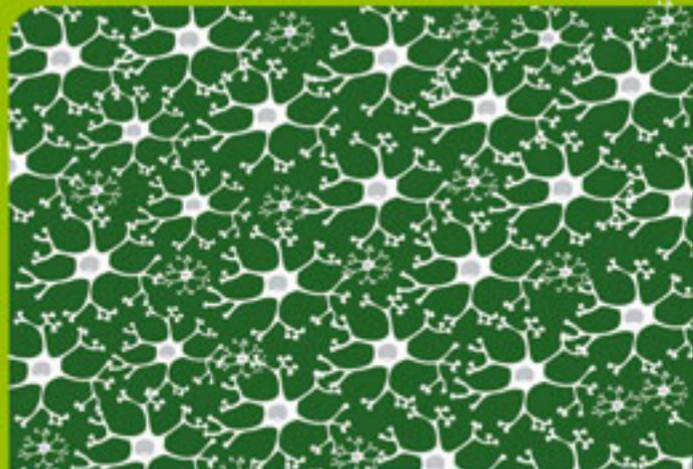


# Revista Nuevos Tiempos

Medellín - Colombia, Vol. 19 No. 1, Enero - Julio de 2011

Revista Nuevos Tiempos

Revista Nuevos Tiempos (Vol. 19 No. 1, Enero - Julio de 2011)



## Las RISS en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia

**Nuevos Tiempos**

Carrera 40 26 - 104, Medellín, Colombia  
 FÓN: 354 88 80 - email: [gestion@nuevostiempos.org.co](mailto:gestion@nuevostiempos.org.co)  
[www.nuevostiempos.org.co](http://www.nuevostiempos.org.co)



Este documento es el resultado de un  
 proyecto de investigación y desarrollo  
 de tecnología de información y  
 comunicación de la COHAFAN.



# TABLA DE CONTENIDO

---

**Revista Nuevos Tiempos**

Vol 19 No. 1 Enero - Julio de 2011  
ISSN 0122-137X

**Editada por**

COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA – COHAN –  
Centro Colaborador OPS / OMS para el área de sistemas de suministros de  
medicamentos e insumos hospitalarios esenciales  
Carrera 48 N° 24 – 104, Medellín, Colombia, PBX: 354 88 80

**Editor:**

Jamel Alberto Henao Cardona

**Directora**

Lesly Bustamante Torres

**Comité Editorial:**

Luis Carlos Ochoa O., Álvaro Franco Giraldo, Leopoldo Giraldo Velázquez, Luis Alberto  
Martínez S. Carlos Enrique Yepes D, Trinidad Santa Cardona

**Comité Asesor Internacional:**

Enrique García Martínez (España), Nelly Marín Jaramillo (Washington) Oscar Bastidas Delgado  
(Venezuela) Fernando León Medina Monsalve, Juan Alberto Rincón R,  
Jorge Castellanos (Colombia)

**Comité de Redacción:**

Juan Carlos Arboleda Zapata

**Revisión y Corrección gramatical:**

Fernando Alviar Restrepo

**Diagramación e impresión:**

Manchas Litografía Carrera 53 N° 53 - 22 PBX: 511 25 11  
e-mail: manchaslitografia@gmail.com

**Periodicidad:**

Semestral

**Correspondencia, suscripción y canje: Revista Nuevos Tiempos:**

Cooperativa de Hospitales de Antioquia – COHAN - Dirección: Carrera 48 No. 24-104, Medellín, Colombia, PBX: 354 88 80  
e-mail: competitividad@cohan.org.co

Los autores son responsables del contenido de cada uno de los artículos.

**EDITORIAL**

*Jamel Alberto Henao Cardona*

**GESTIÓN HOSPITALARIA****7. Redes integradas de servicios de salud: retos para su implementación**

*Reinaldo Holder*

**18. Experiencia de redes integradas de servicios de salud en Cataluña: el caso del Consorcio Sanitario de Terrassa**

*Pere Vallriberra R.*

**30. Análisis del programa Salud a la Familia, experiencia de nación en Brasil**

*Felix Rigoli, Renato Tasca*

**34. Redes integradas de servicios de salud: gran reto en la reforma a la seguridad social en salud**

*Marta Cecilia Ramírez O.*

**42. Redes integradas de servicios de salud: un gran reto para Colombia**

*Luis Eliseo Velásquez L.*

**48. Redes integradas de servicios de salud: oportunidad de país para mejorar la prestación de servicios de salud**

*Luis Alberto Martínez S.*

**56. Recursos humanos para la aplicación de la Ley 1438 del 2010: ¿qué competencias debe tener?**

*Marco Aurelio Sosa Giraldo, Águeda Lucía Valencia Deossa*

**64. Experiencia de Metrosalud en redes integradas de servicios de salud en Antioquia**

*Alejandro Gómez L.*

Indicaciones para los autores

Cupón de suscripción

## *Editorial*

### **Las RISS un aporte de la reforma a la salud en Colombia**

Desde la expedición en 1993 de la ley 100 que reglamentó el funcionamiento del actual sistema de salud colombiano, han sido varias y constantes las reformas legislativas que han pretendido corregir los problemas operativos que se han evidenciado en crisis periódicas provenientes, ya sea de los prestadores de servicios de salud y su eterno problema de recursos, desde los pacientes y sus reclamos por falta de acceso y oportunidad, o desde las altas instancias judiciales que señalan una saturación de los despachos debido a la avalancha de tutelas interpuestas por ciudadanos que ven en esta salida jurídica la única opción para lograr atenciones oportunas.

Ese panorama demuestra que si bien los principios que se pretendía rigieran el sistema de salud colombiano: solidaridad, universalidad, e integralidad, podían estar bien encaminados, la realidad de las reglas del mercado ha desbordado las intenciones y acabaron por priorizar intereses económicos particulares sobre el objetivo ideal de generarle bienestar integral a la población.

Como consecuencia de la fallida declaratoria de Emergencia Social en el año 2010, el clamor de la sociedad civil impulsó que el Congreso de la República emprendiera una nueva reforma al sistema de salud colombiano, que buscaba en esta oportunidad darle solución a los problemas de tipo financiero que habían motivado la emergencia; pero por diversas razones los temas que se incluyeron en la nueva ley desbordaron el ámbito económico y tocaron el funcionamiento general del SGSSS. Si bien el resultado, la ley 1438 de 2011, no puede considerarse como

una solución integral y menos definitiva, hubo dos elementos consignados en ella que si pueden ser trascendentales en la tarea de brindar un servicio adecuado a las necesidades sanitarias de la población: establecer la Atención Primaria en Salud – APS – como modelo, y ordenar la organización de los prestadores a través de Redes Integradas de Salud – RISS -.

La organización de la prestación de servicios de salud a través de redes integradas ha sido un tema que desde años atrás la Cooperativa de Hospitales de Antioquia ha venido promoviendo en el país de la mano de la Organización Panamericana de la Salud - OPS -, entre otras razones, porque hemos visto con convencimiento que el modelo, bien implementado, ofrece importantes beneficios al sistema y a la comunidad en general, que van desde los meramente operativos hasta los más misionales.

Cohan, ha seguido muy de cerca los lineamientos emitidos por la OPS/OMS relacionados con la organización de las entidades prestadoras de servicios de salud a través de redes integradas; la Cooperativa ha generado propuestas, escenarios de discusión y de transmisión de conocimiento, como fue el Primer Foro Internacional sobre RISS realizado en Medellín en el mes de abril de 2011, o el curso que actualmente adelanta en compañía de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia – AESA-. Estas actividades han tenido una proyección que va más allá del ámbito de los asociados, y pretende

generar niveles amplios de conocimiento frente a las RISS en todos los actores del sistema de salud colombiano, con el fin de promover un accionar coordinado y consiente hacia unas metas comunes, que en nuestro caso, creemos debe ser el bienestar general de la población.

Las RISS han sido señaladas por la OMS/OPS como el modelo ideal de articulación para la aplicación de la estrategia de APS, pero además, se pueden ver como la respuesta idónea para brindar a los pacientes una atención integral reduciendo barreras de acceso como los desplazamientos a regiones alejadas a sus lugares de residencia, o la falta de integralidad en la atención. Analizando la conveniencia de las RISS desde una perspectiva económica, evidentemente la reunión de las instituciones de salud de un territorio específico, bajo una figura administrativa única, permite ahorros significativos en la gestión de insumos, gestión de tecnologías, infraestructura y recurso humano, además de mejorar la generación y utilización de información en salud, componente vital para la toma informada de decisiones.

El camino para la implementación de las RISS en el país, no es fácil, por el contrario, puede ser bastante complicado si se consideran elementos a conciliar como la voluntad política

de los mandatarios locales, la integración entre prestadores públicos y privados, la articulación con los aseguradores del sistema, la disponibilidad de recurso humano, y la misma reglamentación del nuevo modelo, tarea que quedó pendiente y bajo la responsabilidad del Ministerio de la Protección Social.

La Cooperativa de Hospitales de Antioquia, así como promovió la creación de las Redes Integradas de Servicios de Salud cuando el tema no se encontraba en la agenda pública, ahora, que la ley 1438 le dio luz verde, ha decidido fortalecer las labores de impulso al modelo convenida de los beneficios que puede reportarle a los prestadores y a la comunidad en general. De ahí que ésta edición de la Revista Nuevos Tiempos, rompa un poco su estructura tradicional para dar a conocer varias visiones importantes sobre las RISS para abonar su proceso de concreción. Así, Cohan, y su revista, aportan decididamente a la consolidación de una idea que puede impactar positiva y realmente, el funcionamiento de un sistema hasta ahora en crisis permanente.

*Jamel Alberto Henao Cardona*  
*Gerente General Cooperativa de Hospitales de Antioquia*  
*COHAN*

## Redes integradas de servicios de salud: retos para su implementación

### Integrated health service networks: challenges for their implementation

Reinaldo Holder\*

#### RESUMEN

La Organización Panamericana de la Salud ha promovido en todos los países de su ámbito de influencia la creación de redes integradas de servicios de salud como modelo idóneo para la aplicación de la estrategia de atención primaria en salud. El hecho de que Colombia sea la primera nación que adopta los documentos de base promulgados por la OPS como fundamento para la reforma legislativa que concluyó con la Ley 1438, incluyéndolos así dentro de su marco normativo, es un avance importante; sin embargo, no es suficiente para creer que las RISS podrían surgir tan pronto: los retos para su implementación son tan variados y profundos que implican un posible cambio paradigmático dentro de todo el sistema de salud colombiano. Desde la visión de la OPS, las RISS deben entenderse como oportunidad para aplicar la estrategia de atención primaria en salud (APS) de manera extendida y coordinada en todo el territorio nacional. En este caso, sin embargo, la oportunidad conlleva la aplicación de una APS renovada frente a la propuesta inicial planteada en Alma Ata, más adecuada ahora a la realidad latinoamericana, región del mundo desde la cual los numerosos aportes han sido valiosos para mantener vivo el objetivo de salud para todos.

#### PALABRA CLAVE

Cobertura universal, segmentación de servicios, fragmentación.

#### ABSTRACT

The Pan American Health Organization (PAHO) has promoted the creation of integrated health service networks in all the countries of its sphere of influence as a suitable model to apply the strategy of primary health care (PHC). The fact that Colombia is the first country adopting the fundamental documentation promulgated by PAHO as a foundation for its legislative reform that concluded in the enactment of the Law 1438 and embracing it in this regulative framework represents an important forward step in this process. Nevertheless, this condition is not enough to believe that integrated health service networks would appear so fast: the challenges for their implementation are so diverse and strong that they also imply a possible paradigmatic change on the whole Colombian health system. From the point of view PAHO, the integrated health networks must be understood as an opportunity to apply the strategy of primary health care through a coordinated and extended way all over the country. Nevertheless, in such a way this opportunity conveys the application of a renovated PCH in terms of the initial proposal of Alma Ata, adapted to the real context of Latin America, a region of the world where numerous contributions have been made in order to support the goal of health for all.

#### KEY WORDS

Universal coverage, service segmentation, fragmentation

\* Asesor Regional de Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud OPS

## INTRODUCCIÓN

Colombia es el primer país que, a través de una ley, la 1438 del 2011, toma el documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre redes integradas de servicios de salud como modelo para una legislación. En primera instancia, ello revela la importancia del documento, pero hay que puntualizar que no es un documento elaborado por la gente de la OPS en Washington, sino que se trata de una construcción de los Estados miembros de la OPS. No lo escribieron dos o tres personas en un cuarto refrigerado, sino que se fue construyendo a lo largo de tres años de consultas en toda la región; innumerables consultas de país, consultas con expertos. Al final, se hizo una gran reunión regional en Bello Horizonte, Bra-sil, donde se terminó por aprobar un documento que posteriormente se sometió a examen por parte de los cuerpos gobernantes de la Organización Panamericana de la Salud y los ministros de salud de la región. Estos finalmente promulgaron una resolución en la cual convocan a la conformación de redes integradas de servicios de salud como la forma de volver operativos los sistemas de salud basados en atención primaria en salud (APS).

Esta breve reseña histórica es importante para enfatizar que Colombia aceptó y asumió en su momento el llamado realizado por la OPS al firmar la resolución señalada; pero ha dado un paso adicional: creó una legislación que lo contiene en su esencia. Ahora bien, crear una legislación no resuelve el problema automáticamente; ahora lo que viene son los retos para implementar la política. La ley está ahí, pero ella solo crea el marco jurídico, y aunque este sea uno de los pasos más importantes, también debe generarse la manera de hacerlo, que quizá es el reto más importante que trataré de analizar.

Es indiscutible que Alma Ata marcó un momento importante en el desarrollo de los sistemas de salud al definir una estrategia basada en valores

y principios sobre cómo organizar los servicios para garantizar que los ciudadanos de todo el mundo pudieran acceder al más alto nivel posible de salud como un derecho, y que pudieran a la vez participar en la construcción de sistemas de salud que tendieran a la equidad y a la solidaridad.

En los 30 años transcurridos entre Alma Ata y el momento en que los países de las Américas emiten la Declaración de Montevideo (que convocó a la conformación de sistemas de salud basados en atención primaria en salud), se dio un debate intenso sobre que era dicha atención primaria en salud y cómo implementarla. Y fueron los países de América latina los que más se destacaron en la implementación de esta atención primaria en sus sistemas de salud, y los que aportaron al conocimiento —y no solo para la región, sino al conocimiento global— sobre cómo avanzar hacia sistemas de salud más equitativos.

Es importante aclarar cómo debe entenderse dentro del uso de la terminología en salud el concepto de la atención primaria en salud, para concretar cuál es ese concepto realmente. Los cambios que se proponen ahora para el sistema colombiano de seguridad social en salud no solo apuntan hacia la conformación de redes integradas de servicios de salud, sino que tienen que ser cambios sistémicos; incluso, hemos planteado desde la OPS que para que se den las RISS y que estas sean efectivas y puedan prestar realmente servicios equitativos e integrales, es necesario avanzar en otras reformas de los sistemas de salud en aspectos como los de la cobertura universal y la equidad. Para implementar redes, debe partirse de las lecciones aprendidas en la misma región y viendo cuáles son los elementos que las facilitan y cuáles son las posibles barreras.

Al preguntarse sobre el significado de la atención primaria en salud, se evoca que después de

la Declaración de Alma Ata en 1977 se presenta un debate en todo el mundo, porque hay que entender que este no ha sido un proceso estático, ya que evidenció la existencia de muchas concepciones y tergiversaciones sobre la definición de ese concepto y el verdadero sentido del documento de Alma Ata. En cada país se implementó la atención primaria en salud con base en las características históricas de cada nación, pero también desde la visión de algunos de sus implementadores e, incluso, organismos internacionales generaron proyectos que alteraron la definición real de la atención primaria en salud. De ahí se desprendieron distintas acepciones de dicho concepto que generaron también una gran confusión en el lenguaje de la salud.

Hay que recordar que Alma Ata se enfoca fundamentalmente en generar una estrategia para la organización y desarrollo de los sistemas de salud; luego surge en el debate —aunque ya se había comentado en Alma Ata y se venía discutiendo— la concepción de la salud como un derecho humano inalienable, y no en una visión reducida en que la atención primaria en salud fuera solo un mecanismo o un modo de implementar servicios o un nivel de complejidad de un grupo de actores en los sistemas de salud.

En el proceso de renovar la atención primaria en salud que emprendieron los Estados de la Organización Mundial de la Salud en el 2005, y que terminó con la expedición de la Declaración de Montevideo y el documento de toma de posición frente a atención primaria en salud, se propuso que a la definición de Alma Ata se le hicieran aclaraciones y que se enfatizara en la definición de atención primaria en salud tal como la ven los estados de las Américas. En esa renovación, los Estados miembros deciden que la mencionada atención primaria es una estrategia para la organización de los sistemas de salud y que no solamente se limita a los servicios de salud, sino que también debe ser la estrategia que guíe las otras funciones del sistema de salud, como son la generación de recursos, el financiamiento, la rectoría y todas las demás

funciones que deben enmarcarse dentro de los valores y los principios de la atención primaria en salud.

La atención primaria en salud tiene una serie de valores rectores para el sistema sanitario: el derecho a la salud, la equidad, la solidaridad y los sistemas de salud, que se convierten en una serie de principios para su organización y que, además, funcionan como estrategia para abordar las necesidades del sector y los determinantes de salud, no solamente en el seno del sector salud, sino en el marco de otros sectores sociales que tienen incidencia en los determinantes de la salud. Por tanto, la definición renovada que plantea el documento de la OPS del periodo 2005-2007 refuerza la concepción de que hay que entender el sistema de salud como un todo, y plantea la necesidad de integrar el enfoque de determinantes en la estrategia que estructura y organiza los servicios de salud dentro de un sistema basado en atención primaria en salud.

Si bien se enfatiza en el derecho a la salud, hay que puntualizar en que también se descarta la reducción de la atención primaria en salud a un nivel de organización o de complejidad o a un grupo de servicios específicos y, menos aun, al concepto de un grupo de equipos de proveedores de servicios dentro del conglomerado de actores del sistema de salud; y nunca equipara el concepto con la idea errónea que tienen algunos de pensar en la atención primaria en salud como salud pobre para pobres en países pobres; esta fue una de las acepciones que figuró en literatura incluso muy actualizada, en la cual la atención primaria en salud se reduce a una serie de servicios para poblaciones pobres.

El nuevo documento de la OPS —construido por todos los países de las Américas— introduce elementos que permiten guiar el funcionamiento y la organización de los sistemas de salud con base en atención primaria en salud, a la vez que posibilita la evaluación y monitoreo de los sistemas en el proceso de transformarse hacia sistemas de salud basados en atención



El objetivo fundamental en esta etapa puede centrarse en la forma de corregir las tendencias, especialmente en los servicios de salud, que llevan a mantener servicios de tipo “hospitalocéntrico”, en el que toda la atención y la organización está basada en los hospitales. Hay que pensar en cómo garantizar que la mercantilización de la prestación del servicio de salud no siga generando mayores inequidades en la sociedad y en cómo resolver la fragmentación. La OMS ha planteado en el Informe Mundial de la Salud del 2008 una serie de reformas; y cuando hablamos de fragmentación, los países de la OPS —es decir, de las Américas— plantearon que la mejor forma de enfrentar la fragmentación y resolver las causas que la generan es a través de las redes integradas de servicios de salud, y que dichas redes también eran la forma de hacer operativas en los servicios la estrategia y la filosofía de los servicios de salud basados en atención primaria en salud.

Para continuar en esta línea de acción, en el 2009 se aprobó la Resolución CB49R22, que define las redes integradas de servicios de salud y presenta una definición que se fue construyendo a partir de definiciones de otros autores e, incluso, de otras experiencias como la de las Organizaciones Sanitarias Integradas de España. Pero hay que hacer una distinción en la definición: en la literatura especializada y en el lenguaje diario se habla de redes, y todos creemos saber lo que ellas son, sin embargo, las redes no son un inventario de establecimientos. El hecho de que exista un número plural de establecimientos en un territorio determinado no constituye la existencia de una red, y es muy importante entender eso.

Otro concepto a tener en cuenta es que simplemente hacer funcionar un sistema de referencia y contrarreferencia no crea una red integrada. Esto es importante porque, incluso desde la academia, se enseña que para formar una red se aplican sistemas de referencia y contrarreferencia, pero necesariamente se necesitan otros

mecanismos de coordinación mucho más importantes y difíciles de implementar para hablar realmente de redes integradas de servicios de salud. Por lo tanto, no son lo mismo las redes de servicios y las redes integradas de servicios de salud. Hay que entender que el objetivo de las RISS consiste en proveer servicios de salud equitativos e integrales; y esa ya es una definición. Hay redes que brindan servicios, pero no en forma equitativa; solamente lo hacen para determinados segmentos de la población, y ahí se presenta un problema de equidad. Por eso hay que ver la definición no solamente como un conglomerado de palabras, sino como un todo y lo que significa dentro de un contexto, y mirar a qué apunta cada una de ellas.

La definición vigente ofrecida desde la OPS señala: “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”. [1]

En los sistemas de salud de las Américas hay contextos internos y externos muy diversos y, por lo tanto, el documento de posición de la OPS no es una receta, no es prescriptivo ni se trata de una afirmación de que eso sea lo que hay que hacer en cada país. Se trata, más bien, de una indicación que en forma genérica entrega unas recomendaciones que desde su nombre se enuncia como opciones de políticas, y que cada país y cada sociedad tendrá que amoldar a sus realidades y al contexto interno de nación y de sus necesidades. Por lo tanto, el objetivo en este caso debe ser el de conformar redes integradas que respondan a la realidad de Colombia, utilizando como guías los documentos de los organismos internacionales como la OPS. Pero lo que sí se ha demostrado es que hay una serie de atributos esenciales que deben estar y que deben ser desarrollados para que sea realmente una RISS lo que se conforme.

La experiencia acumulada ha permitido determinar, sin embargo, que pese a las diferencias locales, deben darse 14 atributos esenciales para la conformación de las RISS. Dichos atributos se subdividen según su foco de acción. Frente al modelo asistencial, los seis atributos son:

- existencia de una población y un territorio definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud;
- una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos, poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública;
- un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre 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;
- prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios;
- existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud;
- 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.

En cuanto a la gobernanza y la estrategia de las RISS, los atributos son:

- un sistema de gobernanza único para toda la red;
- participación social amplia;
- acción intersectorial e inclusión de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

Frente a la organización y la gestión, los atributos son:

- gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico;
- recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red;
- sistema de información integrado que vincule a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes;
- gestión basada en resultados.

Un último atributo, pero no menos importante, se refiere a la asignación e incentivos:

- financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

Estos atributos inicialmente eran diez, pero en el proceso de debate y de consulta en la región se definieron finalmente 14, lo que generó tal interés y tal caudal de conocimiento que aparecieron atributos que no se habían considerado en la versión inicial, pero que ayudan a caracterizar mejor lo que se pretende construir cuando se habla de RISS. Dentro de los atributos se determina la existencia de una población y un territorio definido y una extensa red de servicios capaz de brindar servicios integrales de promoción, prevención, atención curativa, rehabilitación, etc. Otro atributo es la existencia de un primer nivel multidisciplinario con equipos conformados con base en las necesidades y la realidad de lo que necesita cada población específica, pero que sea no solamente la puerta de entrada, sino que coordine la atención de los usuarios en todos los servicios de salud.

Se propone que la atención especializada se ofrezca preferiblemente en ambientes extra-hospitalarios, debido a que la tendencia y la literatura señala que gran parte de la atención puede prestarse con tecnología y, gracias al conocimiento actual, en forma ambulatoria. La

concepción actual de los hospitales es que estos evolucionen hasta convertirse en instituciones que atiendan problemas agudos, con un fuerte componente de atención intensiva y quirúrgica, pero que gran parte de la atención —que incluso ahora genera hospitalización— se preste en forma ambulatoria a través de mecanismos de coordinación ofrecidos en este nivel, con lo cual se descarta el concepto de primero, segundo y tercer nivel de complejidad, para pasar a hablar solamente de un primer nivel y otro más de atención especializada. Países como España hace tiempo han planteado esta nueva organización en la prestación. Ya en el nivel de atención especializada se ubican los hospitales, centros diagnósticos, centros de cirugía y de atención paliativa y la atención socio-sanitaria, que conforma la atención de las necesidades sociales generadas por los pacientes y las usuales del sistema de salud.

El funcionamiento de las RISS requiere un sistema de gestión integrada y un sistema único de gobernanza. El primero tiene una serie de atributos entre los cuales es muy importante destacar la participación social en los diferentes niveles de gobernanza y, a la vez, la participación de los profesionales de la salud en esa misma gobernanza; de ahí que en el manejo de las RISS se hable de una gobernanza participativa en la cual todos los actores de la red son responsables de las decisiones políticas y estratégicas que rigen la red, y que un gestor único gestione la red y los distintos procesos administrativos y gerenciales de la RISS.

Uno de los cambios fundamentales se requiere en el modelo de atención, porque allí se necesita una configuración y una organización distinta a la que funciona actualmente, para que realmente se pueda trabajar en redes, en forma coordinada y de manera efectiva. La integración no es una experiencia nueva en América latina; hay múltiples experiencias —incluso de largos años—, y desde la OPS, en el proceso de

construir el documento de posición, se trató de extraer lo exitoso de cada una de esas experiencias, detectando hacia dónde apuntaba el éxito de la integración para aplicarlo a las redes integradas. Dentro de las ventajas se encontró que la integración produce una mejor disponibilidad de recursos, un mejoramiento de los procesos clínicos y administrativos, mayor cobertura y acceso a servicios, mayor equidad en el acceso, mejor calidad técnica de servicios, aumento en la eficiencia y productividad, mejoramiento en la satisfacción de los usuarios, más participación ciudadana y, en general, mejores niveles de salud.

Ahora bien, las lecciones que pueden extraerse para la implementación (lecciones que implican además retos nuevos, aunque los contextos sean diferentes; sin copiar formulas, pero sí adaptándolas a las realidades de cada país y aprendiendo también de lo que no funciona, entendiendo el contexto en el cual se aplican) permite señalar que contextos diferentes determinan estrategias diferentes, posibles y viables políticamente y ajustadas a cada realidad; asimismo, que el éxito está asociado a transformaciones del modelo de atención, las reformas sectoriales amplias coherentes, las reformas de la protección social, a la vez que a una mayor disponibilidad de recursos y a un marco legal y administrativo apropiado.

Dentro de ese cúmulo de lecciones aprendidas, pueden enunciarse las siguientes consideraciones:

- el primer nivel de atención multidisciplinario es clave para el éxito en la integración;
- deben existir mecanismos de coordinación asistencial;
- la gestión debe basarse en resultados y rendición de cuentas, vinculados a la forma de pago;
- marco de universalidad, con priorización según riesgo social/salud;
- logro del éxito con enfoque centrado en personas;

- autocuidado y educación;
- participación en decisiones;
- medición de satisfacción;
- intersectorialidad;
- éxito basado en esquemas de gestión desconcentrada, flexible;
- capacidad de innovación;
- claridad de objetivos;
- claridad de roles de las partes interesadas.

El éxito de las RISS está asociado no solo a las transformaciones de los servicios de salud, sino a transformaciones más amplias del sistema de salud y de los sistemas sociales de los países que han tenido éxito al integrar. Canadá o algunos de los estados del Brasil, por ejemplo, no han adelantado solo una reforma de los servicios de salud, sino que han generado un conjunto de reformas simultáneas. Otro factor de éxito es la disponibilidad de recursos, tanto financieros como humanos, lo cual está directamente asociado a que exista un marco legal y normativo que permita el desarrollo de redes integradas de servicios de salud. De ahí que la expedición de la Ley 1438 del 2011 en Colombia abra la puerta en ese sentido, pero van a requerirse otros cambios, especialmente en la reglamentación administrativa, que en América latina es muy restrictiva en muchos países, por lo cual se necesitará otro tipo de legislaciones y de cambios jurídicos.

El contenido del cambio para la reforma de la integración también es importante; los casos exitosos han partido del fortalecimiento del primer nivel de atención con equipos multidisciplinarios que se convierten en la clave para el éxito. Son indispensables los mecanismos de coordinación asistencial, pero que no se limiten a los sistemas de referencia y contrarreferencia, sino de mecanismos que permitan coordinar los cuidados como protocolos, guías, normas, etc. Es también fundamental introducir una cultura de gestión basada en los resultados, en la cual se encuentren claramente establecidos los objetivos dentro de la estrategia de la red, y que los

gerentes tengan claros cuáles son esos objetivos y, por lo tanto, que sepan sobre qué base se les evaluará, para que esa gestión basada en resultados tenga un componente de rendición de cuentas a la sociedad, que es la que en última instancia financia el sistema y ante la cual se debe responder.

### Procesos

En los países donde este modelo ha sido exitoso, los logros no han sido fáciles de alcanzar ni se han obtenido en un año o de un día para otro, y ni siquiera en un ciclo de gobierno. Han sido procesos graduales con aproximaciones sucesivas: es imposible tratar de hacerlo todo de una vez, por lo tanto, se requieren decisiones de toda la sociedad para evitar que la estrategia cambie con cada nuevo ministro o cada vez que cambie el gobierno central, mal que afecta a América latina. La tendencia en nuestros países de que cuando cambia el ministro se cambia de foco de interés o de acción ha afectado la posibilidad de llevar a cabo reformas exitosas, porque no ha habido tiempo para que realmente se establezcan y para que se pueda evaluar y monitorear lo que se está haciendo.

Las RISS obedecen a procesos graduales que necesitan que varios gobiernos sucesivos le den continuidad a una estrategia decidida de alcance nacional. Son procesos participativos que deben tener una secuencia de implementación y obedecer a un plan. Su carácter de ser participativas conlleva la presencia de muchos actores, en lo cual es fundamental la relación interpersonal. No hay que temer ni al debate ni a la resistencia, que normalmente se presenta, sobre lo que hay que saber; y los gestores del proceso deben tener en cuenta que en ese debate puede enriquecerse y fortalecerse la opción de implementar las RISS, a la vez que deben comprender que no es posible impulsar el modelo con base en la imposición, porque cuando se hace sin tener en cuenta a los médicos, el personal de salud, los proveedores y la comunidad, entre otros, apenas

se de un cambio coyuntural o político: lo que se imponga sin consenso tiende a desaparecer.

Las lecciones han demostrado que existen barreras a la implementación (tabla 1), y una de las que más afecta la posibilidad de construir redes es la segmentación de los mecanismos de financiamiento. Todos los países deben abordar esto si realmente quieren alcanzar un modelo de RISS. El otro obstáculo consiste en afrontar el problema de la competencia, ya que las redes integradas de servicios de salud están basadas en la cooperación, y si los proveedores tienen que competir por recursos, es muy difícil que se integren y se coordinen e, incluso, que hablen entre sí.

Muchas de las reformas sectoriales de las décadas de los ochenta y los noventa se constituyen en barreras reales para poder avanzar hacia las RISS; y tendrán que ser revisadas, así como también es necesario tener muy claro cuáles

son los grupos de interés que pudieran sentirse afectados con la implementación de un modelo basado en RISS, con el fin de enfrentarlos anticipadamente mediante estrategias especiales.

Así como hay barreras, también existen algunos elementos que pueden facilitar la conformación de RISS (tabla 1): que haya un fuerte apoyo y una decisión política del más alto nivel, lo que, aparentemente, en el caso colombiano ya se ha logrado con la expedición de la Ley 1438 del 2011. Ello demostraría que el país quiere transitar por esa ruta, pero se necesita también que haya disponibilidad de recursos financieros, pues las reformas conllevan costos, También, que haya un liderazgo y un fortalecimiento de la entidad sanitaria nacional y que existan incentivos, tanto financieros como no financieros, que apunten hacia las redes. Finalmente, que la cultura organizacional vaya cambiando hacia una cultura basada en los resultados y en la comunicación.

Barreras	Facilitadores
<ul style="list-style-type: none"> <li>segmentación y debilidad institucional del sistema de salud, incluida la debilidad en la función rectora del sistema;</li> <li>reformas sectoriales de las décadas de los ochenta y los noventa: privatización del aseguramiento en salud; Carteras de los servicios de salud diferenciadas entre distintos aseguradores; competencia entre proveedores para la captación de recursos; diversificación y precarización de regímenes laborales del personal de salud; esquemas regresivos de recuperación de costos;</li> <li>grupos de intereses opuestos de gran poder: especialistas y ultraespecialistas; aseguradoras privadas; industria de medicamentos; insumos;</li> <li>modalidades de financiamiento externo que privilegian programas verticales;</li> <li>deficiencias de sistemas de información, monitoreo y evaluación;</li> <li>debilidades de gestión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>compromiso y apoyo político de alto nivel para el desarrollo de las RISS;</li> <li>disponibilidad de recursos financieros</li> <li>liderazgo de la autoridad sanitaria y los gestores de servicios;</li> <li>desconcentración y flexibilidad de la gestión local;</li> <li>incentivos financieros y no financieros alineados con el desarrollo de RISS;</li> <li>cultura de cooperación y trabajo en equipo;</li> <li>participación activa de todas las partes interesadas;</li> <li>gestión basada en resultados.</li> </ul>

**Conclusiones**

Concluamos con algunas ideas claves: lo primero es que este no es un proceso fácil ni ejecutable en el corto plazo; por el contrario, es una sumatoria de procesos complejos que tienen que acompañarse necesariamente de otros cambios sistémicos, y estos requieren el compromiso del personal que labora en el sector de la salud, así como de los formadores y de la comunidad, y todo eso hay que construirlo.

Un segundo elemento es que no se tienen que aplicar las mismas modalidades de integración. En España, por ejemplo, existen 14 autonomías, y aunque cada una de ellas camina hacia la integración, no aplican modelos iguales. Y no necesariamente tienen que hacerlo, pues hay características —incluso dentro de los mismos territorios— que impiden que una red se pueda integrar; lo mismo ocurre, por ejemplo, en Medellín, Colombia como en Cartagena o en Nariño: habrá modalidades, y eso hay que entenderlo.

Los estudios sugieren que la integración del personal de salud con el sistema es una de las metas más difíciles de lograr. Es ahí donde se producen las primeras resistencias, y dependerá de la capacidad de los gestores la superación de los inconvenientes que se originen. Los sistemas de información constituyen también uno de los eslabones más difíciles de consolidar, así como la integración clínica.

Por último, es importante señalar que no es cierta una premisa muy difundida, en el sentido de que si nos integramos, se ahorrará dinero; no necesariamente es así. Las RISS no son la cura para la falta de recursos. Hay que reevaluar la idea de que se integra para ahorrar dinero. La eficiencia, en este caso, radica en utilizar adecuadamente los recursos de los que dispone la sociedad para que los ahorros puedan invertirse en áreas y necesidades que no estén cubiertas; por lo tanto, estos procesos requieren recursos y el convencimiento sobre la necesidad de aportar más.

Los preceptos, valores y principios de Alma Ata aparentemente siguen vigentes por lo que vemos en los países; y es así como el norte al cual apunta el desarrollo de los sistemas de salud de las Américas nos ratifica, como dice el Informe Mundial de la Salud del 2008, que la atención primaria como estrategia es ahora más necesaria que nunca. Y es mediante este proceso que Colombia emprende de configurar las redes integradas de servicios de salud: esa es la estrategia.

**REFERENCIA**

1. OPS. (Modificado de Shortell, SM; Anderson DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. Healthcare Forum Journal 1993;36(2): 20-26.

## Experiencia de redes integradas de servicios de salud en Cataluña: el caso del Consorcio Sanitario de Terrassa

### The experience of integrated health services in Catalonia: the case of Terrassa Health Consortium

Pere Vallribera R.\*

*[...] no hay cosa más difícil de tratar; ni más dudosa de conseguir; ni más peligrosa de conducir que ser promotor de la implantación de cambios y de nuevas instituciones. La causa de tamaño dificultad reside en que el promotor tiene por enemigos a todos aquellos que sacaban provecho del viejo orden y encuentra unos defensores tímidos en todos los que se verían beneficiados por el nuevo.*

NICOLÁS DE MAQUIAVELO, *El príncipe*, (1513)

#### RESUMEN

La organización de las entidades prestadoras de servicios de salud a través de redes obedece a una estrategia que se viene aplicando con éxito en diferentes regiones del mundo. En España, la región de Cataluña ha sido pionera y ejemplo internacional con varias experiencias en las que los servicios sanitarios han optado por agruparse bajo diferentes modalidades que van desde una integración horizontal hasta la tercerización, siempre teniendo como foco mejorar las condiciones en la oferta de servicios a la comunidad. La experiencia de implementación de redes integradas de servicios de salud en España se ha visto favorecida por un marco jurídico del orden nacional que las posibilita, pero también por un ambiente político consecuente con los principios de salud para todos, en que los intereses de manejo del poder local se han visto doblegados ante el interés general de entregar a los residentes de la región, independientemente de su origen, unos servicios sanitarios de alto nivel de calidad y con equidad. Luego de varios años de experiencia en trabajo en red, los prestadores de la región de Terrassa en Catalu-

ña evolucionan hacia modelos como la atención domiciliaria y el manejo especial y diferenciado para los pacientes con patologías crónicas, todo bajo el modelo de RISS.

#### PALABRAS CLAVE

equidad, eficiencia, eficacia, gestión, alianzas estratégicas.

#### ABSTRACT

The organization of health service providers through networks responds to a strategy that has been applied throughout different regions of the world. Catalonia in Spain has been a pioneer and an international example by means of diverse experiences in which sanitary services have been grouped around different models between horizontal integration and outsourcing, always focused on the urge to improve the conditions when offering services to the communities. The experience of implementing integrated health service networks in Spain has been favored by a legal framework of national scope that makes

them possible and by a friendly political ambience that has become positive to the principles of health for all. In such a way, the interest in managing local power has yielded under the general interest of offering the residents of that region some sanitary services with equity and high quality. After some years of experience working with networks, the health service providers of the area of Terrassa in Catalonia are

evolving towards models like domiciliary care and special and differential management of patients with chronic diseases under the model of integrated health service networks.

#### KEY WORDS

Equity, efficiency, effectiveness, management, strategic alliance

## INTRODUCCIÓN

Para comenzar, es necesario aclarar el concepto de red integrada de servicios de salud, porque es posible que, por cuestiones semánticas, el sentido pueda diferir entre lo que se entiende en España y lo que se pretende implementar ahora en Colombia. Al hablar de redes y de alianzas, las posibilidades son múltiples, pero en esta oportunidad señalaré tres tipos que pueden considerarse redes de salud, y una específica —las redes integradas de salud—, que es el caso concreto que quiero abordar a fondo, para terminar señalando la experiencia de Terrassa en los últimos años.

España está dividida en comunidades autónomas; su población es muy similar en cantidad a la de Colombia, pero su extensión es mucho menor, lo que genera una alta densidad poblacional. Una de las catorce comunidades autónomas con connotación histórica especial (en España hay tres comunidades distintas: Cataluña, el País Vasco y Galicia) es Cataluña, con una pequeña dimensión como comunidad autónoma; tiene 7,3 millones de habitantes, con un crecimiento importante, puesto que hace diez años solo tenía seis millones de habitantes. Desgraciadamente, ese crecimiento no se ha dado por la fecundidad de las mujeres catalanas que, por el contrario, tienen poquísimos hijos: tenemos uno de los índices de natalidad más bajos del mundo y con primerizas de 30 años de edad,

lo que desembocará en unos 30 años en un grave problema de salud pública y social. En todo caso, hemos incorporado un millón de personas que ingresaron en calidad de migrantes, y lo primero que hay que resaltar es que el fenómeno migratorio no ha generado conflictos sociales; por el contrario, se ha contado con coberturas universales en servicios —y específicamente en salud— para recibir a los nuevos residentes, lo cual es un orgullo para el país.

El sistema sanitario español ha tenido desde el año 1900 un tránsito con distintos itinerarios: se trata de un proceso hacia un sistema de seguridad social que se consolidó en 1963 con la Ley de Seguridad Social, que posteriormente tuvo una conversión a un sistema nacional de salud. Después, la Ley General de Sanidad de 1986 representa el momento en el cual se decide en España que la financiación de todo el sistema nacional de salud se consolide por vía de impuestos y no de recaudación, lo que significa, en esencia, que se cambiaba el concepto general del sistema.

Esta ruptura significó una transformación muy importante. A partir del 2002 se dio un nuevo cambio cuando las competencias sanitarias quedaron bajo la responsabilidad de las comunidades autónomas, y el Ministerio Nacional de Salud básicamente se reservó los asuntos globales

\* Médico, Director gerente Consorcio Sanitario de Terrassa

relativos a la nación y los de cooperación, pero no la gestión de los servicios sanitarios, con lo cual nos encontramos en un nuevo momento de tránsito.

Actualmente, el gasto en salud en España, en términos porcentuales de PIB, se encuentra por debajo del de los países de la Comunidad Económica Europea y de otros como Estados Unidos y Canadá, pero tuvo un crecimiento sostenido hasta hace un año, pues en el 2010 presentó un decrecimiento no solo en términos absolutos, sino porcentuales. Se espera que esta situación sea simplemente el resultado de la crisis económica que nos afecta y no que represente una decisión de dedicar menos recursos al sistema sanitario.

Actualmente debemos estar cerca del 5,8 o 5,9 del PIB en sanidad pública, pero también hay que saber que hay dos puntos adicionales de la sanidad privada, lo que muestra un gran equilibrio, porque es importante para los sistemas públicos que el porcentaje que representa el sistema público frente al porcentaje del sector privado sea mayor. Y para poner un ejemplo conocido por todos, Estados Unidos dedica más que España a la sanidad pública, y en términos de PIB, es muchísimo más rico como país; a pesar de esto, su sistema de salud no se distingue precisamente por el concepto de equidad. Y uno de los motivos del diferencial, está evidentemente en el porcentaje de la correlación público-privado. Nuestra sanidad pública es el 75% del total, mientras que la sanidad pública de los Estados Unidos es del 40%, y aunque puede haber otras causas adicionales, es importante recalcar en esta.

En Cataluña se presenta una situación un poco distinta dentro del sistema sanitario español, que tiene un carácter universal, con un nivel de accesibilidad altísimo y gratuidad absoluta. Allí tenemos un sistema con sus adaptaciones que incluyen cuatro elementos que vale la pena su-

brar: en Catalunya se crea un sistema sanitario basado en un adecuado y amplio criterio de lo público, aunando a esto el concepto de utilización pública, donde 'público' es aquello que es accesible para el ciudadano. Esto que puede sonar a una simple frase, pero es un fundamento importante para un sistema sanitario.

Un segundo elemento se relaciona con el hecho de que hace 25 años se empezó a trabajar en la separación de funciones, no por academicismo ni por modernidad gestora, sino por oportunidad política, dado que el terreno de juego que había dejado el Estado español cuando transfirió las competencias favoreció la necesidad de separar funciones.

Un tercer elemento es la existencia de un gran despliegue de dispositivos sanitarios tanto de atención primaria en salud como de subredes hospitalarias de identificación y utilización pública, así como toda la red de atención de enfermos crónicos. Con un criterio de accesibilidad, las posibilidades de desplazamiento en Cataluña son bastante mejores que en el Valle de Aburrá: tenemos ese diferencial porque podemos desplazarnos muchos kilómetros en poco tiempo por carretera, o sea que la distancia kilométrica es poco comparativa en tiempo. Y un último elemento —que poco se cita y que creo que Colombia comparte con Cataluña— es el convencimiento de que un sistema sin buenos profesionales no funciona, lo cual es obvio, pero a veces los gestores y los políticos lo olvidan.

Hay que profundizar en el hecho de que el sistema se define como público, universal, accesible y financiado por recursos oficiales; sin entender lo público como si fuera de propiedad de la administración política local, montado con un tipo de personal específico. A partir de esa definición —y creando una red cerrada de centros sanitarios que tenían la alternativa de optar por convenios con la administración municipal—, es como se genera el concepto de lo público.

Es una comparación importante para observar lo que se puede aprender mutuamente.

El concepto de la diferenciación de las distintas funciones que incluye una entidad aseguradora pública única —que es el servicio general de la salud— representa una gran diferencia con el modelo colombiano. En España tenemos una única entidad pública, lo que genera muchas ventajas y algunos pocos efectos adversos; en el sistema de salud catalán no hay mercado y, por lo tanto, hay poca competencia; y la red pública, que es de carácter mixto, está conformada por entidades públicas, privadas mayoritariamente y sin ánimo de lucro, y, ocasionalmente, alguna entidad con ánimo de lucro, pero su participación en la prestación de servicios de salud es absolutamente minoritaria. Las entidades sanitarias con ánimo de lucro en Cataluña se dedican a la atención privada, pagada por mutualidades privadas de aseguramiento personal privado, pero en cualquier caso hay una sola entidad aseguradora de carácter público. Es evidente que también hay algunos inconvenientes con la existencia de una única aseguradora pública, y frecuentemente se da una confusión de papeles entre la aseguradora pública y el órgano superior de la planificación sanitaria, que es el Ministerio de Salud.

Existen instrumentos que se están utilizando en Colombia y que ya se han utilizado en España, como es el de la elaboración de mapas sanitarios con fines de habilitación de los servicios y que sirven para la reordenación de la prestación; sin embargo, hay una diferencia: en Cataluña la carga planificadora ordenadora de servicios recae mayoritariamente en el departamento de salud de la administración local y, en parte, en la entidad compradora, pero en forma nula en las entidades prestadoras del servicio. Es impensable que en Cataluña una entidad abra un hospital o un servicio por voluntad propia, los hospitales o cualquier sitio destinado a la atención primaria los abre la administración pública.

Evidentemente, este modelo genera consecuencias al utilizar distintos instrumentos que podrían señalarse. Una de ellas es el sistema de contratación de servicios que incluye el pago caputivo con sus especificidades, pero el mensaje central es que la base de este modelo catalán son los fuertes incentivos a la eficiencia dentro del sector público. Un segundo elemento se refiere al gran despliegue que recibe la prestación y una universalización de la atención, con lo cual se llega a un nivel de equidad y accesibilidad altísimo. La demostración de esta afirmación es que ese millón de personas que ha llegado a Cataluña en los últimos diez años —sin necesidad de estar legalizados desde el punto de vista de los documentos que certifiquen su permanencia en el territorio—, aun así tenían derecho a estar empadronados: el municipio los empadronaba y con ese simple papelito iban a un centro de salud donde se les daba una tarjeta e inmediatamente adquirían el derecho universal a cualquier tipo de servicio sanitario. Si al día siguiente de su vinculación esa persona resultaba quemada, por poner un ejemplo, se la atendía y podía acudir a la unidad de quemados más especializada y costosa del país, o se le efectuaba un trasplante, si era el caso.

Sin embargo, esa extraordinaria accesibilidad también ha tenido cierto efecto adverso; no todo es color de rosa, por los problemas que se presentan. El primero se refiere al gran costo de mantener el sistema: con un 5% del PIB destinado a la sanidad, se logra hacer milagros dando un nivel de prestación de servicios extraordinario; de hecho, el único problema más o menos trascendente del sistema sanitario en Cataluña son las listas de espera para las operaciones e intervenciones no urgentes, lo cual genera cierto trauma porque la ciudadanía está mal acostumbrada a que en los últimos años el sistema público garantizó las listas de espera de las grandes intervenciones de rodilla o de cadera o de cataratas, intervenciones que podrían extenderse a una espera máxima de dos meses.

De ahí que la población se hubiera acostumbrado a que cualquier persona que tuviera cataratas fuera operada en dos meses en el sistema público, y sin ningún costo para el usuario; por lo tanto, este nivel de prestación es altísimo, y con la crisis económica actual que afecta a Europa, cuesta sostener ese nivel de celeridad en las prestaciones de intervenciones programadas. Pero estamos manteniendo el sistema nuclear de atención con el cien por ciento de cirugías, y el sistema sanitario aún es uno de los pilares del Estado de bienestar social en España.

Los gurús del *management* moderno dicen que difícilmente encontrarán una empresa más compleja de administrar que un hospital; y si bien frente a eso no hace falta argumentar, se trata de una evidencia de que no hay ninguna empresa que tenga la dificultad de los hospitales para homogenizar su producto. ¿Cuántos productos tiene un hospital? Si se dan 17.000 altas, son 17.000 procesos distintos, pero, en cualquier caso, para llegar a este punto de equilibrio, luego de muchos debates, he llegado a sistematizar una obviedad —que sin embargo es muy gráfica— y es que las dimensiones de cada uno de los componentes no son proporcionales a su peso, son proporcionales a que cada uno, en su nivel, tiene que tener su propio peso; y cuando estas dimensiones son asimétricas, el sistema falla porque la administración y el ámbito político deben tener como prioridad máxima la equidad; no la única, evidentemente —aunque así lo quisiéramos—, pero su meta número uno debería ser la equidad. El problema es que los gestores tienen como variable número uno la eficiencia, y a veces se comete el error de decirles a los médicos que prioricen la asistencia, y si bien hay que convencer al personal asistencial de que los recursos son limitados y de que, por lo tanto, hay que buscar la eficiencia, nunca se puede perder el objetivo de curar al paciente. Por eso afirmo que cuando las alianzas o las dimensiones son asimétricas, o se invaden las competencias de los actores mutuamente, los

sistemas se desequilibran, y un sistema desequilibrado —por ejemplo, el norteamericano— no es un buen sistema. La conjunción eficiencia-equidad no puede ser el soporte de un buen sistema de salud.

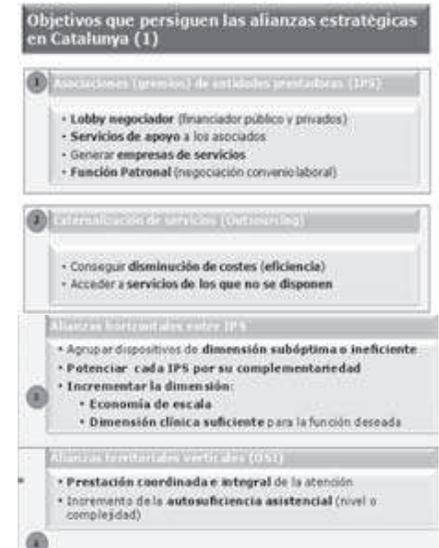
**Las redes en Cataluña**

Al reflexionar sobre el concepto amplio de la palabra red, se observa cómo en Cataluña se dan como mínimo cuatro tipos de pactos o alianzas según la menor a mayor intensidad de relación.

Tipos de alianzas estratégicas en Cataluña (de menor a mayor intensidad de relación)		
1	Asociaciones (gremios) de entidades prestadoras (IPS)	Participación asociativa en una entidad gremial
2	Externalización de servicios (Outsourcing)	Contratación de un servicio a una empresa ajena
3	Alianzas horizontales entre IPS	Pactos entre IPS de distancias intensidades
4	Alianzas verticales territoriales (OSI)	Acuerdos entre IPS de distintos niveles para la integración clínica

Una primera forma de conformación de redes se puede realizar desde las asociaciones y los gremios de las entidades prestadoras de servicios de salud, donde esas entidades que aglutinan a los prestadores tienen unas funciones claramente definidas. Otra alternativa es la de optar por hacer una red con base en la entrega a terceros de los de servicios (externalización). Se pueden hacer alianzas horizontales, y el concepto de ‘horizontal’ es una adaptación por descarte, ya que se refiere simplemente a todo lo que no es vertical, pero, en otras palabras, se trata de todos aquellos actos que pueden efectuarse entre distintos centros sanitarios que no incluyan las alianzas de integración vertical. Es interesante

mirar cuáles objetivos han perseguido en Cataluña cada uno de estos tipos de conformación de redes; no se sabe hasta dónde puede extrapolarse, pero en Cataluña, estas redes o alianzas han servido a distintas funciones.



La alianza, a través de la asociación (figura a la que pertenece el grupo de Terrassa, y que ha sido el origen ideológico de muchas de las redes integradas de salud en Cataluña), cumple una función importante al facilitar las labores de lobby o como negociador grupal, tanto frente al financiador público, en singular, o con los privados, en plural, ya que permite negociar conjuntamente con los aseguradores privados las tarifas y precios por los servicios prestados. Acá la figura evidentemente tiene un peso importante en la labor administrativa a la hora de fijar tarifas y políticas especiales. Como un segundo elemento, hay que señalar que las asociaciones de prestadores han desarrollado los servicios de apoyo fundamentales para los asociados. Una tercera función en Cataluña es el manejo pa-

tronal: los hospitales se rigen por un convenio laboral específico para el sector, y allí el gremio es el ente negociador. Finalmente, tiene una gran utilidad para generar empresas de servicios internas y externas; por ejemplo, una de ellas puede ser la de prestar servicios de consultoría y respaldo internacional, que en nuestro caso se viene desarrollando desde el año 1995.

La modalidad de redes bajo la figura de externalización de servicios se ha usado para mejorar la eficiencia en la prestación de servicios en los cuales no somos expertos; puede ser en acciones técnicas o, por ejemplo, los servicios de limpieza de las entidades, y en algunos casos para disponer incluso de servicios que no se tienen, tanto clínicos como no clínicos.

Un tercer bloque de alianzas en redes consiste en una inmensa mezcla de proyectos de cooperación horizontal, que pueden llegar a unas 200 experiencias, de las cuales unas 130 han sido exitosas. Básicamente, estos pactos entre iguales pretenden constituirse en un sistema menos atomizado que el colombiano, ya que acá hay muchos centros de atención menores (en Cataluña un hospital muy pequeño es el que tiene 120 camas); y es precisamente a los prestadores con menor tamaño a los que el sistema anima a unirse con otro hospital para alcanzar una dimensión óptima. Sin embargo, en cualquier caso, la dimensión óptima no es un dogma; cada realidad —y cada territorio— tiene que decir cuál es la dimensión adecuada.

Una segunda función de este tipo de alianzas horizontales consiste en buscar la complementariedad, y su justificación es evidente desde el punto de vista conceptual: algo que tú no tienes lo tengo yo; algo que yo no tengo lo tienes tú. Juntémonos y los dos tendremos las dos cosas.

Una tercera función importante es el aumento de la dimensión, ya sea para alcanzar economías de escala; incluso —y esto sí que ha sido muy

difícil de alcanzar en Cataluña—, es posible que entre dos instituciones lleguen a tener servicios clínicos que superen no tanto una dimensión subóptima, sino que alcancen un servicio con una dimensión suficiente para dar un paso adelante en complejidad; por ejemplo, avanzar en investigación, lo cual siempre será un paso cualitativo para justificar un número de casos clínicos mínimos para implantar una técnica de alta complejidad; y esto ha sido muy interesante en Cataluña.

Una última forma de asociación en redes se ha presentado en unos seis territorios. Se ha tratado de procesos de integración vertical que tenían como objetivo prioritario no la aplicación de economías de escala, sino buscar la coordinación de un sistema muy descoordinado. Hay dos ejemplos fundamentales: el Consorcio Sanitario y Social de Cataluña y la Unión Catalana de Hospitales. Básicamente, estas han adelantado acciones de lobby y apoyo patronal; han desarrollado servicios de apoyo y complementarios que les interesaban, como por ejemplo, la tramitación burocrática de los procesos de contratación mayor, lo que requiere mucha asesoría jurídica técnica, además de la creación de una central de compras con un éxito variable y, además, introdujo en Cataluña una fórmula muy interesante: el contrato de gestión, que consiste en externalizar la gerencia que se encarga de la gestión administrativa y del desarrollo de la institución como empresa.

En Cataluña hemos utilizado mucho la externalización para los servicios de apoyo no clínicos, en labores como limpieza y alimentación, acciones que el 90% de las instituciones tienen contratadas con terceros. Frecuentemente, mientras menos tamaño tiene el centro, se ha utilizado también la externalización de los servicios de apoyo clínico, como radiología y laboratorios, sin que quiera decir que, por ejemplo, en los muchos hospitales pequeños que no tienen laboratorio propio —pero que lo tienen externo—

no tengan equipamiento de laboratorio dentro del hospital. La figura consiste en gestionar el laboratorio; en servicios clínicos se ha utilizado poco la externalización, aunque hubo una época donde parecía que crecía la oferta de empresas de profesionales, como anesthesiólogos, oftalmólogos y otros tipos de especialistas, que ofrecían sus servicios a los hospitales, pero esta no ha sido una actividad que se utilice en forma frecuente.

En las alianzas horizontales —o las no verticales, para denominarlas de una manera más estricta, ya que horizontales implicaría que se efectúen entre hospital y hospital o centro primario y centro primario, y algunas no funcionan exactamente así—, lo importante es que la idea ha sido agrupar objetivos entre instituciones pequeñas; es así como hospitales de unas 60 o 70 camas, alejados de Barcelona, se reúnen con los hospitales vecinos para contratar especialistas, y terminan conformando una red que incluye las ayudas diagnósticas, por ejemplo.

Otras alianzas que se presentan están motivadas por la necesidad de complementariedad, y han sido muy interesantes. Un ejemplo es el del Hospital Clínic de Barcelona, que se encuentra en el escalafón de los 10 o 15 hospitales con más impacto en el mundo, y que tiene casi mil camas y unas líneas potentísimas de investigación. Por otro lado, se encuentra el Hospital de San Juan de Dios de Barcelona, un materno infantil con 500 camas, lo que lo convierte en un hipercuarto en pediatría, con las mayores especialidades pediátricas. Estas dos instituciones realizaron una alianza de complementariedad en la que el Hospital Clínic renunció a la atención materno-infantil, mediante la celebración de un pacto como entidades jurídicamente distintas en el cual la atención clínica recae mayoritariamente en el Hospital San Juan de Dios, que cumple la función de ser el materno-infantil del Clínic, con cambios de ubicación que incluyen las edificaciones, porque no todos los pa-

cientes van al San Juan de Dios; sin embargo, este sí presta los servicios materno-infantiles en las instalaciones del Clínic, y, por ejemplo, la acciones de ginecología las presta físicamente en la sede del Clínic. Esta alianza es muy interesante porque acerca entidades muy grandes que generalmente no se caracterizan por su capacidad de asociación o su flexibilidad.

Las integraciones verticales tienen como mínimo tres macrointensidades que buscan superar la discontinuidad asistencial. La de baja intensidad es aquella en que los distintos niveles asistenciales, los centros primarios, los hospitales y sus centros de crónicos establecen vínculos débiles de referencia y contrarreferencia más o menos formalizados. Esto a veces fracasa, lo que ocurre frecuentemente porque 70 u 80% de nuestras patologías corresponden a pacientes crónicos, lo que hace que se desvíe mucho, mientras que en los casos agudos e hiperagudos, la coordinación es muy sencilla: en una apendicitis aguda no hace falta pensar mucho sobre la coordinación, mientras que en el politraumatizado emergente, sí; pero, en primera instancia, no requiere mucha coordinación. Con los pacientes crónicos, no obstante —generalmente personas de 75 años con cinco o más patologías con reagudizaciones permanentes—, un sistema fraccionado fracasa. Cuando esto ha pasado, los centros hospitalarios han dicho, de forma más o menos espontánea: “tenemos que dar un paso más”; y si bien no se han integrado, han comenzado a crear estructuras de coordinación estable que fijan objetivos y que prácticamente siempre empiezan con sistemas de información únicos, pactos de guías de práctica clínica para las patologías más prevalentes, entre otros; es decir, en aquellos tópicos donde es más factible avanzar. Estas alianzas tienen mucha potencia a este nivel, pero tienen un techo: pueden integrar un 70 por ciento, y hay cierta frivolidad cuantitativa, pero no dan más porque los obstáculos organizativos les impiden aumentar ese porcentaje de integración.

Una experiencia que quiero compartir es la de las gerencias únicas. El Instituto Catalán de la Salud —que depende de la administración gubernamental y es bastante más ineficiente que las alianzas, y no por sus funcionarios, por cuanto sus gestores son magníficos— ha comenzado una gerencia única territorial; es decir, ha agrupado a todos sus centros de atención primaria con sus hospitales y ha nombrado un directivo único territorial de toda la red. Y si bien esta es una condición necesaria, no es una solución; es decir, al día siguiente de nombrar a un gerente único, continúa pasando exactamente lo mismo con el paciente crónico; solo quizá al cabo de los años —si ese gerente único hace lo que tiene que hacer—, es posible que la atención al paciente crónico cambie, pero al principio no pasa nada. Señalo esto porque en España hubo un movimiento que pretendía arreglar el problema de la continuidad, y entonces nombraron 110 gerentes únicos, pero ¿qué se le dio a esos gerentes? ¿Qué instrumentos tienen? Poder despedir a 15 médicos especialistas hospitalarios y con esos recursos contratar 15 médicos generales, y eso puede generar mucha angustia, pero nada más.

En Cataluña hemos tenido la oportunidad, y la voluntad política, para llevar estas alianzas en unos siete territorios hasta las últimas consecuencias, logrando que todos los dispositivos asistenciales públicos dirigidos a la atención de una población determinada se pongan en un macropaquete jurídico y, sobre todo, directivo y gestor. Y digo “sobre todo” porque el ámbito jurídico del gobierno y el ámbito gestor son fundamentales para que las redes de servicios de salud funcionen correctamente.

Las alianzas estratégicas son sinónimos del concepto de redes integradas de servicios de salud, y me gusta correlacionarlas con las relaciones interpersonales, porque las reglas de juego, los errores y los condicionantes son los mismos; al fin de cuentas, de lo que hablamos es de relaciones entre personas: de una en una, de dos en dos

o de cien en cien. La gran empresa multinacional no sanitaria ha utilizado los distintos instrumentos de gestión, y el grado de utilización de la alianza estratégica en el mundo empresarial está en alrededor del 70% de las empresas.

En España se efectuó hace cinco años un estudio muy significativo, pues se les consultó a los gerentes sobre el uso de instrumentos y alianzas estratégicas, y resultó que era un tema sobre el cual no sabían mucho; es posible que ahora sepan más, e incluso el sector sanitario, que había estado acostumbrado a tomar muchas decisiones, practicaba como premisa la de “cada uno en su casa”; ahora estamos rompiendo esa cultura. Las alianzas estratégicas son un concepto genérico, pero dentro del concepto de red podemos llegar a acuerdos, alianzas y fusiones en función básicamente del plazo y de la dependencia. Por otra parte, hay que considerar como una evolución que el planteamiento de alianzas o pactos con calendario cerrado no son el mejor camino que se pueda tomar. Una alianza normalmente es progresiva, y el objetivo final debe replantearse continuamente, día a día, y no plantearlo en su totalidad desde el primer día. Es lo mismo que sucede en las relaciones de pareja: en la medida en que se va profundizando, se llega a relaciones más profundas

Una alianza es un equilibrio entre lo que uno necesita y lo que el otro tiene, en relación con la capacidad de autonomía y de independencia que uno está dispuesto a perder; por lo tanto, si en dicho equilibrio no se está dispuesto a perder nada, es mejor no entrar en una red. No hay ningún pacto de cooperación gratuito —porque es imposible—, ya que si uno no pierde ninguna autonomía es porque no está poniendo nada en el terreno de juego para compartir; y esa sería otra figura, pero no es colaborativa ni de trabajo en red.

Al revisar las integraciones verticales consideradas como RISS puras, o sea las formadas

para dar continuidad asistencial e integración clínica, es necesario concluir que continuar sin historias clínicas únicas e información clínica informatizada resulta equivalente a seguir utilizando al paciente como medio de comunicación de la información clínica, lo cual genera una sobrecarga, pero también la consecuente poca efectividad del procedimiento. La discontinuidad en la atención es otro problema que puede ejemplificarse con las palabras de un paciente que dice: “Tengo todos los diagnósticos que necesito, pero ¿cuál es mi médico?”. Y esa es la sensación que vive especialmente el paciente crónico, aun en el sistema español, pese a su desarrollo y eficiencia. En Europa, con el envejecimiento y la evolución clínica y social, hemos pasado por distintas etapas: hemos superado la etapa de las enfermedades infecciosas, estamos superando la etapa de las enfermedades agudas, estamos volviendo crónico el cáncer —y no solo en España—: la supervivencia del cáncer de seno en Cataluña es altísima, y así sucede con otros tipos de cáncer; en su lugar, cada vez más está apareciendo en nuestra sociedad —que está extraordinariamente envejecida— el paciente crónico, pues resulta que tenemos un dispositivo sanitario montado para atender y solucionar las patologías agudas, pero no está tan preparado para atender las patologías crónicas. En los entornos de servicios sanitarios desarrollados, con poblaciones mayoritariamente envejecidas —como la europea o la norteamericana—, casi el 80% del gasto lo generan pacientes que tienen cuatro o más condiciones patológicas, pero seguimos teniendo hospitales extraordinariamente potentes para otros tipos de atención que se corresponden con otras etapas o estadios de la enfermedad.

Para superar el tema de la atención de las patologías crónicas, algunas entidades de Cataluña han utilizado como estrategia la aplicación del concepto de red, entendida como la sumatoria de distintos dispositivos de atención coordinada aplicados en una población determinada, que se

responsabiliza de su salud como corresponsable de ser la acompañante de la población; porque hay que tener mucho cuidado para que la población no abandone la responsabilidad por su salud, ya que se convierte en un problema grave el hecho de que deleguen su salud al sistema sanitario; lo que hay que hacer es acompañar a las personas en su salud, pero no asumir su responsabilidad.

En Cataluña, el problema de la discontinuidad y la solución a la continuidad en la atención se ha abordado como mínimo con tres tipos de metodologías que están en tránsito, cuya fórmula máxima consiste en integrar todos los dispositivos en un mismo marco. Lograr el desarrollo hacia las redes ha de realizarse siempre en la misma dirección, pero ello no resulta ni sistemático ni ordenado; no funciona con base en una planificación basada en cronogramas en que se determine que de enero a junio se establecen las formas de gobierno de la red, y que a partir de junio se organizan los sistemas de información; eso no funciona así. Lo ideal es disponer de una estrategia clara y con un accionar paralelo que concuerde con la realidad de cada institución y que goce del respaldo de un discurso ideológico con mucha coherencia y liderazgo. Y esto deben asumirlo los gestores de la red porque cuando las macroestructuras de administración o las empresas aseguradoras impulsan este aspecto, cuesta mucho impactar su liderazgo normativo; por lo tanto, tendría que alcanzarse como mínimo el liderazgo de los gestores, pues de lo contrario puede presentarse, por ejemplo, el fenómeno ya señalado de imponer gerentes únicos, cuyos resultados no se traducen en hechos que verdaderamente impacten la salud de las personas, lo que solo se queda en acciones cuyo foco principal es la eficiencia o la mera reducción de costos.

Las fases de construcción de las redes —que, hay que insistir, no son procesos en serie, sino de acciones paralelas— deben incluir en prime-

ra instancia la construcción de la red propiamente. El segundo paso consiste en comenzar a coordinar acciones con esta red, a completar los vacíos, detectando, por ejemplo, cuál población no se cubre, cuáles servicios no se tienen, para llegar al final al concepto de integración que evidentemente implica prestaciones en un primer nivel de atención. Hay que considerar, sin embargo, que frente a determinados grupos de pacientes muy complejos y crónicos, más que un primer nivel de atención, lo que se generan son dispositivos de superniveles científicos, con primero, segundo y tercer nivel, pero al paciente frágil y crónico de mucha edad, el primer nivel, por más reforzado que sea, tendrá mucha dificultad para curarlo. Lo que estamos intentando es conformar un equipo gestor de casos que tenga capacidad diagnóstica, capacidad de hospitalización de día, capacidad terapéutica para tratar a este grupo de pacientes que es muy complejo y que, por lo tanto, no se pueden trasladar a la atención primaria, por reforzada que esta sea, pues este tipo de casos colapsarían los servicios de urgencias y no se les podrá brindar la atención adecuada.

Durante las fases de maduración de un equipo, que en este caso se aplican a las redes conformadas como proyecto estratégico, las primeras etapas son muy ideológicas, con un liderazgo marcado y decidido, y pueden ser incluso muy informales; frecuentemente se comete un error: creer que las primeras etapas son instrumentales, y se empieza invirtiendo en la historia clínica electrónica o montando protocolos de atención en multiniveles, etcétera; pero resulta que cuando hay implementar eso, no existe aún una base consolidada ni comprometida y, por ende, no hay dónde implantarlo. Así, pues, lo que debe hacerse primero es generar el núcleo ideológico aplicando mucho liderazgo y desarrollando simultáneamente los instrumentos, porque si no hay instrumentos, la frustración será peor. Y no es que los instrumentos no sean importantes: lo

son, pero cuando la organización está madura para utilizarlos.

### El caso de Terrassa

La experiencia de Terrassa tiene un primer elemento: en Cataluña, las distancias a Barcelona son cortas; incluso hasta Valencia es de máximo dos horas de viaje. El país se encuentra muy bien comunicado, lo que conlleva que en una distancia de cuatro kilómetros residen unos cuatro millones de personas de los siete que viven en la región; el resto de pobladores se ubica en los núcleos de las capitales de provincia. El grupo de Terrassa atiende 170.000 habitantes en forma integral, a quienes se les brindan todos los servicios sanitarios y socio-sanitarios. Prestamos atención hospitalaria a 80.000 personas y tenemos mucho peso en la formación de posgrados; hasta el 2010 teníamos un presupuesto de 148 millones de euros, pero en el 2011 se ha reducido hasta unos 140 millones de euros, lo que generará un impacto. En la organización trabajan alrededor de 2.500 personas.

Somos un consorcio público que, sin embargo, trabaja con instrumentos de gestión, sistemas de información y sistemas de contratación y de compra que bien pueden ser públicos o privados, por lo tanto, lo mejor es afirmar que tenemos instrumentos de gestión reales y adecuados para tomar decisiones. En el marco de un plan estratégico, el consorcio montó una estrategia de ocho años en que, a partir de un nivel bastante coordinado de servicios, se decidió por una estrategia a muy largo plazo (2004-2010) para generar una organización sanitaria integrada con la cual se abordaron todos los flancos: se integró toda la red y todos los centros sanitarios de nuestro territorio que prestaban atención pública se integraron en forma amistosa.

La aceptación de todas las instituciones se dio gracias a que la propuesta se planteó de manera muy factible, pero, además, porque los be-

neficios mutuos eran evidentes. Un caso basta como ejemplo: el de un centro de salud mental dependiente de un municipio y que quedaba excluido del marco sanitario. Ante nuestra llegada, al principio manifestaron temor para entrar a conformar la red; su gerente y empleados pensaban que ello significaría su potencial despido; sin embargo, al poco tiempo se logró generar la confianza necesaria y la alianza con ellos comenzó a rodar.

Se planteó un organigrama interesante, se desarrollaron los sistemas de información y empezamos un trabajo intenso que continúa actualmente, con el que se ha priorizado la interrelación profesional, lo que al final posibilita la coordinación y la buena gestión. Hemos abierto procesos de cooperación y, en estos ocho años, hemos ido llenando de piezas todo el dispositivo, incluyendo el cambio del modelo asistencial, porque la realidad es distinta de la teoría y generalmente la desborda; de ahí que estemos ayudando a que el personal clínico cambie su manera de abordar la atención, marchando hacia una atención por procesos adelantados por equipos multidisciplinarios.

El logro más importante hasta el momento es que se ha generado la cultura de cambio: estamos buscando alternativas a la hospitalización; cada vez, necesitamos menos hospitalización de agudos, y hacemos todo un despliegue del área de investigaciones. Después de analizar muchísimas clasificaciones de sistemas de integración y coordinación, quedamos convencidos de que para integrar tienen que hacerse programas de autocoordinación, potenciar la distribución del primer nivel, hacer cambios en el modelo hospitalario y mejorar la continuidad.

Otro elemento que tuvimos claro es que un centro sanitario no funciona si la gente no está a gusto y motivada, y para lograrlo, montamos toda una batería de apoyo a la gente. Al cabo de años de funcionamiento del consorcio, se hizo

una encuesta en la que participó el 60 por ciento de nuestros profesionales, y resultó que ellos sí estaban motivados.

El mensaje final, basado en nuestra experiencia, es que cuando decidimos darle un uso masivo a la alianza estratégica hace ocho años —sin el visto bueno de todos porque había municipios con rivalidades políticas, y muchos eran escépticos—, ahora, después de cientos de experiencias de coordinación horizontal y vertical, se ha generado una cultura de la alianza en mucho niveles, incluso los asistenciales; es así como muchos funcionarios clínicos, cuando proponen una nueva técnica asistencial, ya han hablado con su hospital vecino para coordinar la adopción de esa técnica, y ese fenómeno se da porque saben que, de lo contrario, no tendrán el suficiente número de casos.

El resultado general es muy productivo y difícil de gestionar; las redes son un tema de relaciones y con costes de todo tipo, pero valen la pena. Nosotros hemos fusionado dos grandes servicios de oncología, cada uno con 500 camas. Fusionamos dos macrolaboratorios con un hospital vecino y pasamos de los siete millones de determinaciones a los nueve millones, en una sola ubicación física, con dos laboratorios de urgencias. Si bien en este caso, en particular, hay que decir que los dos primeros años fue más caro el servicio —porque este tipo de actuaciones no sirven a corto plazo—, al llegar al cuarto año, los costes de los laboratorios han bajado y, en poco tiempo, el ahorro acumulado será altísimo. Este es un solo ejemplo de los posibles buenos resultados en factores como el económico, porque los que son asistenciales y para el bienestar de la población, ya los he enumerado.

## Análisis del programa Salud a la Familia, experiencia de nación en Brasil

### Analysis of the Family Health Program, an experience on nation in Brazil

Felix Rigoli \*  
Renato Tasca\*\*

*Teleconferencia dictada en el seminario La Atención Primaria en un modelo de aseguramiento, realizado en la ciudad de Medellín, Colombia, el 1 de junio de 2011 y organizado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.*

#### RESUMEN

Desde que la conferencia mundial de Alma Ata promulgó el mandato de Salud para Todos, la adopción de la atención primaria en salud (APS) como estrategia para desarrollar programas encaminados a acercar los programas sanitarios a la población han sido tan variada como cuestionada su efectividad. La mayoría de las acciones basadas en APS en Latinoamérica han tenido como eje territorios restringidos, lo cual, a pesar de los buenos resultados alcanzados en muchas oportunidades, facilita que los logros a través de la aplicación de la estrategia se consideren como pequeños éxitos locales. Brasil, el país más grande del subcontinente, decidió implementar desde 1998, con toda la fuerza que le permitía el cambio en la dirección política del Estado, el programa Salud a la Familia, basado en la aplicación absoluta del más puro concepto de lo que se define como atención primaria en salud. Después de trece años de aplicación, los resultados tangibles han comenzado a ser observados como un ejemplo por la comunidad académica.

#### PALABRAS CLAVE

Estrategia, atención primaria en salud, equipos de salud.

#### ABSTRACT

Since the Alma Ata Conference established the goal of Health for All, the adoption of Primary Health Care (PHC) as a strategy for the developing of programs aimed to make sanitary programs friendly for the general population became diverse and also criticized in terms of its effectiveness. Most actions based on phc in Latin America have been focused on restricted geographical areas and thus their success achieved through the strategies applied can be considered as limited local results. Since 1998 Brazil, the major country in the sub-continental area, courageously decided to implement its Family Health Program based on the changes on its political direction of the State absolutely applying the purest concept of what is defined as primary health care. After 13 years of application, tangible results have begun to be considered by the academic community.

#### KEY WORDS

Strategy, primary health care, health teams.

## INTRODUCCIÓN

Hace ya trece años que en Brasil el gobierno decidió hacer un esfuerzo serio de extensión de la atención primaria en salud para todo el país. Para este país, con varios millones de kilómetros cuadrados de extensión y una diversidad muy grande en todos los aspectos, representa por lo tanto un esfuerzo muy difícil extender la atención primera en salud a todo el territorio, por la inexistencia de facilidades de desplazamiento a todos los lugares. Pero es un esfuerzo al mismo tiempo imprescindible, porque tampoco hay posibilidades —ni en Brasil, ni en Colombia, ni en Canadá, ni en muchos otros países— para extender la prestación de los servicios de salud con base en un modelo centrado en los hospitales o, incluso, en un modelo de otro tipo.

El proceso adelantado en Brasil, iniciado en 1998, se ha denominado Estrategia de Salud de la Familia, que puede definirse como un conjunto de directivas y estímulos financieros acompañados de normas técnicas, cuyo objetivo consiste en aumentar la cobertura de servicios de atención a la salud con una estrategia basada en las comunidades y en los grupos familiares. Para ello, se conformaron equipos de salud de la familia constituidos por un médico, una enfermera, dos auxiliares técnicos y seis agentes comunitarios de salud, pero esta proporción de los miembros no es inamovible.

Brasil ha realizado un esfuerzo desde 1998 hasta el 2011 para conformar unos 33.000 equipos de salud de la familia que hoy cubren 52,6% de la población y casi 95% de los municipios del país. Cubrir el 55% de la población, de un total de 190 millones de habitantes que tiene Brasil, es hablar de alrededor de 100 millones de personas cubiertas; y tener el modelo implementado en el 95% de los municipios de un total de 5.500 quiere decir que 5.300 tiene programas de atención a la familia.

El programa opera bajo la forma de una sociedad efectuada entre el gobierno federal, los estados y los municipios, donde nada funciona como programa descentralizado. El gobierno federal y el Ministerio de la Salud pasan a los estados y a los municipios un incentivo financiero, de acuerdo con la cantidad de población de cada localidad, para que instalen los equipos de salud y los mantengan. En un país como Brasil, donde de los 5.500 municipios hay entre 3.000 y 4.000 con menos de 10.000 habitantes, este estímulo financiero es la gran herramienta que permite que estos municipios pequeños monten sus equipos de salud; incluso, la única acción de salud que tienen muchas de estas localidades es la que adelantan los equipos de salud de la familia, y aun así con muchas dificultades, ante todo en lo relacionado con la retención de los profesionales de la salud.

Hoy, el programa de Salud a la Familia, sobre todo por el tamaño, ha sido objeto de varias evaluaciones en distintos países. A modo de ejemplo, vale la pena observar algunas evaluaciones publicadas en la literatura internacional, que muestran como está hoy el programa Salud a la Familia.

En el editorial de finales del 2010 del British Medical Journal, Matthew Harris y Andy Haines señalan que el programa está calificado como el ejemplo más impresionante de un sistema de atención primaria en salud que ha aumentado rápidamente de tamaño, al tiempo que costo-efectivo y al mismo tiempo integral; así que no solamente se limita a un pequeño grupo de intervenciones encargado de vacunas, intervenciones menores y prevención, sino que ofrece prevención, promoción y atención a la salud. Esta evaluación resulta interesante porque revisó el conjunto del programa y no solamente los efectos en pequeñas zonas, sino en el conjunto del país.

\* Consultor de la Organización Panamericana de la Salud en Brasil

\*\* Consultor de la Organización Panamericana de la Salud en servicios de salud para Brasil

Algunas de las evidencias disponibles —y que son las más importantes en estos momentos, como la realizada por James Macinko en el *Journal of Epidemiology and Community Health* en enero del 2006, así como otras investigaciones— mostraron que el programa de Salud a la Familia reduce la existencia —y se asocia como causa— con la reducción de la mortalidad infantil. Cada aumento de 10% de cobertura logrado por el programa Salud a la Familia está asociado con una disminución en 4,6 % de la mortalidad infantil, controlando otros determinantes de la salud; es decir, que algunos estudios bien diseñados muestran cómo más salud en la familia representa impactos en la salud. Desde la salud pública, siempre estamos tratando de encontrar este tipo de determinaciones sobre apoyos a nuestras políticas, es decir, cuánto vamos a conseguir realmente en el mejoramiento de la salud con distintos programas y distintos servicios; y en el caso de Salud a la Familia parece haber una relación positiva y directa entre el aumento de la cobertura con uno de los indicadores, que es el de la mortalidad infantil.

Un punto que en la discusión política sobre la atención primaria está siempre presente es: ¿vamos a mejorar realmente la costo-efectividad en los servicios de salud con la atención primaria? Un estudio de James Macinko muestra que al analizar el periodo entre 1999 y el 2007, las hospitalizaciones en Brasil originadas por enfermedades que son sensibles a la atención primaria —por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, asma— cayeron a una tasa que era estadísticamente significativa y más o menos el doble de lo que representaban las hospitalizaciones por todas las demás causas; es decir, que durante los años de desarrollo y crecimiento del programa Salud a la Familia, parece que se produce un efecto en el conjunto de hospitalizaciones en aquellas enfermedades que son sensibles a la mejoría con atención primaria. Podemos predecir que un desarrollo de la atención primaria tendrá impacto en la reducción en el mediano plazo de las necesidades de

hospitalización de los miembros de las comunidades sobre las cuales se aplica la estrategia. Se ha visto en otros países que el comienzo de una estrategia sería y universal de atención primaria en salud trae inicialmente un aumento de estas condiciones. La razón estriba en que se da acceso a la atención en los servicios de salud a unas personas que hasta ese momento no la tenían.

Otro estudio reciente, de marzo del 2011, realizado por Dourado, muestra que en lo que se denomina condiciones sensibles a la atención primaria en salud, las internaciones hospitalarias de esas condiciones sensibles cayeron 24 %, con una rapidez de más de dos veces y media que la de la disminución de las hospitalizaciones originadas por otras condiciones; e, incluso, que por todas las demás condiciones. Este resultado reafirma lo que decía el estudio de Macinko, el cual es un estudio más detallado que analiza cuáles son las condiciones que pueden ser sensibles a las intervenciones de las acciones de la atención primaria en salud, y que muestra cómo bajaron en 24 % durante el tiempo en el cual el programa Salud a la Familia se viene desarrollando en Brasil.

Los efectos del programa Salud a la Familia en Brasil no solamente se sienten en la atención médica o en la reducción de la mortalidad infantil, sino que también hay una evidencia consistente en reducciones de la mortalidad a través de todas las distribuciones etáreas, aunque más de la mortalidad en edades tempranas; pero también tiene efectos en asuntos relacionados con el trabajo infantil, la escolaridad, el empleo de adultos y la fertilidad; es decir, el programa de Salud a la Familia actúa también de forma combinada con un programa de transferencias condicionadas de ingresos, y actúa en apoyo de una transformación de los procesos sociales en relación con el trabajo infantil, el empleo de adultos, la fertilidad y la misma escolaridad. Estos resultados están en concordancia con lo declarado por la asamblea de la Organización Mundial de la Salud, en el sentido de que hay algunas buenas

ideas que se han difundido (como por ejemplo, que es bueno vacunarse o que es bueno que los niños vayan a la escuela). Igualmente, con el programa adelantado en Brasil hay que afirmar que es bueno que haya nuevas pautas en relación con la fertilidad, y también parecería que el programa de Salud a la Familia demuestra, con estos estudios, que ha tenido impacto en el propósito de cambiar este otro tipo de comportamientos, tanto en las familias como de los hogares en su conjunto.

Mencionar estos ejemplos tiene como propósito mostrar cómo actualmente en Brasil el programa de Salud a la Familia y la estrategia de atención primaria han sido objeto de algunas discusiones públicas, originadas incluso por su propio éxito: después de nueve años de progreso, tanto del país en su situación socioeconómica como del programa Salud a la Familia, existen personas en el sector salud que piensan que ya con esto basta y que quizá no vale la pena mantenerlo. De ahí que sea muy importante evaluar cuál será el futuro de Salud a la Familia en materia de extensión válida, es decir, cuánto más esfuerzo y dinero vale la pena invertir para conseguir más resultados. Esto se compara con la necesidad de realizar inversiones en otras áreas, así como la atención hospitalaria, la atención de urgencias, los sistemas de especialistas, los procedimientos de alta tecnología y todos los que compiten por los mismos recursos.

Esta experiencia, que también se ha visto en otros países de América latina, como Paraguay o Chile, establece que un sistema universal solo se desarrolla con un sistema de atención primaria fuerte, extendido y fortalecido, pero, al mismo tiempo, la evidencia también muestra que no hay nada más importante que fortalecer la idea de una red de atención. De ahí que la actual prioridad en Brasil sea cómo juntar las redes de atención a la salud con las redes de atención primaria en salud.

A finales del 2010, una resolución tripartita entre el gobierno federal, el gobierno estatal y de

los gobiernos municipales estableció que una prioridad nacional es la integración de las redes de atención con la atención primaria en salud, y definió las directivas generales de las redes de atención en salud, al tiempo que creó la idea de que los programas de interés prioritarios para el país deben basarse en las redes integradas de atención de la salud. En las redes de emergencias, de salud materna, de salud mental, de combate a las drogas y otros programas que son prioritarios, la idea central es cómo se integran en redes de atención para que no se desarrolle una prioridad formando programas verticales, sino que se creen lo que en Brasil se ha denominado procesos intermediarios, en los que, por ejemplo, si es necesario establecer programas de combate a la drogadicción o de maternidad segura, estos tienen que estar integrados dentro del sistema de atención primaria, el sistema de urgencias y el sistema hospitalario, todo integrado en una red que tenga procedimientos comunes para todos.

La conclusión que puede derivarse en este momento es que no es posible alcanzar el desarrollo de estos sistemas sin una aplicación de la atención primaria en salud fortalecida. Recientemente, en una visita a Paraguay, donde Brasil realiza una labor de apoyo al desarrollo de la estrategia de salud primaria, frente a problemáticas como la epidemia de dengue y el consumo de crack, funciona mejor la vigilancia epidemiológica cuando existe una red de atención primaria en salud. En este momento es evidente que la situación de salud del país mejoró, así como la cobertura; hay 100 millones de personas cubiertas por el programa y hay que fortalecerlo antes de pensar que es suficiente con lo alcanzado, y se quiera pasar a otro asunto. La atención primaria es buena, alcanza resultados tanto en la parte epidemiológica como en la parte de los servicios de salud, así como en el costo-eficiencia, pero los programas verticales y prioritarios tienen que integrarse dentro de una red basada en la atención primaria.

## Redes integradas de servicios de salud: gran reto en la reforma a la seguridad social en salud

### Integrated health networks: big challenge in the reform of the social security health system

Marta Cecilia Ramírez O. \*

#### RESUMEN

Después de establecer los parámetros legislativos que le dieron vida al actual sistema de salud colombiano, han sido varias las reformas que desde el Congreso de la República se han emprendido con el fin de corregir desviaciones operativas y fallencias detectadas durante los 17 años de vigencia de la Ley 100 de 1993. La anterior reforma, conocida como la Ley 1122, generó más frustraciones que resultados efectivos, y con el paso de los años el sistema general de seguridad social en salud evidenció un nivel de crisis que condujo, a finales del 2009, a la declaratoria de un estado de emergencia con el fin de alivianar los desequilibrios financieros entre los diferentes actores del sector. Sin embargo, las medidas que la rama ejecutiva tomó al amparo de la emergencia produjeron la mayor reacción de masas que haya visto el país en los últimos años. Millones de personas llenaron las calles protestando contra todos los decretos y resoluciones que el gobierno expedía, y que en la misma medida tuvo que ir derogando hasta que la Corte Constitucional derogó la emergencia misma, quitando el piso jurídico de todas las disposiciones que se suponía corregirían el rumbo del sector salud. En ese panorama, le correspondió al Congreso de la República retomar nuevamente un camino reformista que concluyó con la expedición de la Ley 1438 de 2011, que establece dentro de su articulado la conformación de las redes integradas de salud como modelo organizativo de los prestadores.

#### PALABRAS CLAVE

Cobertura universal, portabilidad, integralidad.

#### ABSTRACT

There has been several reforms that the Congress of the Republic of Colombia have enacted after the establishment of the legal parameters supporting the current Colombian health system. Those reforms have been aimed to mend the operational deviations and deficiencies identified during the 17 years since the enactment of the Law 100 of 1993. The precedent reform known as the Law 1122 produced more frustrations than positive results so the system passed through a crisis that finally justified the declaration of a state of emergency at the end of 2009. The purpose of such a state was to relieve the lack of balance among the different actors involved in the health scenario. Nevertheless, those measures taken by the government supported on the emergency encouraged the major reaction of the masses ever seen in the country. Millions of people crowded the streets protesting against all the decrees and resolutions enacted by the government, so they had to be abolished until the Constitutional Court also revoked the emergency, thus removing the legal support for all those regulations supposedly aimed to correct the direction of the health system. In this scenario, the Congress got back to a reformist way that ended in the enactment of the Law 1438 of 2011 establishing the creation of integrated health networks as an organizational model for health service providers.

#### KEY WORDS

universal coverage, portability, integrality

## INTRODUCCIÓN

Si la expectativa que actualmente tienen los prestadores de servicios de salud en Colombia es sacar adelante las redes integradas de servicios de salud (RISS), la lucha apenas ha comenzado; y hay que señalar que no estamos en un buen terreno para ello. La propuesta de plantear desde una ley la conformación de las RISS en el país surge desde la inquietud presente en la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia (Aesa) y en la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (Cohan). Ambas entidades, de modo conjunto y de la mano de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), fueron consolidando la iniciativa en el trabajo mancomunado en la Mesa Antioquia, la reunión de entidades y personas civiles que se han preocupado por el mejoramiento del sistema de salud colombiano como una expresión de participación social.

Al presentar la iniciativa ante el Congreso de la República, se presentó una confrontación entre los ponentes de la Ley 1438 porque ni siquiera el Ministerio de la Protección Social estaba pensando en el tema de redes. Esa era la causa principal para que la reglamentación del tema, una vez aprobada la ley, hubiera avanzado poco, aunque se señale que en el Ministerio se tiene toda la expectativa para avanzar de la mano de la OPS, organismo del que además esperan que forme parte de una mesa de trabajo permanente para abordar las RISS.

Infortunadamente, son las crisis las que nos mueven a actuar y a emprender iniciativas. Recuerdo que en quince años de gerencia hospitalaria, cada vez que Cohan realizaba su asamblea general, el doctor Fernando Medina decía: “El año que viene se cierran los hospitales”. Y siempre hemos escuchado que los hospitales se encuentran en crisis, que el sistema está crisis, y ahora, con la expedición de la Ley 1438, escu-

chamos que no todos quedaron satisfechos con la reforma. Reconozco que efectivamente hay elementos y situaciones que es necesario intervenir y que desde el legislativo no se intervinieron, pero en condiciones como esas las crisis son bienvenidas porque son las que nos hacen tomar decisiones y movernos en otras direcciones, explorando e innovando.

Las redes integradas de servicios de salud son un reto muy grande dentro de la reforma del sistema de salud, aunque así no lo haya considerado el gobierno nacional, situación que se demuestra al observar que el Ministerio de la Protección Social no tenía previsto incluir el tema dentro del proceso legislativo; también se puede comprobar al revisar los primeros documentos con propuestas de reforma, que a pesar de que eran de iniciativa legislativa, el gobierno los canalizó a través de unas mesas de trabajo donde se consolidaron las propuestas para presentar finalmente los lineamientos principales.

El tema de redes surge, en cambio, desde la Mesa Antioquia, pero los componentes de cobertura universal, portabilidad y atención primaria —que conforman una promesa muy fuerte dentro de la reforma— se quedaron sin una estructura real. ¿Cómo garantizar que vamos a prestar atención en salud a todos los colombianos a partir de junio del 2013 en cualquier región del país solo con presentar la cedula de ciudadanía, y que el único sistema de identificación para acceder a la atención en salud vaya a ser la huella dactilar? Aún no se ha dimensionado el alcance de esas medidas.

La aplicación de esos componentes fundamentales de la reforma se entrelazan. Cuando se discutía en el Congreso el tema de redes, fue precisamente la portabilidad nacional uno de los principales argumentos que esgrimí en defensa

\* Médica cirujana de la Universidad de Antioquia, Congresista de la República como Representante a la Cámara

de las RISS: ¿cómo vamos a garantizar la portabilidad nacional (tema que es de interés presidencial)? ¿Cómo hacerlo si no tenemos unos servicios de salud organizados en red? Frente a la implementación de la cobertura universal, sucede igual, porque si bien el país cuenta hoy con un 94 por ciento de cobertura, esta cifra se refiere a la existencia de un carné, porque aún el acceso a los servicios de salud es muy limitado por la falta de desarrollo de la oferta y por problemas de organización de los servicios, lo que también remite al tema de las redes.

Se hablaba también en el Congreso, en el entorno de la reforma, de implementar la atención primaria en salud como modelo del sistema, y que este funcionará de manera efectiva, pero hay que reconocer que no se tenía la claridad que manejan la OMS y la OPS cuando plantean que realmente son las redes integradas de servicios de salud las que dan la estructura al desarrollo de la estrategia de atención primaria en salud.

Fue así como resultó necesario pensar en la creación de las redes, frente a estas promesas de gobierno para desarrollar una cobertura universal, la portabilidad nacional e implementar la APS, todo orientado hacia unos servicios de salud más eficientes, equitativos e integrales que tuvieran como eje central al usuario. Sin embargo, el Ministerio de la Protección Social no se mostraba tan amigo del tema, por cuanto consideraba que no se habían tenido buenas experiencias en la organización de redes, de lo cual surgía el temor de volver a fracasar. Esos fracasos deben asumirse como lecciones aprendidas que parten de una realidad. La implementación de modelos organizativos —como las redes integradas de servicios de salud— son procesos arduos, lo cual no puede negar el hecho incontrovertible de que necesitamos las RISS.

Hay que considerar que existe una opción real —o por lo menos algunas posibilidades de fra-

caso— en la organización de la prestación bajo el modelo de redes. Si Colombia no elimina la fragmentación y la segmentación de los servicios y no logra integrar todos los actores frente al enfoque que debe tener el sistema de salud, no cumpliremos la promesa de contar con servicios de salud más organizados para enfrentar y atender adecuadamente la demanda de servicios de salud que hoy tiene el país. Es muy triste, por ejemplo, que Antioquia, uno de los departamentos más organizados y con mejores servicios de salud, tenga que remitir a sus pacientes con quemaduras graves a otras regiones del país, y eso lo que significa es que las redes en Colombia se han entendido hasta ahora como un listado de instituciones y no como una forma de organizar la prestación de los servicios de salud.

Los contratiempos deben entenderse y asumirse como lecciones aprendidas que hay que recordar, y el gobierno nacional, en el ejercicio de reglamentar el futuro funcionamiento de las RISS (compromiso asignado por la Ley 1438) debe tenerlas en cuenta. Es alarmante que dentro de los cronogramas establecidos por el Ministerio de la Protección Social para adelantar la reglamentación de la ley, el tema de las redes integradas haya quedado con una de las fechas más cercanas; y eso asusta porque reglamentar el tema de las RISS conlleva muchas implicaciones en todo el sistema de salud colombiano que deberá adecuarse para comenzar a trabajar bajo un esquema de redes, pero, ante todo, por la fragmentación y segmentación que actualmente existen en el sistema, y que deben solucionarse para garantizar que el modelo de las RISS sea realmente efectivo.

Algunos requerimientos importantes para implementar las RISS, el primero de los cuales puede considerarse ya como ganancia, es que hasta hace poco el tema no obedecía a una política de Estado; y si bien aparecía mencionado en la norma, no tenía la claridad con que quedó consignado en el capítulo 2, sobre prestación de

servicios de salud de la Ley 1438, que dice expresamente que los servicios de salud dentro del sistema de seguridad social se prestarán a través de redes integradas de servicios. Esa afirmación es una declaración enfática que constituye una política, y representa ya un elemento fundamental para empezar a trabajar en esa dirección. Se requerirá un plazo largo para implementarla, al tiempo que se reforma la estructura que tenemos hoy en la prestación de los servicios, pero cuando se discute si la reforma del sistema de salud fue estructural o no, se presentan posiciones polarizadas. Es posible, sin embargo, que quienes querían una reforma estructural solamente estuvieran concentrándose en la continuidad o no el modelo de aseguramiento. Ahora bien, como la ley mantuvo el aseguramiento como eje de la financiación del sistema de salud colombiano, si de verdad el objetivo es cumplir la promesa de entregar cobertura universal, portabilidad, trabajo en redes y atención primaria, ahí realmente se configura una reforma estructural importante, pues esos elementos implican un movimiento de los procesos actuales en la atención en salud.

Un elemento clave es que en Colombia se tienen que delimitar los espacios poblacionales, y acá hay que hablar de las incoherencias que existen. Al analizar el mapa de los flujos nacionales e internacionales de población, y partiendo del hecho real de una globalización consolidada como fenómeno, se observa que ya no se puede pensar solo en Colombia, sino que hay que considerar cómo se mueve el país en las relaciones internacionales. El Plan Nacional de Desarrollo (PND) incluye un elemento de macrorregionalización que llevará a que no se conserven las mismas regiones que tradicionalmente ha considerado el país. En el caso de Antioquia, particularmente, once de sus municipios pasarían a pertenecer a la región Caribe; se propone en dicho PND que la subregión de Urabá pase a depender de la región Caribe bajo ese concepto de macrorregionalización, aunque no cambie el manejo y la dependencia de administración gu-

bernativa. En otras palabras, Urabá seguirá perteneciendo a la gobernación de Antioquia, pero, en la planeación de su desarrollo regional, los municipios urabaenses quedarán incluidos en la región Caribe; además, otros como Murindó, Mutatá, y Vigía del Fuerte quedan asignados a la región pacífica. De esta forma, a Antioquia se le quitan 15 municipios que pasan a otras regiones, y esto es muy importante porque cuando se piensa cómo se van a estructurar las RISS, tienen que combinarse esos elementos para la planeación. Sin embargo, el éxito de esta nueva división genera grandes dudas, porque el hecho de que los municipios sigan formando parte del departamento de Antioquia, y que, por lo tanto, el flujo de sus recursos continúan llegando desde la gobernación de Antioquia —pero simultáneamente sus programas de desarrollo se trasladan a la región Caribe o a la del Pacífico—, no es posible saber hasta qué punto esas nuevas regiones vayan a adoptar los municipios que se les anexarán; y más si se considera que lleguen sin el flujo financiero. Este sencillo análisis demuestra cómo continúa existiendo en el país una falta de claridad al momento de tomar decisiones y, en este caso, esa ambigüedad administrativa y de planeación acarrearán dificultades a la hora de conformar las redes integradas de servicios de salud.



Figura 1. Localización de Antioquia en los flujos nacionales e internacionales



gración entre los actores no se aborda, ¿cómo van a construirse redes integradas? Alcanzar la meta puede ser casi un imposible si se parte de la desconfianza.

Recapitulando un poco, se observa que si bien el marco legal para la conformación de las RISS lo brinda en primera instancia la Ley 1438 de 2011, el panorama sembrado muestra que los elementos fundamentales para su implementación absolutamente en todos sus componentes está pendiente de abordarse previamente. Continuando con el símil, falta abonar el terreno; de ahí que se considere que las primeras redes funcionales que han de operar apropiadamente solo se estarán conformando en un periodo de unos dos a tres años.

Una debilidad adicional —pero muy vigente— en las relaciones entre los actores del SGSSS son los sistemas de contratación, tema estructural y fundamental. Nuestro sistema se ha movido por una relación de mercado en que se compran y pagan servicios de salud; sin embargo, el curso de la relación es muy diferente según varíe la modalidad de los contratos, ya sea bajo el esquema de capitación o por evento; y ahí las EPS definen en gran medida los temas de red. Si el gobierno y el país no asumen una posición clara en torno a la contratación de los servicios de salud, nunca habrá redes, porque la relación contractual entre prestadores y las entidades responsables del pago es un factor crítico que puede interponerse en la estructuración de las RISS.

Otro elemento que debe tenerse en cuenta es que el factor de la competencia no tiene cabida dentro del concepto de RISS. La razón de ello es que en el marco de la integración en redes lo que se necesita es cooperación y no competencia. Este asunto fue ampliamente debatido en la mesa de trabajo conformada con el Ministerio de la Protección Social; allí, el argumento específico que esgrimía el ministro es que la salud

en Colombia está sometida al libre mercado; sin embargo, un contraargumento señaló que en el campo de la salud no se pueden dejar las reglas de juego al libre mercado, porque se trata de un derecho fundamental que hay que garantizarle a toda la población. Es absolutamente importante desmontar de las actuaciones y del imaginario del Ministerio de la Protección Social la idea cimentada desde hace años de asumir la salud como un tema de mercado, y que, por lo tanto, temas como las tarifas o las modalidades de contratación son intocables, porque actuar sobre ellas va en contravía de la libertad de mercado. Esa concepción debe cambiar, y sobre estos temas hay que intervenir para lograr el trabajo bajo el modelo de redes.

Si bien en el país hay un avance importante en cobertura universal y en las bases de datos de afiliados, se logró dejar consignado en la ley que en el corto plazo la población colombiana no se enfrente con ninguna diferencia si se encuentra en el régimen contributivo o en el subsidiado, dado que ambos regímenes deberán tener el mismo nivel de servicios. Esa igualación implicará que el carné no sea el de una EPS específica, sino que simplemente con validarse mediante la cedula de ciudadanía se pueda acceder a la atención. Este avance es importante y será el gobierno nacional quien cruce las cuentas y garantice la fuente de los recursos para que la población sea atendida con el mismo nivel de servicios, lo cual redundará positivamente en el tema de redes.

Son muchas las cosas que deben estructurarse; por ejemplo: los sistemas de financiación para la atención en salud hoy no tienen suficientemente identificadas sus fuentes de recursos; existe un déficit, hay dificultades para cubrir las patologías de alto costo y hay que recordar que en el proyecto de ley había un ítem importante de financiación, que finalmente no se aprobó, por lo tanto, el déficit continúa, pero un avance importante en el tema de redes sería precisamente que

en el corto tiempo no hubiera distinción entre el hecho de que la persona pertenezca al régimen contributivo o al subsidiado para acceder a la atención en salud.

Hay que mencionar que los grandes problemas financieros en los hospitales habría que llevarlos a punto cero con acciones de saneamiento de cartera, y algunos artículos que quedaron considerados en la Ley 1438 buscan que los hospitales tengan buen nivel financiero, como, por ejemplo, mediante la solución del pasivo prestacional; sin embargo, el flujo de los recursos sigue siendo muy cuestionado, no tiene un buen comportamiento y continúa generando un grave problema. Otro elemento que también hay que manejar para consolidar la implementación de las redes son los problemas gerenciales, porque definitivamente hay una gran tendencia en el país a que los servicios más rentables sean explotados por la red privada, mientras que la red pública sigue asumiendo las prestaciones en salud que no son rentables financieramente, aunque definitivamente si sean rentables socialmente, lo cual es coherente con un funcionamiento que busca el cumplimiento del derecho fundamental a la salud y al mismo servicio público.

La ausencia en el país de algunos de estos elementos fundamentales para la conformación de las RISS configura una especie de panorama gris, sin que ello pretenda generar la idea de que la conformación de redes será un imposible. Se ha logrado el primer paso que consistía en incluir el tema en la ley con una presencia de política de Estado; a partir de allí, el camino está por construirse, y Antioquia tiene una gran responsabilidad en los pasos siguientes. Debemos aprovechar la organización que el departamento ha alcanzado, así como los liderazgos desde en-

tidades como Metrosalud, Cohan y Aesa, pero lo importante es definir una ruta crítica a escala regional, local y subregional para que, a partir de los consensos logrados para establecer esa ruta, se generen hechos concretos desde la base.

Si esperamos que la reglamentación se expida o a que se emitan órdenes desde el gobierno nacional que indiquen cómo hacer las redes, quizás nos quedemos esperando mucho tiempo, porque el concepto del cual está partiendo el ministerio es que estos son procesos que requieren de mucho tiempo para implementarse; que son muy flexibles y que, por lo tanto, tienen que permitirse diferentes modalidades de redes, diversas propuestas, distintas formas de agrupación e, incluso, variedad en los modelos de atención; por lo tanto, es muy seguro que la reglamentación que se expida —que debe tener una visión para todo el país— solamente dará unos lineamientos generales, mas no particulares. La particularidad la ponen cada región, cada territorio, así que la propuesta para las regiones es pensar en la estructura que deben tener las RISS en sus territorios, pero es el momento de comenzar con trabajos regionales específicos para conformar las redes, y más cuando se sabe que las RISS son un camino muy claro y concreto hacia la eficiencia, pero que, además, hacia el objetivo de garantizarles a los usuarios algo por lo que siempre hemos luchado: salud oportuna, con calidad, con estándares de eficiencia, de modo que todos los actores estén satisfechos, no a costa del sacrificio del recurso humano en salud ni del sacrificio de la red pública hospitalaria —y mucho menos del sacrificio de los ciudadanos como excusa para compensar costos—, sino trabajando porque el usuario sea el centro del sistema pero con la satisfacción de todos los actores unidos compitiendo en eficiencia.

## Redes integradas de servicios de salud: un gran reto para Colombia

### Integrated health networks: a big challenge for Colombia

Luis Eliseo Velásquez L. \*

#### RESUMEN

La reciente Ley 1438 del 2011 ha sido ampliamente cuestionada en el país por cuanto no plantea una reforma lo suficientemente estructural del sistema de salud colombiano, por lo menos en las dimensiones que se esperaban. Sin embargo, un cambio que sí podría impactar positivamente el sistema es la adopción de las redes integradas de servicios de salud como modelo organizativo de las entidades prestadoras. El ingreso formal, dentro de un marco jurídico, de Colombia en el modelo de las RISS rompe una especie de enclaustramiento en el que venía sumido el país, de espaldas a los ejemplos seguidos en otras naciones. En estas, no solo se han adoptado las redes como modelo integrador, sino que se han seguido las recomendaciones de organismos multilaterales como la Organización Panamericana de la Salud orientadas a implementar las RISS como factor que permita adoptar la atención primaria en salud como modelo de prestación. El sistema de salud colombiano, desde 1993 con la expedición de la Ley 100, ha visto un predominio de la competencia por encima de otros conceptos más afines a un sistema sanitario, como es la cooperación. De ahí que las RISS se puedan convertir en la cuña que ayude a romper el paradigma de las últimas dos décadas.

#### PALABRAS CLAVE

territorio, fragmentación, segmentación, atención primaria en salud.

#### ABSTRACT

The recent Law 1438 of 2011 has been widely criticized in Colombia because it does not propose a sufficiently structural reform of the Colombian health system, at least in the dimensions expected. Nevertheless, a change that could really impact the system is the adoption of the integrated health networks as a model for organizations providing health services. The official entrance of Colombia in the legal framework of the integrated health networks model disrupts the isolation in which the country had been confined, in an opposite way to the examples followed by some other nations. Those countries not also have adopted the networks as a model for integration but they have also accepted the recommendations from multilateral agencies such as the Pan American Health Organization (PAHO), aimed to implement the integrated health networks as a factor allowing the adoption of primary health care as a model of service. Since the enactment of the Law 100 in 1993, Colombia's health system has been mostly characterized by competition instead of other concepts primarily related to a sanitary system such as cooperation. Hence integrated health networks may become the key factor expected to break this paradigm of the last two decades.

#### KEY WORDS

territory, fragmentation, segmentation, primary health care

## INTRODUCCIÓN

En Colombia existen grandes divergencias sobre la aplicabilidad de la Ley 1438 del 2011, norma que ha sido demandada y cuestionada porque no plantea una reforma de gran alcance que permita el tránsito hacia un sistema de salud más universal, equitativo y eficiente. Hay algunos elementos en esa normatividad, sin embargo, que podrían favorecer cambios importantes que tarde o temprano el país tiene que asumir. Uno de ellos es la adopción de las redes integradas de servicios de salud (RISS) como enfoque operacional para la prestación de servicios de salud al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sería muy importante si se concreta este paso porque, después de muchos años de estar “enclaustrado” y dando vueltas sobre sí mismo, el sistema de salud colombiano se abriría a la influencia de nuevas tendencias internacionales, presentes en la región de las Américas y en todo el mundo, que buscan que los sistemas de salud y sus servicios respondan a las necesidades y expectativas de los usuarios en un espacio poblacional y territorial delimitado. Este concepto en realidad no es nuevo, sino que está renaciendo y corresponde a un enfoque que la salud pública, como disciplina científica, ha pregonado desde hace muchos años: la salud debe abordarse de manera integral e integrada en un espacio poblacional determinado. Asimismo, todos los actores sociales e institucionales que confluyen en ese territorio tienen la obligación de cooperar y de comprometerse con el mejoramiento del estado de salud de la población que lo habita.

En estos 17 años de implementación del nuevo sistema de salud en Colombia, se ha visto cómo ha predominado el concepto de competencia entre los actores y el espíritu de supervivencia institucional encarnado en el “sálvese quien pueda”, lo que supuestamente responde al principio de eficiencia que tiene incorpora-

do el Sistema General de Seguridad Social en Salud desde su origen en 1993. En la práctica, tanto en la gestión del aseguramiento como en la prestación de servicios de salud, se ha generado una ineficiente fragmentación del sistema de salud, caracterizada por una gran segmentación poblacional, “cristalizada” por la coexistencia de diferentes regímenes de aseguramiento, lo que lleva a una “estratificación” inequitativa del derecho a la salud y del acceso a la atención en salud para los ciudadanos.

#### La fragmentación de los servicios de salud: un mal endémico en Colombia

Uno de los problemas más graves que ha tenido el sistema de salud colombiano durante estos años es la fragmentación de sus servicios, como lo percibe y lo sufre cotidianamente la población. De ahí que resulte positivo adoptar un enfoque como el de las redes integradas de servicios de salud bajo un concepto de territorio que puede tener varias escalas. Se puede tener una red integrada de servicios de salud en un territorio de mediano tamaño que abarque varios municipios de una subregión, así como en una ciudad podría existir una red en una zona urbana que cubra las necesidades de salud de unas 300.000 o 400.000 personas. En estos casos, se contaría con un espacio territorial suficiente para disponer de instituciones del sistema de salud integradas y que trabajaran cooperativamente en favor de mejorar el estado de salud de esa población.

Una microrred de servicios de salud, por otro lado, podría ser parte de una red integrada más amplia y cubrir en ese caso un espacio más pequeño, con una población de alrededor de 10.000 a 20.000 habitantes, que estuviera conformada por uno o varios prestadores de servicios de salud de tamaño pequeño, muy bien coordinados y con una delimitación geográfica

\* Médico y cirujano; magister en salud pública; especialista en epidemiología, vicedecano Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia

que podría ser la de un municipio o, incluso, un barrio de una ciudad.

Cuando se habla de RISS en un nivel más amplio se suele pensar en un ámbito subregional o intramunicipal de comuna, zona o localidad. Cada ciudad de Colombia ha adoptado una división territorial necesaria para la planeación del desarrollo local que puede ser muy útil para planear y brindar la atención de salud a la población. Este concepto, sin embargo, se ha perdido en el país porque lo que se ha priorizado es la competencia entre los aseguradores, de modo que cada uno de ellos organiza su propia red de servicios de salud con prestadores de servicios en un medio en el cual prima la contratación para garantizar supervivencia institucional. Por ello, la Ley 1438 del 2011 planteó un cambio conceptual importante, con el cual deberían comprometerse sin reservas todos los actores del sistema de salud bajo el liderazgo del gobierno nacional y de los departamentos y los municipios.

Dado que Colombia quiere por fin insertarse en esta fuerte tendencia internacional, como es la de la integración de servicios de salud en redes público-privadas, es necesario referirse a algunos ámbitos donde las RISS han venido implementándose, con el fin de observar algunos beneficios que este enfoque ha traído a esos sistemas de salud. Es importante advertir, sin embargo, que no existe ningún modelo que sea totalmente perfecto o el más adecuado, o que esté completamente consolidado.

### La experiencia latinoamericana

Países como Canadá, Brasil, Costa Rica, Chile y Cuba tienen avances relevantes en el trabajo en redes integradas de servicios de salud. En Costa Rica, por ejemplo, el modelo es fundamentalmente público y, aunque tiene muchos logros con respecto a la integración de servicios de salud, es bien sabido que esto se facilita porque solamente se requiere generar acuerdos entre

prestadores que son públicos con el organismo rector (Ministerio de Salud) y con el organismo financiador-asegurador (la Caja Costarricense del Seguro Social). Esta situación no se aplica como modelo general al caso colombiano, aunque muchas experiencias particulares de Costa Rica sí lo son, como el gran desarrollo que han tenido durante los últimos 15 años los equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS), lo cual constituye una reforma que se ha consolidado como uno de los principales referentes en América latina en términos de sistemas de salud basados en la atención prioritaria en salud (APS).

Un modelo que también puede arrojar luces para Colombia es el de Brasil. En ese país no se presenta la competencia en el aseguramiento, sino que hay un sistema único de salud que brinda servicios de salud para el 70% de la población, mientras que el 30% restante de los brasileños están cubiertos a través de medicina prepagada y privada y no utilizan gran parte de los servicios del sistema único de salud. A pesar de estas diferencias, el sistema único de salud de Brasil, cuyo financiamiento público es altamente descentralizado hacia los estados y los municipios, presenta una situación similar a la de Colombia, porque los prestadores de servicios de salud en los territorios son tanto públicos como privados. Gran parte de las instituciones del primer nivel de atención son públicas, pero la gran mayoría de los prestadores de servicios especializados y hospitalarios son privados.

En ese sentido, actualmente en Brasil se está iniciando la ejecución de un proyecto denominado Territorios de Atención Integrada en Salud, que busca un ordenamiento de las redes integradas de servicios de salud en un territorio donde confluyen prestadores públicos y privados que atienden unos lineamientos, unos planes de salud y unos objetivos sanitarios, pero que, además, siguen mecanismos comunes de coordinación y manejo de los sistemas de información, referencia y contrarreferencia, lo que garantiza

la accesibilidad y continuidad en la atención. El trabajo en red en ese territorio de atención integrada en salud se concreta a través de contratos y convenios entre el financiador público (el estado y el municipio) con los prestadores de servicios de salud públicos y privados. Esta experiencia puede calificarse como un paso adelante en la región de las Américas, donde abundan sistemas de salud muy fragmentados debido a la variedad de prestadores de servicios de salud.

Hay otros países donde se están haciendo intentos de integrar redes plurales o mixtas de servicios de salud, pero con avances que no son tan significativos, precisamente por la segmentación de sus sistemas de salud. Tal es el caso de Argentina, país en el que cerca de la mitad de la población está cubierta por la seguridad social y la otra mitad, por prestadores públicos del nivel provincial y municipal. Allí hay una escasa integración de redes mixtas de atención a escala territorial provincial, dado que los prestadores privados brindan sus servicios fundamentalmente al sistema de seguridad social, y los prestadores públicos articulan redes solo con prestadores públicos para atender principalmente a la población que no es beneficiaria de la seguridad social.

En Venezuela hay varios sistemas de salud que coexisten actualmente, con muchas dificultades para integrarlos. Existe la misión Barrio Adentro, impulsada por el gobierno nacional, a la que se suman otros prestadores públicos de servicios de salud de los estados y municipios; por otra parte, el Instituto Venezolano del Seguro Social y prestadores privados generan el mismo fenómeno de redes segmentadas en los servicios de salud. Una situación muy similar de segmentación y fragmentación de los servicios de salud se evidencia en México, Perú, Ecuador, Bolivia y otros países de la región.

### Colombia y las dificultades para un modelo de trabajo en red

En Colombia, por otro lado, las EPS han con-

formado algún tipo de red, así como los municipios, con los departamentos, han conformado cierto trabajo en red; pero se trata de redes aisladas entre sí y creadas solamente para atender el segmento de población que se tiene afiliado o al cual se le brinda cobertura en salud. Puede decirse entonces que en el país hay algunos modelos de redes de servicios de salud, pero segmentadas, y cuando se habla de RISS, ello no se refiere a redes individualizadas, sino a redes integradas y en un espacio territorial específico; por eso el concepto es diferente y de alcance mucho mayor.

En Colombia, entonces, además de la fragmentación de los prestadores de servicios de salud, existe la segmentación poblacional que generan los aseguradores, dado que cada uno de ellos tiene diferentes poblaciones que coexisten en el mismo espacio de territorio, y fácilmente ocurre que en una misma familia hay personas afiliadas a una u otra EPS. En muchas ocasiones, la derivación para la atención de las personas por parte de las EPS se da hacia prestadores de servicios de salud ubicados en otros territorios lejanos a aquel donde vive el ciudadano. Todo esto afecta el acceso y la calidad de la prestación de los servicios de salud, así como el procesamiento y el análisis de la información de salud a escala territorial. Para una adecuada gestión de la salud pública y de los servicios de salud, es necesario contar con información en el ámbito territorial de tipo subregional y local, y eso en Colombia no existe ahora porque se manejan cifras consolidadas para municipios, grandes ciudades y departamentos.

### La atención primaria en salud: base de un modelo de atención unificado promotor de la integración de los servicios de salud

Para conformar una RISS, se requiere definir cuál ha de ser el modelo de atención para el territorio; es decir, cómo se organizarán todos los recursos de la red para garantizar una atención integral a las personas, las familias y las comunidades. En este sentido, la estrategia de

atención primaria en salud (APS) ofrece la posibilidad de garantizar un contacto permanente entre la población y el sistema de salud y la satisfacción de sus necesidades y expectativas en salud; pero, también, es el énfasis que propone la APS en la promoción de la salud lo que lleva a un cuidado integral que, además de ser asistencial y curativo, implica acciones intersectoriales por la salud y el desarrollo de políticas públicas frente a los determinantes de la salud.

En el seno del sistema de prestación de servicios de salud, la APS tendría que garantizar una mayor capacidad resolutoria en el primer nivel de atención, el trabajo en equipos interdisciplinarios a través de lo que se ha llamado en algunos países como líneas de cuidado de la salud o gestión de riesgo en salud (inapropiadamente llamados programas verticales). Por ejemplo: si se detecta en una persona el riesgo de hipertensión arterial, ella no debería consultar periódicamente como si asistiera por primera vez al servicio de salud; por el contrario, los equipos de salud deberían aplicar una serie de guías de atención integral para los problemas de salud seleccionados, guías que ya no solo operan para un hospital, sino que comienzan a utilizarse desde el domicilio y la comunidad por parte de esos equipos de salud en el primer nivel de atención. Allí se detectan los riesgos y se pueden indicar una serie de actividades de tipo educativo y preventivo para desarrollar desde el entorno familiar, impulsando el cambio de hábitos de vida y estilos de vida saludable e identificando otros factores determinantes para un trabajo colectivo de promoción de la salud. Si la persona requiere otro tipo de atención, deberá fluir por los servicios de salud de acuerdo con su necesidad, ya sea si requiere exámenes de laboratorio, un medicamento u otra atención, e incluso, la atención de otros servicios sociales, porque desde el sector salud se pueden resolver problemas; y muchos de los casos presentes en los hospitales permanecen allí varios días porque no hay en el barrio o comunidad instituciones que puedan

solucionar un problema que tiene más carácter social.

El hecho de capacitar cuidadores familiares, de acompañar a las familias con visitas cuando sea necesario y de implementar la atención domiciliaria, así como otros servicios sociales de rehabilitación o los centros de atención a la tercera edad —que parecerían no ser actividades propias del sector salud— tienen un gran impacto sobre el sistema de salud. De esta forma, el trabajo en red facilita mucho el trabajo en salud pública, ya que si los prestadores están coordinados y se brinda un primer nivel de atención para la población a través de equipos que ejercen permanentemente un cuidado integral de la salud, temas como el monitoreo de los programas de vacunación o el manejo de los sintomáticos respiratorios (que en el modelo actual cada EPS maneja en forma diferente e independiente) se tratarán de manera coordinada partiendo de un acuerdo de voluntades donde todas las actividades de salud pública sean operadas por los mismos equipos; es la red integrada la que genera precisamente esos acuerdos, ya que si un prestador de servicios de salud de alguna EPS quiere pertenecer a la red y estar acreditado dentro de ella tendrá que seguir los mismos lineamientos y las mismas guías de atención que siguen los demás integrantes de dicha red. La organización de los prestadores de servicios de salud en red integrada puede incluir centros especializados de referencia de un nivel más amplio que la red subregional o intraurbana. Se trataría entonces de redes de nivel departamental o nacional constituidas por centros de excelencia para la atención de patologías específicas o conjuntos de problemas de salud de alta complejidad. La estrategia de APS y el enfoque de redes integradas de servicios de salud favorecen que otro tipo de instituciones sociales también se integren al trabajo de salud, a través de diferentes redes de apoyo social.

En conclusión, conformar redes integradas de

servicios de salud es un proceso que requiere mucho compromiso por parte de los actores del sistema, así como gran liderazgo estatal, entendiendo ese liderazgo no necesariamente como la función de ordenar (que es lo que hay que hacer), sino para facilitar y constituirse como un árbitro justo para todos los actores y para liderar el proceso de diseño, análisis e implementación de las redes. Ahí hay un gran reto para el naciente Ministerio de Salud y para las direcciones seccionales de salud, que son los que tienen un papel fundamental porque la norma establece que dichas redes se integrarán en el ámbito del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud —de escala departamental y municipal—,

pero como se habla de un nivel de agregación de población y de prestadores más grande que el ámbito territorial y administrativo de los municipios, entonces el papel del organismo departamental en ese liderazgo del consejo territorial para agrupar a los actores en la configuración de las redes resulta evidentemente clave.

## Redes integradas de servicios de salud: oportunidad de país para mejorar la prestación de servicios de salud

### Integrated health service networks: an opportunity to improve the health service in the country

Luis Alberto Martínez S. \*

#### RESUMEN

Antioquia fue el departamento donde se impulsó la inclusión del tema de las redes integradas de servicios de salud en la discusión de la reforma del sistema de salud colombiano, que concluyó con la expedición de la Ley 1438 del 2011. Como un ejercicio pleno de participación ciudadana, representantes provenientes de distintas instituciones comenzaron a trabajar en Antioquia para que la reforma tuviera componentes que, a partir de la experiencia de 17 años de vigencia de la Ley 100 de 1993, se consideran necesarios para darle un rumbo correcto y una operación adecuada al sistema de salud colombiano. El panorama previo a la reforma del 2011 muestra una atomización en la oferta de servicios sanitarios, falta de articulación, excesiva fragmentación e incluso ineficiencia en la priorización del gasto, situación que no genera las mejores proyecciones. A ello hay que sumar además que la realidad condujo a que el principio de la libre competencia en una economía de libertad de mercado, consignado en la Ley 100 de 1993, produjera un ambiente de competencia bárbara en vez del ánimo de cooperación que debería primar en este sector, pues se supone que el fin de este es el bienestar general de la población, por encima del enriquecimiento rápido y desmedido de los actores individuales.

#### PALABRAS CLAVE

atomización, factores de riesgo, integración.

#### ABSTRACT

Antioquia was the department of Colombia where the inclusion of the integrated health service provider networks was promoted when discussing the reform of the Colombian health system, a process that concluded with the enactment of the Law 1438 of 2011. Exercising citizenship participation in a wide manner, agents from different institutions worked in Antioquia in order to provide the reform with appropriate components considered as mandatory to properly direct the health system in terms of a suitable operation. Those considerations were taken into account after the 17 years experience gathered since the enactment of the Law 100 of 1993. The scenario previous to the 2011 reform shows a dispersion of the supply of sanitary services, lack of articulation, excessive fragmentation and even inefficiency in the prioritization of spending. Such a situation does not allow to envisioning the best projections. Additionally, real conditions drove to a situation in which the principle of free competition in a free market economy (included in the Law 100) finally became into an ambience of barbarous competition instead of the cooperative spirit expected in this sector, provided the main target was to guarantee the general well-being of the population above the fast and excessive enrichment of individual actors.

#### KEY WORDS

dispersion, risk factors, integration

#### La fragmentación de los servicios de salud

La iniciativa de organizar redes integradas de servicios de salud básicamente proviene de diferentes estudios realizados en varios países y que han sido observados por la OPS, los cuales evidencian que la fragmentación de los servicios de salud en los países de América Latina y el Caribe obedece a las reformas de los sistemas de salud que se han dado en la últimas dos décadas y que han introducido una serie de actores adicionales a los prestadores de servicios de salud. Esta situación ha coincidido con procesos de descentralización de tipo administrativo en los territorios, donde se les da más empoderamiento a municipios, y otros tipos de entidades territoriales, y a las que se les confieren más responsabilidades en lo relativo a los sistemas de salud.

La combinación de estos dos factores ha traído como consecuencia una atomización de la oferta de servicios de salud, especialmente en la oferta pública. Los hospitales antes funcionaban articuladamente en el Sistema Nacional de Salud como instituciones adscritas a los departamentos, con metas y directrices emanadas del Ministerio de Salud (coordinados por los servicios seccionales de salud y estos, a su vez, por los equipos técnicos regionales). En ellos había una dirección y una política y se sabía para dónde iba el sistema de salud: había prioridades que atender y fuentes de financiación que fluían más rápido, con el denominado subsidio a la oferta que permitía que los recursos llegaran directamente a los hospitales, ya fuera pagando las nóminas de las unidades locales de salud o aportando recursos para garantizar el funcionamiento mediante auxilios departamentales y nacionales provenientes del situado fiscal.

Con la expedición de la Ley 100 de 1993, la reforma trató de “empresarizar” a los hospitales

públicos en un proceso muy apresurado; de un momento a otro amanecieron transformados en “empresas”, lo que confería otra connotación a sus principios básicos: debían ser autosuficientes, propiciando que en el seno de las instituciones se crearan gran cantidad de procesos administrativos que antes no se tenían, relacionados con la elaboración de presupuestos, negociación y contratación no solamente de su personal, sino también de proveedores de bienes y servicios, además de la contratación bajo la figura de contratistas, con unos agentes llamados empresas promotoras de salud (EPS), con las que se celebran acuerdos de voluntades para prestar unos servicios a la población afiliada.

Con estas modificaciones surgidas desde la legislación, los hospitales, usando su autonomía dejaron de depender de otras entidades administrativas, pero también se perdió la articulación con los departamentos y con el sistema de salud y, además, dejó de articularse con los otros hospitales —públicos y privados—, vacío que debería haberse llenado con el sistema de referencia y contrarreferencia, que no funciona en Colombia como lo indica la teoría.

Adicionalmente se presentó en el país un crecimiento desordenado de la oferta de prestadores de servicios de salud, que no responde a las necesidades que tienen las comunidades en sus territorios, lo que conduce a duplicidades en oferta de servicios y crea servicios ociosos que generan un panorama en el que no hay pertinencia entre la oferta existente con las necesidades requeridas de la población. A lo anterior hay que sumar otros fenómenos que se han venido agudizando, como la sobresaturación en la demanda de algunos servicios ocasionada por la falta de planificación de los servicios de salud.

\* Director Ejecutivo de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia - AESA -

### Desarticulación de actores del sistema general de seguridad social en salud

A esta fragmentación en la prestación de los servicios se suma que no hay una articulación entre los hospitales y clínicas privadas, ni entre ellos mismos, ni con las políticas del Ministerio de la Protección Social; hay desarticulación entre las diferentes entidades administradoras de los planes de beneficios, y se dejó de lado un componente muy importante: los riesgos profesionales, que quedaron bajo el dominio de aseguradoras diferentes. Estas deben gestionar unos riesgos asociados con las actividades laborales, ya sea para prevenir la accidentalidad, pero también para atender las enfermedades de origen laboral, que generan gran parte de la carga de la enfermedad de las poblaciones. Este ámbito de la atención en salud quedó sin ser articulada con el resto del sistema y, por el contrario, lleva a que los ciudadanos (convertidos gracias a la ley en simples usuarios) se enfrenten con un laberinto de instituciones llamado posiblemente Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero que no les responde adecuada e integralmente a las situaciones de salud ni a las patologías que pueden afectar a las personas y sus familias.

### Las redes integradas de servicios de salud, alternativa de solución

Como una solución a esta problemática, nace el concepto de las redes integradas de servicios de salud, que tiene cuatro objetivos básicos, de los cuales el más importante es mejorar la continuidad en la atención a través de la coordinación, mejorar la efectividad en la provisión de los servicios de salud, mejorar la eficiencia entendida como la adecuación del nivel de atención para hacerlo más eficiente y lograr economías de escala, además de evitar duplicidades y conseguir sinergias entre las instituciones, todo para mejorar el estado de salud de las personas y las familias. Este concepto se ha validado en

varios países; en Colombia se introduce con la Ley 1438 del 2011 y se justifica con respaldo de dos elementos básicos: el primero es cómo mejorar la integralidad en los servicios de salud y el segundo, cómo mejorar la eficiencia de la prestación de los servicios.

### ¿Cómo es el modelo de una red integrada de servicios de salud?

El modelo arranca definiendo cuáles son las necesidades y los factores de riesgo, pero también los factores protectores que tienen las personas y sus núcleos familiares y las comunidades en los territorios donde habitan, para que, partiendo de esta caracterización e identificación por grupos étnicos y sociales, se identifiquen las necesidades de la población, lo que, en otras palabras, equivale a definir la demanda. Posteriormente se determina la oferta, que debe iniciar por un primer nivel de atención fortalecido, en que operan equipos básicos de salud que se convierten en el articulador entre el componente de la salud pública y el componente de acción intersectorial, dado que no se puede dejar de lado que los servicios de salud son solamente uno de los determinantes sociales y económicos para atender situaciones de salud, puesto que hay otros determinantes que tienen que ver con educación, seguridad alimentaria, saneamiento básico, agua potable, recreación y cultura; y que también inciden en que una población tenga o no buenas condiciones de salud.

Bajo el modelo de las RISS, el primer nivel de atención en salud opera como articulador de todos los sectores determinantes, enlazándolos con el componente de salud pública; pero acá se plantea un nuevo factor de mejoramiento, y es que se posibilita la recuperación de un elemento fundamental que se había pedido en el sistema de salud colombiano: la planificación. Planificar una oferta de servicios debe ser una acción acorde con las necesidades de la población en un territorio, en que el primer nivel de atención

desempeña un papel determinante para ser el articulador con las demás ofertas de servicios de atenciones especializadas, y es el que articula el tipo de atenciones que requieren las persona y sus familias, los cuales se derivan hacia otros sectores de atención especializada, pero, a su vez, regresan, dotados con información, a la población en sus propios hogares para continuar con los tratamientos que hayan sido indicados.

La apuesta —y el reto más importante— de las RISS a mediano y grande plazo es no solo integrar a las instituciones prestadoras de servicios de salud en la parte asistencial, sino también en la parte administrativa, comenzando así a compartir sistemas de apoyo administrativo y apoyo clínico, sistemas de gestión del recurso humano para darle unidad y dirección a todas las personas que trabajen en las redes integradas de servicios de salud, independientemente del nodo donde lo hagan; sistemas de información únicos y para lo cual la Ley 1438 introdujo la obligatoriedad de la historia clínica electrónica única, que permitiría que las personas se movilicen por los nodos de la red y que a donde lleguen a ser atendidas, sepan cuáles procedimientos se les han hecho, los diagnósticos emitidos y las fases del tratamiento en el que se encuentran como pacientes; pero también con los sistemas de información unificados se gana transparencia con el manejo de información oportuna y adecuada para la toma de decisiones.

El modelo, tal como quedó establecido en la legislación colombiana, plantea entregar incentivos a los resultados en salud que tenga la red integrada de servicios de salud, y una normatividad acorde que facilite realmente el trabajo en red, pero que habrá que ir construyendo en el país, por cuanto el sistema, tal como venía, no estaba pensado para estructurar redes. Y es esencial, por ejemplo, modificar los parámetros del sistema obligatorio de garantía a la calidad, que en muchos de sus estándares impide brindar atención integral y adecuada a las comunidades. Las RISS tienen un sistema de gobernanza, o

de rectoría efectiva, en el cual hay una amplia participación de la comunidad y de cada uno de los nodos que participan en cada red, que incluye desde el primer nivel de atención y todos los demás prestadores de los demás niveles de atención.

### Las redes integradas de servicios de salud frente a las redes de prestadores de servicios

Es necesario acá señalar una diferencia entre redes de servicios de salud y redes integradas de servicios de salud. En el país hoy se tienen redes de prestadores de servicios de salud que, básicamente, se convirtieron en un inventario de prestadores que tienen las EPS, y que en algún momento se divulga a los afiliados para que lo consulten, pero teniendo en cuenta que muchas veces esa red que publican las EPS en la realidad no tienen una relación contractual con ellas o, aunque las tengan, no reciben los pacientes por múltiples razones jurídicas o administrativas. Un elemento adicional es que entre cada una de las IPS entregadas como referencia y donde las personas podrían ir con un problema de salud para que las atiendan, no existe un diálogo entre ellas; por el contrario, compiten por el mercado, lo que agrava la desarticulación.

Este concepto de red manejado hasta ahora en Colombia es diferente al de redes integradas de servicios de salud; la diferencia radica en el cumplimiento de unos atributos esenciales de las RISS, que se consideran en cuatro ámbitos de este enfoque: modelo asistencial, gobernanza y estrategia, organización y gestión y asignación e incentivos.

En el modelo asistencial, Colombia, a través de la Ley 1438, adaptó los atributos esenciales dictados por la OPS para las RISS, y los caracterizó como criterios determinantes obligados a ser habilitados y certificables, como son: tener una población y un territorio a cargo y tener una oferta de servicios de salud adecuada a esa población y necesidades; pero lo más importan-

te es atenerse al concepto de territorialidad, lo que implica concertar espacios territoriales en los cuales actuar, acabando así con la sinrazón que tenemos ahora, donde, por ejemplo, en Antioquia, personas afiliadas al sistema requieren atención en un municipio de alguna subregión, y no pueden ser atendidas en el hospital regional de mediana complejidad o en una clínica privada, debido a que en ese lugar no existe el contrato con los “aseguradores”, y entonces el paciente se ve obligado a trasladarse al área metropolitana de Medellín o a otra subregión del departamento, saliendo de su territorio y obviamente aumentando los costos, no solo del sistema, sino del gasto de bolsillo en salud del usuario y, muchas veces, de toda su familia.

Otro criterio determinante es tener un modelo de atención, y el planteado desde la norma es el basado en atención primaria en salud renovada, que cubre desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación, pasando incluso por los cuidados paliativos.

Un cuarto criterio determinante es tener servicios de baja complejidad fortalecidos. Allí la norma plantea dos artículos para fortalecerlos y, en ese mismo sentido, propone contar con unos mecanismos efectivos de referencia y contra-referencia que permitan hacer el tránsito entre toda la red integrada de servicios de salud.

Bajo el ámbito de gobernanza y estrategia están planteados desde la ley dos atributos fundamentales: el primero es tener una acción intersectorial efectiva que en esencia busca poner a trabajar los demás sectores de desarrollo en función de la salud y del mejoramiento de las condiciones de bienestar de las comunidades, donde el sector salud es el llamado a articular estas acciones; pero, además, se espera implementar unos esquemas de participación social amplia en que las personas y las comunidades tengan presencia y participación en la gobernanza del sistema.

En el otro ámbito de aproximación, denominada organización y gestión, existen cuatro componentes importantes que parten de una gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y logístico. Este sería un atributo también susceptible de ser habilitado, y acá entra una apuesta enorme de país para integrar la parte administrativa, financiera e incluso logística de múltiples organizaciones de salud —públicas, privadas y mixtas—. El gran reto que asumen es grande, ante el cual el gobierno nacional se ha mostrado “encartado” en su función de reglamentar, pero, a la vez, de facilitar y proponer. Hay que aclarar que las propuestas de RISS funcionan mejor donde los sistemas de salud son dirigidos directamente por el Estado, mientras que en Colombia tenemos unos agentes denominados EPS y un sistema basado en una competencia muy poco regulada que dificulta el logro de consensos entre prestadores y, mucho menos, entre “aseguradores”.

Otro atributo en este ámbito de abordaje de organización y gestión es el sistema de información único e integral, que plantea tener una información adecuada común para todos los prestadores que hagan parte de la red. Existe también un atributo de recurso humano suficiente, valorado, competente y comprometido, que obviamente tiene como elemento esencial y adicional en la realidad nacional la prohibición de que ese recurso humano, al menos el misionario, sea contratado con terceros. La intención del gobierno mostraría que lo que se busca es que ese recurso humano tenga una vinculación directa con las instituciones, generando incertidumbre con el futuro de los convenios de desempeño que tienen los hospitales públicos, ya sea con el departamento o con la nación, y que impiden expresamente vincular recurso humano y fortalecer los servicios. Un atributo adicional plasmado desde la Ley 1438 es el manejo de la red de transporte y comunicaciones, que obviamente sea parte integral de cada RISS.

Otros atributos incluidos son la necesidad de un

financiamiento adecuado y mecanismos de seguimiento y evaluación por resultados, elemento de gran importancia debido a que, si bien a cada RISS se le asigna una población, una obligación que se asume con la designación es que a dicha población se le mejoren las condiciones de salud, objetivo primordial del modelo, cuyos resultados deben ser medidos bajo parámetros de salud.

El último elemento asignado por el Congreso de la República como atributo, y que no se encuentra definido como concepto en la guía metodológica de la OPS para las RISS, es el cumplimiento de estándares de habilitación, lo que se traduce en que simultáneamente que se cumplen los doce criterios determinantes, cada uno de los nodos o IPS que hagan parte de RISS deberán habilitarse.

Todo este grupo de características definidas desde la ley marcan una enorme diferencia entre las redes de prestadores servicios de salud vigentes en el país y las futuras redes integradas de servicios de salud, pero también debe plantearse que hay que incluir un concepto de planificación en la conformación de la RISS, cuyo principal elemento es que ellas deben hacer parte del plan decenal de salud pública propuesto desde la ley. Allí se ha planteado a los entrantes mandatarios territoriales que la organización de los servicios de salud bajo el modelo de RISS debe quedar incluida dentro de los respectivos planes de desarrollo municipales y departamentales; máxime si se considera que las RISS deben trabajar coordinadamente con las entidades territoriales en el tratamiento de los determinantes, los condicionantes y los riesgos que inciden en la salud para asumir responsablemente entre todos la acción intersectorial efectiva que se plantea como un criterio determinante.

Las entidades territoriales tienen la posibilidad de recuperar la gobernanza perdida en el sistema de salud .

Adicionalmente, se requiere una acción gubernamental directa de asistencia técnica y financiera que estimule el desarrollo de las RISS, por cuanto los actores solos —en este caso las IPS— podrán hacer muy poco considerando sus capacidades frente al conjunto de aspectos relacionados con el mantenimiento y mejoramiento de la salud de las poblaciones. Sin embargo, si se considera que el tema se encuentra bajo la competencia de los municipios, los departamentos, los distritos y la nación, en compañía de las EPS en el marco de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, de la conformación de las redes y el fomento de su articulación se desprende como consecuencia que el ente territorial, especialmente el de carácter departamental, debe ejercer una acción gubernamental directa en aspectos técnicos y financieros para la conformación de las RISS.

Dadas las condiciones actuales del sistema de salud colombiano, es evidente que se requieren cambios sistémicos amplios que no se limiten a intervenciones aisladas y puntuales. Se necesitan planes a mediano y largo plazo para madurar las RISS y poder trabajar no solo en la parte técnica de su diseño, sino también en el componente político para facilitar la unión de los diferentes prestadores de diversos territorios, facilitando el encuentro entre IPS públicas y privadas y, obviamente, conservando el concepto y definición de la territorialidad para las redes integradas de servicios de salud. Es necesario entonces avanzar para lograr estos cambios con unas reformas que permitan aproximaciones sucesivas que incluyan temas como el de los equipos básicos de Salud.

### Equipos básicos de salud

Este es un componente esencial del trabajo en atención primaria en salud. Lo primero que hay que señalar es que las RISS son la principal herramienta que hace operativa y tangible este tipo de atención, brindándole el enfoque familiar y comunitario.

Los equipos básicos de salud se entienden como un desarrollo avanzado del médico de cabecera —el antiguo médico de familia— y se convierten en proveedores permanentes de las familias. Son equipos que deben ser multidisciplinarios e intersectoriales: multidisciplinarios por cuanto son varias las disciplinas profesionales, técnicas y auxiliares que los conforman y que se deben construir de acuerdo con las necesidades que tengan las personas, las familias y las comunidades; de ahí que de una región a otra el equipo básico de salud esté conformado de manera diferente. Para la zona de Urabá, es posible que se requiera incluir el trabajo de un epidemiólogo; alguien que maneje el control de vectores, que haga promoción y tratamiento específico para leishmaniasis, situación que no se presentará en otras zonas; puede ser que en una comuna de Medellín se necesite la presencia en los equipos de sociólogos y sicólogos para trabajar la problemática social de la violencia, pero que en otras partes se requiera la participación de agrónomos, dependiendo de la región donde opere el equipo básico de salud. Pero lo importante es resaltar que siempre deberá primar el principio de resolución de las necesidades de la comunidad.

Estos equipos básicos deben ser cercanos a las personas y sus familias, tener una población a cargo definida y deben trabajar en el primer nivel de atención cumpliendo la función de ser el primer contacto de las personas con el sistema de salud y, específicamente, con la red integrada de servicios de salud asignada para cada zona territorial. Es necesario establecer que esos equipos deben contar con un vínculo, una filiación, con los grupos familiares a los cuales intervendrá; por eso hay que desarrollar un concepto necesario para ordenar las labores de prestación de servicios de salud: la adscripción, consistente en que la red tenga a su cargo una población definida cuyos integrantes individuales y colectivos estén identificados y asignados a su responsabilidad; es en esa esfera donde el

primer y principal contacto de esa población se da con el equipo básico de salud que tendría a su cargo un número importante de familias; número que dependerá de la capacidad operativa del equipo y de la dispersión geográfica de los lugares de residencia de las familias.

#### **Algunas características de las redes integradas de servicios de salud**

La principal característica de las redes integradas de servicios de salud es que el modelo busca que funcione un sistema en el cual las personas pueden acceder a una red y no a servicios aislados, siempre bajo la estrategia de APS, en la que distintos componentes actúen en función de las necesidades de las personas y, obviamente, los componentes de la red son instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, organizadas por niveles de atención y localizadas bajo criterios de necesidad territorial.

#### **El gran reto: pasar de la competencia entre prestadores a la solidaridad la complementariedad y la cooperación.**

El país afrontará un gran reto: ¿cómo pasar de tener IPS públicas y privadas basadas en la competencia entre sí a tener unas redes integradas de servicios de salud, en que las IPS que trabajen coordinadamente, públicas y privadas, cooperen entre sí y trabajen solidariamente en pro de satisfacer las necesidades en salud de las personas? Este es el gran interrogante: como acabar con esa competencia y pasar a la cooperación. Para lograrlo, habrá que ordenar los servicios existentes, redistribuir flujos y permitir un mejor acceso a los pacientes. No es concebible que ahora, en cualquiera de nuestros municipios o incluso en las grandes ciudades, una persona no pueda ir a la IPS más cercana a su lugar de residencia porque esa institución no está contratada por la “aseguradora” que ejerce la intermediación. Eso no tiene ningún sentido; y ahí es donde el actual sistema de salud colombiano

riñe con el modelo de las RISS, que deben estar organizadas de acuerdo con las necesidades de la población para brindar atención en el lugar más cercano al sitio de residencia.

Sin embargo, es posible que algunos prestadores de servicios de salud no quieran integrarse definitivamente a una red; y frente a esta posibilidad, la propuesta más realista es revisar el modelo chileno de los hospitales autogestionados en red, los cuales, si bien no forman parte de la RISS, esta les puede comprar solamente unos servicios específicos a esos hospitales muy especializados.

#### **La integración y la habilitación de una red integrada de servicios de salud es un proceso y no una meta**

Para lograr una implementación adecuada de las RISS, debe partirse de que la habilitación propuesta de los criterios determinantes se haga de manera gradual e incluso efectuar unos ejercicios demostrativos en el país. El éxito de la RISS se asocia con la gradualidad de su implementación: hay que darles estabilidad a las políticas y emprender esfuerzos de largo plazo. Las RISS no pueden verse como una opción cortoplacista, y deben conformar procesos participativos que incluyan a todas las partes interesadas; obviamente, se requiere una secuencia lógica para la implementación. Se ha propuesto entonces un ejercicio de cómo hacerlo con habilitaciones graduales y progresivas de cada uno de los criterios determinantes, con una exigencia de cumplimiento en una escala que abarque los grados de incipiente, moderado y alto, hasta que se cumpla a cabalidad.

#### **¿Cómo hacerlo?**

Se plantean un componente técnico y otro político; en el aspecto técnico es necesario realizar estudios demográficos y epidemiológicos dentro de los territorios, bajo una población propuesta

entre 300.000 y 400.000 personas, número que más consenso genera en el ámbito internacional y en el que una red integrada de servicios de salud puede ser eficiente para determinar la demanda. Posteriormente, debe procederse con una descripción de la red de servicios que exista en ese momento, y con ese elemento se determina la oferta para posteriormente comparar lo que se tiene y lo que realmente se requiere, según las necesidades identificadas en la región. La información obtenida permite observar la existencia de brechas que deben solucionarse a través de la realización de planes de mejoramiento que permitan ajustar la oferta a esa demanda, y que se prioricen unas líneas de intervención para ejecutar en orden de importancia según la disponibilidad de recursos.

Esa primera parte técnica resulta paralela, respaldada por actuaciones de tipo político que parten de incluir el concepto de planificación y de conformación de redes integradas de servicios de salud en los planes de desarrollo municipales y departamentales, como un elemento estratégico para mejorar la equidad en el acceso a los servicios de salud. Para lograr esto, es necesario adelantar un proceso de sensibilización de los actores políticos, sociales y sectoriales para que entiendan el modelo y todos se pongan de acuerdo en el interés en trabajar en beneficio de las necesidades de la comunidad y no en función de las necesidades de los establecimientos o de las instituciones, como sucede ahora.

Adicionalmente, es importante adelantar estudios de prefactibilidad para la conformación de cada RISS en cada subregión, que ha de acompañarse de un proceso de concertación paulatina para la conformación de las redes que, en el caso de Antioquia (pero igualmente puede suceder en todo el país), pueden tratarse de unas RISS subregionales que partan del liderazgo de los entes departamentales, especialmente de las dependencias de salud y planeación.

## Recursos humanos para la aplicación de la Ley 1438 del 2010: ¿qué competencias debe tener?

### Human resources for the application of the Law 1438 of 2010: which competences should it have?

Marco Aurelio Sosa Giraldo \*  
Águeda Lucía Valencia Deossa \*\*

#### RESUMEN

Los constantes cambios legislativos y la permanente expedición de nuevas normas para el sector de la salud en Colombia no solamente han prescindiendo para su estudio previo del talento humano que labora en el sector, sino que además lo enfrentan a dificultades y limitaciones para aplicar reformas que pueden ser bien intencionadas, pero que desconocen la verdadera capacidad decisoria de los profesionales de la salud anteponiéndoles un obstáculo importante para su adecuada implementación. La creación de las RISS dentro del modelo de salud colombiano busca favorecer la capacidad resolutive del sistema, pero la aplicación de estrategias como la de atención primaria en salud (APS), íntimamente enlazada con las redes de servicios integrados, requiere de profesionales con competencias y habilidades específicas que puedan implementar realmente lo consignado en la ley. La formación del recurso humano enfocado en el modelo de APS y de RISS no puede obedecer a una visión reduccionista de preparación para la aplicación de programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud que, aunque son fundamentales, no son los únicos componentes que deben considerarse si lo que se pretende es alcanzar un modelo realmente efectivo.

#### PALABRAS CLAVE

universalidad, igualdad, niveles de complejidad.

#### ABSTRACT

The constant legislative changes and the permanent enactment of new standards for the health sector in Colombia not only have disregarded the human talent working in this sector for their previous study, but have also forced that talent to face difficulties and limitations to apply well-intentioned reforms, eluding the true capacity of those health professionals to make decisions and imposing a protruding obstacle for its proper implementation. The creation of the integrated health service providers in the context of the Colombian health system is aimed to favor the resolute capacity of the system, but the application of strategies such as the primary health care (which is closely linked to the integrated service networks) requires competent professionals with specific expertise who can really implement what the law states. The formation of a human resource focused on the model of primary health care and integrated health service networks cannot respond to a reductive point of view in terms of the application of preventive programs for the prevention of disease and for health promotion. Despite these are fundamental programs, they are not the unique components that should be considered when a really effective model is desired.

#### KEY WORDS

universality, equality, levels of complexity

\* Médico, especialista en administración de servicios de salud. Master en salud pública. Fellow en educación e investigación en medicina. Falmer. Jefe departamento de salud pública fundación universitaria San Martín.

\*\* Enfermera magister en salud colectiva. Coordinadora del programa alianzas por la salud de la fundación universitaria San Martín.

## INTRODUCCIÓN

Los cambios legislativos frecuentes que existen en el sistema de aseguramiento en salud colombiano son, en muchos casos, más que una solución, una nueva dificultad para lograr la cobertura universal de servicios de salud que se planteó en la original Ley 100 de 1993 y como mandato global en el compromiso de salud para todos en el año 2000.

Una de las grandes dificultades se presenta en el simple hecho de que hoy todas las leyes dirigidas a este asunto están vigentes y, en muchos casos, resultan contradictorias. En el aspecto de la prestación de servicios de salud y del papel que ocupan los trabajadores asistenciales del sector, se identifican algunas dificultades o limitaciones para la aplicación de la nueva reforma, relacionadas con los procesos de habilitación-acreditación, vinculación laboral y capacidad resolutive, entre otros.

En este último caso, la capacidad resolutive puede definirse tanto para el sistema como para las instituciones y para las personas. Para nadie es un secreto que la capacidad resolutive del sistema tiene que ver con el logro de metas en salud, como las incluidas en los objetivos del milenio o mucho antes, en los compromisos de Alma Ata, Ottawa y subsiguientes compromisos multinacionales, de los cuales Colombia ha participado. Parte de la capacidad resolutive se traslada a las organizaciones cuando se las clasifica según niveles de atención o de complejidad (según sea la mirada) y se la articula en una red de servicios de salud. En estos casos, se espera que las organizaciones estén en capacidad de ofrecer un portafolio de servicios en condiciones de calidad, pertinencia, eficiencia, efectividad y eficacia que les permita atender un determinado número de usuarios mejorando las condiciones y la situación de salud, según les corresponda. Al mismo tiempo, tienen la capa-

cidad de derivar sus pacientes a otros niveles de atención acordes con sus propias necesidades y la oferta existente. Por último, puede verse la capacidad resolutive del recurso humano en salud, asociado a su profesión y profesionalismo.

Esta lógica era la que estaba determinada para el sistema de salud colombiano basado en redes prestadoras de servicios de salud, organizadas por niveles de atención para cada uno de los planes de beneficios y por cada una de las EPS responsables de estos. La realidad vivida por todos es que esto no ha funcionado y que ninguno de los responsables de aumentar la capacidad resolutive del sistema ha cumplido su misión. El empeoramiento de la salud pública, el incremento acelerado de la tutela y el derecho de petición como alternativa para asegurar la atención en salud, además de las demandas permanentes entre los diferentes actores, la cartera morosa que crece casi exponencialmente y los conocidos casos de corrupción por no pagos, sobrepagos y negación de cuentas muestran a todas luces que este sistema no funciona según lo que la lógica del mercado y de la responsabilidad social empresarial hacían suponer.

Bajo este panorama, aparece una nueva reforma al sistema en la nueva Ley 1438 del 2010, que plantea como solución a los problemas de salud dos elementos claves nunca antes mencionados, pero que son de difícil aplicación: la integración de servicios de salud por medio de las redes integradas de servicios de salud y el cambio del modelo de atención que favorezca la atención primaria en salud.

La creación de RISS deberá favorecer la capacidad resolutive del sistema y sus actores institucionales. La aplicación de modelos de salud basados en la atención primaria en salud exigirá que los trabajadores asistenciales del sector

tengan nuevas competencias y habilidades para poderlo implementar. En el presente artículo se plantean algunos elementos claves para la formación de recursos humanos en salud.

**Atención primaria en salud**

Círculan muchos conceptos alrededor de este tema. Algunos son bastante reduccionistas al definirlo solamente en promoción de la salud, mientras que otros lo hacen en términos de prevención de la enfermedad. La OPS define atención primaria en salud como la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país pueda soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La APS es parte integrante de cualquier sistema de salud y representa el primer contacto de los individuos, las familias y la comunidad con los servicios de salud, llevando lo más cerca posible esta atención al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de atención en salud.[1] En la legislación actual, se define atención primaria como:

la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud [...] La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud.[2]

Queda claro con las definiciones que no se trata solamente de servicios de promoción de la salud, sino de toda atención en salud (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia o curación y, por último, los servicios de rehabilitación que fueran necesarios). La otra característica esencial se refiere al contexto de servicios cercanos a la comunidad, lo cual se puede entender como servicios extramurales o servicios de atención domiciliaria bajo la modalidad de salud familiar. La legislación vigente plantea que para su aplicación se deben combinar once elementos claves:

- 1) principios: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad;
- 2) énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad;
- 3) acciones intersectoriales para impactar los determinantes en salud;
- 4) cultura del autocuidado;
- 5) orientación individual, familiar y comunitaria;
- 6) atención integral, integrada y continua;
- 7) interculturalidad, que incluye, entre otros, los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud;
- 8) talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado;
- 9) fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutiveidad;
- 10) participación activa de la comunidad;
- 11) enfoque territorial.

Teniendo esto como contexto general, puede decirse que el trabajador asistencial del área de la salud, además de la aplicación específica acorde con su profesión, tendrá como grandes retos los siguientes:

- trabajo en equipo;
- comunicación para la salud;

- planificación de servicios;
- diagnósticos de salud de una comunidad;
- diseño de prácticas anticipatorias en salud;
- evaluación integral del individuo, la familia, la comunidad y el entorno;
- liderazgo y gestión pública en salud;
- diseño de planes, programas y proyectos en salud;
- participación comunitaria.

Gráficamente puede observarse en la siguiente figura:



Figura 1. Retos del trabajador asistencial en la atención primaria en salud

Como se puede ver, las nuevas exigencias que implica la implementación de la atención primaria en salud tienen serias implicaciones en las competencias o habilidades que el recurso humano en salud debe tener. Lastimosamente, la formación actual, basada en lo curativo y en el ambiente hospitalario, no favorece que las personas hayan obtenido esta formación en su ciclo de educación; la excepción —más que la regla— consiste en encontrar recursos humanos con el perfil indicado para la APS.

Esta situación bastante compleja puede convertirse en un obstáculo más para lograr los objetivos del milenio y para que la legislación actual realmente logre su compromiso de mejorar la salud para todos los colombianos.

**Modelo de atención en salud basado en APS**

La APS propone un modelo de atención centrado en el usuario y no en el servicio, como ha

venido sucediendo en el actual sistema de salud colombiano. Este modelo de atención centrado en el usuario busca cumplir con los principios clave de integralidad, longitudinalidad, efectividad y satisfacción. Para desarrollarlo, es necesaria una visión holística del paciente en su entorno, que es donde se produce y se mejora la salud; es decir, bajo modelos de salud familiar y de trabajo en equipo de salud.

Para explicarlo mejor, obsérvese la figura 1, basada en el modelo de Leavell y Clark que define la historia natural de la enfermedad y los niveles de prevención.[3]

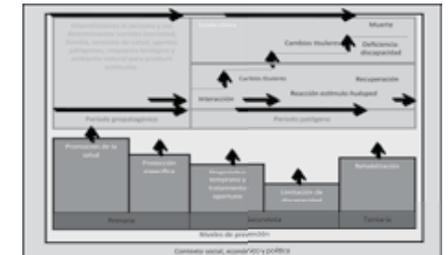


Figura 2. Historia natural de la enfermedad y de la atención en salud

La figura anterior, aplicable no solamente a las enfermedades infecciosas, muestra en la parte superior la historia natural de la enfermedad con sus dos períodos esenciales, prepatogénico y patógeno. En el primero, la aparición de los síntomas o el contacto con el agente, en el caso de las enfermedades infecciosas, no se ha presentado; por lo tanto, el individuo se “siente sano”, y es la interrelación con el ambiente la que le permitirá mantenerse en homeostasis o desequilibrarse. Es en este momento de la enfermedad en el cual resulta primordial reconocer los determinantes sociales de la salud-enfermedad para la intervención en salud del equipo de salud. Una vez aparece el síntoma o la interacción con el agente patógeno, la persona deja de sentirse sana y de la adecuada atención de recuperación dependerá que su enfermedad se cure, que sea manejada adecuadamente como en las crónicas o que, por el contrario, deje secuelas o incluso muerte.

Este segundo momento de la enfermedad marca mayor énfasis en la atención específica acorde con el tipo de enfermedad y el estado de compromiso del paciente; es posible manejarlo en niveles de atención de baja complejidad y, por el contrario, ascendiendo según su gravedad.

Como la misma gráfica muestra en la parte inferior, cada período de la enfermedad se compara con los tipos de servicios de salud posibles, con mayor énfasis en la Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el período prepatogénico, mientras que en la recuperación y la rehabilitación sucede en el segundo. Esto implica que si se trata de sistemas de salud basados en APS, mientras más contacto se tenga con las personas en su ambiente natural, mejor será la atención, ya que se conserva su estado saludable. Pero este tipo de atenciones no se ven reflejadas exclusivamente en la persona, sino en sus ambientes familiar, social y natural, donde coexisten los determinantes sociales; por lo tanto, exigirá que el recurso humano que trabaja en APS tenga la capacidad resolutoria que le permita anticiparse a la presencia de la enfermedad en la comunidad donde trabaja.

Gráficamente se muestra así:

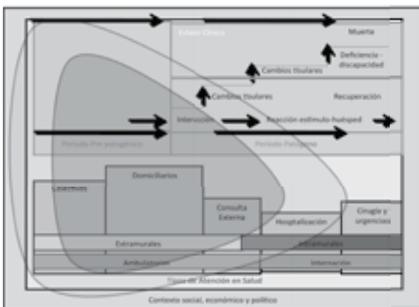


Figura 3. Historia natural de la enfermedad, tipos de atención en salud, APS y salud familiar

Como se puede observar, la APS (triángulo de mayor tamaño), aunque favorece la atención en el período prepatogénico desarrollando las prácticas anticipatorias asociadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en ambientes colectivos y domiciliarios, no deja de lado las atenciones de recuperación de la salud desarrolladas especialmente en el campo de la consulta externa ambulatoria. Dentro de ella se encuentra el modelo de atención en salud familiar, especialmente dirigido a las acciones domiciliarias del cuidado de la salud que combinan las acciones de promoción, prevención y asistencia, la cual puede desarrollarse intramuralmente y extramuralmente por parte de los equipos básicos de salud. Es decir, un modelo de atención en salud basado en APS y que desarrolle dentro de él mismo la salud familiar exige que el personal de salud tenga una visión más holística de su accionar, considerando todos los elementos de la atención en salud y las diferentes etapas por las cuales pasa el individuo en su ciclo vital.

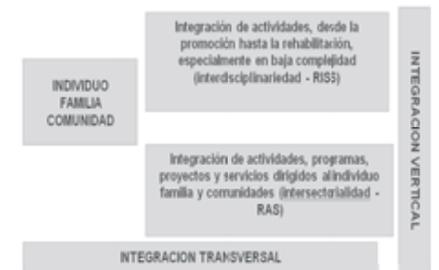
Las siguientes son las premisas para la generación de un modelo de atención en salud basado en APS con enfoque familiar, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

- 1) concepción de rentabilidad social y económica del modelo: debe garantizarse su permanencia en el tiempo; para lograr lo primero, deberá incidirse sobre todos los determinantes de la salud que se presentan en las personas, las familias y las comunidades intervenidas; para la consecución de lo segundo, deberán aplicarse los procedimientos y actividades que demuestren mayor evidencia científica de su efectividad;
- 2) alineación de los planes de beneficio individuales y colectivos: especialmente en las acciones concernientes a la baja complejidad, que incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la rehabilitación;

- 3) instauración: en una localidad y una población definida desde la cual se puedan determinar las necesidades en salud y los actores sociales, políticos, económicos y de prestación de servicios;
- 4) trabajo con la comunidad, la familia y el individuo: mediante el fortalecimiento en ellos de prácticas anticipatorias en salud que demuestren costo efectividad;
- 5) incidencia en política pública local: que favorezca acciones de control de factores de riesgo.

Es decir, se trata de un modelo de atención en salud que pretenda:

- trascender del modelo predominantemente biomédico hacia un modelo socio-psico-biológico y espiritual;
- mejorar resultados en los niveles de salud de la población y los individuos intervenidos;
- comprender y señalar las causalidades y correlaciones sociales, biológicas, comportamentales e intrasíquicas tanto en la salud como en la enfermedad y la participación social;
- desde lo colectivo, divulgar cómo se genera y se redistribuye el “bien” salud en la sociedad, la familia, otros grupos sociales;
- pasar de la sola recepción pasiva de información y cuidados con la cual se ha visto a los usuarios para comprometerlos con actitudes y comportamientos saludables;
- complementar la eficacia de las acciones y alianzas del sector salud con otros sectores y con la comunidad;
- contribuir al mejoramiento de las condiciones medioambientales de los contextos naturales y físicos donde viven las familias más pobres y vulnerables;
- desarrollar lo mencionado anteriormente bajo los modelos de integración vertical y horizontal.



Lograr lo anterior implica el esfuerzo de todos los actores. Para los centros de formación de recurso humano en salud aparece un gran reto de responsabilidad social en salud, como lo establece la Organización Mundial de la Salud. En este orden de ideas, la incorporación de competencias en salud pública, la implementación de cursos en liderazgo, educación y comunicación para la salud, la participación comunitaria, la planificación de servicios de salud, el pensamiento crítico, el trabajo en equipo, la gestión de conocimiento, la epidemiología y la vigilancia epidemiológica deberán constar en la hoja de ruta de todos los formadores y de aquellas instituciones que deseen mejorar la situación de salud de los colombianos aplicando elementos clave de APS.

Los elementos clave de esta formación en competencias que permitan una aproximación holística a la atención en salud se pueden enmarcar en los siguientes elementos:

- conocer (describir/categorizar) el estado de salud de las familias y cada uno de sus miembros, así como las diversas formas de “enfrentar” y “responder” a la(s) enfermedad(es) en alguno(s) de sus integrantes, de tal forma que se generen rutas de intervención pertinentes;

– conocer (describir/categorizar) las dinámicas e interacciones intrafamiliares (enfoque sistémico-relacional) que inciden en los procesos de generación, mantenimiento y recuperación de la salud y sus consecuencias positivas en lo físico, psicológico y social;

– brindar información y educación acertada, confiable y oportuna sobre los determinantes de la salud que permitan el “empoderamiento” y que se traduzca en elecciones, acciones y competencias para generar y mantener la salud;

– fomentar y estimular la relación entre la familia y la comunidad, organizando, utilizando, manteniendo o incrementando los apoyos institucionales, de otros sectores y de la comunidad, tanto para la salud como para la enfermedad;

– fomentar y estimular la interfase o relación entre la atención intramural en el primer nivel de atención y el incremento de la atención ambulatoria en los mismos hogares o con cualquier otra modalidad, dentro de la estrategia de APS, sin negar la atención individual ni competir con ella en ninguna de las modalidades organizativas;

– incrementar las coberturas y la inducción de demanda favoreciendo y valorando tanto el acceso como la utilización de los servicios de salud y de otras “disponibilidades” sectoriales y comunitarias;

– aplicar indicadores de calidad de vida que permitan mejorar la eficiencia, la eficacia y la efectividad de recursos y resultados en salud e incrementando la satisfacción de usuarios y prestadores;

– formalizar y consolidar programas de capacitación y entrenamiento dirigidos a los trabajadores de la salud, tanto auxiliares como profesionales.

Todo lo expuesto implica que el recurso humano en salud deberá, además de sus competencias específicas acordadas con su oficio o profesión, cumplir con los siguientes:

Conocimientos y competencias	Tipo de recurso humano acorde a la estructura		
	Operativo	Coordinación	Dirección
salud familiar	✓		
salud colectiva	✓		
educación para la salud	✓		
determinantes en salud	✓		
salud pública	✓		
epidemiología	✓		
participación comunitaria	✓		
políticas públicas		✓	✓
gestión de servicios-redes		✓	✓
gestión de información	✓	✓	✓
diagnósticos de salud comunitaria	✓	✓	✓
visitas familiares	✓	✓	
planificación-planeación		✓	✓
gestión de riesgo		✓	✓
priorización de problemas	✓	✓	✓

## REFERENCIAS

1. OPS. La atención primaria en salud. Más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Organización Mundial de la Salud.
2. República de Colombia. Ley 1438 del 2010.
3. Leavell H, CLARK EG. Epidemiology and multicausal. Textbook of preventive medicine. Nueva York: McGraw Hill; 1953.

## BIBLIOGRAFÍA

Frenk, Julio y otros. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet. Published Online November 29, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)61854-5 See Online/Comment DOI:10.1016/S0140-

6736(10)62008-9 DOI:10.1016/S0140-6736(10)61968-X

Berwick, Donald. Finkelstein, Jonathan A Preparing Medical Students for the Continual Improvement of Health and Health Care: Abraham Flexner and the New “Public Interest” ACADEMIC MEDICINE, VOL. 85, NO. 9 / SEPTEMBER SUPPLEMENT 2010

Charles Boelen1 & Bob Woollard. Social accountability and accreditation: a new fron-

tier for educational institutions. Medical Education 2009; 43: 887–894 doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03413.x

Global Consensus for Social Accountability of medical schools. December 2010. www.healthsocialaccountability.org

Naciones Unidas. Declaración del Milenio. Distr. General 13 de septiembre de 2000.

## Experiencia de Metrosalud en redes integradas de servicios de salud en Antioquia

### The experience of Metrosalud with Integrated Health Networks in Antioquia

Alejandro Gómez L. \*

#### RESUMEN

El concepto de redes integradas de salud, si bien es nuevo en Colombia en el marco jurídico, no lo es en la práctica cuando se considera red en el sentido más amplio del término, que parte de la unión, bajo alguna modalidad, de una serie de instituciones prestadoras de servicios de salud con el fin de apuntarle a un objetivo común. La empresa social del Estado Metrosalud es una de las redes de servicios más grande del país, y su consolidación obedece al trabajo continuado de varias administraciones de la ciudad de Medellín por implementar un sistema de prestación estructurado en torno a territorialidades definidas con servicios priorizados hacia el primer nivel de complejidad. Con las disposiciones establecidas en la Ley 1438 del 2011, Metrosalud se catapultó como una red adecuada para cubrir no solo a Medellín, sino con proyección ahora a toda el área metropolitana del Valle de Aburrá y demás municipios aledaños. Su capacidad operativa se convierte en ejemplo de lo que puede lograrse en la conformación de redes en una ciudad con casi tres millones de habitantes, priorizando al ser humano sobre los intereses particulares y por encima de los vaivenes políticos locales.

#### PALABRAS CLAVE

plan de gestión, niveles de complejidad, teoría de la organización

#### ABSTRACT

The concept of integrated health networks has recently showed up in Colombia in the legal framework but it is not so recent when it is considered in terms of its most wide meaning departing from the union of different institutions providing health services aimed towards a common target. Metrosalud (a social enterprise of the State) is one of the largest health service networks all over the country. Its consolidation is the result of the continuity among different political administrations in the city with the purpose to implement a system conceived around the priority of health services aimed to the first level of complexity. Departing from the enactment of the Law 1438 of 2011, Metrosalud is reinforced as a suitable network capable of covering the entire metropolitan area of the Aburrá valley and the nearby populations. Its operational capacity becomes an example of what can be achieved in the configuration of networks in a city with three million people prioritizing on the human being above the private interests and local political whims.

#### KEY WORDS

management plan, levels of complexity, organization theory

## INTRODUCCIÓN

El propósito de mostrar la experiencia de Metrosalud en el ámbito de las redes integradas de servicios de salud obedece al interés de ver lo que se ha hecho y no se ha hecho en una organización local que es —o que se parece mucho— a lo que se concibe como una red de servicios de salud.

La declaración de principios de Metrosalud indica que estamos orientados a conformar una red moderna y amplia que se centra en el ser humano como eje primero, tanto el usuario como el servidor. Nos detenemos mucho en la persona como centro, hasta el punto de que en nuestro plan de gestión se privilegia al ser humano en dos de las cinco líneas, estableciendo que la razón de ser de Metrosalud —y lo único indispensable— son los usuarios: sin ellos, la organización pierde su razón de ser. A renglón seguido, y con la misma importancia, nos referimos a los funcionarios y las personas que día a día generan los servicios. Metrosalud es una empresa de servicios y, por ende, el mayor peso de nuestro costo y nuestro gasto corresponde al talento humano, como tiene que ser, indudablemente.

Hemos querido conformar a Metrosalud como una herramienta de política pública que, en última instancia, genera ciudadanía. En esto hay una concepción y una declaración de principios políticos: si un ser humano no tiene satisfechas unas condiciones básicas, no puede ejercer su condición de ciudadano. Si extendemos el análisis hasta el extremo de lo que representa el ejercicio ciudadano por preferencia (el ejercicio del voto), puede asegurarse que una persona que no tenga salud, que no tenga comida, que no tenga condiciones de educación ni de vivienda no puede ejercer libremente el voto; por eso, los servicios de salud son generadores de ciudadanía, ya que la salud es un componente básico que tenemos que garantizar para que la ciudadanía se ejerza a cabalidad.

En la organización, se decidió que una forma ideal de adelantar las acciones de prestación de servicios debía estructurarse bajo el modelo de red, pero esta ha sido una construcción de muchos años adelantada bajo el liderazgo de quienes me han precedido en la gerencia de Metrosalud y en su gestión administrativa. Construir una empresa como Metrosalud es el resultado de la decisión de una ciudad y un colectivo ciudadano que durante 30 o 40 años le apuntan de manera decidida a un objetivo común que produce lo que ahora nosotros administramos, de ahí que un elemento fundamental en la consolidación de una red —como es en este caso Metrosalud— responde a la continuidad en la historia de una ciudad (Medellín), y por eso al hablar de Metrosalud hay que hablar de la ciudad.

Hay que mencionar aquí la ruptura de un paradigma muy arraigado en el imaginario de la mayoría: pensar que la administración desde lo público es mala. Cuando se habla de Medellín, hay que mencionar un referente desde el punto de vista de gestión empresarial: Empresas Públicas de Medellín, cuyo mayor logro ha sido el de demostrar que se puede administrar desde lo público con excelencia, transparencia y cuidado idóneo de los recursos. Lo público debe gestionarse de frente a la ciudadanía; esto puede sonar exótico en algunas partes, porque quienes trabajamos en el sector público cargamos siempre con la sombra de la duda del resto de la ciudadanía frente a la calidad y honestidad en nuestro desempeño. Medellín ha demostrado que sí se puede ser transparente y eficiente, y por eso Metrosalud hoy es la empresa grande que conocemos.

Metrosalud opera en un territorio relativamente extenso, y puede sorprender a quien no conozca la realidad de la ciudad que tengamos centros de salud pequeños ubicados de modo relativa-

mente cercano, pero las condiciones sociales y las realidades culturales, así como la violencia urbana y los complejos fenómenos sociales de la ciudad, han llevado a que tengamos una red muy grande para un territorio relativamente pequeño.



Metrosalud está organizada como una red prestadora con diferentes niveles de complejidad, en lo cual tenemos diferencias académicas con otras visiones. En Colombia se habla mucho del primero, segundo y tercer nivel de complejidad, a los cuales estamos incorporando acciones de salud pública en la prestación de los servicios, lo que representa una ganancia importante. Puede decirse que Metrosalud es también hoy uno de los operadores por excelencia en Medellín de los proyectos de salud pública, lo cual determina que no solo abordemos los asuntos dirigidos al individuo, sino que también trabajemos en asuntos dirigidos a los colectivos. Por otro lado, es importante señalar que tratamos de optimizar el uso de los recursos de los servicios, pero, sobre todo, de hacer integral la atención; ese es el reto de nuestro sistema y es el dolor de todos los gerentes de las entidades de salud de Colombia: ¿qué hacer con un paciente que requiere un tercer nivel de atención y lo tenemos acostado en una camilla?

Dentro de la misión de la entidad se encuentra el compromiso con la cultura de la vida sana para Medellín y la región. Es importante observar cómo, desde el momento de plantear la plataforma estratégica, nos perfilamos como una institución con influencia regional, situación similar a nuestro convencimiento en la eficacia del modelo de redes, porque un asunto que está claro es que en Metrosalud no hablamos de redes porque esta haya sido una idea de hace dos o tres años. Desde que las teorías administrativas comenzaron a hablar de la teoría de la organización y, sobre todo al analizar cómo se gobierna y cuál es el énfasis que hay que marcar, se encuentran múltiples discursos teóricos que nos indican que no estamos ante algo nuevo y, que, por ende, no debiera ser tan dura su implementación; de ahí cierto optimismo al sentir que somos capaces en nuestro país y región de implementar redes en el cortísimo plazo. Ya logramos tener un marco legal, la Ley 1438, que nos obliga a hacer lo que hasta hace poco era una posibilidad apenas deseable en su planteamiento. Lamentablemente tuvimos que esperar que una norma convirtiera en obligatorio lo que era deseable, y ahora que es obligación, el paso siguiente es hacerlo.

Desde el punto de vista de Metrosalud, una red es, sin demeritar otras definiciones académicas, la unificación de la estructura administrativa y de manejo del poder de un grupo de unidades productivas, originalmente concebidas como empresas independientes con miras a producir sinergias. Agruparse sin generar sinergias no es suficiente. Es necesario también lograr cierta unidad de mando bajo cualquier forma de agremiación o de unión que tengamos entre las diferentes unidades productivas; si no se alcanza unificación en el manejo del poder, no se logra el establecimiento de una red. El hecho de que haya un hospital en Barbosa, otro en Girardota, uno más en Copacabana y uno en Bello no garantiza que haya una red si cada uno funciona de

manera descoordinada, compitiendo con gran frecuencia entre sí por los mismos servicios y la misma población: así no se tiene ninguna red.

Ahora bien, ¿qué significa el hecho de plantearse que se tiene una red? Se pueden unificar gran cantidad de acciones, por ejemplo: unificar la venta de servicios, la compra de insumos, la administración del talento humano, el manejo financiero, la información, la vocería e incluso la cultura organizacional. Metrosalud, para mostrar nuestro caso como ejemplo, tiene, desde el punto de vista de ambulatorios, 223 consultorios, 100 consultorios para los programas de enfermería, 80 módulos odontológicos, 40 de prevención en salud oral, 45 servicios farmacéuticos y 10 laboratorios, y aunque las instalaciones están distribuidas por toda la ciudad, consideramos a Metrosalud como un solo hospital, como una sola organización. Las camas están ubicadas en diez sedes, pero son las mismas camas según la forma como se gerencia su funcionamiento; todo desde un punto de vista unificado, lo que también hacemos con los servicios ambulatorios, los diez servicios de urgencias ubicados territorialmente en el municipio de Medellín y que se encuentran conectados entre sí de manera relativamente ágil a través de los servicios de ambulancias.

### Promoción y prevención

Metrosalud cuenta con un modelo de prevención de la enfermedad y promoción de la salud planteado por una unidad programática específica dentro de la empresa, lo cual es novedoso por cuanto antes las acciones de promoción y prevención hacían parte del quehacer cotidiano de cada uno de los puntos de atención, pero desde hace tres años venimos tratando de constituir una unidad funcional exclusiva dedicada a la promoción y prevención, lo cual entraña sus dificultades. Es fácil cuando hablamos de proyectos de salud pública, pero cuando hablamos de lo que tradicionalmente se considera como la

misión de la empresa, tendríamos que tener una interlocución en cada punto de atención.

El modelo de prevención y promoción se ha fundamentado en los ciclos vitales. En el de la niñez cumplimos las acciones de control y seguimiento del crecimiento y desarrollo; en el ciclo de la juventud desarrollamos acciones frente a lo que tradicionalmente se conoce como infecciones de transmisión sexual, anticoncepción, salud visual y servicios amigables para jóvenes. En este ciclo se cumple también el trabajo en el tema del embarazo adolescente, respecto del cual desde hace muchos años se ha venido sosteniendo que es una problemática exclusiva de las personas más pobres de la sociedad. Este asunto genera por ende una transmisión generacional de la pobreza, ya que las mujeres adolescentes que quedan embarazadas están condenadas a la pobreza, y sus hijas con frecuencia terminan condenadas a ser madres adolescentes; por esa razón le hemos dado fuerza al proyecto Sol y Luna, aprovechando que la posibilidad que ofrece una red con cobertura en toda la ciudad se ha asumido como oportunidad para desarrollar proyectos de salud pública y llegarles en este caso a los dos millones y medio de personas de Medellín con campañas como esta de Sol y Luna que se puso a consideración de toda la ciudadanía.

En el ciclo vital de mujeres tenemos algunos programas tradicionales, como el manejo del parto, prevención del maltrato, la estrategia IAMI (institución amiga de la mujer y la infancia), acciones de salud oral y prevención del cáncer de cuello uterino y mama, entre otros. En el ciclo vital de adultos se incluyen acciones frente a las enfermedades crónicas, como hipertensión arterial, diabetes, obesidad, epoc, cáncer y demás alteraciones tradicionales en el adulto.

Es importante señalar que nuestro sistema debe adelantar acciones de promoción y prevención,

no porque sea buen negocio, sino que debe hacerse porque es éticamente necesario. En la medida en que la población asignada a una entidad para su atención mejora su expectativa de vida, será más costoso atenderla. No podemos estar esperando ni entrar en el discurso que con frecuencia esgrimen los aseguradores de que los pacientes son muy costosos porque falta eficiencia en la promoción y la prevención, pues, al contrario, en la medida en que seamos más eficientes en promoción y prevención, los pacientes serán más costosos, o sea que el indicador no puede ser ese. Puede sonar políticamente incorrecto lo que afirmo, pero significa que una persona que muere a los 20 años de edad por una enfermedad infecciosa le cuesta menos al sistema que una que muere de cáncer a los 75 años; por eso la prevención y promoción no puede ser un concepto simplemente económico ni el único que consideremos a la hora de adelantar este tipo de acciones, pues según esa lógica no deberían hacerse tamizajes; y no debería hacerse, porque como alguna vez me lo dijo con una mirada economicista un asegurador: “Si les hacemos pruebas de antígeno prostático a todos los hombres, ¿quién va a pagar todas esas cirugías de próstata?”. Infortunadamente ese es el concepto que se maneja, y si la rentabilidad no está en los años de vida saludables ganados, sino en no atender a las personas en los servicios sanitarios, entonces la situación y el curso del sistema de salud ameritan que se los revise.

### Actividades extramurales

En Metrosalud también hemos incursionado en la realización de actividades extramurales; hemos tomado experiencias del modelo de escuelas y colegios saludables, donde se aplica el principio básico de no esperar a que los usuarios nos busquen, sino llegar a donde ellos están. En este tipo de ejercicios, el caso de las escuelas y colegios es el más fácil de implementar porque los estudiantes siempre pueden ubicarse en una institución educativa y pueden organizarse

jornadas de salud oral y prevención de violencias o de consumos de sustancias, con lo cual se alcanzan resultados más o menos eficientes que tendrán que evidenciarse a largo plazo en el perfil epidemiológico de la población.

En el caso de salud familiar, otra actividad extramural, esta se relaciona con el concepto de atención primaria que se entendía inicialmente desde Alma Ata, consistente en llegar a los hogares de las personas, pues en muchas ocasiones la simple oferta de los servicios no es suficiente; y si por ejemplo tenemos la posibilidad de hacer citologías en todos nuestros puntos todos los días, no alcanzamos sin embargo a hacer la cantidad de citologías que requerimos para atender adecuadamente a toda la población objeto de este tipo de exámenes, debido a que las mujeres no van al servicio de citología; frente a esa realidad, hay que ir por la mujer.

Como una herramienta de apoyo a las acciones extramurales, contamos con unidades móviles que permiten abordar las circunstancias especiales que suceden en Medellín, y es que la comunidad pide un centro de salud en cada barrio. Si se atendieran esas demandas de la población, no tendríamos hoy 40 centros de salud, sino 300 porque cada barrio quiere tener uno. Una de las estrategias para suplir esas solicitudes de la comunidad son las unidades móviles; además, estas unidades permiten adelantar el proyecto de salud sexual y reproductiva que ha funcionado durante cinco años, que consideramos novedoso: consiste en acudir a sitios de diversión de zonas particularmente populares (bares, burdeles y otros lugares donde las personas tienen contactos sexuales) para llevar un mensaje de contenido formativo y respetuoso que busca evitar la violencia, el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual.

Otros frentes en los que hemos trabajado son los programas de salud oral dirigidos a la tercera edad y los pacientes institucionalizados de larga

estancia. Así como en España la hospitalización de crónicos es un aspecto que se viene revisando, en Medellín estamos observando que hay pacientes que no tienen por qué estar en hospitales especializados en la atención de agudos, pues no se benefician de este tipo de hospitales; además, son pacientes que frecuentemente están institucionalizados, lo que genera una situación similar a lo que anteriormente se entendía como centros de bienestar del anciano: instituciones que se parecen mucho a un hospital, aunque no lo sean. Actualmente, en Metrosalud estamos administrando un modelo de atención dirigido a pacientes crónicos institucionalizados.

### Vigilancia epidemiológica

Metrosalud tiene implementado un modelo de vigilancia epidemiológica que funciona con base en investigación epidemiológica de caso, búsqueda activa comunitaria y estudio de brote. Las patologías más vigiladas son la mortalidad materna y neonatal, tuberculosis, enfermedades inmunoprevenibles, sífilis gestacional y congénita, dengue, lepra, leishmaniasis, malaria y fiebre amarilla. En Medellín, cuando se recibe la información de un probable caso de cualquier enfermedad de vigilancia epidemiológica especial, antes de 12 horas disponemos de un equipo que se desplaza al sitio donde vive el paciente, se levanta el estudio epidemiológico del caso y se hace la intervención comunitaria necesaria. Estas acciones las realiza Metrosalud tanto para el régimen subsidiado como para el contributivo, sin que exista distinción alguna entre la precedencia de los pacientes.

### Hospitalización y gestión de la red

En el aspecto de hospitalización, Metrosalud cuenta con 342 camas, 10 quirófanos, 10 salas de parto y 12 ambulancias. El modelo de gestión aplicado para la red se centra en la unidad en el mando: hay una gerencia, dos subgerencias y unas direcciones de nivel central. Ese modelo unificado de mando funciona como una

gerencia de segundo piso porque, en realidad, existen gerencias locales en cada una de nuestras microrredes; es decir, si tenemos 10 unidades hospitalarias y de cada una de ellas depende un número de centros de salud satélites, esa microrred es una figura cuyo funcionamiento es parecido al de una empresa social del Estado en un municipio más pequeño. Recuérdese, por ejemplo, el caso de Ciudad Bolívar en Bogotá con un hospital y unos centros de salud satélites; pues bien, Metrosalud es equivalente a diez Ciudades Bolívar, equivalentes a diez veces el municipio de Barbosa, y su administración obedece más o menos a ese concepto desde el punto de vista funcional.

En cuanto a la remisión de pacientes, estos se mueven dentro de nuestros diferentes niveles de complejidad: para articular su buen funcionamiento, se tiene en cuenta la existencia de referencias urgentes y las referencias electivas. La urgente—dentro de nuestros niveles de complejidad, que se presenta entre los servicios especializados que tenemos—es supremamente ágil: para la atención de la urgencia no tenemos que contar con la intermediación del asegurador y, por lo tanto, a través de un centro unificado de mando remitimos a los pacientes. Por ejemplo: si un paciente que recibe atención en el Hospital de Santa Cruz necesitara de un servicio de ortopedia que nosotros le podemos prestar, lo trasladamos entonces en una ambulancia nuestra al otro nivel de complejidad de la misma red de Metrosalud. El manejo en los casos de urgencias funciona más o menos bien; sin embargo, en el caso de las referencias electivas, la situación es diferente, debido a los inconvenientes administrativos que se presentan con el sistema de salud colombiano. Ahora bien, cuando no tenemos el servicio que requiere un paciente, la realidad demuestra que vivimos el mismo vial crucis que sufren todos los prestadores del país.

En cuanto a la atención de la mediana complejidad, contamos con varios centros, diez hospitales—de los cuales se destacan cinco—y un

centro ambulatorio. En estos lugares tenemos centralizados los servicios que exceden el primer nivel de complejidad. En Belén tenemos cirugía general y ortopedia, lo que tiene que ver con lo ambulatorio de cirugía general, hospitalización de cirugía, ortopedia, fisioterapia, radioterapia, endoscopia, urología y ecografía. Decidimos, como organización, que no tendríamos ortopedia ni cirugía en todas partes; antes teníamos los servicios de ortopedia en un sitio y los de cirugía en otro, pero llegamos a la conclusión de que los centros de excelencia no se caracterizan por atender pocos pacientes, sino por atenderlos mucho, igualmente se concluyó que los aspectos quirúrgicos debían estar juntos, debido a los requerimientos que implican estas atenciones: anestesiólogos, apoyo posoperatorio, disponibilidad de sangre y laboratorio permanente; por lo tanto, reunimos todo lo quirúrgico relacionado con trauma, ortopedia y cirugía en la unidad hospitalaria de Belén.

En la unidad hospitalaria de Manrique centralizamos toda la obstetricia; sin embargo, la medida ha causado cierto dolor en la opinión pública por cuanto hasta hace algunos años, Metrosalud atendía partos en todos los hospitales y en el centro de salud de Santo Domingo Savio, centro de salud con camas, lo cual, desde el punto de vista jurídico, no es admisible; y entonces atendíamos más partos que los que atiende el Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Esa realidad no tiene ninguna justificación en la Medellín del siglo XXI. Pagando el costo de imagen ante la opinión pública, hoy tenemos centralizada toda la atención obstétrica en Manrique, lo que garantiza que no hay un parto en la ciudad que no sea atendido por especialistas, que no tenga apoyo de anestesia y de pediatría las 24 horas y, por supuesto, esta decisión ha permitido que la mortalidad materna e infantil se haya venido controlando en la medida en que se concentra la atención. No ha sido un asunto fácil de manejar porque, cuando se le dice a los habitantes de un sector que los servicios de obs-

tetricia ya no se prestan en el centro de salud del barrio, la pregunta de la comunidad es: “¿Qué va a pasar con nuestras maternas?”, o señalan: “Manrique está muy lejos”. La verdad es que no está muy lejos, y hay que ir rompiendo esos paradigmas para lograr mayor eficiencia y mejores niveles de calidad.

Desde el 2010 comenzamos a prestar servicios de atención de medicina interna, y si falta algún tipo de cama en Medellín, son precisamente las camas de medicina interna; ante todo, en el segundo nivel de complejidad. Una prueba es que los prestadores del tercer nivel se quejan con frecuencia de que reciben gran cantidad de pacientes con patologías que podrían atenderse en un nivel inferior de complejidad, y que, por el contrario, este nivel genera una mayor ocupación de camas. Partiendo de este panorama, se tomó la decisión —costosa desde el punto de vista económico, pero necesaria desde el punto de vista social— de que Metrosalud debía abrir las camas que el resto de la red no abre, pero que la ciudad necesita. El fondo de esta situación se explica en que a los prestadores privados no se les puede obligar a que pierdan dinero; por esa razón, los prestadores públicos tenemos que asumir todo aquello que los prestadores privados no hacen, pero que sí es necesario para la comunidad.

Fue así como abrimos servicios de medicina interna en la unidad hospitalaria de Santa Cruz y atención de pediatría en San Javier, con todo lo que estos servicios acarrearán de complejidad. Posteriormente, abrimos también los servicios de medicina interna en el sector de Castilla para brindar de este modo el servicio en las dos riberas del río. En este último lugar, hemos implementado un proyecto de atención domiciliaria o de altas tempranas, aspecto en el que no estamos inventando nada: aplica solamente cuando sabemos que hay un paciente que se beneficia poco de estar hospitalizado y que podría estar mejor en el entorno de su casa. A partir de este

año, ese tipo de prestación también la aplica Metrosalud con sus usuarios.

Para redondear el aspecto de la infraestructura de red con que cuenta Metrosalud, en el sector de El Poblado, la institución tiene centralizada una gran cantidad de servicios de ayudas diagnósticas. Allí, con altos estándares de calidad, se prestan servicios de endoscopias digestivas, colonoscopias, ecografías, consulta de optometría, colposcopias, conización por radiofrecuencia, mamografías, consulta de oftalmología, otorrinolaringología, cirugía oftalmológica, servicios especializados en salud oral, rectosigmoidoscopia e, incluso, telemedicina básica.

Todo el montaje descrito y existente actualmente en Metrosalud —gestionado ante todo bajo la estructura de red— ha permitido que las cifras de productividad del año 2010 muestren 40.000 egresos en un hospital con poco más de 300 camas, cifra muy importante, y que practiquemos alrededor de 1.200.000 consultas al año. Pero, además, algunos indicadores de salud de la ciudad demuestran que Medellín marcha en la dirección adecuada en el asunto de la salud. Hay que aclarar que aquí no es solo el trabajo de Metrosalud el que impacta, sino el de la ciudad entera.

Pero los indicadores que sí son propios de los resultados de Metrosalud muestran una reducción en la mortalidad materna, signo de especial importancia si se considera que Metrosalud atiende la mitad de los partos que se presentan en Medellín, lo que contrasta con el hecho de que le corresponde solamente el 25% de la mortalidad materna de la ciudad. Si la proporción fuera correlativa, deberíamos tener el 50% de la mortalidad materna, pero solo se registra el 25%; sin embargo, estas cifras tienen que analizarse con mucho detenimiento para entender sus causas profundas. En mortalidad infantil hemos venido mejorando como ciudad y como red; igualmente, estamos mejorando en los in-

dicadores de bajo peso al nacer, y hay algo importante: cuando en Medellín aumenta el bajo peso al nacer como indicador global de la ciudad (mayor en el 2010 que en el 2008), en la red pública, sin embargo, el indicador se muestra mejor. El fenómeno parece estar ligado con los fenómenos de migración: las personas que llegan en peores condiciones sociales no alcanzan a ser atendidas para sus situaciones obstétricas en la red pública, sino que terminan en la red privada.

En materia de partos en mujeres entre los 10 a los 29 años —aspecto en que hemos empezado a torcer la tendencia a la pendiente de la curva en lo relacionado con el embarazo adolescente, al pasar de 8.594 casos en el 2007 a 4.466 en el 2010—, hay que señalar que para lograrlo ha sido necesario hacer muchísimas cosas, pero, fundamentalmente, ofrecer servicios de anticoncepción de manera generosa y gratuita en todas partes, a la vez que se ha desmitificado el ejercicio de la sexualidad en la adolescencia. Frente a esta situación, pensamos que como ciudad no estábamos logrando los propósitos esperados.

Como una forma de mejorar los servicios especializados, actualmente Metrosalud construye un hospital de tercer nivel de complejidad en pediatría, con una inversión de 30 mil millones de pesos, gracias al apoyo de la alcaldía a la red. Este elemento merece consideración especial, pues ha sido fundamental el apoyo recibido por parte de todos los alcaldes elegidos popularmente en Medellín. Esto lo que demuestra es que el logro de una empresa de estas proporciones y calidad tiene que ser un propósito de ciudad que no cambie con la orientación política de la persona que llegue a la alcaldía. Metrosalud, como empresa social del Estado, no tiene futuro sin el apoyo de la administración municipal, pues las empresas públicas de prestación de servicios de salud que no tengan el apoyo de los mandatarios locales difícilmente pueden sobrevivir.

## Implementación de redes en Antioquia

Desde nuestra experiencia, creo que puede comenzarse el montaje de las redes ya mismo; y esa es la invitación desde Metrosalud: hagámoslo. Se puede hacer, pero si nos detenemos para discutir con nuestros abogados la figura jurídica que tenemos que adoptar, llegaremos al año 2020 sin hacerlo. Sí podemos ponernos de acuerdo en dos o tres asuntos esenciales, y como el tema se cruza con la voluntad política de los alcaldes, el ejemplo es lo sucedido en Medellín, que ha convocado a los demás burgomaestres del área Metropolitana para que se unan. Las problemáticas de los municipios conurbados son similares, de modo que se podrían asumir acciones de manera inmediata, como comprar conjuntamente los medicamentos e insumos. No se entiende por qué resulta tan difícil comprender que se logran mejores tarifas cuando en vez de comprar diez tabletas de acetaminofén, se adquieren dos millones entre todos. Nos podemos unir para la prestación de servicios de atención prehospitalaria: ¿cuál gerente no tiene problemas con su ambulancia? Hay problemas para trasladar a un paciente; por ejemplo en los casos de víctimas de accidentes de tránsito: se trata de personas que no se le accidentan a nadie en particular; se accidentan en una vía y, por ende, son de todos. Entonces deberíamos tener la capacidad de manejar el tema de manera conjunta, sin que el hecho de lograrlo resulte muy complicado.

Otro campo en el cual se podrían adelantar uniones para trabajo en red de manera rápida es en el de laboratorios e imagenología, aspecto específico que puede lograrse muy fácilmente con un simple acuerdo de voluntades en que se establezca que no tengamos todos un laboratorio en cada hospital, sino que nos pongamos de acuerdo para tener un laboratorio de referencia y otros para las tomas de muestras. Esa experiencia la hemos hecho dentro de nuestra red, y creo que también podríamos lograrla entre las instituciones.

Sin ser optimistas, es posible que en un periodo corto de 120 días, los hospitales públicos fuéramos capaces de ponernos de acuerdo en temas de contratación. Estoy convencido que tendríamos una situación muy distinta si nos paramos unidos frente a los aseguradores y les mostramos que no están adelantando contrataciones para la atención de 5.000 personas, sino que están contratando la atención de 705.000 o de 1.200.000 personas; así la situación de posición sería muy distinta.

## Conclusiones

Termino con algunas observaciones. Si decidimos trabajar en redes, no se puede pensar que el camino va a ser un jardín de rosas: surgirán problemas y debemos tener los ojos abiertos porque se necesita sostener una voluntad permanente y persistente a lo largo del tiempo. Sabemos que los gerentes y los alcaldes no se relacionan con la suficiente confianza y tranquilidad con que debieran para lograr la constitución de una red. Necesitamos claridad sobre la manera como se gobierna una red; y esa es la mayor de las ayudas que se les puede pedir a organismos multinacionales como la OPS. Hay que mirar también cómo en otras latitudes han logrado que los gobiernos de esas redes lleguen a buen término: dónde se encuentran los puntos para liberar la tensión, cuáles son los acuerdos que se tienen que hacer, cómo es el proceso de seducción que tenemos que abordar entre las organizaciones para lograr la unión de voluntades. La conformación de las RISS debe ser un proceso de seducción y convencimiento organizacional, pero, en última instancia, los que deben convencerse no son las organizaciones; son las personas que están al frente de ellas.

Hay un riesgo: las redes pueden llegar a ser grandes y poderosas e incluso monopólicas, con la posible consecuencia de que pudiera resultar muy complicado entrar a negociar con una organización monopólica; pero, además, este tipo de organizaciones generalmente son ineficientes e

imponen sus condiciones a la hora de negociar, por lo tanto, tendríamos que ver si la eficiencia está garantizada. Que se unan diez entidades no garantiza que operen en forma más eficiente; por esa razón, es necesario diseñar unos indicadores para garantizar la eficiencia.

Otro inconveniente es que la organización de los prestadores de salud en redes va en contra de la división político-administrativa de Colombia: Antioquia tiene 125 municipios, y esa división ha hecho que cada alcalde, cada gerente y cada secretario de salud piense solo en su terruño; y esa dimensión de la generación de redes riñe con la división político-administrativa que tiene hoy el departamento de Antioquia y todo el país por mandato constitucional.

Otro problema fundamental es que el concepto de organizar a los prestadores de servicios de salud en el país bajo el modelo de redes no les gusta a los aseguradores. La causa de esto es simple: para ellos lo más cómodo es llegar al hospital de un municipio y decirle al gerente cuáles son las condiciones en que ha de vender los servicios, sin aceptar otras. Ellos llegan a los hospitales y no negocian: hacen acatar condiciones. Ejercen una posición dominante, pero la conformación de redes cambiaría esas condiciones actuales de negociación. Esa es la razón por la cual a ACEMI (agremiación de las EPS en Colombia) no le gusta el tema de las redes, y por eso se requirió cumplir un trabajo tan fuerte en el Congreso de la República en la discusión de la Ley 1438, frente a la cual, en algún momento la propuesta de las EPS fue: “redes sí, pero si las arman las aseguradoras”, lo cual constituía un adefesio que les generaría inestabilidad absoluta a los prestadores. Un día podía pertenecerse a una red, pero al siguiente no; y todo funcionaría bajo el dominio de los intereses particulares del asegurador de la región.

Creo que las empresas sociales del Estado son un modelo en vías de extinción, como están

planteadas actualmente las cosas; la causa es que las cifras no cuadran. No sé cuánto nos demoremos, pero las cifras no cuadran porque no se puede tener una empresa independiente para atender 5.000 usuarios que tiene un municipio: eso no funciona. O nos unimos o desaparecemos. El esquema de la municipalización creó un entorno institucional frágil, y habrá momentos en que será difícil hablar con los municipios y los alcaldes, que son actores fundamentales en la conformación de redes. Si se desconoce a la autoridad legítimamente elegida que manda en un territorio, creo que empezamos por la ruta equivocada. Tenemos que contar con el concurso de ellos porque no puede olvidarse que los alcaldes locales son quienes presiden las juntas directivas de las empresas sociales del Estado.

Creo, sinceramente, que las redes son el camino para preservar la institucionalidad pública. Medellín y Metrosalud lo creen firmemente como un hecho fundamental: la institucionalidad pública forma parte de la prestación de servicios de salud porque garantiza que aquello que no es negocio se siga prestando. Garantiza la equidad, pero, a la vez, es una reguladora de potenciales monopolios privados.

Conformar una red no es una decisión de índole administrativa, es una decisión política. Y ese es el papel político que nos corresponde asumir a los gestores. Las posiciones políticas no las asumen las instituciones, las asumen las personas; de ahí el compromiso que las gerencias de los hospitales tenemos para lograr la subsistencia de la red pública a través del modelo de redes integradas de servicios de salud.

**INDICACIONES PARA LOS AUTORES  
PRESENTACIÓN DE CONTRIBUCIONES PARA  
LA REVISTA NUEVOS TIEMPOS**

- Los trabajos se enviarán al director de la REVISTA NUEVOS TIEMPOS a la Carrera 48 N° 24 – 104 Medellín, Fax: (574) 3548880 ext. 220, e-mail: competitividad@cohan.org.co Consultas sobre envíos de trabajos pueden hacerse a esas mismas direcciones, también al número telefónico (574) 3548880 ext. 222 o 229.
- Los temas deben tener relación con los grandes propósitos de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia/Centro Colaborador OPS-OMS, especialmente con su misión de mejoramiento de los servicios de salud mediante la investigación, transferencia de tecnología y suministro de insumos para un desarrollo integral de sus colaboradores, asociados y entidades del sector salud y cooperativo; y con su visión de llegar a ser líder dentro de los sectores solidario y de salud, como resultado del alto desarrollo organizacional que posibilita la misión social de sus asociados.
- Se admiten solo artículos inéditos, originales, que mientras sean sometidos a consideración con fines de publicación en NUEVOS TIEMPOS, no podrán ser enviados a otras revistas. Los textos deben ser en español o inglés, sin exceder de 15 hojas tamaño carta, doble espacio, letra arial 12. El original se acompañará de una copia magnética, en software microsoft word; gráficos en excel o power point. Si se trata de una investigación debe incluir: introducción, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, palabras clave para describir el contenido. Las ilustraciones y tablas deben ser numeradas en secuencia, provistas de título y referidas dentro del texto; su origen, citado como parte de la explicación.
- El título del trabajo será lo más breve posible, en español e inglés. El (los) nombre(s) del (los) autor (es) incluye (n) profesión(es) a que pertenece(n), dirección postal, correo electrónico, teléfono.
- El resumen: todo trabajo debe incluir un resumen en español e inglés, con un máximo de 200 palabras, en el que se describen los aspectos centrales de artículo como objetivos, diseño, contexto, resultados, conclusiones.
- Referencias bibliográficas: deben ser incluidas al final del trabajo, citando en forma completa: autor(es), nombre del artículo, o texto, lugar de publicación, editorial, fecha de publicación. Si se trata de un artículo de una revista, incluir el nombre completo de ésta, volumen, número, año, página. En los casos de trabajos citados por fuente secundaria, las referencias deben corresponder al original, si se conoce. Las notas al pie de página deben ser incluidas en casos excepcionales y contener únicamente textos adicionales, no referencias bibliográficas; identificarlas con asteriscos para diferenciarlas de las anteriores.
- El Comité Editorial dará aceptación o no a los trabajos, de acuerdo a sus políticas de difusión científicas antes mencionadas y a los conceptos evaluadores externos. Este organismo se reserva el derecho de hacer modificaciones editoriales que encuentre necesarios: condensación de textos, eliminación de tablas y gráficos.
- Los autores recibirán ejemplares de la REVISTA NUEVOS TIEMPOS; así como los derechos de reproducción total o parcial serán de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia/Centro Colaborador OPS-OMS.

Los artículos serán evaluados por dos (2) evaluadores externos. De acuerdo a su evaluación y recomendaciones el Comité Editorial se reserva el derecho de incluir una tercera evaluación y de publicar o no el artículo.

## DELTA-SOMAT

### Somatostatin for Injection

-Tratamiento de elección en hemorragias por varices esofágicas.

-Prevención de pancreatitis aguda posterior a CEPRE.

-Fistulas gastrointestinales

-Tratamiento de elección en hemorragias por varices esofágicas.

-Prevención de pancreatitis aguda posterior a CEPRE.

-Fistulas gastrointestinales



PBX: (57 - 4) 334 40 33 - Fax: 331 76 19  
Carrera 46 No. 19 Sur 117 Medellín  
Medellín - Colombia - Sur América  
www.deltamedicine.com

### CUPÓN DE SUSCRIPCIÓN

**REVISTA NUEVOS TIEMPOS  
COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA  
CENTRO COLABORADOR OPS - OMS**

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

E-MAIL:

BARRIO (Sector)

Tel:

Fax:

CIUDAD:

País:

LA SUSCRIPCIÓN EN COLOMBIA ES POR UN AÑO,  
A NIVEL INTERNACIONAL PUEDE HACERLA POR DOS AÑOS.

***La Suscripción es Gratuita***

Para efectos de registro y entrega sin costo de la Revista Nuevos Tiempos,  
le solicitamos remitir este formato a la dirección que se relaciona a  
continuación:

Cooperativa de Hospitales de Antioquia  
Centro Colaborador OPS - OMS

**Revista Nuevos Tiempos**

Carrera 48 N° 24 - 104  
PBX: 354 88 80

E-mail: [gerencia@cohan.org.co](mailto:gerencia@cohan.org.co)  
Medellín - Colombia