

Cómo fortalecer las redes de servicios de salud. El caso de Salta

• Daniel Maceira •

Las redes de servicios de salud son un esquema de organización y coordinación de la oferta sanitaria que implica la regionalización de los sistemas de salud, y el establecimiento de regímenes de derivación explícitos entre las distintas regiones y sus respectivos establecimientos, según niveles crecientes de atención y complejidad.

Diversos estudios sugieren que organizar los sistemas de salud en redes integrales mejora el acceso al sistema y reduce su fragmentación, limita el uso inapropiado de recursos, evita la duplicación de infraestructura y servicios, disminuye los costos de producción y de transacción, y permite una mejor respuesta a las necesidades de salud de la comunidad.

En la Argentina, la coexistencia descoordinada de tres subsectores (público, privado y seguridad social) en los 24 sistemas sanitarios (uno por jurisdicción) conduce a una enorme inequidad en el acceso a los servicios de salud, además de a una ineficiente asignación de los recursos. A su vez, el débil desarrollo de las redes de servicios a nivel local no hace más que reforzar esta situación.

Teniendo en cuenta este diagnóstico, este documento identifica las principales problemáticas que afectan al sistema de redes de servicios de salud en la Argentina, con particular énfasis en la experiencia de la provincia de Salta. Entre las principales dificultades encontradas, se destacan las siguientes: sistemas de referencia y contrarreferencia débiles, ausencia de mecanismos formales de comunicación entre los distintos efectores de la red e inexistencia de sistemas de turnos programados, inexistencia de unidades de coordinación, fallas en la categorización de los efectores, incumplimiento de los circuitos de derivación de pacientes establecidos por las normativas y ausencia de protocolos para el tránsito de pacientes entre los diversos efectores de la red, entre otros.

En cuanto al caso de Salta, en particular, se destacan fallas en los mecanismos de derivación, la falta de nominalización de la población en la mayoría de las redes, fallas de coordinación y articulación entre el primer nivel de atención y los hospitales de mayor complejidad, y falta de planificación en la distribución de los recursos humanos, entre otros.

Como resultado de este estudio, **CIPPEC** sugiere una serie de recomendaciones, que podrían aplicarse tanto en Salta como en el resto de las provincias del país. Con la debida adaptación a las particularidades de los sistemas de salud locales, las recomendaciones apuntan a fomentar protocolos para la referencia y contrarreferencia de pacientes, difundir los servicios de las redes entre los pacientes, nominalizar a la población de las redes, desarrollar mecanismos de comunicación entre los efectores de la red, establecer turnos programados, descentralizar la gestión de estudios complementarios, y desarrollar comités o unidades de coordinación de las redes.

Introducción

A partir de la experiencia de la provincia de Salta, este documento analiza una de las problemáticas centrales del sistema de salud argentino: el débil funcionamiento de las redes de servicios. Como se verá, es otra de las falencias derivadas de las características distintivas del sistema de salud local: segmentación y fragmentación.

En esta dirección, en primer lugar, se presentan algunas consideraciones conceptuales sobre las redes de servicios de salud. A continuación, se relevan las principales problemáticas que enfrentan las provincias argentinas en esta materia. En tercer término, se analiza el sistema de redes de servicios existente en Salta, como evidencia de nivel local que ilustra una problemática extendida en todo el país, y se incluyen recomendaciones para contribuir a corregir algunas de las falencias encontradas.

Por último, a partir del estudio de caso de Salta surgen recomendaciones de orden general, útiles para contribuir al fortalecimiento de las redes de servicios en el resto de los sistemas provinciales.

¿Qué es una red de servicios de salud?

Una red integrada de servicios de salud es una red de organizaciones que presta o hace lo necesario para garantizar servicios de salud de forma continua y coordinada 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 (Shortell, 2008).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideran que **las redes son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la atención primaria a nivel de los servicios de salud**, por cuanto contribuyen a hacer realidad varios de sus elementos esenciales: cobertura y acceso universal; primer contacto; atención integral,

integrada y continua; cuidado apropiado; organización y gestión óptimas, y acción intersectorial, entre otros.

El concepto de redes de servicios de salud se refiere a la organización de los servicios sanitarios para resolver los problemas de salud de la población. A este efecto, implica establecer cómo se vinculan los diversos niveles de atención y complejidad, los servicios y las instituciones.

Las redes en el sector público funcionan cuando el Estado asume la responsabilidad respecto de la población que se atiende en ellas. Para establecer las responsabilidades (y que éstas puedan ser cumplidas) es fundamental que los efectores públicos (hospitales y centros de atención primaria de la salud) conozcan las características de la población: datos de identificación, localización de las familias, cobertura de salud, características y necesidades sociales y sanitarias.

De acuerdo con la OPS (2008), algunos de los **atributos esenciales para el adecuado funcionamiento de una red de servicios de salud** son:

1. Población/territorio a cargo definido, y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias sanitarias, para la determinación de la oferta de servicios del sistema.
2. Oferta adecuada y bajo un único paraguas organizacional de establecimientos y servicios de salud (servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos).
3. Primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina el cuidado de la salud, y que resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población.
4. Mecanismos de coordinación asistencial entre todos los niveles de atención.
5. Cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio.

6. Sistema de gobernanza participativo y unificado para toda la red.
7. Gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico (laboratorio y radiología, por ejemplo).
8. Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema.
9. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red.
10. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas del sistema.

¿Cómo funcionan las redes en sistemas de salud segmentados?

La Argentina posee un sistema de salud altamente segmentado, que se subdivide en tres subsectores: público, privado y seguridad social. Una de las tantas consecuencias de la coexistencia descoordinada de estos tres subsectores en los 24 sistemas sanitarios (uno por jurisdicción) es la **inequidad en el acceso a los servicios de salud** por parte de la población (Maceira, 1996).

Diversos estudios sugieren que organizar redes integrales de servicios de salud mejora la accesibilidad al sistema, reduce el cuidado inapropiado y la fragmentación del cuidado asistencial, evita la duplicación de infraestructura y servicios, reduce los costos de producción y de transacción, y responde mejor a las necesidades de salud de la comunidad (Soler, 2003).

En este sentido, una de las estrategias que la Argentina puede utilizar para reducir la inequidad en el acceso de la población al sistema de salud es, justamente, fortalecer las (débiles) redes de servicios de salud existentes.

De acuerdo con la organización y distribución de responsabilidades existente en el sistema de salud local, compete a las provin-

cias actuar sobre sus redes. No obstante, desde el nivel nacional se pueden promover estrategias para orientar a las provincias en su fortalecimiento.

En esta línea, por ejemplo, se enmarca desde 2009 el componente “Redes” del programa Remediar+Redes, que funciona en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación. Mediante el seguimiento de pacientes con riesgo cardiovascular, impulsa a las provincias a diseñar estrategias y obtener recursos para el fortalecimiento de sus redes.

Más allá de las particularidades de cada uno de los 24 sistemas subnacionales, **las problemáticas más frecuentes a las que se enfrentan las redes de servicios son:**

- Sistemas de referencia y contrarreferencia débiles. Es decir, que el proceso por el cual una persona es enviada a otro servicio para continuar o avanzar en su cuidado no es todo lo efectivo que debería ser¹. Algunas de las causas que explican esta falencia son: falta de respeto a los protocolos de derivación y de documentación de las contrarreferencias, e ingreso de los pacientes al sistema a través de los niveles de mayor complejidad.
- Ausencia de mecanismos formales de comunicación entre los distintos efectores de la red.
- Inexistencia de unidades de coordinación.
- Fallas en la categorización de los efectores o incumplimiento de los circuitos de referencia y contrarreferencia de los pacientes establecidos por las normativas (en los casos en que estas existan).
- Ausencia de protocolos para el tránsito de pacientes entre los diversos efectores de la red.

¹ La “referencia” puede tratarse de una interconsulta, en donde la responsabilidad sobre el paciente continúa bajo la órbita de quien hizo la referencia, o de una derivación, que puede implicar o no el traspaso de la responsabilidad. Por su parte, la “contrarreferencia” es el acto por el cual el paciente retorna al nodo que tiene la responsabilidad sobre su cuidado (usualmente el primer nivel de atención).

El caso de Salta

Las consideraciones que se presentan a continuación acerca de las redes de servicios de salud de Salta son producto del material surgido de una serie de debates realizados con especialistas y funcionarios clave de la provincia, en el marco de la iniciativa “Bases para un sistema integrado de salud en Salta”, coordinada por el Programa de Salud de CIPPEC².

¿Cómo está organizado el sistema público de salud de Salta?

De acuerdo con los **Principios sobre el Plan de Salud Provincial** (Ley 6.841 de 1996), el objetivo de la política de salud es transformar las condiciones de salud de la población a partir de la articulación de todos los recursos y servicios de las instituciones públicas, de la seguridad social y del subsector privado.

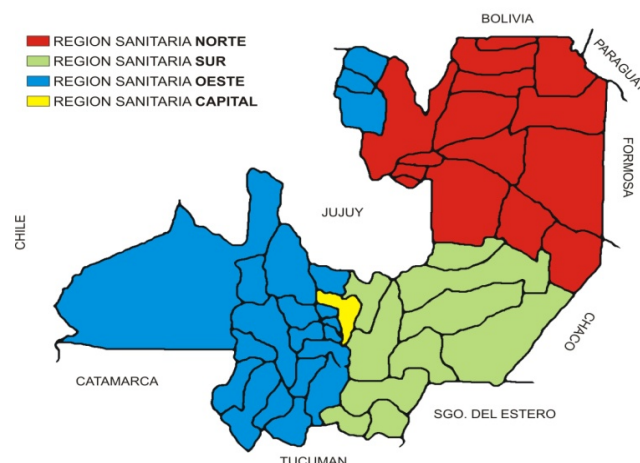
En esta dirección, el sistema de salud se organizó en cuatro regiones sanitarias, que se componen de **áreas operativas**, a su vez, conformadas por **redes de atención** de diversos niveles de complejidad.

Las **regiones sanitarias** se delimitan geográficamente en función del perfil epidemiológico de la zona de referencia. Este enfoque posibilita, en teoría, la planificación de acciones sanitarias a partir de una utilización racional de recursos. Las regiones sanitarias son cuatro: Norte, Oeste, Sur y Centro³.

² Los referentes consultados actuaron en representación de las siguientes instituciones: Ministerio de Salud de la Provincia de Salta, Instituto Provincial de Salud, Círculo Médico, Asociación de Clínicas y Sanatorios de Salta, y Asociación de Profesionales de Salud de Salta.

³ Algunas de estas regiones presentan grandes dificultades de acceso, al punto de que, por ejemplo, hay zonas inaccesibles en determinadas épocas del año, y por este motivo, la comunicación se establece exclusivamente por radio o helicóptero.

Mapa 1. Regiones sanitarias, Salta



Dentro de esta estructura, las **áreas operativas** (que conforman las regiones) constituyen la unidad funcional de programación, administración, ejecución y evaluación de las acciones de salud en un territorio geográfico determinado y con una población definida.

Por su parte, las **redes de atención** (que dependen de las áreas operativas) se componen de establecimientos sanitarios de niveles de atención y complejidad creciente (Decreto 2.411/2005). Proveen servicios a una población definida, que surge de la suma de las poblaciones correspondientes a las áreas operativas que las conforman. Con esta organización se pretende que el paciente sea contenido en el centro de salud más cercano a su domicilio y que, de corresponder, desde ahí pueda ser derivado a centros u hospitales de mayor complejidad.

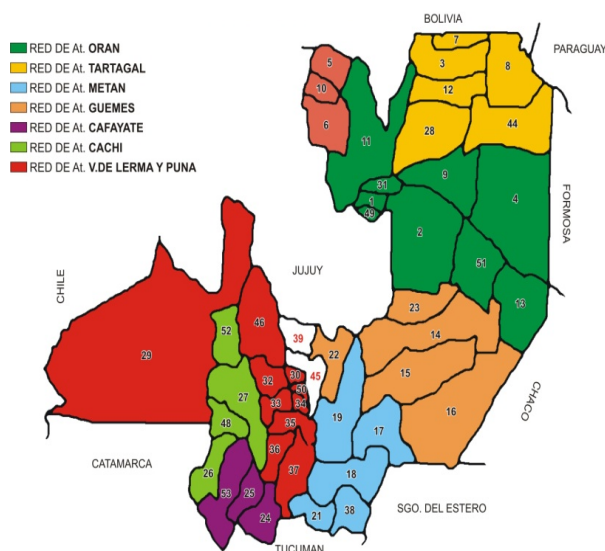
A este efecto, la incorporación de **redes de atención** se planteó los siguientes objetivos:

- Mejorar el acceso a los servicios de salud.
- Mejorar la calidad de la atención sanitaria.
- Optimizar la utilización de recursos.
- Generar eficiencia en la prestación de servicios de salud.

Para ello, se optó por **descentralizar los hospitales públicos**, que pasaron a estar

organizados en red, según niveles de complejidad creciente. Paralelamente, se impulsó el **fortalecimiento y desarrollo del primer nivel de atención** bajo la estrategia de atención primaria de la salud (APS).

Mapa 2. Redes de atención, Salta



A su vez, con el propósito de poner en práctica los principios del plan de salud provincial (Ley 6.841), se dictaron entre 1998 y 2006 un **conjunto de normativas** orientadas a facilitar la instrumentación de un sistema de referencia y contrarreferencia.

A este efecto, se reguló el sistema de información y los formularios a emplear en la referencia y contrarreferencia de los pacientes entre los distintos establecimientos (Resolución 1.081/1998); y el circuito a seguir por los pacientes en función de la capacidad resolutive de los servicios asistenciales (Resolución 1.985/1998). A su vez, se avanzó en la reorganización del sistema, por medio de la revisión de la regionalización sanitaria y la reorganización de la subdivisión de regiones operativas de la provincia (Decreto 2.411/2005 y 1.189/2006⁴, respectivamente).

⁴ El Decreto 1.189/2006, además, categoriza como hospitales de “cabecera” a dos establecimientos: Nuevo Hospital El Milagro y Hospital San Bernardo.

¿Cómo están organizadas las redes de servicios de salud en Salta?

Cada **red de atención** está formada por un **primer nivel de atención** compuesto por:

- **Puestos fijos:** no cuentan con personal sanitario permanente. La atención sanitaria es de baja complejidad y se realiza en forma periódica y programada.
- **Puestos sanitarios:** cuentan con atención de enfermería permanente, la atención médica se realiza en forma periódica y programada.
- **Centros de salud:** establecimientos de salud con o sin internación. Ofrecen atención médica y de enfermería diaria, con otros profesionales de la salud (especialistas) en forma permanente o programada. En ocasiones proveen atención odontológica diaria y otros servicios como laboratorio, radiología, etc.

En la ciudad de Salta funcionan 60 centros de salud y en el interior de la provincia brindan servicios sanitarios otros 400 centros.

Al mismo tiempo, las redes poseen **hospitales de nivel II y nivel III** de acuerdo con la capacidad resolutive que poseen.

Los **hospitales nivel II** tienen servicios de salud con atención ambulatoria y de internación, brindados por médicos generalistas. A su vez, disponen de odontología y servicios de diagnóstico y tratamiento como bioquímica y/o radiología. En algunos casos tienen guardias activas o pasivas, y atención especializada en forma periódica.

Los **hospitales nivel III** son establecimientos sanitarios con atención ambulatoria y de internación, que cuentan con especialidades básicas además de odontología, bioquímica, radiología, farmacia, hemoterapia, anestesiología, y quirófanos con resolución de especialidades traumatológicas y quirúrgicas de bajo y mediano riesgo (como es el caso del Hospital de Cafayate).

Entonces, los hospitales que por su nivel de complejidad o capacidad instalada no pueden resolver algún problema de salud derivan al hospital de mayor complejidad, que actúa como hospital cabecera de red. Si este hospital tampoco puede resolver el problema de salud entonces deriva a los **hospitales de referencia provincial, que son nivel IV**⁵. Estos establecimientos están representados por los hospitales de alta complejidad que permiten resolver prácticamente la totalidad de los problemas de salud de la población.

¿Cuáles son las principales debilidades identificadas en Salta?

- **La mayoría de las redes no tiene nominalizada a su población.** Esto dificulta la planificación de los servicios, el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas y la identificación de personas con cobertura formal, con la correspondiente imposibilidad de que los prestadores públicos gestionen los reembolsos ante las obras sociales y el PAMI. Esto es especialmente importante en algunas áreas operativas del interior de Salta, en donde sólo hay prestadores públicos que, por tanto, atienden a toda la población, ya sea que ésta cuente o no con cobertura formal.

- **Los mecanismos de referencia son más utilizados que los de contrarreferencia.** Generalmente, se usan los canales y mecanismos previstos para la derivación de pacientes hacia centros de mayor complejidad, pero luego no se implementa la contrarreferencia. Concretamente, no se informa a los médicos que atienden en los centros de menor complejidad acerca de la exactitud de sus diagnósticos ni se vuelve a derivar al paciente cuya patología, una vez identificada, podría

⁵ Por cuestiones de ubicación geográfica, se contemplan excepciones en los mecanismos de derivación: no se respetan los niveles de complejidad creciente y, en su lugar, se deriva directamente a los hospitales de referencia provincial. Ejemplo de esto son los hospitales Nazareno, Iruya, Santa Victoria Oeste y La Caldera, que son hospitales de complejidad II, pertenecientes a la Red Valle Puna, que derivan directamente a los hospitales de referencia provincial de nivel IV.

ser tratada en los niveles de menor complejidad con las indicaciones correspondientes.

- **En ocasiones no se respeta la normativa vigente para las derivaciones** (Resolución MSAL 1.985/2005 y el Decreto 2.411/2005). Si bien, como se mencionó, existen algunas excepciones contempladas que autorizan a no respetar la derivación a través de niveles de complejidad creciente (y, en su lugar, derivar directamente a los hospitales de cabecera de la red), existen algunos casos que, a pesar de no encuadrar dentro de las excepciones tipificadas por la normativa, también saltean los niveles de complejidad o trasladan directamente a los hospitales de cabecera de la capital.

Por lo general, esto ocurre cuando los hospitales no cuentan con los recursos (humanos o de infraestructura) con los que deberían funcionar según el nivel de complejidad asignado (hospitales Rosario de Lerma⁶, J.V. González⁷ y Metán⁸) o cuando por la ubicación geográfica de un hospital se induce al incumplimiento del sistema de derivación, ya sea para saltar hacia un centro de mayor complejidad sin mediaciones (hospitales Güemes⁹ y Embarcación¹⁰) o a partir de la asunción de intervenciones importantes en

⁶ Este hospital, perteneciente a la Red del Valle de Lerma y Puna, no tiene capacidad de resolución de intervenciones quirúrgicas de mediana complejidad por la falta de anestesistas, por lo que se ve obligado a derivar las cirugías generales y cesáreas a los hospitales de referencia.

⁷ En la Red Güemes, el Hospital J.V. González, de nivel III, no cuenta con traumatólogos, por lo que la mayoría de sus derivaciones corresponden a esta especialidad junto con las patologías neonatales.

⁸ El hospital de Metán, perteneciente a la Red homónima, es cabecera de Red pero no tiene capacidad resolutoria adecuada al nivel III. En la actualidad no logra resolver las patologías traumatológicas y quirúrgicas correspondientes a su nivel de complejidad y, por lo tanto, se deriva directamente del nivel II al IV.

⁹ El Hospital Güemes, de la Red homónima, pese a ser de nivel IV no recibe muchas derivaciones porque está muy cerca de Salta, de modo que las referencias terminan haciéndose directamente a los hospitales de la ciudad capital.

¹⁰ El Hospital Embarcación es el único hospital de nivel III de la Red de Orán, pero por su situación geográfica sólo recibe derivaciones de un solo hospital, mientras que el resto de los centros derivan directamente al hospital de Orán, de nivel IV.

centros de menor complejidad justificadas en la urgencia clínica (Hospital Cerrillos¹¹). A su vez, otro de los motivos que generan incumplimientos en el régimen de derivaciones es la existencia de fallas en la delimitación de la regionalización sanitaria¹².

- **Las redes de capital Noroeste y Sureste no responden al principio de regionalización.**

Si bien el Decreto 2.411/2005 de revisión de la regionalización sanitaria incluye estas dos redes, lo cierto es que no funcionan como tales, debido a los perfiles de los hospitales cabecera de cada una, el Hospital San Bernardo (agudos de referencia provincial) y el Nuevo Hospital del Milagro (materno infantil, también de referencia provincial).

- **Falta de planificación y gestión de los recursos humanos.** Los enfermeros y agentes sanitarios son insuficientes y, particularmente, se evidencia la escasez de especialistas en el interior. Los traslados y afectaciones del personal no son registrados en el nivel central y esto dificulta la planificación de los recursos humanos de acuerdo con las necesidades de la población.

- **Ineficiente distribución de los recursos humanos y de equipamiento.** En algunas áreas operativas la oferta no satisface las necesidades demandadas. En ciertos casos se cuenta con el recurso físico o el equipamiento requerido pero no se dispone del recurso humano adecuado para su utilización.

- **Diversidad de mecanismos de financiamiento, que genera heterogeneidad en la calidad de los servicios prestados, en los incentivos del personal y en la autonomía**

¹¹ Este hospital, perteneciente a la Red del Valle de Lerma y Puna, pese a tener un nivel de complejidad II, tiene un perfil acorde a un nivel resolutivo III, ya que al estar localizado cerca de rutas y autopistas, se ve continuamente obligado a resolver patologías quirúrgicas y traumatológicas.

¹² Por ejemplo, la Red Orán perteneciente a la Región Sanitaria Norte es extensa y geográficamente dispersa. Cuenta con un hospital de complejidad de nivel III (Embarcación), pero que por su situación geográfica hace que la referencia de pacientes de todos los hospitales de complejidad II se canalicen directamente al único hospital IV de la Red, que es el hospital de Orán.

de los directores de los hospitales para tomar decisiones. Sólo dos de las siete redes existentes (Red Cafayate, de la Región Oeste, y Red Metán, de la Región Sur) cuentan con el Seguro Provincial de Salud, por el cual reciben cápitas por población empadronada. Estos fondos, en conjunto con aquellos provenientes del Plan Nacer y del arancelamiento cobrado a las obras sociales, forman parte del presupuesto de ambas redes.

En la provincia, además, existen otros dos modelos de financiamiento: (a) el hospital público de autogestión, que cuenta con una mayor capacidad de decisión que el resto de los hospitales sobre aspectos claves, como los servicios, la contratación de personal, la celebración de convenios y el otorgamiento de incentivos al personal; y (b) el hospital público de gestión privada.

- **No se ha logrado avanzar en mecanismos fluidos de participación comunitaria.** Si bien desde el punto de vista formal se ha promovido la participación comunitaria, y se ha impulsado la creación de organizaciones no gubernamentales (ONG), en la mayoría de los casos estas iniciativas no han superado la instancia de mediación en materia de provisión de información (con las excepciones de las redes Cafayate y Metán). En la mayoría de los casos, las ONG creadas se han desviado de sus objetivos.

- **No existe articulación con el sector privado.** Con la excepción del uso compartido de tomógrafos en el interior de la provincia y del recurso a hospitales privados cuando la capacidad hospitalaria del sector público de nivel IV se encuentra saturada, no se han desarrollado otros espacios de articulación.

- **Falta de coordinación a nivel de red.** Ninguna de las redes cuenta con comités o unidades coordinadoras. La experiencia en la Red de Cafayate es la excepción, aunque todavía es demasiado incipiente como para indicar un cambio de tendencia.

Recomendaciones: ¿cómo mejorar el funcionamiento de las redes de servicios en Salta?

A partir de este diagnóstico, se proponen las siguientes medidas de política para mejorar el funcionamiento de las redes de servicios en Salta y, en definitiva, del sistema de salud provincial.

- **Desarrollar un esquema progresivo de nominalización de la población.** Para esto, se recomienda: (a) Buscar la articulación de estrategias (mecanismos de empadronamiento, sistemas de información, carga de datos, etc.) con el Plan Nacer, por el cual la Nación transfiere recursos a las provincias a cambio del empadronamiento de los beneficiarios y del cumplimiento de las trazadoras establecidas¹³; y (b) Desarrollar una campaña masiva de comunicación para difundir los beneficios del empadronamiento y desmitificar su asociación con la privatización de los servicios de salud y/o el cobro a los pacientes por las prestaciones.

- **Actualizar la categorización de los establecimientos hospitalarios.** Considerando el nivel de resolución estipulado por las normativas, la capacidad real de resolución y las necesidades de la población, se recomienda recategorizar a algunos de los establecimientos o dotarlos de los recursos necesarios, según corresponda.

- **Revisar la regionalización de la provincia.** De acuerdo con las posibilidades reales de acceso geográfico y de resolución por nivel de complejidad de los establecimientos asistenciales, actualizar la regionalización vigente con el fin de llegar a un esquema real y viable de división territorial de la prestación de servicios de salud en la provincia.

¹³ El Plan Nacer es un proyecto de inversión en salud materno infantil que brinda cobertura de salud a embarazadas, puérperas hasta 45 días y niños/as menores de 6 años que no tienen obra social. Tiene la finalidad de disminuir los índices de morbilidad materno infantil fortaleciendo la red pública de atención primaria de la salud.

- **Desarrollar un mapa de los recursos humanos del sector sanitario provincial.** Con énfasis en el plantel de médicos y enfermeros, apuntar a identificar la dotación de recursos humanos y de especialidades en cada uno de los niveles de complejidad de las distintas redes. Esto permitirá fortalecer y mejorar la planificación y distribución de los recursos, de acuerdo con las necesidades de la población.

- **Desarrollar un mapa de los recursos físicos y del equipamiento.** Junto con el mapa de recursos humanos, este diagnóstico debería permitir que las autoridades conozcan el perfil de complejidad de cada establecimiento sanitario, y sus respectivas redes de servicios, áreas operativas y regiones sanitarias.

- **Diseñar una estrategia racional y consensuada de incentivos monetarios y no monetarios.** La implementación de un plan de carrera y la inclusión de compensaciones por “zona desfavorecida”, o algún sistema similar al que existe en el área educativa con los docentes de zonas rurales, es clave para lograr una distribución estratégica de los recursos humanos en el interior de la provincia y, particularmente, en el primer nivel de atención.

- **Desarrollar “comités de red”** para la coordinación de los distintos niveles de complejidad.

- **Desarrollar capacidad de gestión en red entre los directivos de los establecimientos,** con el objetivo de mejorar la comunicación, promover mecanismos de referencia y contrarreferencia e implementar turnos programados, entre otras medidas.

- **Estudiar los sistemas actuales de gestión hospitalaria para apuntar a su redefinición.** Esto permitirá desarrollar progresivamente mecanismos homogéneos de financiamiento entre redes.

Recomendaciones

A partir del caso de Salta es posible identificar recomendaciones generales para la gestión de las redes de servicios de salud en las distintas jurisdicciones del país. Estas sugerencias se presentan a continuación, clasificadas según si su implementación debiera recaer en el nivel nacional o subnacional.

Nivel nacional

Si bien, como se mencionó, es responsabilidad de las provincias el desarrollo de estrategias para el fortalecimiento de sus redes, es clave el papel que puede asumir el Ministerio de Salud de la Nación como sostén del modelo.

Para ello, es recomendable que el Ministerio fomente la implementación de dispositivos que contribuyan a mejorar el funcionamiento de las redes de servicios de salud locales y que, a su vez, promueva acuerdos interprovinciales para la resolución creciente de las patologías en las regiones, y así disminuir la concentración de derivaciones en Buenos Aires.

En este sentido, explorar nuevas líneas de intervención desde el Estado central es una meta ineludible. Mientras tanto, apostar a que el programa Remediar+Redes se extienda a las provincias en las que aún no se ha implementado (hoy sólo 12 provincias están en proceso de implementarlo) es un primer paso que sería recomendable contemplar.

Nivel subnacional

Más allá de las particularidades de cada sistema provincial de salud, las problemáticas que enfrentan sus redes de servicios se parecen mucho a las encontradas en el caso de Salta. Para revertir estas falencias y apuntar a mejorar el diseño y la gestión de las redes de servicios de salud existentes, CIPPEC recomienda:

- **Nominalizar la población.** Es importante no sólo que los servicios conozcan las características de su población a cargo, sino también que cada persona sea asignada a un centro de salud de la red al que debe consultar en primera instancia, y que posea toda la información necesaria respecto de los servicios ofrecidos por el efector.

- **Difundir los servicios de la red.** La confección de cartillas con toda la información relevante para un uso eficiente de las redes de servicios por parte de la población es vital. Las cartillas, que podrían difundirse en forma impresa y a través de Internet, deberían contener información sobre las instituciones que conforman la red, sus servicios, sus referentes, horarios, vías de comunicación, modalidades de entrada a la red y normativas, entre otros.

- **Fomentar el acceso referenciado al segundo nivel de atención.** Para ello es crítico definir las vías de acceso a los niveles crecientes de complejidad para no sobrecargar los niveles de mayor complejidad con consultas que podrían resolverse en el primer nivel de atención.

- **Desarrollar sistemas de turnos y programación de consultas.** La posibilidad de programar el contacto entre los servicios y los pacientes facilita el trabajo de la red. Esto es así, especialmente, desde los niveles de menor complejidad hacia los niveles de mayor complejidad.

- **Desarrollar protocolos de derivación.** Debería estar definida la forma de registro de la referencia y contrarreferencia, de forma tal que ambos procesos puedan ser consignados de una forma definida, uniforme y según las necesidades y posibilidades de cada red.

- **Comités y normativa de red.** Por la cantidad de actores y saberes es fundamental establecer reglas claras de funcionamiento y responsabilidades.

- **Descentralizar la gestión de estudios complementarios.** En la medida de lo posible, desarrollar estrategias de toma descentra-

lizada de muestras de laboratorio puede contribuir a que las personas resuelvan algunas de las etapas de diagnóstico clínico sin tener que trasladarse a centros de mayor complejidad.

Probablemente, la implementación de estas recomendaciones requerirá de un proceso de adaptación a las particularidades locales de la red de servicios y del sistema de salud en el que estas se inserten. Por este

motivo, se las incluye aquí más como posibles vías de intervención a ser redefinidas al momento de su desarrollo, que como un paquete de medidas cerrado.

Con esta advertencia, **CIPPEC** confía en que las recomendaciones aquí incluidas son un aporte en materia de gestión integral de redes de servicios, un concepto tan nuevo como prometedor para una administración equitativa y eficiente del sistema de salud.

Bibliografía

Decreto 2.411/2005, Ministerio de Salud Pública de Salta.

Decreto provincial 1.189/2006, Ministerio de Salud Pública de Salta.

Ley de Principios sobre el Plan de Salud Provincial, 6.841.

Llaya, Jorge: "Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino. Ministerios de Salud Provinciales: El Caso de Salta" en: *Ciclo de Seminarios de Salud y Política Pública, Centro de Estudios de Estado y Sociedad*, Buenos Aires, 2007.

Maceira, Daniel y Cejas, Cintia: "Actores, contratos y mecanismos de pago: el caso del sistema de salud de Salta", *Documento de Trabajo N°16*, CIPPEC-CEDES, Argentina, 2008.

Maceira, Daniel: *Fragmentación e Incentivos en los Sistemas de Salud de América Latina y el Caribe*, Working Paper 335, Office of the Chief Economist, Inter-American Development Bank, Washington DC, USA, 1996.

Ministerio de Salud de la Nación: *Evaluación de la Atención Primaria de la Salud y de redes de servicios de la salud: dos miradas de la situación*, Salud Investiga, Buenos Aires, 2007.

Ministerio de Salud Pública de Salta: *Implementación del Seguro Provincial de Salud en las Redes Cafayate-Metán*, informe interno, Salta, 2009.

Ministerio de Salud Pública de Salta: *Puntos críticos en la implementación del Seguro Provincial de Salud*, informe interno, Salta, 2009.

Ministerio de Salud Pública de Salta: *Seguro provincial de Salud: regionalización y redes*, informe interno, Salta, 2006.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud: "Redes Integradas de Servicios de Salud", *Serie La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*, 2008.

Resolución 1.081/1998, Ministerio de Salud Pública de Salta.

Resolución 1.985/1998, Ministerio de Salud Pública de Salta.

Róvere, Mario: *Redes en Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, Rosario, 1999.

Shortell, SM; Anderson, DA; Gillies, RR; Mitchell J.B; Morgan KL.: "Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare forum journal", en OPS/OMS: *Redes Integradas de Servicios de Salud*, *Serie La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*, 2008.

Soler, J.L.P: *Estrategia de gestión y organización de una red de laboratorios de diferentes hospitales públicos*, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud, Secretaria de Salud de Bogotá, Organización Panamericana de la Salud, Bogotá, 2003.

Acerca del autor

Daniel Maceira: director del Programa de Salud de CIPPEC. Licenciado en Economía, Universidad de Buenos Aires. Doctor en Economía, Boston University.

Héctor Molina, coordinador del Seguro Provincial de Salud, Ministerio de Salud Pública de Salta; **Jorge Llaya,** ex secretario de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública de Salta; **Antonio Saavedra,** jefe de Sector Contable del Seguro Provincial de Salud de Salta; **Virginia Cardini,** jefa de programa de Planificación y Capacitación del Seguro Provincial de Salud de Salta; **Cynthia Pizzo,** Seguro Provincial de Salud de Salta, y **Silvia Ramos Figueroa,** presidente del Sanatorio San Roque de Salta colaboraron con la revisión de este documento.

Si desea citar este documento: Maceira, Daniel; “Cómo fortalecer las redes de servicio de salud. El caso de Salta”, *Documento de Políticas Públicas/Recomendación N°84*, CIPPEC, Buenos Aires, septiembre de 2010.

Las publicaciones de CIPPEC son de distribución gratuita y se encuentran disponibles en www.cippec.org . No está permitida su comercialización.

La opinión del autor no refleja necesariamente la posición de todos los miembros de CIPPEC en el tema analizado.

Acerca de CIPPEC

CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) es una organización independiente, apartidaria y sin fines de lucro que trabaja por un Estado justo, democrático y eficiente que mejore la vida de las personas. Para ello concentra sus esfuerzos en analizar y promover políticas públicas que fomenten la equidad y el crecimiento en la Argentina. Su desafío es traducir en acciones concretas las mejores ideas que surjan en las áreas de **Desarrollo Social, Desarrollo Económico, Fortalecimiento de las Instituciones, y Gestión Pública**, a través de los programas de Educación, Salud, Protección Social, Política Fiscal, Inserción Internacional, Justicia y Transparencia, Desarrollo Local, y Política y Gestión de Gobierno.

Este trabajo se realizó gracias al apoyo de Alliance for Health Policy and Systems Research (Alliance HPSR), Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

