

Implementación de las redes asistenciales de salud en Chile: percepciones de los profesionales de la salud*

Implementation of health care networks in Chile: perceptions of health professionals

Implementação das redes assistenciais de saúde no Chile: percepções dos profissionais da saúde

Fecha de recepción: 12-11-12 Fecha de aceptación: 22-02-13
SICI: 1657-7027(201301)12:24<100:IRASCP>2.0.TX;2-4

Octavio A. Ferrada**
Claudio A. Méndez***

* Artículo de investigación basado en la tesis de grado de licenciado en Ciencias Farmacéuticas de la Universidad Austral de Chile del primer autor. Sin fuente de financiación. Fecha de inicio: junio de 2010, Fecha de término: marzo de 2012. Los resultados preliminares fueron presentados en el II Congreso Chileno de Salud Pública del año 2010.

** Químico farmacéutico, Escuela de Química y Farmacia, Facultad de Ciencias, Universidad Austral de Chile. Correo electrónico: octavioferrada@gmail.com

*** Magíster en Salud Pública, profesor auxiliar de Sistemas y Políticas de Salud, Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Avenida Senador Carlos Acharán Arce, Campus Isla Teja, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile. Teléfono: +56 (063) 221144. Casilla Postal: 567. Correo electrónico: claudiomendez@uach.cl



Resumen

Contexto del problema: la fragmentación de los sistemas de salud afecta la provisión de servicios de salud. *Objetivo:* describir la percepción de los profesionales de la salud respecto de la implementación de la red asistencial de salud de la provincia del Ranco, región de Los Ríos, Chile. *Justificación:* las percepciones de los profesionales son claves para mejorar la implementación de la red. *Métodos:* estudio cualitativo de tipo descriptivo y exploratorio con base en entrevistas semiestructuradas en profundidad a dieciséis profesionales. La información se analizó a través de la técnica de análisis de contenido. *Resultados:* la implementación de la red asistencial mejoró la coordinación de la provisión de servicios de salud. Sin embargo, existen diferencias de acuerdo con el nivel de responsabilidad administrativa respecto de las fortalezas y debilidades de la implementación. *Conclusiones:* persisten brechas del diseño de la reforma de la salud que afectan la implementación de la red.

Palabras clave: política de salud, reforma de la atención de salud, investigación sobre servicios de salud, servicios de salud, investigación cualitativa, Chile

Palabras clave descriptor: política de salud, reforma de la atención de salud, investigación sobre servicios de salud, servicios de salud, investigación cualitativa, Chile

Abstract

Context of the problem: the fragmentation of the health care systems affects the provision of health services. *Objective:* To describe the perceptions of health care professionals regarding the implementation of the health care network of Ranco Province, region of Los Ríos, Chile. *Justification:* Professional perceptions are key to improving the network implementation. *Methods:* A qualitative exploratory and descriptive study based on semi-structured in-depth interviews to sixteen professionals. The information was analyzed through the content analysis technique. *Results:* the implementation of the assistance network improved the coordination for the provision of health services. However, there are differences according to the level of administrative responsibility concerning the strengths and weaknesses of the implementation. *Conclusions:* design gaps persist related to the health care reform that affect the implementation of the network.

Keywords: health policy, health care reform, health services research, health care, qualitative research, Chile

Keywords plus: health policy, health care reform, health services research, health services, qualitative research, Chile

Resumo

Contexto do problema: a fragmentação dos sistemas de saúde afeta a provisão de serviços de saúde. *Objetivo:* descrever a percepção dos profissionais da saúde no que diz respeito da implementação da rede assistencial de saúde da província do Ranco, região de Los Ríos, Chile. *Justificação:* as percepções dos profissionais são fundamentais para melhorar a implementação da rede. *Métodos:* estudo qualitativo de tipo descritivo e exploratório com base em entrevistas semi-estruturadas em profundidade a dezesseis profissionais. A informação analisou-se através da técnica de análise de conteúdo. *Resultados:* a implementação da rede assistencial melhorou a coordenação da provisão de serviços de saúde. No entanto, existem diferenças de acordo com o nível de responsabilidade administrativa respeito das fortalezas e fraquezas da implementação. *Conclusões:* persistem fendas do desenho da reforma da saúde que afetam a implementação da rede.

Palavras chave: política de saúde, reforma da atenção em saúde, pesquisa sobre serviços de saúde, serviços de saúde, pesquisa qualitativa, Chile

Palavras chave descritores: política de saúde, reforma dos cuidados de saúde, serviços de saúde de pesquisa, cuidados de saúde, pesquisa qualitativa, Chile

Introducción

La fragmentación de los sistemas de salud ha sido descrita como un problema que conduce a la ineficiencia, inequidad e ineficacia de los sistemas (1). Como respuesta, en décadas recientes se han conceptualizado, diseñado e implementado las redes integradas de servicios de salud (RISS). Las RISS —también descritas en la literatura técnica y científica como organizaciones sanitarias integradas o sistemas integrados de provisión— se han concebido como una red de servicios de salud a través de la cual se ofrece una atención coordinada y colaborativa en la entrega de prestaciones de salud, y cuyos objetivos se relacionan con mejorar la eficiencia global de los sistemas de salud y la continuidad de la atención (2, 3).

En América Latina, muchos países han implementado RISS como un medio para la organización de los servicios de salud en sus procesos de reforma (4). Sin embargo, las barreras relacionadas con las estructuras segmentadas de los sistemas de salud del continente, el impacto de los cambios introducidos por las reformas de las décadas de los ochenta y noventa y la deficiencia de sistemas de información y evaluación se han establecido como las principales barreras para su implementación (5). Actualmente la Organización Panamericana de la Salud promueve el diseño y la implementación de RISS basadas en la atención primaria, como una respuesta a la fragmentación de los sistemas de salud del continente (6).

Asimismo, no obstante las recientes experiencias de diseño e implementación de RISS como respuesta a la fragmentación de los sistemas de salud de América Latina, las brechas de generación de evidencia relacionada con el impacto de la implementación de RISS en la continuidad y en la coordinación de la provisión de servicios de salud sigue siendo un desafío pendiente.

Más aún, la ausencia de evidencia cualitativa que permita conocer las percepciones de los tomadores de decisiones y profesionales de la salud directamente involucrados en su implementación, se plantea como una limitante para superar las barreras estructurales de los sistemas de salud descritas con anterioridad.

En el caso de Chile, el sistema de salud presenta una extensa experiencia en el diseño y la implementación de redes asistenciales. Principalmente, fue la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en la década de los cincuenta, la primera instancia que logró unificar los servicios sanitarios y asistenciales de salud del país (7). El SNS se caracterizó por ser un sistema integrado en la provisión de servicios de salud, el cual permitió ampliar en forma significativa el acceso y la cobertura de los servicios de salud (8, 9).

Sin embargo, las reformas implementadas durante la dictadura militar de la década de los setenta y ochenta implicaron la fragmentación y el debilitamiento de la red pública de servicios de salud (10, 11). En la década de los noventa, con el retorno de los gobiernos democráticos, las políticas de salud se orientaron al fortalecimiento de la red pública de servicios de salud (12). Sin embargo, el sistema aún presentaba importantes rezagos relacionados con la equidad en el acceso a los servicios de salud (13-16). Así, a inicios de la década del 2000, se planteó una nueva reforma de la salud, a través de la cual se introdujo la priorización de intervenciones de salud garantizadas bajo un enfoque de derechos. Actualmente 69 problemas e intervenciones de salud se encuentran bajo el régimen de garantías explícitas en salud (GES), que garantiza acceso, oportunidad de atención, protección financiera y calidad (17).

Desde el ámbito estructural, la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión introdujo



cambios organizacionales al sistema de salud. Se fortaleció la función rectora del Ministerio de Salud, se produjo la separación de las actividades de salud pública de aquellas de gestión de servicios de salud y se creó la Superintendencia de Salud como nueva instancia de regulación del sistema de salud (18). Asimismo, la ley definió las redes asistenciales como aquel conjunto de establecimientos asistenciales públicos, municipales de atención primaria de salud de su territorio y otros establecimientos de naturaleza pública o privada que hayan suscrito convenio con el servicio de salud respectivo, siendo un aspecto fundamental en la concepción de la red asistencial la relevancia de la atención primaria de salud como el nivel responsable de las derivaciones a otros niveles de complejidad de la red (18).

Sin embargo, a siete años de la promulgación de la ley que conceptualizó y describió la nueva estructura organizacional para la provisión de servicios de salud en Chile, no existe evidencia científica publicada que aborde la etapa de implementación de las redes de salud de acuerdo con las características conceptuales descritas en la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión. Más aún, de manera similar a otras experiencias en América Latina, las percepciones de los profesionales de la salud en relación con las fortalezas y obstáculos de las instituciones proveedoras de servicios de salud en este nuevo escenario de integración asistencial, no han sido determinantes para su implementación.

La presente investigación tuvo por objetivo describir las percepciones de los profesionales de la salud respecto de la implementación de la red asistencial de salud de la provincia del Ranco, región de Los Ríos, período agosto de 2010 a marzo de 2012.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Cualitativo, descriptivo y exploratorio. Este tipo de diseño permite la descripción y la investigación de fenómenos poco comprendidos, identificar o descubrir unidades de significados y generar nuevas hipótesis de investigación (19). En razón del objetivo del estudio, este tipo de diseño se presentó como idóneo, dada la ausencia de evidencia respecto de las percepciones de los profesionales de la salud relacionadas con la implementación de la red asistencial de la provincia del Ranco en la región de Los Ríos.

Área de estudio

La región de Los Ríos se ubica en el extremo sur del país. Desde el punto de vista político-administrativo, se divide en las provincias de Valdivia y del Ranco. Según datos preliminares del censo de población del año 2012, la región cuenta con 363 887 habitantes. La provincia del Ranco, con 91 699 habitantes, está compuesta por las comunas de Futrono, Lago Ranco, La Unión y Río Bueno. La red asistencial de salud está integrada por dos hospitales de baja complejidad ubicados en Río Bueno y La Unión, un consultorio adosado a hospital, uno independiente y dos rurales. La elección de la provincia obedeció a la oportunidad de evaluar los nuevos procesos de coordinación originados como resultado de los cambios territoriales y político-administrativos del proceso de creación de la región de Los Ríos en el año 2007.

Universo y muestra

El universo correspondió a los profesionales de salud de la red asistencial de salud de la provincia del Ranco. Para la selección de la muestra se utilizó la técnica de bola de nieve (20). A través de esta, fueron seleccionados dieciséis profesionales con y sin responsabilidades directivas que al

momento de la investigación presentaban una relación contractual con la institución de al menos dos años. Este criterio buscó cautelar la participación de los profesionales en la etapa de implementación de la red asistencial. Se definió como profesional con responsabilidad directiva a aquellas(os) profesionales que al momento de la entrevista se desempeñaran como directores(as), subdirectores(as), jefes(as) de servicios clínicos y coordinadores(as). Por otra parte, se consideró como profesional sin responsabilidad directiva aquellas(os) cuya labor fuera principalmente asistencial. Los profesionales fueron contactados en sus instituciones en forma personal por el primer autor. No hubo rechazo de profesionales a participar de la investigación.

Consideraciones éticas

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Servicio de Salud de Valdivia. Asimismo, se solicitaron las autorizaciones respectivas a las autoridades administrativas de las instituciones proveedoras de servicios de salud. Finalmente, se presentó un documento de consentimiento informado a los profesionales entrevistados en donde

se explicitó el objetivo de la investigación, así como la libertad de abandonar la investigación sin mediar explicación alguna.

Instrumento de recolección de la información

Para la recolección de la información se utilizó la técnica cualitativa de entrevista individual semiestructurada en profundidad (21). Los tópicos de la entrevista abordaron la implementación de la red asistencial de salud y los cambios en la función de provisión de servicios de salud introducidos por la reforma sectorial (ver tabla 1). Se buscó la saturación global de los tópicos previamente descritos, lo cual determinó el tamaño muestral final. El trabajo de campo se realizó entre los meses de agosto de 2010 y marzo de 2012. Las entrevistas tuvieron una duración mínima de veinte minutos y máxima de una hora, y se realizaron en las dependencias de la institución laboral de los entrevistados. Fueron conducidas por uno de los autores, con el fin de obtener consistencia y reducir la variación de la aproximación a los temas presentados a los entrevistados (22). Asimismo, fueron grabadas, con previa lectura y suscripción del respectivo documento de consentimiento informado por parte del entrevistado, y transcritas en

TABLA 1. GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EN PROFUNDIDAD APLICADA A LA MUESTRA DE PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA RED ASISTENCIAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DEL RANCO, REGIÓN DE LOS RÍOS, PERÍODO AGOSTO DE 2010 A MARZO DE 2012

Guía de preguntas
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál ha sido su papel en la implementación de la reforma de la salud? • ¿Cuál cree usted han sido los principales cambios en la organización del sector de la salud? • ¿Cómo evalúa la etapa de implementación de la red asistencial de salud? • ¿Cuáles han sido las fortalezas en la etapa de implementación de la red asistencial de salud? • ¿Cuáles han sido las debilidades en la implementación de la red asistencial de salud? • ¿Cómo ha sido el desempeño de los equipos de salud? • ¿Cuáles han sido las fortalezas de los equipos de salud en la implementación de la red asistencial de salud? • ¿Cuáles han sido las debilidades de los equipos de salud en la implementación de la red asistencial de salud? • ¿Qué cambios sugiere usted para mejorar la implementación de la red asistencial de salud?



forma literal. Una vez transcritas, y como criterio de buena calidad en el reporte de investigaciones cualitativas (23), fueron enviadas a los entrevistados para obtener comentarios y correcciones.

Análisis de la información

Las entrevistas se analizaron de acuerdo con la técnica de análisis del contenido en su aproximación convencional (24, 25). Esta técnica basa la reducción de la información a través de la definición de unidades de análisis y árboles de codificación. Una vez establecidas las unidades y sus respectivos códigos, se establecen las categorías y subcategorías temáticas que emergen del análisis de los discursos. Se seleccionaron citas literales de las entrevistas, de acuerdo con el criterio de representación de los conceptos e ideas que emergieron de aquellas (26). Las citas fueron codificadas con el fin de cautelar el anonimato y diferenciar el nivel de responsabilidad directiva del entrevistado: profesional con responsabilidad directiva (RD) y profesional sin responsabilidad directiva (ND).

Criterios de calidad en investigación cualitativa

La calidad de la investigación se cauteló a través de los criterios de rigor científico de credibilidad, dependencia, confirmabilidad y transferibilidad (27-30). La credibilidad mediante el envío de las transcripciones a los entrevistados. La dependencia y confirmabilidad con base en la descripción sistemática de la metodológica utilizada y reflexividad en la conducción del análisis. Finalmente, la transferibilidad, sustentada en la homogeneidad estructural y organizacional de la provisión pública del sistema de salud chileno que permite transferir parte de los hallazgos a otras redes asistenciales que respondan a las diferentes características de la red estudiada.

Resultados

El 69 % de los entrevistados correspondió al género femenino, en tanto que el 37 % de los profesionales contaba con responsabilidad directiva (tabla 2). En la tabla 3 se presentan las categorías y subcategorías temáticas que emergieron del análisis de las entrevistas. Los resultados se organizan de acuerdo con el análisis de cada categoría temática y sus respectivas subcategorías.

Cambios organizacionales

Para los profesionales de la salud de la provincia del Ranco, la implementación de redes asistenciales destaca como una gran fortaleza del diseño de la reforma de salud. Por otra parte, para la mayoría de los profesionales entrevistados con responsabilidad directiva, la reforma introdujo al sistema de salud una necesaria separación entre las funciones de salud pública de aquellas relacionadas con la gestión de la provisión de servicios de salud. Dicha separación ha implicado que la instancia organizacional encargada de conducir la fiscalización sea independiente de las organizaciones fiscalizadas.

[RD6]. El hecho de abrir ambas subsecretarías, una de salud pública, desde mi punto de vista da una mayor independencia a las actividades que cada uno desarrolla, salud pública no tiene injerencia, o sea, cada uno trabaja en forma independiente. El otro indudablemente es la gestión en red, el hecho de que se haya fortalecido la articulación de gestión en red, para nosotros ha significado mayor coordinación con la atención primaria, con otros hospitales y han sido cambios que han impactado de buena forma al accionar diario de la salud.

No obstante lo anterior, para los profesionales exentos de responsabilidad administrativa, ha existido una importante brecha de

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DE PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA RED ASISTENCIAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DEL RANCO, REGIÓN DE LOS RÍOS, PERÍODO AGOSTO DE 2010 A MARZO DE 2012

Variable	Número	Porcentaje
<i>Sexo</i>		
Masculino	5	31
Femenino	11	69
<i>Edad</i>		
20-30	2	12
31-40	7	44
41-50	2	12
51-60	5	32
<i>Profesión</i>		
Médico cirujano	3	19
Enfermera	4	25
Tecnólogo médico	1	6
Asistente social	3	19
Kinesiólogo	1	6
Nutricionista	1	6
Matrona	2	13
Contador auditor	1	6
<i>Años de servicio</i>		
01-10	6	37
11-20	5	32
21-30	2	12
31-40	3	19
<i>Responsabilidad directiva</i>		
Profesional con responsabilidad directiva	6	37
Profesional sin responsabilidad directiva	10	63

Fuente: elaboración propia

TABLA 3. CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS TEMÁTICAS QUE EMERGIERON DEL ANÁLISIS DE LOS DISCURSOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA RED ASISTENCIAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DEL RANCO, REGIÓN DE LOS RÍOS, PERÍODO AGOSTO DE 2010 A MARZO DE 2012

Categoría	Subcategoría
• Cambios organizacionales	• Red asistencial
	• Gestión en redes de salud
• Priorización de intervenciones	• Provisión en redes de salud
	• Competencias profesionales
• Políticas y estrategias	• Recursos humanos
	• Financiamiento

Fuente: elaboración propia



información entre los diseñadores y los equipos de salud responsables de implementar los nuevos modelos de gestión y provisión de servicios de salud. Esta brecha ha impactado negativamente en el alineamiento de los profesionales con los cambios organizacionales y la comprensión de las implicancias del nuevo modelo de gestión y de atención para las instituciones de salud.

[ND8]. ... cuando esta se comenzó a implementar y a gestionar dentro de los servicios de salud, ahí comenzó una pequeña luz [...] tenían muy poca información, costó que esa información bajara.

En el caso del modelo de gestión en redes de salud, la mayoría de los entrevistados aprobaron el modelo. Los entrevistados perciben una mayor comunicación entre los distintos establecimientos de salud y un mayor apoyo desde los niveles más altos del sistema de salud hacia los distintos niveles de atención de la red asistencial de salud. Para los entrevistados con cargos directivos, la implementación del modelo de gestión en redes de salud contribuyó a una mayor integración y coordinación con otros niveles de complejidad asistencial, especialmente la atención primaria de salud.

[RD1]. El otro indudablemente es la gestión en red, el hecho de que se haya fortalecido la articulación de gestión en red, para nosotros ha significado mayor coordinación con la atención primaria, con otros hospitales [...] el hecho de que se fortalezcan las implementaciones en red, te lleva a trabajar en equipo, o sea el hospital de [...] no es un hospital que este solo, que este aislado digamos.

Al igual que los profesionales con responsabilidad directiva, en el caso de los entrevistados sin responsabilidad directiva se reconoce una mejor coordinación

y continuidad en la atención de salud, determinada por la mayor autonomía para gestionar la demanda de prestaciones de salud por parte de las instituciones de salud integrantes de la red.

[ND2]. Los cambios, se han visto mucho en la parte de gestión y en la coordinación en especial en la atención, hay mucho mayor rapidez, tenemos mayor capacidad nosotros como hospital ahora de poder gestionar, y de poder dar horas, a los pacientes que antes esperaban 5 años por una atención y tienen la posibilidad de ir creciendo y ser autogestionable, ya, esa es una de las principales, principales logros que hemos tenido...

Independientemente del compromiso directivo, la implementación de los cambios organizacionales ha sido percibida como una oportunidad para mejorar la coordinación y la continuidad de la provisión de servicios de salud. Sin embargo, las brechas de información respecto de las implicancias de los cambios para las instituciones sanitarias se han constituido como una barrera para lograr un mejor nivel de integración asistencial.

Priorización de intervenciones

La provisión de servicios de salud basados en GES bajo un contexto de redes, demandó nuevas competencias gerenciales y profesionales para los equipos de salud. Los entrevistados identificaron la escasa capacitación como un obstáculo para implementar las GES desde un modelo de redes de salud. Asimismo, y con independencia de su nivel de responsabilidad directiva, la escasa capacitación implicó enfrentarse al proceso de toma de decisiones respecto de la implementación con información incompleta, o en ausencia de esta. Lo anterior impactó en la eficiencia global de la red y en la consecuente insatisfacción de los

usuarios e integrantes del equipo de salud.

Por otra parte, el desempeño de los equipos presentó mejoras, manteniendo una actitud positiva frente a los distintos problemas emergentes de la implementación de la red y de las GES. En el mismo sentido, la experticia y voluntad de los equipos fueron fundamentales para el cumplimiento de los requerimientos de la implementación de la reforma de salud y de la provisión de servicios de salud basados en GES.

Para los profesionales con cargos directivos, el desempeño de los equipos dentro de sus respectivos establecimientos fue acorde a lo que se necesitaba para realizar e implementar el nuevo modelo de gestión en redes de salud, específicamente para cautelar por la provisión las intervenciones garantizadas.

[RD2]. El desempeño, eh, del equipo de salud, de los equipos, yo diría que muy bueno, colaborador en todo sentido, para que se lleven a cabo las garantías, o sea, nosotros ponemos toda nuestra parte para que se cumplan las garantías explícitas, ponemos nuestra parte.

Sin embargo, para los profesionales sin cargos directivos, el nivel de desempeño alcanzado por los equipos de salud estuvo condicionado por las altas cargas de trabajo, las cuales implicaron un desgaste de los equipos en razón de que estos últimos debieron asumir otras tareas relacionadas con la implementación del modelo de gestión.

[ND7]. Es alta, porque, pero más que nada como un dilema de organización, porque como se van integrando patologías nuevas, somos los mismos entonces nosotros tenemos que reorganizarnos, ordenarnos, mezclar, entonces de repente uno trabaja de una cosa, después en otra y eso es como que hace que la carga se alta, pero yo creo que

con la práctica y que más [...] se va a superar, pero siempre falta el recurso humano.

Para los profesionales, la provisión de servicios de salud basados en GES en un contexto de redes asistenciales debe desarrollarse en un contexto organizacional en donde exista un alineamiento entre las estrategias dirigidas a desarrollar y fortalecer las competencias profesionales y gerenciales con las demandas de la organización y provisión de servicios en redes de salud.

Políticas y estrategias

Las propuestas de cambios de políticas y estrategias para fortalecer la implementación de la red asistencial que los profesionales identificaron como claves, se relacionaron con los ámbitos de recursos humanos y asignación de recursos para infraestructura. En el ámbito de los recursos humanos, para ambas categorías de profesionales, los cambios en la política y en las estrategias de recursos humanos deben estar dirigidos a la contratación, distribución y capacitación de competencias relacionadas con el nuevo modelo de gestión y provisión. Los entrevistados reconocieron la dificultad de atraer, retener y distribuir a profesionales claves para el desempeño del modelo de redes de salud, así como aquellos fundamentales para el cumplimiento de las intervenciones GES.

[RD1]. ... por lo menos que la relación prestaciones que se requieren con cantidad de personal requerido para entregar las prestaciones que estén cada vez un poco más, que tenga menos disparidad, me explico, si vamos a implementar una [...] de alto nivel, que tengamos acceso al recurso humano para llevar a cabo esa actividad y que no se redistribuya en el mismo personal que hay.

[ND10]. Con la cantidad de personal, nos falta, siempre falta.



En el ámbito de la asignación de recursos, los entrevistados con responsabilidad directiva sugirieron avanzar en el diseño de políticas y estrategias orientadas al diseño de mejores sistemas de asignación de recursos en infraestructura de cada establecimiento que compone la red.

[RD4]. Yo creo que asignar mayor cantidad de recursos, tanto humanos como materiales, porque igual como te decía, cada vez mayor hay una mayor demanda y no da abasto para atender a todos.

Para los profesionales sin responsabilidad directiva, el énfasis debe ser en la cantidad de recursos destinados a proyectos de expansión de las instituciones —principalmente en infraestructura— y no así en los mecanismos.

[ND2]. ... Lo que todos decimos, recursos económicos, eso necesitamos, recursos económicos que nos ayuden a nosotros como hospital a crecer, necesitamos espacio.

Finalmente, y con independencia del nivel de compromiso directivo, los profesionales identificaron la necesidad de diseñar estrategias dirigidas a mejorar el flujo de información entre las distintas instancias organizacionales que se relacionan con la red asistencial y que no fueron abordadas en el diseño de la reforma de la salud.

Discusión

Los resultados obtenidos en la presente investigación permitieron identificar cómo los cambios organizacionales relacionados con la coordinación y la continuidad en la provisión de servicios de salud se constituyen como determinantes para el éxito o fracaso en la implementación de las RISS. Este resultado se relaciona con hallazgos de otras investigaciones en donde se ha establecido que para el éxito en la implementación del

modelo de redes integradas se depende en gran parte de los niveles de coordinación y desarrollo que logren los componentes de dichas redes (31). Sin embargo, en el caso del modelo chileno, la optimización de los mecanismos de coordinación y continuidad de la atención depende del fortalecimiento de la atención primaria de salud. Esto último, principalmente, en razón de que la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión posicionó a la atención primaria de salud como la puerta de entrada del modelo de redes asistenciales.

No obstante la necesidad de fortalecer la atención primaria, para la coordinación y continuidad de la provisión de servicios de salud otros aspectos relevantes los constituyen los mecanismos de incentivos, alineamiento de los equipos de salud y formas de gobernanza de la red. Estos aspectos se relacionan con principios claves que han sido propuestos para ser considerados en la implementación de las RISS (32). Más aún, se ha identificado la limitada alineación con los objetivos de la organización, la mantención de incentivos no compartidos por la red y la ausencia de gobiernos fuertes en las instituciones que integran las redes como los principales obstaculizadores para su buen desempeño (33).

En América Latina, diversos autores han estudiado los atributos de los sistemas de salud de países como Cuba, Colombia y Ecuador respecto de la implementación de las RISS, desarrollando diversas iniciativas relacionadas con establecer marcos conceptuales y metodológicos para su diseño e implementación (34-39). No obstante lo anterior, no existe mayor evidencia disponible producto de investigación en sistemas y servicios de salud, que permita discutir en una perspectiva comparada los resultados obtenidos en la presente investigación con otras experiencias en el continente.

Los resultados identificaron la necesidad de

diseñar e implementar nuevas estrategias y políticas en el área de los recursos humanos, de financiamiento y del modelo de gestión, aspectos que han sido destacados como atributos esenciales para la implementación y desarrollo de las redes integradas de servicios de salud (6). En el mismo sentido, las estrategias mencionadas han sido identificadas en otras investigaciones como necesarias para mejorar la coordinación por parte de directivos y profesionales de la salud (40). Sin embargo, para la implementación de dichas estrategias en las redes asistenciales debe ser una prioridad mejorar la coordinación y continuidad en la provisión de servicios de salud en el sistema de salud del país que considere elementos estructurales y regulatorios del sistema. Específicamente, se debe considerar cómo la estructura mixta del sistema de salud respecto de sus funciones de financiamiento y provisión de servicios de salud determina lo que algunos autores han denominado el “síndrome de los sistemas de salud mixtos” (41).

La función de provisión mixta del sistema de salud impacta en el logro de mejores niveles de coordinación y desarrollo de los componentes de las redes. Este aspecto estructural incentiva una competencia no solo entre los proveedores públicos y privados, sino también entre las propias instituciones proveedoras públicas para el cumplimiento de las metas sanitarias establecidas en las políticas u objetivos nacionales de salud. Más aún, como han destacado otros autores, dicho contexto está determinado por fuerzas internas y externas que impactan en aspectos del diseño y la implementación de las redes de servicios de salud (42). En el mismo sentido, los distintos países del continente han enfrentado serias dificultades al momento de alinear sus estructuras organizacionales a los requerimientos de las RISS (43).

mixtos se relaciona con la dualidad en el empleo, la cual si bien ha sido identificada como una prioridad de investigación para los diseñadores de políticas, no ha sido un objetivo de la comunidad científica evaluar su impacto en el desempeño de los sistemas de salud (44). En experiencias de países de bajos y medianos ingresos, este fenómeno ha sido abordado a través del diseño y la implementación de diversas opciones de políticas públicas (45). Si bien en Chile no existe evidencia publicada respecto del impacto de la dualidad en el empleo en el desempeño del sistema de salud, diversas investigaciones sí han hecho énfasis en la alta concentración de profesionales médicos en el país (46, 47). Así, en razón de los resultados obtenidos relacionados con la necesidad de atraer profesionales para el fortalecimiento de las redes asistenciales, una política de recursos humanos que aborde la distribución, atracción y retención de los profesionales en el sector proveedor público de salud es fundamental. Más aún, esta percepción ha estado presente en los resultados de otras investigaciones dirigidas a evaluar la implementación de la reforma de la salud (48, 49).

Las limitaciones metodológicas que implican el diseño y la técnica de muestreo cualitativo utilizados determinan la necesidad de conducir nuevas investigaciones que exploren las dimensiones causales de las percepciones de profesionales de la salud de la red asistencial estudiada. Asimismo, que indaguen sobre el impacto de la articulación de la red en la equidad en el acceso a los servicios de salud. Por ser este estudio descriptivo y basado en percepciones, estos aspectos no emergieron como temas claves.

El éxito de las redes asistenciales de salud en Chile, como en el resto de los sistemas de salud de América Latina, dependerá de cómo la evaluación de su implementación logre medir el impacto del modelo en los



resultados de las políticas de salud. En el mismo sentido, se deben conducir nuevas investigaciones dirigidas a la medición de los niveles de integración alcanzados por las RISS, así como el impacto del modelo en la equidad en el acceso a los servicios de salud. Por otra parte, dichas evaluaciones deben considerar los aspectos estructurales de los sistemas de salud y su impacto en el desempeño de RISS.

Conclusiones

La implementación del modelo de redes asistenciales de salud ha permitido mejorar la coordinación y la continuidad de la atención de salud. Sin embargo, aún persisten importantes brechas relacionadas con aspectos del diseño de la reforma de la salud que no lograron ser soslayadas en la etapa de implementación.

Por otra parte, para el fortalecimiento del modelo de redes asistenciales, se hace indispensable el definir políticas y estrategias de desarrollo para el recurso humano en salud. Estas deben involucrar una perspectiva de redes, en la cual se aborde la mejora de la distribución de los profesionales de la salud dentro de las propias redes. En el mismo sentido, se debe avanzar en el diseño de nuevas estrategias de atracción, retención y distribución de profesionales claves para la provisión de servicios de salud en red.

Para el éxito del modelo de RISS como vía para asegurar el acceso con equidad a los servicios de salud resulta fundamental avanzar en políticas de salud dirigidas al fortalecimiento de la provisión pública y la regulación del sistema. Asimismo, será fundamental la implementación de marcos de evaluación dirigidos a medir los grados de integración, coordinación y continuidad de la provisión de servicios de salud bajo el modelo.

Para los sistemas de salud de América Latina, los resultados obtenidos en la presente investigación contribuyen con evidencia empírica que ser considerada al momento de articular RISS. Más aún, en razón de los elementos estructurales que los sistemas de salud del continente comparten, los resultados obtenidos plantean la relevancia de considerar los elementos del diseño de acuerdo con las capacidades que las propias instancias organizacionales de los sistemas presentan al momento de la implementación de las políticas de salud.

Referencias bibliográficas

1. Stange KC. The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *Ann Fam Med*. 2009; 7: 100-103.
2. Vázquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Pública*. 2005; 79: 633-643.
3. Enthoven AC. Integrated delivery systems: The cure for fragmentation. *Am J Manag Care*. 2009; 15: 284-290.
4. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón A, Silva MRF, de Paepé P. Integrated health care networks in Latin America: Toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 26 (4): 360-367.
5. Montenegro H, Holder R, Ramagem C, Urrutia S, Fábrega R, Tasca R, et ál. Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the Americas: Lessons learned. *Journal of Integrated Care*. 2011; 19 (5): 5-16.
6. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas.. Washington D.C.: OPS, Serie: La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas, nº 4; 2010.
7. Labra ME. La reinención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18 (4): 1041-1052.
8. Acevedo AC. La provisión de servicios de salud en Chile: aspectos históricos, dilemas y perspectivas. *Rev. Saúde Pública*. 1998; 32 (2): 192-199.
9. De Azevedo AC, Mardones-Restart F. The essential health reform in Chile; a reflection on the 1952 process. *Salud Publica Mex*. 2006; 48: 504-511.
10. Unger JP, De Paepé P, Cantaurias GS, Herrera OA. Chile's neoliberal health reform: An assessment and a critique. *PLoS Med*. 2008; 5 (4): e79.doi:10.1371/journal.pmed.0050079

11. Artaza O, Montt J, Vásquez C. Estructura y recursos humanos en un hospital público chileno: una experiencia de cambio. *Rev Panam Salud Pública.* 1997; 2 (5): 342-351.
12. Barrientos A. Health policy in Chile: The return of the public sector? *Bulletin of Latin American Research.* 2002; 21 (3): 442-459.
13. Arteaga O, Astorga I, Pinto AM. Desigualdades en la provisión de asistencia médica en el sector público de salud en Chile. *Cad. Saúde Pública.* 2002; 18 (4): 1053-1066.
14. Arteaga O, Thollaug S, Nogueira AC, Darras C. Información para la equidad en salud en Chile. *Rev Panam Salud Pública.* 2002; 11(5/6): 374-385.
15. Warren Hertel-Fernández A, Giusti AE, Sotelo JM. The Chilean mortality decline: improvement for whom? Socioeconomic and geographic inequalities in infant mortality, 1990-2005. *Bull World Health Organ.* 2007; 85: 798-804.
16. Subramanian SV, Delgado I, Jadue L, Vega J, Kawachi I. Income inequality and health: Multilevel analysis of Chilean communities. *J Epidemiol Community Health.* 2003; 57: 844-848.
17. Ley 19966 establece un régimen de garantías explícitas en salud. *Diario Oficial, Chile, 9 de septiembre de 2004.*
18. Ley 19937 de Autoridad Sanitaria y Gestión. *Diario Oficial, Chile, 24 de febrero de 2004, Chile.*
19. Marshall C, Rossman GB. *Designing qualitative research, 5th edition.* United States of America: Sage Publications; 2011.
20. Onwuegbuzie AJ, Leech NL. A call for qualitative power analyses. *Qual Quant.* 2007; 41: 105-121.
21. DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Medical Education.* 2006; 40: 314-321.
22. Fitzpatrick R, Boulton M. Qualitative methods for assessing health care. *Qual. Saf. Health Care.* 1994; 3: 107-113.
23. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007; 19 (6): 349-357.
24. Hsieh H, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res.* 2005; 15 (9): 1277-1288.
25. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008; 62 (1): 107-115.
26. Ulin P, Robinson E, Tolley E. *Qualitative methods in public health: A field guide for applied research.* San Francisco, EEUU: Jossey-Bass; 2005.
27. Calderón C. Criterios de calidad de la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Pública.* 2002; 76: 473-482.
28. Malterud K. Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *Lancet.* 2001; 358: 483-488.
29. Onwuegbuzie AJ, Leech NL. Validity and qualitative research: An oxymoron? *Qual Quant.* 2007; 41: 233-249.
30. Tobin GA, Begley CM. Methodological rigour within a qualitative framework. *J Adv Nurs.* 2004; 48 (4): 388-396.
31. Henao-Martínez D, Vázquez-Navarrete ML, Vargas-Lorenzo I, Coderch-Lassaletta J, Llopart-López JR. Integración asistencial de dos organizaciones en Cataluña, España. *Rev. Salud Pública.* 2008; 10 (1): 33-48.
32. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare Quarterly.* 2009; 13: 16-23.
33. Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. *Gac Sanit.* 2007; 21 (2): 114-23.
34. Franco-Giraldo A. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 2012; 11 (22): 28-42.
35. López Puig P, Alonso Carbonell L, Fernández Díaz IE, Ramírez Albajés C, Segredo Pérez AM, Sánchez Barrera O. Nivel de integración del sistema nacional de salud cubano. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2011; 27 (4): 421-434.
36. López Puig P, Torres Esperón M, Segredo Pérez AM, Alonso Carbonell L, Martínez Trujillo N. Criterios e indicadores para la caracterización de la integración en el sistema nacional de salud. *Rev. Cub. Salud Pública.* 2011; 37 (4): 394-415.
37. López Puig P, Alonso Carbonell L, García Milián AJ, Fernández Díaz IE. Presencia de los atributos para la integración de las redes de servicios de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2009; 25 (4): 86-97.
38. López Puig P, Morales Suárez IDR, Lara Menchaca S, Martínez Trujillo N, Lau López S, Soler Cárdenas SF. Las redes integradas de servicios de salud desde la realidad cubana. *Rev. Cub. Salud Pública.* 2009; 35 (4): 34-43.
39. López Puig P, Alonso Carbonell L, García Milián AJ, Serrano Patten AC, Ramírez León LB. Metodología para la caracterización de una red de servicios de salud y su aplicación en el contexto ecuatoriano. *Rev. Cub. Salud pública.* 2011; 37 (2): 122-130.
40. Henao Martínez D, Vázquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit.* 2009; 23 (4): 280-286.
41. Nishtar S. The mixed health systems syndrome. *Bull World Health Organ.* 2010; 88: 74-75.
42. Lega F. Organizational design for health integrated delivery systems: Theory and practice. *Health Policy.* 2007; 81: 258-279.
43. Artaza O, Méndez CA, Holder R, Suarez J, editores. *redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales.* Santiago, Chile: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 2011.
44. Ranson MK, Chopra M, Atkins S, Dal Poz MR, Bennett S. Priorities for research into human resources for health in low- and middle- income countries. *Bull World Health Organ.* 2010; 88: 435-443.
45. García-Prado A, González P. Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector. *Health Policy.* 2007; 84: 142-152.
46. Román O. Evolución de la oferta de médicos. Chile



- 1993-2008. Rev Med Chile. 2010; 138: 22-28.
47. Guillou M, Carabantes J, Bustos V. Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. Rev Med Chile. 2011; 139: 559-570.
48. Núñez P, Méndez C. Implementación de la Política Nacional de Medicamentos de la Reforma de la Salud: percepción del profesional químico farmacéutico. Rev Chil Salud Pública. 2011; 15 (1): 21-28.
49. Durán JE, Méndez CA. Implementación de la reforma de la salud: percepción del profesional químico farmacéutico. Cuad Med Soc (Chile) 2010; 50 (2): 124-131.