

Cómo fortalecer las redes de servicios de salud

El caso de Salta

PRIMERA PARTE

Introducción

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

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

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

ESCRIBE

daniel maceira

Director del Programa de Salud de CIPPEC. Licenciado en Economía, Universidad de Bs As. Ph.D. en Economía, Universidad de Boston y especializado en economía de la salud y organización industrial, con becas y subsidios de estudio de la Fundación Ford, el Programa de Becas del Gobierno de Japón, la Fundación Adenauer y la Beca Rosstein-Rodan de Boston University, entre otras.

Es investigador titular del CEDES e investigador adjunto del CONICET. Desarrolla actividades docentes en universidades nacionales y extranjeras. Asimismo, realizó varias publicaciones en revistas especializadas y ha tenido participación en numerosos proyectos de investigación y programas de asistencia técnica, especialmente en América Latina y el Caribe. Brinda asesoría técnica a distintos organismos nacionales e internacionales.

¿Qué es una red de servicios de salud?

Una red integrada de servicios de salud es una red de organizaciones que presta o hace lo necesario para garantizar servicios de salud de forma continua y coordinada a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos, y por el estado de salud de la población a la que sirve (Shortell, 2008).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideran que las redes son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la atención primaria a nivel de los servicios de salud, por cuanto contribuyen a hacer realidad varios de sus elementos esenciales: cobertura y acceso universal; primer contacto; atención integral, integrada y continua; cuidado apropiado; organización y gestión óptimas, y acción intersectorial, entre otros.

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

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

datos de identificación, localización de las familias, cobertura de salud, características y necesidades sociales y sanitarias.

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

- Población/territorio a cargo definido, y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias sanitarias, para la determinación de la oferta de servicios del sistema.
- Oferta adecuada y bajo un único paraguas organizacional de establecimientos y servicios de salud (servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos).
- Primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina el cuidado de la salud, y que resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población.
- Mecanismos de coordinación asistencial entre todos los niveles de atención.
- Cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad/ territorio.
- Sistema de gobernanza participativo y unificado para toda la red.
- Gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico (laboratorio y radiología, por ejemplo).
- Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema.
- Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red.
- Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas del sistema.

¿Cómo funcionan las redes en sistemas de salud segmentados?

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

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

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

De acuerdo con la organización y distribución de responsabilidades existente en el sistema de salud local, compete a las provincias actuar sobre sus redes. No obstante, desde el nivel nacional se pueden promover estrategias para orientar a las provincias en su fortalecimiento.

En esta línea, por ejemplo, se enmarca desde 2009 el componente “Redes” del programa Remediar+Redes, que funciona en la órbita del Ministerio de

Salud de la Nación. Mediante el seguimiento de pacientes con riesgo cardiovascular, impulsa a las provincias a diseñar estrategias y obtener recursos para el fortalecimiento de sus redes.

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

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

Figura 1. Regiones sanitarias, Salta.



El caso de Salta

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

¿CÓMO ESTÁ ORGANIZADO EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE SALTA?

De acuerdo con los **Principios sobre el Plan de Salud Provincial** (Ley 6.841 de 1996), el objetivo de la política de sa-

lud es transformar las condiciones de salud de la población a partir de la articulación de todos los recursos y servicios de las instituciones públicas, de la seguridad social y del subsector privado.

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

Las **regiones sanitarias** se delimitan geográficamente en función del perfil epidemiológico de la zona de referencia. Este enfoque posibilita, en teoría, la planificación de acciones sanitarias a partir de una utilización racional de recursos. Las regiones sanitarias son cuatro: Norte, Oeste, Sur y Centro³. (Figura 1) Dentro de esta estructura, las áreas ope-

¹ Algunas de estas regiones presentan grandes dificultades de acceso, al punto de que, por ejemplo, hay zonas inaccesibles en determinadas épocas del año, y por este motivo, la comunicación se establece exclusivamente por radio o helicóptero.

² El Decreto 1.189/2006, además, categoriza como hospitales de “cabecera” a dos establecimientos: Nuevo Hospital El Milagro y Hospital San Bernardo.

³ Por cuestiones de ubicación geográfica, se contemplan excepciones en los mecanismos de derivación: no se respetan los niveles de complejidad creciente y, en su lugar, se deriva directamente a los hospitales de referencia provincial. Ejemplo de esto son los hospitales Nazareno, Iruya, Santa Victoria Oeste y La Caldera, que son hospitales de complejidad II, pertenecientes a la Red Valle Puna, que derivan directamente a los hospitales de referencia provincial de nivel IV. ser tratada en los niveles de menor complejidad con las indicaciones correspondientes.

Figura 2. Redes de atención, Salta.



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

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

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

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

Para ello, se optó por descentralizar los hospitales públicos, que pasaron a estar organizados en red, según niveles de complejidad creciente.

Paralelamente, se impulsó el fortalecimiento y desarrollo del primer nivel de atención bajo la estrategia de atención primaria de la salud (APS). (Figura 2)

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

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

¿CÓMO ESTÁN ORGANIZADAS LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD EN SALTA?

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

- **Puestos fijos:** no cuentan con personal sanitario permanente. La atención sanitaria es de baja complejidad y se realiza en forma periódica y programada.

- **Puestos sanitarios:** cuentan con atención de enfermería permanente, la atención médica se realiza en forma periódica y programada.

- **Centros de salud:** establecimientos de salud con o sin internación. Ofrecen atención médica y de enfermería diaria, con otros profesionales de la salud (especialistas) en forma permanente o programada. En ocasiones proveen atención odontológica diaria y otros servi-

⁴ Este hospital, perteneciente a la Red del Valle de Lerma y Puna, no tiene capacidad de resolución de intervenciones quirúrgicas de mediana complejidad por la falta de anestelistas, por lo que se ve obligado a derivar las cirugías generales y cesáreas a los hospitales de referencia.



cios como laboratorio, radiología, etc. En la ciudad de Salta funcionan 60 centros de salud y en el interior de la provincia brindan servicios sanitarios otros 400 centros.

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

Los **hospitales nivel II** tienen servicios de salud con atención ambulatoria y de internación, brindados por médicos generalistas. A su vez, disponen de odontología y servicios de diagnóstico y tra-

tamiento como bioquímica y/o radiología. En algunos casos tienen guardias activas o pasivas, y atención especializada en forma periódica.

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

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

CONTINÚA EN EL PRÓXIMO NÚMERO

⁵ En la Red Güemes, el Hospital J.V. González, de nivel III, no cuenta con traumatólogos, por lo que la mayoría de sus derivaciones corresponden a esta especialidad junto con las patologías neonatales.