sistema, generando pérdida de continuidad, calidad y eficiencia. Cobran relevancia en el marco de la iniciativa de atención Primaria de la Salud (APS) Renovada en la OMS y como una respuesta de la OPS a la necesidad de promover una estrategia de organización de los Sistemas de Salud de la región de las Américas.

Este interés por integrar los sistemas de salud se ha reforzado en las Américas desde que la OPS ha lanzado una iniciativa sobre **Redes Integradas de Servicios de Salud**.

El impulso de esta iniciativa se enmarca en un contexto de renovado interés mundial y regional sobre la necesidad de fortalecer los sistemas de salud y avanzar hacia la entrega de servicios de

¹⁶ Cabe aclarar la diferencia entre la CUS como programa teórico propuesto por la OMS-OPS, y la CUS pública como programa del Ministerio de Salud de la Nación. Entre ambos radica una diferencia, existente en la cobertura explícita del sistema de salud público nacional y el rol del estado.

¹⁷ La OMS define que la protección contra las dificultades económicas está determinada por la proporción de los costos que las personas deben sufragar mediante pagos en efectivo directos e inmediatos. En un régimen de cobertura universal, no habría ningún pago de este tipo que excediera de un umbral de disponibilidad de recursos, por lo común igual a cero para las personas pobres y las más desfavorecidas.

salud más integrales. En los documentos que sustentan esta estrategia, la OPS (2010) sostiene que:

Los sistemas fragmentados de atención de salud, fuertemente hegemónicos, son aquellos que se organizan a través de un conjunto de puntos de atención de salud, aislados e incomunicados entre sí, y que, por lo tanto, son incapaces de proporcionar una atención continuada a la población. En general, no hay una población adscrita de responsabilización y la atención primaria de salud no se comunica fluidamente con la atención secundaria de salud y, estos dos niveles, a la vez no están articulados con la atención terciaria de salud, ni con los sistemas de apoyo, ni con los sistemas logísticos. A diferencia, los sistemas integrados de atención de salud se organizan a través de un conjunto coordinado de puntos de atención de salud para proporcionar una asistencia continuada e integral a una población definida. OPS (2010) ¹⁸

En esta línea, Vilaça Mendes (2011)¹⁹ plantea que los sistemas fragmentados son reactivos, no son capaces de ofrecer una atención continuada, longitudinal e integral y funcionan con ineficiencia, baja efectividad y baja calidad. Ellos deben ser substituidos por redes y sistemas integrados, que proporcionen una atención de salud en el lugar apropiado, en el momento oportuno, con la calidad necesaria, al costo adecuado y con responsabilización sanitaria y económica por una población adscrita. En esta lógica, plantea el autor, la fragmentación es un mal que aqueja a la mayoría de los países del mundo.

Esas dos maneras de analizar los sistemas de atención de salud, en la práctica, se definen porque los sistemas fragmentados tienden a centrarse principalmente en la atención de las condiciones y eventos agudos, mientras que los sistemas integrados tienden a actuar, equilibradamente, sobre las condiciones agudas y crónicas.²⁰

Argentina se caracteriza particularmente por tener un sistema de salud fragmentado, con la coexistencia de diferentes modelos y sistemas de financiamiento. Para Tobar (2000) ²¹ el problema de la fragmentación en los sistemas de salud se puede considerar como de orden global, relacionado a la falta de adecuación de los servicios de salud a las condiciones de salud de la población, destacando que es la fuerte presencia de enfermedades crónicas, incluso en

¹⁸ Organización Panamericana (2010) de la Salud Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS, © 2010

¹⁹ Mendes Vilaça E, As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6

²⁰ Eugênio Vilaça Mendes en su libro "LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD" Organización Panamericana de la Salud, 2013. Brasília-DF 2013

²¹ 14 Tobar, Federico (2000) Herramientas para el análisis del sector salud, Buenos Aires, mimeo

países en transición epidemiológica como Argentina, lo que marca la necesidad de nuevos paradigmas de atención de la salud. Este problema se potencia en el país por las características propias del sistema de salud argentino, con tres subsectores que fragmentan los modelos de financiamiento, atención y gestión. En este sentido, la fragmentación²² y segmentación²³ del sistema de salud prevalecen como principales barreras por las que la población no accede universalmente al sistema de salud.

Desde estos análisis también podría plantearse que la fragmentación del sistema se corresponde con una lógica de puja entre sectores y/o grupos, donde las relaciones de fuerza buscan beneficios y márgenes de renta. En Argentina, por ejemplo, la industria de medicamentos se ve ampliamente beneficiada en un esquema fragmentado, aparecen también beneficios marginales en el sector sindical y en algunas lógicas políticas que sustentan esquemas de poder en territorios. Junto a esto, la fragmentación reproduce también una cultura hacia el interior del sector salud, ya sea al incentivar la atención de la enfermedad y como al reproducir modelos asimétricos.

3.2. Modelo Hospitalario desde la perspectiva de Redes de Salud

Torres (2011)²⁴ sostiene que la fragmentación y segmentación de los sistemas constituye uno de los desafíos más importantes para lograr un acceso más equitativo de los ciudadanos de la región a los servicios de salud, y que la iniciativa de Redes Integradas de Servicios de Salud apunta esencialmente a la disminución y superación de este problema.

Artaza Barrios et al (2011)²⁵ define que los hospitales, por tanto, forman parte de sistemas fragmentados y segmentados cuyo modelo de atención está fuertemente orientado a lo curativo, teniendo como eje a la actividad en relación a la cama hospitalaria. Esta última funciona como unidad de medida de la producción asistencial y es en donde se concentra el gasto económico y

²² Fragmentación: coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud. La existencia de múltiples agentes operando sin integración. (Organización, Cobertura y Dinámicas de Cambio de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe; OPS-OMS 2008)

²³ Segmentación: coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos “especializado” en diferentes estratos de la población de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago, posición económica y clase social. (Organización, Cobertura y Dinámicas de Cambio de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe” OPS-OMS 2008)

²⁴ Torres, R (2011) Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales. Introducción. Santiago, Chile: OPS/OMS. Documento

²⁵ Artaza Barrios, Osvaldo; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; Reynaldo; Suárez Jiménez, Julio Manuel. Redes Integradas De Servicios De Salud: El Desafío de los Hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011

la preocupación de los actores políticos.

A partir de estos fundamentos, un hospital en la lógica de RISS implica un nuevo modelo de organización, articulada estratégicamente a su territorio y a los demás servicios de salud que allí se ubican, requiriendo del desarrollo de competencias innovadoras de gestión sanitaria adecuadas a este modelo.

Desde este paradigma, el concepto de “Hospital” se irá transformando para dar lugar a nuevos conceptos ligados a la idea de redes de servicios que redundarán en mejoras de atención sanitaria para las poblaciones.

Desde un enfoque económico, Maceira (2010)²⁶ propone que la presencia de un sistema más integrado permitiría que las familias, más allá de su capacidad de pago, se encuentren en condiciones de abordar sus necesidades, sean ellas asociadas con requerimientos de consultas, internación, análisis, estudios complementarios y/o medicamentos.

Desde una dimensión política (OPS 2011, 2017)²⁷ la construcción de consensos que den lugar a la integración sanitaria requiere de un fuerte liderazgo de la autoridad nacional de salud que promueva y garantice la concertación y el dialogo entre todos los actores sociales, que ejerza su rol de rectoría en la implementación de las decisiones y estrategias y que evalúe el progreso hacia las metas nacionales independientemente de los cambios de gobierno o de autoridades. Esta definición sustenta uno de los atributos de las RISS considerados esenciales en términos ideales como es la “gobernanza única”.

Los atributos esenciales y funciones de gobierno del modelo integrado en red se especifican en las tablas siguientes:

²⁶ Maceira D. (2010) El desafío del sistema de salud argentino. Documento de Políticas Públicas No 49, Programa de Salud, Área de Desarrollo Social, CIPPEC.

²⁷ Artaza Barrios, op cit

Tabla1. Atributos esenciales en modelo de atención y gestión: Redes Integradas de Servicios de Salud (OPS 2011)²⁸

21

Ámbito de atributos	A nivel de redes	A nivel de hospitales
Estrategia	Planificación en red: Definición desde la red de las carteras de servicio, sistemas de referencia y contra referencia, sistemas de retroalimentación, control de gestión y financiamiento	Estrategia alineada con las necesidades de la población de la red
Estructura	Población y Territorio: Los hospitales son parte de un sistema proveedor de servicios, estructurados en torno a una población y territorio a cargo definidos. Atención Integral: Diversos tipos de establecimientos prestando organizada, integrada y cooperativamente servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades y rehabilitación Basado en Atención Primaria: Un primer nivel multidisciplinario de cobertura universal desde donde se modulen procesos asistenciales integrados.	El hospital tiene autonomía de gestión, pero la red define el tipo de actividades, nivel de complejidad y especialidades en atención abierta y cerrada, incluida la atención de urgencia. Estructuración de procesos asistenciales: procesos clínicos diseñados y ejecutados en red. Descentralización interna: Gestión Clínica.
Competencias	Competencias para: Conocer necesidades y expectativas de las personas usuarias. Co-construir protocolos de atención y definición de carteras de servicios para que los procesos asistenciales se organicen y ejecuten integrada e integralmente. Formar recurso humano “fuera del hospital” de manera coherente con políticas nacionales y locales orientadas a fortalecer ámbitos tales como el fomento de la salud y la anticipación del daño Conducir procesos de negociación y concertación, para convenir formalmente metas, recursos, sistemas de infor16itos16 y de aprendizaje	Competencias para: Articular procesos asistenciales, logísticos y de mantenimiento de manera integrada y cooperativa; (economías de escala). Dar soporte a una gestión clínica organizada en torno a procesos y enfocada al desempeño. Concordar y ejecutar metas sanitarias, organizando eficientemente procesos clínicos y de soporte. Adaptarse a requerimientos de la red y de sus usuarios. Para la mejora continua.

Fuente: OPS 2011

²⁸ Artaza Barrios, Osvaldo; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; Reynaldo; Suárez Jiménez, Julio Manuel. Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los Hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011

Tabla 2.: Funciones de gobierno para un funcionamiento hospitalario en red (OPS 2011)

Ámbito	Red	Hospital
Objetivos	<p>Definir las necesidades de salud de la población a cargo en base a los objetivos sanitarios o planes de prestación de servicios de carácter nacional.</p> <p>Definir una visión estratégica, objetivos y metas para el conjunto de la red.</p>	<p>Traducir objetivos de la red a visión estratégica del establecimiento. Verificar que planes operativos de corto y mediano plazo estén alineados con dicha visión</p>
Usuarios	<p>Conocer expectativas de los usuarios.</p> <p>Indagar sobre la opinión y satisfacción usuaria; generar sistemas de participación; control social y cuenta pública</p>	<p>Definir políticas de participación de usuarios e instancias de concertación.</p> <p>Definir mecanismos de rendición cuenta pública (accountability) a usuarios y a la red</p>
Procesos	<p>Definir la cartera de servicios de cada establecimiento que pertenezca a la red.</p> <p>Establecer políticas de red en los ámbitos de inversiones y recursos humanos consecuentes con la visión estratégica y las respectivas carteras de servicios.</p>	<p>Ajustar estructura organizacional y procesos asistenciales y logísticos del establecimiento a la cartera de servicios requerida por la red. Aprobar y evaluar planes gerenciales anuales en términos de metas comprometidas con la red.</p>
Desarrollo	<p>Establecer sistemas de información, de referencia y contra referencia, y sistemas de control y retroalimentación.</p> <p>Establecer normas y procedimientos para el diseño, implementación y evaluación de procesos asistenciales y/o logísticos integrados.</p> <p>Constituir gobierno de red</p>	<p>Definir políticas y evaluar cumplimiento en los ámbitos de desarrollo de las personas; tecnologías; asignación interna de recursos; posicionamiento institucional.</p>

Fuente OPS 2011

4. Contexto de análisis: El caso de estudio.

Tomando como caso de estudio al HEC, se hace foco en un espacio regional paradigmático para el fortalecimiento de redes integradas de servicios de salud, como es el área de la Subregión Sudeste de la Región Sanitaria VI, Provincia de Buenos Aires, donde la estructura sanitaria presenta un interesante y complejo entramado multinivel para el análisis de redes: La Subregión Sudeste del conurbano bonaerense está conformada por los Municipios de Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes pertenecientes a la Región Sanitaria VI²⁹ del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Los prestadores del sistema público de salud de la Subregión Sudeste son:

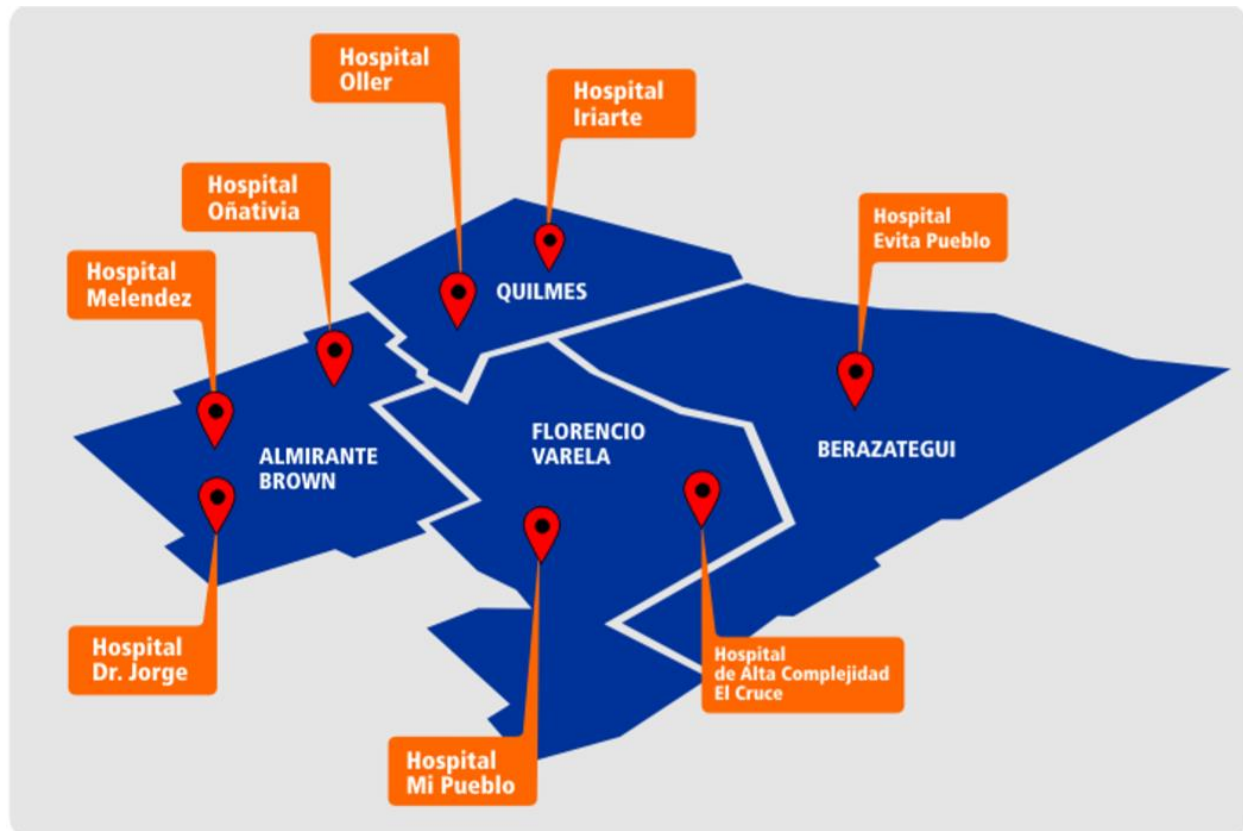
- Los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de los 4 Municipios que conforman la Red de la Subregión Sudeste, que constituyen la puerta de entrada al sistema de salud o I Nivel de Atención.
- Los Hospitales Provinciales o Municipales Hospital Zonal General “Dr. Arturo Oñativia” y Hospital Zonal General de Agudos “Lucio Meléndez” y el Hospital Subzonal esp. en Rehabilitación Motriz “Dr. José María Jorge” (Almirante Brown), el Hospital General de Agudos “Evita Pueblo” (Berazategui), el Hospital Zonal de Agudos “Mi Pueblo”(Florencio Varela), el Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Isidoro Iriarte” y el Hospital Subzonal Especializado Materno Infantil “Dr. Oller”(Quilmes) que constituyen los efectores del nivel intermedio o II Nivel de Atención.
- El HEC constituye el III Nivel de atención dentro de un sistema de salud de complejidad creciente. Este es un hospital SAMIC (Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad)³⁰ ubicado en el Municipio de Florencio Varela y depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y del Ministerio de Salud de la Nación. Se diseñó sobre la base de tres pilares: alta complejidad diagnóstica y terapéutica, hospital de derivación, y acceso por complejidad creciente. Como parte constitutiva de una red integrada de servicios de salud su modelo de atención se basa en un menú prestacional predefinido (alta complejidad), internación indiferenciada de cuidados progresivos y gestión por procesos.

²⁹ Dentro de la Región Sanitaria VI de la provincia de Buenos Aires, LA Región Sanitaria VI está integrada por los Municipio de Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora, Esteban Echeverría, Ezeiza, Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes.

Dentro de ella, puede señalarse subregión (sudeste) que la conforman Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes

³⁰ La Ley 17.102, sancionada en diciembre del año 1966, faculta al poder ejecutivo para reformar el régimen de constitución, funcionamiento y manejo, vigente en los organismos asistenciales o sanitarios dependientes de la Secretaría de Estado de Salud Pública, con el objeto de propender a su mayor rendimiento, la mejor y más amplia prestación de servicios y al incremento de recursos para el desarrollo de sus programas, mediante la participación y aporte de entidades oficiales o privadas que promuevan a esos efectos la intervención activa de la comunidad; mediante la creación de una nueva entidad convenida con las provincias, municipalidades, universidades u otras personas físicas o jurídicas oficiales o privadas, otorgándole autonomía presupuestaria y administrativa. Los fondos de financiamiento provienen de las entidades que hubieran constituido cada servicio. En el caso del Hospital El Cruce, a partir del Decreto reglamentario 2520/15 se fija en 70 % aportado por el gobierno nacional y un 30% por el gobierno provincial.

Gráfico 1: Hospitales Red Sudeste



Estos nodos multinivel posibilitan identificar tanto los aciertos como las principales dificultades para el fortalecimiento de un modelo sanitario integrado, considerando además que el área en donde se emplaza el HEC resulta estratégica para el análisis de redes. En este sentido, el multinivel que caracteriza al área hace que se concentren en ella una gran producción asistencial, requiriéndose de articulaciones efectivas entre niveles y servicios asistenciales para garantizar cobertura, accesibilidad, eficiencia prestacional y continuidad de la atención de la salud pública. El funcionamiento efectivo de esta red de atención depende de la presencia de un sistema altamente organizado de gestión de pacientes entre niveles, que permita la circulación entre los niveles I, II y III nivel de complejidad y la resolución concreta de los problemas de salud de manera oportuna.

Puntualizando en el caso de estudio del HEC, este fue inaugurado en el año 2007, desde su inicio establece su modelo de atención y gestión como un hospital de Alta Complejidad en Red y de acceso por derivación. El HEC cuenta con 171 camas de las cuales el 50% son de internación

especializada en terapia intensiva, unidad coronaria y recuperación cardiovascular. Las personas que se atienden en el HEC lo hacen mediante la derivación de los hospitales que integran la red, contando con un servicio de gestión de pacientes que coordina los turnos de las diferentes especialidades. Producto de su orientación al trabajo en red, se destaca su sistema de información y comunicación que permite a los distintos servicios de salud de los hospitales de la región, solicitar turno de derivación a través de un sistema informático de gestión hospitalaria (SIGEHOS).

En el plano territorial El HEC se contextualiza en el área que abarcan los distritos de Florencio Varela, Quilmes, Berazategui y Almirante Brown, conformando una subárea geográfica (Red Sudeste) dentro de la Región Sanitaria VI de la provincia de Buenos Aires. Esta Red Sudeste tiene una población de cobertura de más de 2 millones de habitantes, y en su territorio de encuentran 200 CAPS (centros de atención primaria de la salud), 4 UPAS (unidades de pronta atención) y 8 Hospitales Públicos.

Por su perfil innovador y por su misión de brindar accesibilidad a la atención de calidad en una región altamente poblada y socialmente vulnerable de nuestro país, el análisis del HEC representa una valiosa experiencia de trabajo asistencial y de gestión en salud en un territorio en el cual convergen distintos espacios interjurisdiccionales y niveles de atención.

5. Aplicación de la herramienta RISS (OPS-OMS) a la experiencia del Hospital El Cruce (HEC).

Como fuera presentada en la metodología de este trabajo (punto 2.2) la herramienta RISS, posibilita evaluar grados de avance de una red e identificar las oportunidades de mejora, resultando útil para la planificación operativa y para proyectar un óptimo funcionamiento de la red. En el gráfico siguiente se establecen sus ámbitos de abordaje y atributos.

Atributos Esenciales de las RISS (Fuente OPS 2010)

Ámbitos de Abordaje	Modelo Asistencial	Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud	1
		Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades riesgos y poblaciones específicas los servicios de salud personales, y los servicios de salud pública	2
		Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.	3
		Prestación de servicios especializados, en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios	4
		Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.	5
		Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.	6
	Gobernanza y estrategia	Un sistema de gobernanza unico para toda la red	7
		Participación social amplia	8
		Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud	9
	Organización y gestión	Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico	10
		Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red	11
		Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes	12
		Gestión basada en resultados	13
	Asignación e incentivos	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red	14

En el caso de la aplicación de la herramienta RISS al HEC, se han obtenido estas calificaciones,

considerando como su modelo de atención, gobernanza, gestión y financiamiento se articulan en el plano institucional y en el plano del contexto. Dicho de **otro modo, se focalizó en el hospital y sus estrategias para la gestión interna y para su desarrollo como parte de una red.**

Tabla 1. Aplicación de la herramienta RISS al HEC. Síntesis

Ámbito		Atributo	Calificación	Calificación Máxima	Porcentaje de Desarrollo RISS	
1	Modelo Asistencial	1	Población y territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.	12	12	100%
		2	Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública	19	20	95%
		3	Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.	11	12	91,%
		4	Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios	14	16	87,5%
		5	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial	27	28	96,4%
		6	Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad	12	12	100%
		Total Ámbito 1			95	100

Ámbito		Atributo	Calificación	Calificación Máxima	Porcentaje de Desarrollo RISS	
2	Gobernanza y Estrategia	7	Un sistema de gobernanza único para toda la red.	2	4	50%
		8	Participación social amplia	3	4	75%
		9	Atención intersectorial y abordaje de los determinantes de salud y la equidad en salud.	3	4	75%
Total Ámbito 2			8	12	66,7	

REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD ANALISIS APLICADO A UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD: ALCANCES, LIMITACIONES Y PROPUESTAS

3	Organización y Gestión	10	Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico	12	16	75%
		11	Recursos humanos suficientes y competentes	4	4	100%
		12	Sistema de Información integrado	4	4	100%
		13	Gestión basada en resultados	3	4	75%
Total Ámbito 3				23	28	82,1
4	Asignación e incentivos	14.a	Financiamiento adecuado	12	12	100%
		14.b	Incentivos alineados con las metas de la red	8	8	100%
Total Ámbito 4				20	20	100%
TOTAL RISS				146	160	91,3

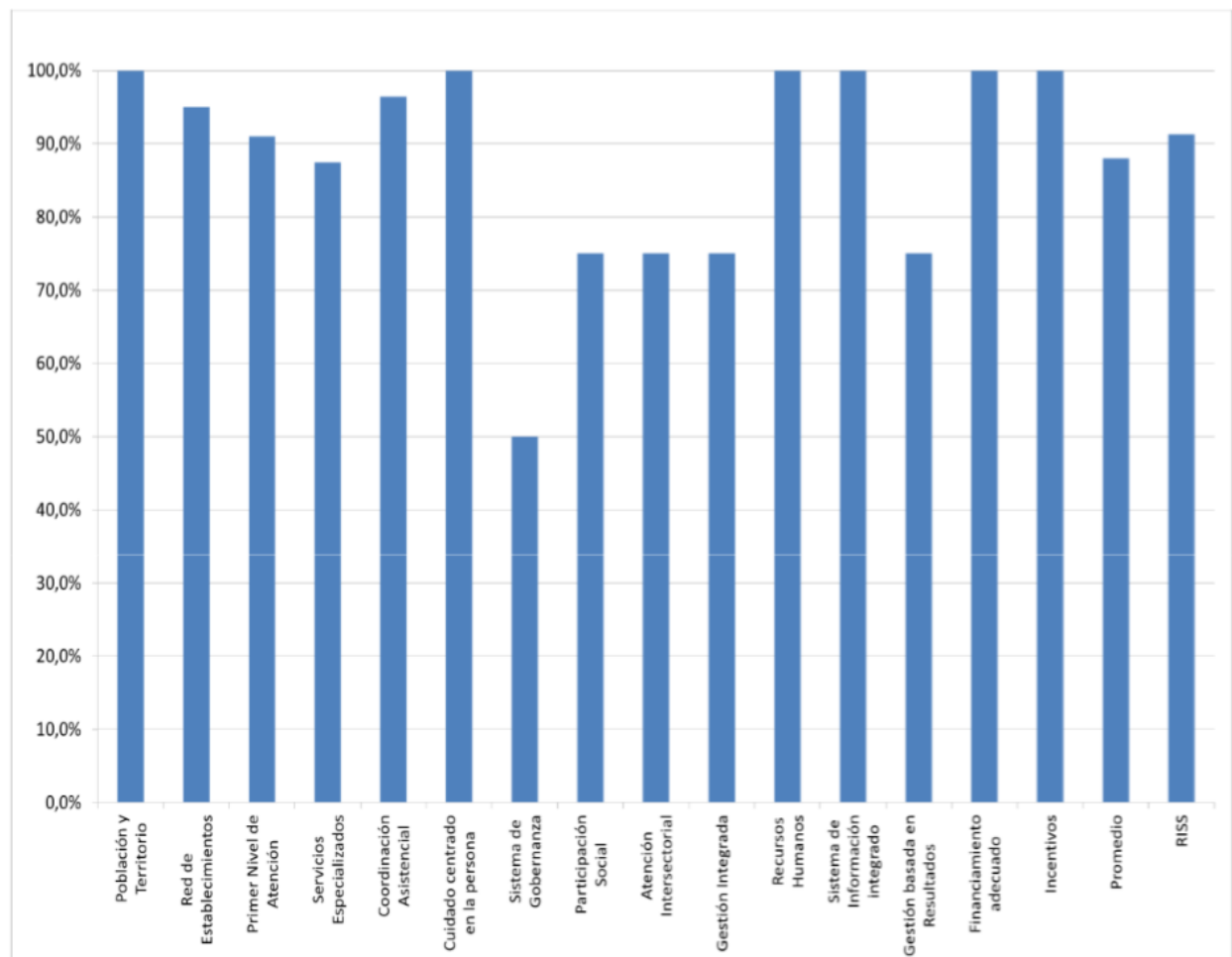
Fuente: Elaboración propia en base a herramienta RISS.OPS.OMS

Tabla 2. Nivel de desarrollo según atributo

ATRIBUTOS		NIVEL DE DESARROLLO
1	Población y Territorio	100,0%
2	Red de Establecimientos	95,0%
3	Primer Nivel de Atención	91,7%
4	Servicios Especializados	87,5%
5	Coordinación Asistencial	96,4%
6	Cuidado centrado en la persona	100,0%
7	Sistema de Gobernanza	50,0%
8	Participación Social	75,0%
9	Atención Intersectorial	75,0%
10	Gestión Integrada	75,0%
11	Recursos Humanos	100,0%
12	Sistema de Información integrado	100,0%
13	Gestión basada en Resultados	75,0%
14a	Financiamiento adecuado	100,0%
14b	Incentivos	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a herramienta RISS.OPS.OMS

Gráfico 3 Nivel de desarrollo según atributo



Fuente: Elaboración propia en base a herramienta RISS.OPS.OMS

5.1 Ámbitos de la RISS: análisis desde la experiencia del HEC.

La siguiente matriz consolida la descripción del perfil del caso de estudio (HEC) conforme a cada ámbito propuesto por la herramienta RISS:

Ámbito	% del desarrollo de RISS	Experiencia HEC
MODELO ASISTENCIAL	95%	<p>Alta complejidad, internación indiferenciada por cuidados progresivos y acceso por derivación: El modelo asistencial del HEC se estructura en la estrategia de la alta complejidad en red, con un esquema de internación indiferenciado y de cuidados progresivos. En este sentido el HEC interactúa en una red asistencial multinivel en el cual es referencia a escala regional, provincial, nacional y en el contexto de Latinoamérica.</p> <p>Desde su inicio define su modelo asistencial y de gestión a partir de los principios de las redes integradas de servicios de salud, y en la práctica se organiza mediante la derivación de otros hospitales, como nodo-hospital de alta complejidad posee capacidad y recursos de alta resolutivez en materia de atención especializada.</p> <p>Se ha consolidado a escala nacional como:</p> <ul style="list-style-type: none"> Centro Nacional de Alta Complejidad Cardiovascular Centro Nacional de Alta Complejidad en Neurociencias y Neurocirugía Centro Nacional de Alta Complejidad en Hepatología Centro Nacional de Alta Complejidad en Oftalmología Centro integrante de Enfermedades Poco Frecuentes Centro de Referencia en Procuración de órganos y tejidos – Hospital Donante Centro de Referencia en Trasplante Renal <p>La coordinación asistencial con estos diversos niveles es clave para la respuesta oportuna y para la continuidad de los procesos de atención, en un esquema asistencial centrado en el paciente y en sus derechos.</p> <p>Este modelo institucional se organiza a partir de los lineamientos programáticos del Ministerio de Salud la Nación y de la Provincia de Buenos y se sustenta operativamente en el trabajo conjunto con los Municipios de la región</p>

Ámbito	% del desarrollo de RISS	Experiencia HEC
GOBERNANZA Y ESTRATEGIA	66.7%	<p>Alto desarrollo del Gobierno Hospitalario con bajo desarrollo de un Gobierno de Red:</p> <p>El gobierno del Hospital está compuesto por el Consejo de Administración, la Dirección Ejecutiva y Direcciones Asociadas.</p> <p>De acuerdo con el encuadre jurídico de la Ley 17.102 (Servicios de Atención Médica Integral a la Comunidad - SAMIC) y a su Decreto de creación (2520/15) se define como un sistema de gestión descentralizada que permite administrar su presupuesto, proveniente de fondos del Ministerio de Salud (Nacional 70% y Provincial 30%).</p> <p>Este modelo de Gobernanza se estructura vinculado a un mapa de actores estratégicos a nivel nacional, provincial y municipal, atributo que legitima social, política y sanitariamente al HEC y fortalece su responsabilidad asistencial y su modelo de gestión y administración</p> <p>El desarrollo de sus planes estratégicos (el primero de 2008-2012, el segundo del 2013-2017, y el tercero actualmente en etapa de formulación para el período 2018-2022) constituyen herramientas de gestión que permiten ordenar y alinear los objetivos, visión y estrategias del HEC con las necesidades sanitarias, así como también consolidar la gestión interna y las relaciones del HEC con los otros efectores de salud, con la comunidad, con los espacios jurisdiccionales en los que se inserta y con el sistema de salud en su conjunto. Intersectorialmente, el HEC articula acciones de formación e investigación con el sistema científico tecnológico nacional (MinCyT, CONICET) y con Universidades.</p> <p>Con la inauguración y puesta en marcha del CEMET, el Hospital se convierte en el primer hospital público del país en contar con un Centro de Medicina Traslacional.³¹ En el contexto de la red, no obstante, la gobernanza no se ha desarrollado como un atributo colectivamente construido, en tanto cada institución sanitaria que la compone jurídicamente es independiente de las demás. Dicho de otro modo, no se ha formulado un gobierno de red que a nivel de supraestructura permita decisiones estratégicas que estén alineadas y sean vinculantes para todos los participantes de la red.</p>

³¹ La investigación traslacional tiene como objetivo la producción de conocimientos científicos y su traslación a los procesos asistenciales

Ámbito	% del desarrollo de RISS	Experiencia HEC
ASIGNACIÓN DE INCENTIVOS	100%	<p>El esquema de financiamiento del HEC representa una herramienta eficaz para la planificación presupuestaria y su asignación.</p> <p>La asignación presupuestaria del HEC se realiza conforme a su complejidad asistencial y de estructura (servicios, camas, recursos humanos, programas).</p> <p>El presupuesto anual se establece conforme al Plan Estratégico (cuatrienal), en el cual se establecen líneas estratégicas y desafíos a partir de los cuales se establecen Programas específicos.</p> <p>El Plan Estratégico representa una herramienta clave para la gestión del Hospital, ya que permite orientar acciones, monitorear alcances y evaluar resultados, así también establecer procesos de mejora y financiamientos.</p> <p>La autarquía en la gestión presupuestaria (referida Ley SAMIC), con financiamiento del Estado Nacional y Provincial y el mecanismo de recupero de costos posibilita la planificación estratégica de la organización y la promoción de programas de alta relevancia sanitaria. La distribución igualitaria de los importes provenientes del recupero de costos y sustentada en la productividad constituye un incentivo universal para todos los trabajadores del HEC.</p>

5.2 Categorías conceptuales para analizar el HEC y su estrategia en red a partir de los Ámbitos y Atributos de la Herramienta RISS. Resultados.

- Ambito1 Modelo Asistencial:

Dentro del **Ambito1 Modelo Asistencial**, los atributos “Población y Territorio”, “Red de Establecimientos”, “Coordinación asistencial” y “Cuidado centrado en la persona” son los que han adquirido mayor desarrollo considerando la ponderación que propone la herramienta RISS. Dentro de este ámbito “Servicios Especializados” representa al atributo que obtuvo la calificación menor, en tanto la definición dada al mismo no se corresponde con la actividad regular del HEC.

Los atributos mejor puntuados en este ámbito (como ya se especificaron: Población y Territorio, Red de Establecimientos, Coordinación asistencial y Cuidado centrado en la Persona) responden

a los objetivos fundacionales del HEC y a su misión en el escenario sanitario: el HEC se territorializa en un espacio definido geográfico y socialmente y en este contexto es legitimado como hospital de alta complejidad en una red de servicios de salud multinivel. Objetivamente su área de referencia (Subregión Sudeste de la Región Sanitaria VI PBA) se encuentra explicitada, como así también el conjunto de servicios con los cuales interactúa y los procesos de gestión que se implementan para organizar una respuesta asistencial coordinada. La institucionalización de un área de gestión de pacientes, el uso de tecnología de información y comunicación para los procesos de atención en red, la implementación de la historia clínica digital, entre otros dispositivos, posibilitó la consolidación del HEC en la subregión y a mayor escala geoespacial. El sistema de información, como soporte de la actividad asistencial fortalece la integración, es accesible desde diversas terminales y genera datos para los procesos de toma de decisiones clínicas y de gestión.

Respecto a la atención centrada en la persona, el respeto de los derechos, la seguridad del paciente, la mejora continua y gestión de la calidad son valores que se explicitan en la misión del hospital, y en la práctica se traducen en dispositivos, como ser, la formación de equipos interdisciplinarios para el control de infecciones, sistemas de reporte de eventos adversos y uso racional de medicamento. Asimismo, la implementación del sistema de gestión de opiniones de usuarios posibilita obtener en forma continua información sobre la conformidad de las personas sobre la atención recibida, realizar ajustes necesarios y resolver motivos de quejas o insatisfacción.

Como fuera señalado, el atributo que la herramienta RISS define como “Servicios Especializados” se ha obtenido un desarrollo comparativamente menor respecto a los primeros. De acuerdo con la definición propuesta, servicios especializados refiere a prestaciones en entornos extrahospitalarios, por el contrario, el HEC concentra su actividad asistencial a nivel intrahospitalario. Esta característica es propia de la alta complejidad que resuelve, y aunque desarrolla acciones de promoción de la salud en comunidad, estas se tratan de eventos específicos, vinculados muchas veces al calendario sanitario nacional, pero no constituyen de actividades programáticas regulares³². Vale decir que el trabajo en red, en este punto continúa

³² Estas actividades se corresponden a eventos como Día del Donante, Día del Riñón, Día del Corazón, entre otras. Corresponden a eventos puntuales abiertos a la comunidad.

conservando una centralidad hospitalaria.

- Ámbito 2 Gobernanza y Estrategia:

En lo que hace a **Gobernanza y Estrategia**, globalmente corresponde al ámbito con menor puntaje aplicando la herramienta RISS. El atributo “Sistema de Gobernanza único para toda la red” es el de más bajo desarrollo de la totalidad que integran la herramienta. Así también “Participación Social” y “Acción Intersectorial” presentan menor grado de avance si se los compara con otros atributos.

En este ámbito, el núcleo de análisis está dado por el modo que asume el gobierno de red, el cual concretamente no representa un estatus único de autoridad para el conjunto de servicios que la integran. Un sistema de gobernanza único para toda la red implicaría la conformación de una supraestructura con representatividad y funciones para planificar y tomar decisiones (acerca de los recursos tecnológicos, económicos y humanos) para el conjunto, ya sea a nivel asistencial como de gestión.

En el caso que se analiza, cada servicio que integra esta red posee su propia estructura de gobierno, no habiéndose aún desarrollado instancias de integración formal respecto a un órgano único, consecuentemente con esto, tampoco se han implementado herramientas de gestión estratégica comunes a todos los efectores para la planificación, evaluación y control de procesos y recursos.

La consolidación de una Gobernanza de Red representaría una oportunidad para reducir la segmentación y la fragmentación del sistema de salud, lo cual no implicaría a priori pensar en un órgano único, sino que dentro de la diversidad de una gobernanza compartida (Artaza, OPS, 2017)³³ pudiera organizar y resolver procesos que se facilitarían de contar con marcos regulatorios comunes, sistemas integrados de información para monitorear la producción y resultados en salud y esquemas protocolizados de atención y de prácticas. La integración de estos procesos, como una primera estrategia de coordinación funcional y operativa hacia una gobernanza de mayor intensidad, resulta clave para articular las carteras de servicios y garantizar

³³ Artaza Barrios, O: 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 / 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2017

a las personas accesibilidad, calidad y continuidad en la atención al momento de recibir tratamiento.

- **Ámbito 3 Organización y Gestión:**

En el ámbito “**Organización y Gestión**”, los atributos “Recursos Humanos” y “Sistemas de Información integrados”, alcanzan un pleno desarrollo de acuerdo con las categorías que propone la herramienta. Por su parte, “Gestión Integrada” y “Gestión basada en resultados” obtienen en esta clasificación un desarrollo por debajo.

En el caso de los recursos humanos, el HEC provee a la red, a nivel de la alta complejidad, equipos de salud suficientes y competentes para la atención del paciente crítico, contando con el soporte de los sistemas informáticos que permiten el acceso a la historia clínica digital. En este sentido, las competencias asistenciales y de gestión son sustantivas para los profesionales que trabajan en el modelo de hospital en red, la formación y la evaluación de desempeños y competencias en los nuevos escenarios de innovación tecnológica, representan un desafío para avanzar en redes integradas de servicios de salud.

Respecto al atributo “Sistemas de Información Integrados”, las nuevas tecnologías informáticas aplicadas a las prácticas asistenciales y de gestión plantean necesidades y desafíos: necesidades en tanto requieren de innovadoras competencias para el desempeño de los equipos de salud, y desafíos respecto a los nuevos escenarios y dinámicas organizacionales que se generan. La tecnología vinculada a los procesos asistenciales, particularmente aquella ligada a la gestión de la calidad asistencial impone renovadas prácticas profesionales, desde una perspectiva ética y de respeto y seguridad de los pacientes. Asimismo, el uso de las tecnologías abre un nuevo paradigma para pensar las prácticas, donde la información, la producción de conocimientos y evidencias para la toma de decisiones y el trabajo interdisciplinario resultan fundamentales. La inclusión de la informatización posibilita fundamentalmente el desarrollo de prácticas con potencialidad para ser sistematizadas y permite a la vez la producción de registros que aseguren la calidad, integralidad y continuidad de estos procesos.

Por su parte, los atributos con menor puntaje al aplicar la metodología RISS (“Gestión Integrada” y “Gestión basada en resultados”) se corresponden con áreas aún no desarrolladas de gestión administrativa y logística, como ser mecanismos de compra, almacenamiento y entrega

de medicamentos e insumos que permitan economías integradas en escala.

- Ámbito 4 Asignación e Incentivos:

Finalmente, en el Ámbito Asignación e Incentivos, los atributos ahí incluidos (“Financiamiento Adecuado” e “Incentivos”) presentan en esta lógica los mejores resultados. De acuerdo con el encuadre jurídico de la Ley 17.102 (Servicios de Atención Médica Integral a la Comunidad – SAMIC) y a su Decreto de creación (2520/15) se define un sistema de gestión descentralizada que permite administrar su presupuesto, proveniente de fondos del Ministerio de Salud (Nacional 70% y Provincial 30%). El desarrollo de los planes estratégicos (2008-2012, 2013-2017 y 2018-2022 actualmente en formulación) constituyen herramientas de gestión esenciales para establecer sus lineamientos, principales planes de acción y presupuestos por resultados, acciones que hacen a la sustentabilidad efectiva de los recursos.

5.3 Morfología del modelo HEC en perspectiva de red.

En términos generales, las categorías que presenta la herramienta RISS posibilitan conceptualizar la experiencia del HEC, poniendo de manifiesto áreas de avance y áreas pendientes hacia un modelo de redes integradas de salud.

El Gráfico 4 ilustra la morfología que alcanza la estrategia de redes integradas según sus ámbitos de desarrollo y los grados de avance de cada uno de ellos.

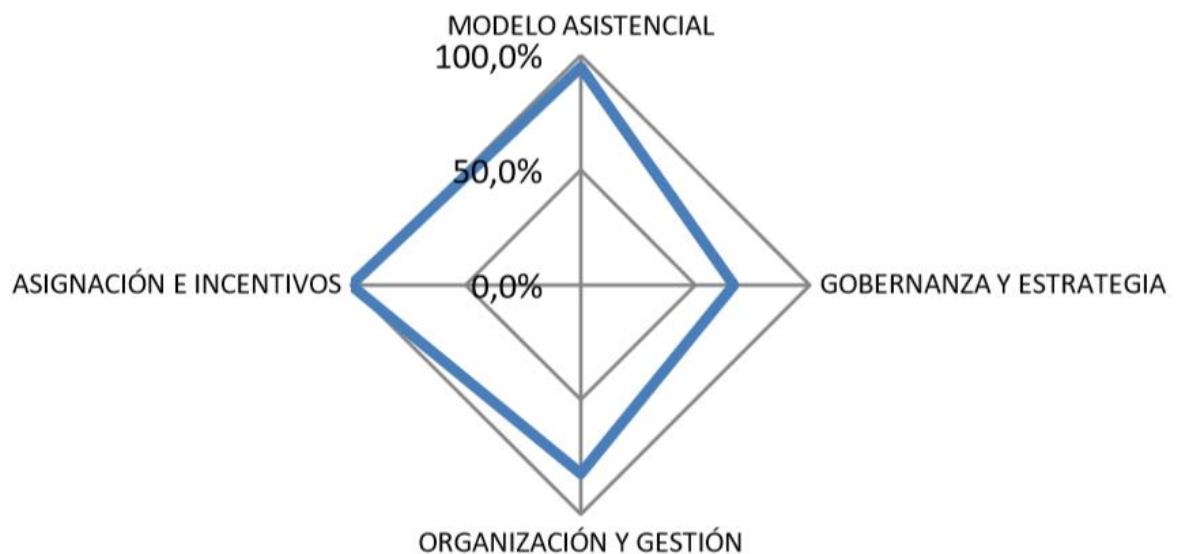
Como se observa en el gráfico:

- Gobernanza y Estrategia resulta ser el ámbito con mayor retracción en relación con los demás.
- De acuerdo esta morfología que caracteriza gráficamente los análisis anteriormente presentados, los mayores desarrollos hacia un modelo integrado en red son alcanzados en aquellos atributos donde el HEC adquiere centralidad y autonomía decisional (modelo asistencial, asignación e incentivos).
- Por el contrario, en aquellos atributos en donde la intensidad de la red guarda relación

con los procesos que coordine e integre con otros efectores (gobernanza y estrategia, organización y gestión) es donde se evidencia mayor necesidad de trabajar hacia integraciones efectivas, aun considerando las diversidades que se presentan, que lejos de ser un obstáculo podrían identificarse como elementos característicos del contexto territorial, jurisdiccional y sanitario que configuran la identidad que potencialmente construirá la red .

Gráfico 4 Ámbitos y niveles de desarrollo

Desarrollo de RISS



5.4 La aplicación de la herramienta RISS. Aportes para pensar acerca de las fortalezas y debilidades del instrumento

La aplicación de la herramienta RISS posibilitó analizar el grado de desarrollo de los atributos en el caso analizado del HEC. Junto a los resultados obtenidos, interesa presentar el análisis propio de la herramienta, identificando fortalezas y debilidades de esta que emergieron en el marco del

proceso de evaluación-contextualización. Estas fortalezas y debilidades, que deben interpretarse relativizadas al caso de estudio, se sistematizaron en dos tipos: conceptuales y metodológicas:

Fortalezas y Debilidades de la herramienta de evaluación de RISS

FORTALEZAS	DEBILIDADES
A nivel Conceptual	
<p>A nivel político sanitario la herramienta permite identificar operativamente la traducción de las políticas sanitarias en los territorios.</p>	<p>En tanto cada país/realidad local desarrolla su propia estrategia para la implementación de redes integradas (de acuerdo con sus políticas, con sus recursos económicos, normativas y capacidades estructurales y administrativas), la herramienta encuentra sus limitaciones si se considera que los tipos de instrumentos de análisis y evaluación a aplicar debieran también estar formulados considerando las particularidades políticas, sistémicas e históricas de cada contexto.</p>
<p>Representa un instrumento para el estudio de la gobernanza en salud, en términos de rectoría y gestión.</p>	<p>La evaluación de la gobernanza en salud a partir de las categorías que proporciona la herramienta RISS no llega a adecuarse, en las coyunturas de fragmentación, a las realidades del sistema de salud y sus servicios. La herramienta no da cuenta de la multiplicidad de marcos regulatorios y ámbitos interjurisdiccionales que intervienen al momento de definir integraciones de procesos y recursos. Asimismo, las evaluaciones de los grados de avance de la integración en redes no pueden escindirse del estudio de las relaciones históricas de poder que configuran los vínculos interjurisdiccionales municipio, provincia, nación.</p>
<p>La herramienta constituye un esquema analítico multidimensional de ámbitos y atributos de la estrategia de redes, presentando el entramado de factores estructurales</p>	<p>No obstante, la capacidad descriptiva y analítica de la herramienta, las opciones de política y las estrategias para superar la fragmentación dependerán de la factibilidad</p>

<p>(gobierno, capacidades instaladas, marcos regulatorios, recursos de gestión, mecanismos de financiamiento) que integran al sistema. Las categorías que proporciona resultan relevantes para el desarrollo de análisis y mediciones que permitan identificar alcances y limitaciones en la integración de una red de servicios.</p>	<p>técnica y viabilidad política, económica y social de cada contexto. Debe considerarse la necesaria contextualización de la herramienta, vinculada a las dinámicas propias del escenario sociosanitario, territorial, organizacional e institucional específico.</p>
<p>Incluye la acción intersectorial como un pilar fundamental para que los sistemas de salud actúen sobre los complejos determinantes sociales, políticos, ambientales y económicos de la salud</p>	<p>Estas acciones en términos ideales requieren de la formulación de nuevas formas de trabajo entre sectores y ámbitos de política pública, en contextos de fragmentación sanitaria la concreción de estas acciones se complejiza al momento de establecer objetivos compartidos medibles de desarrollo social</p>
<p>A nivel metodológico</p>	
<p>La herramienta es comprensible y constituye un instrumento útil para propender al análisis de redes por parte de los equipos de salud y equipos de gestión. Provee diversas formas de representación de las redes (cuadros, gráficos, morfologías) que ilustran los grados de integración.</p>	<p>Las categorías que establecen progresivamente los grados de integración no son en sí mismas excluyentes, lo cual dificulta la identificación de la opción y la asignación del valor para su puntuación/evaluación final</p>
<p>Posibilita establecer líneas de base para el monitoreo de intervenciones y para el desarrollo de investigaciones operativas, evaluaciones de desempeño y resultados de la red. La herramienta permite ponderar puntajes y valores de acuerdo al avance que asume cada dimensión por áreas de desarrollo, esta capacidad metodológica posibilita identificar la coexistencia en una misma red de distintos atributos en distintos niveles de progresión hacia la integración, lo cual es clave para observar cuáles son atributos/áreas con mayor avance y cuáles son los más desfasados y que requerirían de mayor prioridad de intervención.</p>	<p>Los déficits en cuanto a disponibilidad y comparabilidad de datos, y de integración entre sistemas de información a nivel general del sistema de salud puede dificultar las mediciones</p>

6. Lineamientos para una propuesta de Gobernanza de Red

6.1 Meso Integración de procesos

La formulación de un modelo de gobernanza para la estrategia de redes de salud supone considerar el establecimiento de procesos planificados, integrados, formalizados y validados para la gestión de los servicios, de acuerdo con su ámbito y nivel de competencia.

En el contexto de un sistema de salud fragmentado y segmentado, donde coexisten tres subsistemas de cobertura, diversas fuentes de financiamiento y una multiplicidad de instituciones jurisdiccionales e interjurisdiccionales cuyas interacciones y lógicas de funcionamiento son heterogéneas, la planificación de un modelo de gobernanza para redes de salud debiera considerar:

- Los grados y alcances de la integración entre servicios y organismos de gobierno en salud (local, provincial, nacional), a fin de establecer espacios conjuntos de trabajo y cooperación asistencial, técnica, económica y/o de financiamiento, esto es el rediseño de los bordes interorganizacionales (Báscolo 2010)³⁴
- Las regulaciones a establecer entre instituciones y jurisdicciones, en donde queden especificados los acuerdos- marco y específicos de interacción entre los integrantes de la red.
- Las relaciones de poder, las lógicas que operan en su distribución y las relaciones de fuerza que atraviesa al mapa de actores

La definición del grado y/o niveles de integración que asumirá la red resulta clave al momento de planificar la estructura jurídica que regulará los espacios de intersección, que, a la vez, y *a priori*, no debiera comprometer la naturaleza jurídica propia de cada institución/servicio de salud que participe de la misma.

En este sentido, dentro de una lógica de integración subyacen relaciones de fuerza que

³⁴ Báscolo, E. Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud Rev. Salud Pública. 12 sup (1): 8-27, Bogotá. 2010.

despliegan un conjunto de escenarios posibles no necesariamente excluyentes entre sí, en donde podrían identificarse: acciones de cooperación, acciones de cesión y/o redistribución de roles y acciones de tensión entre la reconfiguración de prácticas y la conservación de la centralidad de aquellas que definen la misión fundamental de cada institución.

Avanzar hacia escenarios sanitarios de integración en red, en el contexto de la subregión en que se ha focalizado este trabajo podría ser viable en términos de una **integración por procesos**, a partir de la definición consensuada de un conjunto de estos, que por su incidencia clave serían relevantes y prioritarios para un modelo de salud en red.

La integración de procesos (asistenciales, técnicos, de gestión) en una red asistencial posibilita identificar una primera estructura de gobernanza, sustentada en el conjunto de normas que regulan las interacciones y responsabilidades de cada nodo y actor. Esta integración por procesos (Ej.: gestión de derivaciones de pacientes entre servicios de salud de la red, gestión de historias clínicas, capacitaciones, procedimientos de laboratorio) produce un nivel funcional de integración interinstitucional, que podría denominarse **meso integración**, posible de replicarse a escala e ir progresivamente incluyendo más procesos.

En términos de gobernanza, un modelo de meso integración representa una primera estructura-base, que si bien con un anclaje a nivel de la gestión funcional y operativa, se sustentaría en un conjunto de normas que organizan procesos y prácticas de alto impacto en una dinámica de redes asistenciales, produciendo un espacio donde se ponen en juego alternativas para regular y organizar cooperativamente recursos, líneas estratégicas y oportunidades de mejora.

Dicho de otro modo, ante la complejidad implicada en la formulación de un sistema de gobernanza único, que hipotéticamente redefiniera relaciones interjurisdiccionales, áreas de competencia y flujos de financiamientos en virtud de una nueva figura de gobierno de red (macro-integración político-sanitaria-económica), **la integración de procesos institucionales** representaría una escala de **integración intermedia o meso-integración** como alternativa para la gestión de redes.

6.2 Herramientas para la gestión de la meso integración

La gestión de esta meso integración, basada en la integración de procesos, podría sustentarse al menos en tres herramientas de gestión interinstitucional:

- Matriz de Responsabilidades
- Observatorio de Gestión de la Información
- Convenios, Acuerdos y Compromisos de Gestión

Matriz de Responsabilidades:

En la práctica, existe una diversidad de posibilidades de gobernanza, la matriz de responsabilidades constituye una herramienta flexible para ser contextualizada que contribuye a la definición e implementación de un modelo de gobernanza adecuado al marco político-sanitario y jurídico en el contexto federal, interjurisdiccional y caracterizado por la fragmentación del sistema de salud, como en el caso argentino.

En una matriz de responsabilidades para la gestión de la integración de procesos en redes de salud intervienen una serie de componentes estructurantes para el logro de los objetivos y para la viabilidad política, asistencial, financiera, social y organizacional:

- Asignación y Distribución de roles con basamento legal formalizado
- Competencias basadas en áreas y procesos de incumbencia
- Responsabilidades establecidas referidas a la rendición de cuentas en el manejo de recursos y en el cumplimiento de las obligaciones contraídas para cada proceso integrado en la matriz.

Observatorio de Gestión de la Información:

El establecimiento de un Observatorio de Gestión de la Información, que centralice resultados respecto a los procesos asistenciales y organizacionales de la red de servicios constituye una herramienta útil y gradual para la integración de la red y la toma de decisiones transparentes e informadas. Los sistemas de información compartidos y en escala de red serían útiles para

mejorar la calidad, confiabilidad y oportunidad de los datos, así también la transparencia y rendición de cuentas. Un Observatorio de Gestión de la Información en red representa un espacio sustantivo para la evaluación y la identificación de desvíos respecto a parámetros óptimos o esperables, a través de la definición de un conjunto de indicadores agregados que permitan mediciones y reportes dinámicos del desempeño de la red.

Convenios, Acuerdos y Compromisos de Gestión:

En tanto los servicios que integran la red poseen naturaleza jurídica propia y de diversa naturaleza, la capacidad para celebrar contratos o convenios entre sí, estableciendo acuerdos específicos ante determinado proceso, resulta ser un instrumento estratégico para la gestión, para la regulación de los recursos, para la definición de la cartera de servicios/prestaciones y para el control del cumplimiento de las responsabilidades y resultados pautados.³⁵

En el espacio de una red de servicios de salud, y en particular la que representa el objeto de estudio de este trabajo, se expresa la dimensión político institucional-territorial dada por la organización del Estado y su diferenciación en ámbitos (central, intermedio y local/ nación, provincia, municipio)³⁶. Como expansión territorial se genera un complejo asistencial por continuidad y/o funcionalidad que no se corresponde con la unidad político territorial, vale decir que en la práctica los procesos de atención desbordan los límites jurisdiccionales. En este contexto, definir herramientas que concreten y definan procesos para el trabajo en prestaciones establecidas podría contribuir a la formulación de una matriz de gobernanza inicial para la integración de una red asistencial. En este caso, planteando instancias de:

- Integración Funcional: delimitando procesos y funciones operativas para los servicios de la red y coordinados a través de las unidades operativas

- Integración Clínica: estableciendo menús prestacionales, guías de práctica clínica y protocolos para gestionar pacientes por patologías dando garantía de continuidad de la atención

³⁵ La experiencia Catalana da cuenta de la aplicación de estos mecanismos. Plan de Salud de Cataluña 2011-2015, Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud.

³⁶ Pérez, Gobernanza metropolitana, centralización jurisdiccional y relaciones políticas 2005, 2007. Mimeo Accesible en www.cedet.edu.ar/Archivos/Bibliotecas.

- Integración para la gestión del conocimiento: estableciendo prioridades de capacitación e investigación de acuerdo a la epidemiología del área, desarrollando evidencias e innovaciones que integre a los equipos de investigación clínica y sanitaria de los servicios de salud y cuyos resultados sean de uso colectivo para los servicios de la red.

El desarrollo de estas herramientas podría ser un avance de gobernanza, correspondiente a un plano funcional-operativo, que idealmente preceda a la integración político-sanitaria de una red asistencial sustentada en una supra estructura de gobierno que articule jurídicamente a la organización del Estado federal (nación, provincia, municipio)

6.3. Lecciones aprendidas y reflexiones abiertas: Gobernanza e integración en red, del modelo conceptual a la experiencia del HEC.

Los lineamientos aquí presentados para aportar a la construcción gradual de gobernanza en red tienen su anclaje en la experiencia presentada en este trabajo referida al HEC como objeto de estudio.

En este sentido, estos lineamientos cobran sustento si se los referencia al terreno de las prácticas, y desde allí pueden reconocerse algunas lecciones aprendidas que aportan al análisis y dejan abiertas reflexiones que dan cuenta de la necesidad de desarrollar estrategias innovadoras y factibles de aplicar en el contexto de la diversidad de las organizaciones sanitarias:

La evaluación del caso de estudio mediante la herramienta RISS, y a la luz de los resultados obtenidos puso en evidencia las dificultades que persisten para avanzar en modelos de *gobernanza única*. Como ya fuera expresado, este ha sido el ámbito con mayor retracción comparativamente con los otros que integran la matriz evaluativa aplicada. Un modelo de *gobernanza única*, como establece en términos ideales la herramienta, encuentra actualmente sus limitaciones en un territorio a escala local, y en un sistema de salud a escala nacional, caracterizado por la fragmentación y multiplicidad de actores jurisdiccionales.

Por su parte, atributos como participación social amplia, intersectorialidad y abordaje de los determinantes sociales, incluidos en la herramienta de evaluación de RISS como factores claves de gobernanza, también hasta el momento han tenido, en la experiencia y en las prácticas, un

desarrollo relativo en el caso analizado.

Podría plantearse que en tanto el HEC como hospital de alta complejidad encuentra precisamente en el modelo asistencial especializado en la atención del paciente crítico su razón fundacional, sus procesos tienden más a una focalización hospitalocéntrica que socio comunitaria. Revisar esto, pensando en una lógica de integración en red amplia y fortalecida, representa un desafío no menor que interpela a un paradigma sanitario que no deja de ser estructurante de las prácticas, en el cual se abre el interrogante de cómo conciliar la misión que lo define (alta complejidad y alta especialidad asistencial) con estrategias que incorporen dimensiones sociosanitarias y comunitarias en el escenario de su territorio, cuestiones claves para consolidar gobernanza aún sin prescindir de sus funciones inherentes.

La evaluación realizada en este trabajo con las categorías de RISS posibilita visualizar estas tensiones, y pone de manifiesto las limitaciones que en este caso se evidenciaron ante el concepto de *gobernanza única* y habilitaron las formulaciones presentadas de posibles *herramientas de meso integración o integración gradual de procesos*.

Respecto al modelo asistencial y de gestión los puntajes obtenidos en la aplicación de la herramienta han sido mayores, considerándose que en el plano operativo los avances en red han sido más contundentes. En la práctica, se organiza mediante la derivación de otros hospitales, y como nodo-hospital de alta complejidad posee capacidad y recursos de alta resolutivez en materia de atención especializada. Si se considera la topología de esta red (su lógica vincular) su formato se asocia al de tipo estrella, en tanto los hospitales de menor complejidad del área se conectan al HEC como punto central/referente de la alta especialización, o sea un nodo central activo con los recursos suficiente para dar respuesta a una demanda específica. Esta configuración también interpela a la planificación de la red, dejando planteado si es posible otra lógica vincular, por ejemplo, de todos los nodos/hospitales entre sí y no solo con centralidad preponderante del HEC. Una planificación con mayor intensidad internodo ya dependería de una política ministerial que se traduzca en esquemas regulatorios y de financiamientos adecuados para una eficaz asignación de recursos, aportando base material a la construcción de gobernanza en el plano territorial.

7. Conclusiones

El modelo de redes integradas de servicios de salud constituye una estrategia primordial para garantizar el acceso universal y la calidad de la atención. Considerando la experiencia del HEC y el análisis propuesto desde las categorías de la herramienta RISS (OPS, OMS) se derivan una serie de cuestiones clave que se evidencian al momento de identificar los alcances, limitaciones y potencialidades que se presentan para avanzar hacia la consolidación de la integración en red.

A nivel conceptual el modelo RISS presenta mediante sus atributos un enfoque amplio del campo sanitario y su complejidad, donde interactúan las políticas públicas, los derechos de las personas como principio rector de toda práctica asistencial, los servicios de salud y sus trabajadores y las organizaciones comunitarias. Como paradigma sanitario, implica poner en relación toda la matriz de recursos que intervienen para avanzar hacia la integración: asistencial, de gestión, estructural y de participación social.

A nivel de la planificación, de la gestión y de la organización de servicios de salud en red, el modelo RISS presenta instrumentos concretos para establecer prioridades, para analizar financiamientos, para protocolizar procesos asistenciales, para definir estándares de calidad y para evaluar tecnologías adecuadas.

Considerando ambas contribuciones del modelo (categorías conceptuales relevantes para el diseño de políticas y herramientas de planificación para la gestión de los servicios) este trabajo se ha orientado, en términos generales, hacia los desafíos que se presentan para los hospitales ante la necesidad de desarrollar estrategias de integración entre niveles de atención. Y específicamente se ha contextualizado en la experiencia del HEC, a fin de traducir los conceptos en un caso aplicado que pone de manifiesto logros y vacíos en términos de integración, dando cuenta de la diversidad de los escenarios territoriales.

En este sentido, el análisis de la experiencia del HEC a través de las categorías del modelo RISS posibilitó identificar:

- Por un lado, una sólida identidad hospitalaria, sustentada en un modelo de atención definido por la alta complejidad en un territorio que estaba carente de este tipo de oferta sanitaria hasta su fundación. Consecuentemente, el hospital constituye una respuesta

efectiva en términos de equidad sanitaria y salud pública.

- Por otro, la necesidad de planificar dispositivos que contribuyan a hacer más efectiva la integración en red, que sin modificar la misión institucional y el modelo de atención que definen al HEC, posibiliten organizar las relaciones entre los servicios de salud del área considerando la diversidad de niveles de complejidad asistencial y el entramado político-interjurisdiccional que atraviesa a los organismos de gobierno en salud (local, provincial, nacional)

En el marco de este escenario, este trabajo ha presentado lineamientos para analizar posibles herramientas que aporten a la formulación de estructuras de gobernanza para la integración de una red multinivel en un contexto interjurisdiccional. El desarrollo de estas herramientas (Matriz de Responsabilidades; Observatorio de Gestión de la Información; Convenios, Acuerdos y Compromisos de Gestión) podría ser un avance hacia procesos de meso integración funcional-operativa que fortalezcan las respuestas sanitarias y la coordinación de la integralidad y la continuidad de la atención de la salud, reduciendo la fragmentación del sistema y mejorando la eficiencia global.

La consecución de estos propósitos plantea la necesidad de construir consensos sociales y políticos que permitan agendas de planificación conjunta entre niveles y compromisos interinstitucionales para la gestión integrada de la salud. En este caso, el principal desafío será la articulación entre el hospital de alta complejidad y el primer y segundo nivel de atención.

La experiencia presentada resulta relevante en tanto aporta, desde el estudio de caso del HEC, al análisis aplicado de las políticas de salud y su traducción en prácticas de gestión, las cuales con sus alcances y sus obstáculos definen las respuestas del sistema.

El análisis también resulta de interés para la planificación y gestión de redes en otros espacios, ya que el caso del HEC podría contribuir con elementos que enriquezcan el debate sobre la gobernanza en red, sobre el diseño de propuestas sanitarias, sobre el rol clave de los consensos político-sanitarios y sobre los necesarios acuerdos y competencias que deben promoverse para el trabajo en red. Fundamentalmente, este trabajo espera dejar planteada la necesidad de avanzar

hacia la integración de los servicios de salud, aportando las experiencias transitadas y los nuevos interrogantes que se imponen.

En relación con esto, se deja abierto el debate sobre los retos que debieran asumirse para avanzar hacia procesos de integración y sobre las estrategias que debieran implementarse para construir una gobernanza en red con capacidad para reducir, al menos en el plano operativo, la fragmentación del sistema y responder en forma efectiva a las necesidades en salud de la población.

En esta línea, proseguir con este tipo de análisis abre necesarios problemas de investigación acerca de la factibilidad de establecer mecanismos de coordinación e integración en escenarios sanitarios caracterizados por la fragmentación político-jurisdiccional y por la coexistencia de diversos niveles gubernamentales. En este contexto, las políticas públicas son un instrumento indispensable para la configuración de las redes integradas de servicios de salud, impulsando procesos de articulación entre servicios, recursos y equipos de profesionales.

Dar continuidad al análisis sobre el HEC, profundizando en etapas de investigación posteriores en las matrices político-sanitaria y en los instrumentos que fortalecerían la integración, contribuiría a la sistematización de estudios acerca de las redes de servicios de salud y a la producción de conocimientos sobre experiencias territorializadas de gestión de redes, asumiendo que cada experiencia aporta tanto a las categorías conceptuales como a la base empírica necesaria para avanzar hacia modelos de integración y gobernanza en salud.

La experiencia analizada pone de manifiesto el rol clave de los hospitales para la formulación de redes integradas de salud, y evidencia la necesidad de emprender desde la política pública cambios sistémicos amplios y a la vez modulados en múltiples formas y tipos de integración que puedan articularse cooperativamente en una misma región.

Desde una perspectiva histórica y estructural, las mayores dificultades de Argentina y América Latina en general para desarrollar redes integradas radican en la alta segmentación y fragmentación de su sistema de salud. Como fuera señalado, la coexistencia a nivel territorial de prestadores de diversa naturaleza y origen jurisdiccional (nación, provincia, municipio) da lugar también a la coexistencia de distintas formas de gobierno, de gestión, de financiamiento y de

relación con otros establecimientos y espacios sanitarios, cuestión que complejiza y dificulta las iniciativas de integración hacia modelos de atención compartidos. En este esquema, Argentina se caracteriza (Cetrángolo 2014) por una triple diferenciación que se presenta en el sector salud: de derechos (no toda la población tiene acceso efectivo a similar conjunto de beneficios en salud); regulatoria (capacidades de rectoría y regulación repartidas en jurisdicciones y los diversos subsectores); y territorial (debido a las marcadas diferencias de desarrollo económico entre las diversas regiones de la nación y al interior de las mismas inclusive). Estas características estructurales que configuran la escena macro política pasarían a definir las condiciones que hacen a la factibilidad de la integración de servicios en red, en el contexto nacional y en cada espacio local, sin dejar de considerar que en las lógicas de fragmentación-integración operan no solo las capacidades tecnológicas -prestacionales de cada servicio y jurisdicción sino los capitales políticos de cada ámbito. Como fuera ya señalado, los grados posibles de integración dependerán a la vez de los esquemas políticos- interjurisdiccionales en municipio, provincia, nación.

Asimismo, la revisión de antecedentes acerca de la conformación de redes integradas dan cuenta que tradicionalmente, y paradójicamente, muchos de los procesos de integración de servicios de salud han sido liderados por los hospitales (Ocampo-Rodríguez, Betancourt- Urrutia, 2013), y en este caso vale considerar que si las redes derivan de una organización hospitalaria se presentarían al menos dos factores cuyas intensidades resultarán determinantes para la integración: un primer factor, que podría ser reactivo, estaría dado por la cultura hospitalocéntrica, la cual debiera ceder hacia renovadas formas organizacionales y de interacción multinivel sin comprometer su misión asistencial específica; por otro lado un segundo factor, que intervendría en forma activa, estaría dado por la experiencia en gestión que poseen las organizaciones hospitalarias, la cual le otorga reconocidas capacidades para traccionar a las demás organizaciones hacia esquemas sanitarios innovadores.

En el caso analizado del HEC, su modelo organizacional produjo innovaciones que favorecieron a los servicios del área: resolución de la alta complejidad, continuidad de la atención por niveles asistenciales, retroalimentación clínica mediante la aplicación de guías y protocolos, implementación de evaluaciones de calidad, gestión de la atención centrada en el paciente mediante equipos de salud interdisciplinarios, implementación de estrategias de educación

continua y desarrollo de capacitaciones para los hospitales y centros de su área de referencia.

Estas iniciativas perfilan su desempeño y representan una base sustantiva que legitima técnica y socialmente su modelo organizacional y sus prácticas en el sistema de salud de su región, a la vez que constituyen evidencias capitalizables para favorecer el modelo RISS como núcleo de la planificación y la gestión sanitaria a escala nacional.

Asumiendo esto, no obstante, el desafío de consolidar el modelo RISS en toda su complejidad debiera reconocer la necesidad de definir, técnica y políticamente, esquemas de gobernanza que regulen formalmente a los procesos de integración, siendo esto clave para garantizar la sustentabilidad de los recursos y el logro de niveles crecientes de cobertura en cuanto a prestaciones, continuidad e integralidad de la salud para toda la población del territorio.

Bibliografía

Almeida C., Phang Romero C. (2001). Fontes Texiera. Investigación en sistemas y servicios de salud: estado del arte y necesidades de capacitación en Brasil, Argentina Uruguay y Paraguay. En: Investigación en sistemas y servicios de salud. Cuadernos para la discusión. Río de Janeiro: Red de Investigaciones del Cono Sur.

Artaza Barrios, O. (2017). Organización Panamericana de la Salud. 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 / 1a Ed. - Buenos Aires/OPS OMS.

Artaza Barrios, O, Méndez, C; Holder Morrison, R. et al. (2011). Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los Hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS.

Cetrángolo O. (2014). Revista de economía política de Bs. As. (Vol. 13 año 8). 2014, pág. 145-183.

Báscolo, E. (2010). Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. Rev. Salud Pública. 12 Sup. (1): 8-27, Bogotá.

Klijn, E. (1998). Policy Networks: An Overview in Kickert, W. J. M. & Koppenjan, J.F. (eds) Managing Complex Networks. Sage, London.

Maceira D. (2010). El desafío del sistema de salud argentino. Documento de Políticas Públicas No 49, Programa de Salud, Área de Desarrollo Social, CIPPEC.

Mendes, Eugenio V. (2011). As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília.

Mendes, Eugenio V. (2013). “LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD” Organización Panamericana de la Salud, 2013. Brasilia-DF

Ocampo-Rodríguez, Betancourt-Urrutia, et al. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 12, núm. 24, enero-junio, 2013, pp. 114-129 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia.

Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Organización. (2008). Cobertura y Dinámicas de Cambio de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe; Capítulo 4 OPS-OMS. Washington DC.

Organización Mundial de la Salud/ 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..

Organización Mundial de la Salud (2013). Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Washington, D.C.

Pírez, Gobernanza metropolitana, centralización jurisdiccional y relaciones políticas 2005, 2007. Mimeo Accesible en www.cedet.edu.ar/Archivos/Bibliotecas

Plan de Salud de Cataluña 2011-2015, Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud.

Tobar, Federico (2000). Herramientas para el análisis del sector salud, Buenos Aires, mimeo.

Torres, R. (2011) Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales. Introducción. Santiago, Chile: OPS/OMS. Documento.

Vasilachis de Gialdino I. (2006). Coord. Estrategias de Investigación Cualitativa, Gedisa, Barcelona.

Valentijn P. et al. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. International Journal of Integrated Care – Volume 13.

Vignolo J. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna; XXXIII (1):11-14.