

# SERVICIOS DE SALUD EN RED

y fortalecimiento de la APS  
en la Argentina



## AUTORIDADES

---

### **Presidenta de la Nación**

Dra. Cristina Fernández

### **Ministro de Salud de la Nación**

Dr. Juan Luis Manzur

### **Secretario de Promoción y Programas Sanitarios**

Dr. Máximo Andrés Diosque

### **Coordinación General del Programa Remediar + Redes**

Graciela Ventura

### **Gerencia Departamental de Proyectos Provinciales**

Carlos A. Cairo

### **Gerencia de Redes de Salud**

Yael Grünhut

### **Participaron en esta publicación:**

Gerencia de Redes de Salud del Programa REMEDIAR + REDES:  
Pedro Kremer, Cintia Cejas, Maria Delia Péné, Carlos Anigstein

# SERVICIOS DE SALUD EN RED

y fortalecimiento de la APS en la Argentina

# INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	5
<b>CONTEXTO Y MARCO CONCEPTUAL PARA EL DESARROLLO DE REDES</b>	6
LA NECESIDAD DE READECUACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA ABORDAR NUEVAS NECESIDADES	6
EL PROBLEMA DE LA FRAGMENTACIÓN	7
REDES COMO ALTERNATIVA PARA REDUCIR LA FRAGMENTACIÓN	9
ATRIBUTOS ESENCIALES DE LAS RISS	10
EVALUACIÓN DE LAS REDES A PARTIR DE LOS 14 ATRIBUTOS DE LAS RISS	12
REDES EN EL PLAN FEDERAL 2011-2016	16
<b>LA PROPUESTA DE REMEDIAR + REDES. LOS PROYECTOS PROVINCIALES</b>	16
<b>DIAGNÓSTICO DE REDES DE SALUD</b>	20
<b>DISPOSITIVOS Y MODALIDADES DE TABAJO EN RED</b>	24
PROGRAMACIÓN DE TURNOS PARA LA ATENCIÓN	24
OFICINAS DE ORIENTACIÓN AL PACIENTE	27
CARTILLA DE RED	28
COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y CIRCUITOS DEFINIDOS DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA	29
ACCESO REFERENCIADO AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	32
GESTIÓN DESCENTRALIZADA DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	33
COMITÉS DE RED Y NORMATIVA DE RED	34

<b>EXPERIENCIAS NACIONALES DE TRABAJO EN RED</b> .....	36
FONOTURNOS Y OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN SAN FERNANDO, PCIA. BS AS:.....	36
RED DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES REGIÓN V PROVINCIA DE BUENOS AIRES.....	37
OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DEL HOSPITAL DE PUERTO MADRYN, CHUBUT.....	38
OFICINAS DE COMUNICACIÓN A DISTANCIA (OCD).....	39
<b>EXPERIENCIAS REGIONALES DE TRABAJO EN RED</b> .....	40
EL SISTEMA INTEGRADO DE SALUD DE FLORIANÓPOLIS, BRASIL.....	40
LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE CURITIBA, BRASIL.....	42
LA RED DE TRANSPORTES DE MINA GERAIS, BRASIL.....	43
LAS MICRO ÁREAS DE LA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MONTEVIDEO, URUGUAY.....	43
LA RED DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD, EN MÉXICO.....	44
<b>ALGUNAS LECTURAS RECOMENDADAS</b> .....	46

## INTRODUCCIÓN

El presente documento surge como resultado de un proceso de trabajo de más de dos años, en el que desde Remediar + Redes asistimos técnicamente a las jurisdicciones en el fortalecimiento de sus redes de salud. A lo largo de este tiempo, avanzamos en la comprensión sobre la importancia del trabajo en redes, e incorporamos a nuestro acervo un cúmulo de documentos teóricos, investigaciones aplicadas, y experiencias de desarrollo de redes tanto nacionales como internacionales. En función de esto, generamos – y lo seguimos haciendo – un proceso de análisis y debate sobre la temática, que consideramos necesario compartir y difundir a quien se encuentre interesado.

Esta publicación propone en primera instancia sentar las definiciones conceptuales y la justificación sobre la cual desarrollamos nuestro trabajo cotidiano en el fortalecimiento de redes de salud, para luego introducirse en las características de nuestra propuesta programática, y en los resultados de nuestro trabajo con las jurisdicciones. Esto último fue a su vez dividido en dos secciones: una sobre los resultados de los diagnósticos, y otra a partir de las propuestas de fortalecimiento de redes surgidas en el proceso.

Luego, destinamos dos capítulos a exponer algunas experiencias distintivas de trabajo en red que hemos tenido la oportunidad de compartir con referentes del ámbito provincial, nacional, así como internacional. En este sentido, mencionaremos experiencias de Brasil, Uruguay, y México de las cuales es posible obtener ideas para discutir, contrastar, y eventualmente adaptar a las realidades locales.

Finalmente, hemos seleccionado un conjunto de lecturas y documentos relacionados con las redes de servicios de salud, para quien resulte interesado en ampliar la lectura.

De la misma manera que avanzar hacia la integración de los servicios es un proceso continuo, así también resulta la vocación del Ministerio de Salud de la Nación, de afianzar la consolidación de un sistema de salud basado en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud. Las redes son una alternativa válida para implementar este proceso. Esperamos que esta publicación resulte tan solo la primera de una serie, que encuentre cada vez un número creciente de lectores interesados en hacer de nuestro sistema de salud un sistema más equitativo y eficiente, dos características que las redes integradas abonan a construir.

## CONTEXTO Y MARCO CONCEPTUAL PARA EL DESARROLLO DE REDES

### LA NECESIDAD DE READECUACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA ABORDAR NUEVAS NECESIDADES

Históricamente, la población maternoinfantil ha sido, por cuestiones de vulnerabilidad social y sanitaria, la población a proteger mediante servicios accesibles y efectivos de salud. Así, el primer nivel de atención, como servicio cercano donde la estrategia se sostiene en buena medida, fue modelado durante las últimas décadas para dar respuesta a problemas sentidos por esta población de niños y mujeres en edad fértil. Diarreas, infecciones respiratorias, controles de salud de niños lactantes y escolares, vacunación, controles de embarazo, y otras consultas relacionadas ocupan aún la gran mayoría de los actos que el equipo de salud desarrolla en los CAPS. Esto puede observarse a través de los motivos de consulta registrados en esos efectores de todo el país en el marco del programa Remediar + Redes, donde cuatro de los primeros cinco motivos de receta de un medicamento son causas agudas (faringitis, fiebre, dolor, problemas dentales), así como a través de los formularios que registran la entrega de medicación, que muestran que siete de los diez medicamentos más recetados en el marco del programa resultan ser analgésicos o antibióticos. Por otra parte, un análisis de las características de los programas que confluyen en los centros del primer nivel de atención arroja los mismos indicios. Salud Sexual y Procreación Responsable, Plan Nacer, Programa Ampliado de Vacunación, Programas provinciales de seguridad alimentaria y otros, dan cuenta de las características de la población que acude habitualmente en esos efectores.

Argentina es un país, podría decirse que ya en fase avanzada, de la transición epidemiológica y demográfica. Desde la mirada demográfica, esto se expresa en un cambio de conformación de nuestra pirámide poblacional, hacia una menos amplia en la base, y más envejecida. Desde la mirada epidemiológica, se refleja a través de un cambio en la tendencia de los motivos de morbilidad y de mortalidad. En este sentido, las enfermedades crónicas no transmisibles, como la enfermedad coronaria, la hipertensión arterial, la diabetes, el cáncer, el asma y otras, ocupan cada vez mayor proporción tanto en las consultas como en las muertes, desplazando principalmente a las enfermedades infecciosas. La Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, recientemente publicada, confirma que la hipertensión arterial, la diabetes, el tabaquismo, el sedentarismo y la mala alimentación representan problemas de altísima prevalencia en cualquiera de las provincias argentinas. Esto implica una alta carga de enfermedad y elevados costos que el sistema de salud debe afrontar.

Este escenario produce cierto desajuste en las estructuras y capacidades de los servicios de salud que, como se mencionaba, se encuentran adaptados y habituados a dar respuesta a problemas de menor prevalencia, quedando relativamente desprovistos para resolver otros que se incrementan en volumen y proporción. Una consulta por fiebre puede muchas veces resolverse en una única consulta, sin un turno programado, quizás sin un seguimiento ulterior, y algunas veces con la indicación de un medicamento para consumir durante algunos días. En cambio, el control y seguimiento apropiado de una persona con diabetes, por ejemplo, no

puede desarrollarse si no se cuenta con una serie de herramientas y modalidades que hagan de ese seguimiento, una intervención efectiva<sup>1</sup>. Así, la capacidad de programar las consultas en el tiempo mediante la asignación de turnos, la posibilidad de lograr seguimiento por un mismo profesional o equipo a cargo, la coordinación asistencial entre servicios y niveles de atención mediante mecanismos adecuados de referencia y contrarreferencia, la estandarización de las prácticas mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica, la capacidad de acercar los estudios complementarios y sus resultados al centro de salud o al mismo domicilio de las personas, entre otras estrategias, son modalidades de trabajo en red que resultan clave para brindar una atención de calidad ante una enfermedad de evolución crónica<sup>2, 3, 4</sup>, de la misma manera que resultan imprescindibles para lograr integralidad y continuidad en los controles de salud de cualquier edad de la vida, comenzando por los controles prenatales.

Un documento de la OMS (2003)<sup>5</sup> sostiene que *“...los sistemas de salud predominantes en todo el mundo están fallando, pues no están consiguiendo acompañar la tendencia en disminución de los problemas agudos frente al ascenso de las condiciones crónicas. Cuando los problemas de salud son crónicos, el modelo de tratamiento agudo no funciona...el paradigma de tratamiento agudo es dominante y, aún, preponderante para los tomadores de decisión, trabajadores de la salud, administradores y pacientes. Para lidiar con el ascenso de las condiciones crónicas, es imprescindible que los sistemas de salud se sobrepongan a ese modelo dominante”* Una de las formas de superar el modelo de gestión y atención vigente, y de adaptarlo a las necesidades actuales, es orientarlo al trabajo en redes.

## EL PROBLEMA DE LA FRAGMENTACIÓN

El sistema de salud argentino presenta características distintivas y valiosas en tanto implica que todo aquel que transite el suelo nacional cuenta con la oportunidad y el derecho de ser asistido en forma gratuita en los servicios del subsector público de atención. Se trata de un sistema que prioriza el acceso universal y la cobertura. Sin embargo, la existencia de subsectores de salud (privado, seguridad social, público) en el marco de niveles administrativos con responsabilidades diversas y no siempre bien definidas (Nación, Provincias, Municipios) entre jurisdicciones genera barreras de acceso e inequidades en la oportunidad y calidad de los servicios disponibles. Al igual que el de varios países de la región, nuestro sistema se caracteriza por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud. Esta fragmentación, genera barreras en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos, y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios.

La fragmentación organizacional puede ser entendida como

*“... la coexistencia en el territorio de infraestructura y capacidades de diversos subsistemas sin coordinación y menos integración...”<sup>6</sup>*

Al analizar las causas principales de la fragmentación, la OPS<sup>7</sup> propone un conjunto de circunstancias que en mayor o menor medida resultan sus causantes. Ellos se encuentran resumidos y enumerados a continuación.



---

## PRINCIPALES CAUSAS DE LA FRAGMENTACIÓN

- Segmentación institucional del sistema de salud
- Descentralización de los servicios de salud que fragmenta los niveles de atención
- Predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicos que no están integrados al sistema de salud
- Debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria
- Deficiencias en la definición de roles, nivel de competencias
- Trabas jurídicas y administrativas
- Prácticas de financiamiento de algunos organismos de cooperación/donantes internacionales que promueven los programas verticales

y la misma se manifiesta **en el sistema** como:

- Falta de coordinación entre niveles de atención.
- Duplicación de servicios e infraestructura.
- Capacidad instalada ociosa.
- Servicios prestados en el lugar menos apropiado.
- Incremento de los costos.

y sobre **las personas** como:

- Problemas de acceso.
  - Pérdida de la continuidad en la atención.
  - Insatisfacción.
  - Malos resultados.
- 

En resumen, largas listas de espera, derivaciones que no llegan a concretarse porque resultan tardías o porque existen diversas barreras de acceso, necesidad de recorrer distintos servicios en repetidas oportunidades para dar solución a un problema puntual que podría ser resuelto en un solo sitio, presencia de tantas historias clínicas como sitios donde una persona realiza consultas, duplicando información y perdiendo la capacidad de abordar los problemas integralmente y con perspectiva histórica, son algunas de las características comunes que sufren tanto la población como los equipos de salud que deben desenvolverse en sistemas fragmentados. Para el decisor, esta fragmentación se hace evidente en concreto a la hora de financiar servicios que no se encuentran apropiadamente utilizados, así como al observar una importante variabilidad de la práctica de los equipos por ausencia de coordinación asistencial, lo que resulta en uso ineficiente de recursos y malos resultados para el sistema y para las personas.

## REDES COMO ALTERNATIVA PARA REDUCIR LA FRAGMENTACIÓN

Una red se construye como respuesta a situaciones que de otra forma las personas y/o las instituciones individualmente no pueden solucionar, o lo hacen con esfuerzos mucho mayores. Más allá del sector salud y de los servicios, una red es *“una forma de organización social que permite a un grupo de personas potenciar sus recursos y contribuir a la solución de problemas reales”*<sup>8</sup> Es decir, su objetivo fundamental es la construcción de vínculos para la resolución de problemas y la satisfacción de necesidades. Las redes están compuestas por nodos y conexiones. Los nodos son los actores (instituciones, grupos y personas) capaces de transformar su entorno de acuerdo a sus intereses. Las conexiones son las formas en que se vinculan los nodos de la red, la relación entre ellos. Esas conexiones son más débiles o más fuertes de acuerdo a la cantidad de nodos conectados, al tiempo que hace que se conectaron, o a si el tipo de lazos que mantienen son más esporádicos o más sistemáticos.

Durante el año 2008, la OPS analizó documentos sobre el tema y realizó una serie de consultas con los países para abordar el problema de la fragmentación de los servicios de salud. El principal logro de las consultas fue confirmar la necesidad urgente de abordar el problema de la fragmentación y validar la iniciativa de la OPS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). En octubre de 2009, durante el 49º Consejo Directivo de la OPS se aprobó la *Resolución CD49.R22*<sup>9</sup> sobre RISS Basadas en la Atención Primaria de Salud, y se aportaron nuevos comentarios para el documento de posición sobre RISS. Este documento, titulado *“Redes Integradas de Servicios de Salud. Concepto, hoja de ruta, y opciones de política para su implementación en las Américas.”*<sup>10</sup> cuya última versión es de mayo de 2010, propone un marco conceptual cuya esencia estamos incorporando a este capítulo, y promueve instrumentos de política pública y una *“hoja de ruta”* para implementar las RISS en los países de las Américas.

Las RISS fueron definidas en el citado documento como:

*“una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.*

Esta definición enmarca las redes e invita a mencionar en particular algunos aspectos, por sus connotaciones. *“...que presta, o hace los arreglos para prestar...”* implica que no necesariamente quien gobierna la red debe disponer de la totalidad de los componentes prestacionales de la misma. Es decir que se basa en la necesidad de establecer acuerdos de complementariedad entre prestadores, por sobre el desarrollo de capacidades propias por parte de cada financiador en todas las etapas de la atención (esto se denomina integración vertical).

Por otro lado, *“...servicios de salud equitativos e integrales a una población definida...”* significa, por un lado, que la red debe hacerse aún más fuerte en aquellos medios donde más necesidades existen, y que la población debe encontrarse definida con anterioridad en lo que podría corresponderse con una nominalización, según analizaremos más adelante. Por último, *“...y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población...”* aborda una cuestión que necesita profundizarse como cultura en el subsector público de salud, que es la capacidad – y la necesidad – de medir, de evaluar y de brindar respuesta por lo hecho, y por lo no hecho. Esta respuesta abarca para la sociedad no solamente los resultados sanitarios, sino también los económicos.

La hipótesis central, que cuenta con evidencias para su aceptación, es que *“...las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; orientación a la acción intersectorial, entre otros.”*

Apoyándonos, entonces en esta definición y en las evidencias disponibles, podría decirse que si la fragmentación provoca en los sistemas de salud, dificultades para materializar las propuestas esenciales de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (Integralidad, Continuidad, Acceso Universal, etc.), y si las Redes Integradas de Servicios de Salud resultan instrumentos apropiados para reducir la fragmentación, las mismas terminan siendo una propuesta válida para materializar o profundizar la estrategia de APS, a la cuál nuestro país suscribió desde 1978.

### ATRIBUTOS ESENCIALES DE LAS RISS

El mencionado documento de OPS postula una serie de catorce atributos esenciales que deben cumplir las RISS para su funcionamiento. Los mismos se agrupan según su ámbito de abordaje y se presentan resumidos a continuación:

---

#### DEL MODELO DE ATENCIÓN

1. Población y territorio definidos y a cargo
  2. Red de establecimientos que cubre todos los niveles de atención y que integra los programas focalizados
  3. Primer nivel como puerta de entrada, que integra y coordina el seguimiento
  4. Prestaciones especializadas en entornos apropiados
  5. Mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de atención
  6. Atención centrada en la persona, la familia y la comunidad
- 

Las redes necesitan unidades territoriales de referencia. Debe marcarse una distinción en este sentido entre las RISS y las redes específicas, también llamadas redes temáticas, o de especialidades. Las RISS se sostienen en población nominalizada en el marco de límites geográficos claramente delimitados, ya que es fundamental el conocimiento de la población a cargo, y la realización de tareas activas de captación, promoción de la salud, asignación a los centros de salud del primer nivel de atención, y trabajo sobre los determinantes sociales de la salud, que son eminentemente cuestiones locales. Las redes de especialidades y de alta complejidad, se enmarcan en grandes extensiones territoriales y se organizan verticalmente, pudiendo confluir quizás en un solo nodo efector para todo el país a medida que avanzan en niveles crecientes de complejidad (piénsese en el Htal Garrahan para la red pediátrica).

En una red integrada, se espera dar respuesta a las necesidades y demandas a lo largo de un continuo de cuidados. Para ello, promoción, prevención, atención por niveles de complejidad y rehabilitación deben estar integrados en red. La integración y adaptación local de los programas focalizados y verticales es un factor crítico para evitar mayores fragmentaciones en el territorio.

La puerta de entrada a los servicios debe ser el primer nivel de atención, y este no solamente debe funcionar como tal, sino que las personas deben retornar a él para su seguimiento cada vez que hubieran requerido atención o cuidados por parte de otros niveles y servicios. El registro clínico debe ser completo y encontrarse actualizado en el primer nivel. Para ello, es imprescindible contar con información de buena calidad respecto de los acontecimientos que afectan la salud de las personas y son registrados por otros niveles de atención. Entre los mecanismos necesarios, se encuentra la utilización de sistemas de referencia y contrarreferencia que sean consensuados, respetados y vigentes para los actores y equipos de salud de todos los niveles.

Respecto de los mecanismos de coordinación asistencial, resulta muy relevante la adopción de criterios comunes, sostenidos en guías de práctica o protocolos que definan claramente los roles y responsabilidades de cada efector en el marco de las redes. De esta manera se evita duplicar servicios, malgastar recursos, y generar espacios vacíos donde ningún nodo asume determinada tarea. Finalmente, el modelo de atención debe comenzar a centrarse en las personas, dejando de centrarse en enfermedades, o en enfermos. Debe asumirse que existen muchas tareas además de la atención de las demandas de las personas que se perciben enfermas. Para esto, es necesario trasladar al centro de la escena a las personas en estado de aparente salud, y trabajar intersectorialmente con ellas, con sus familias y con la comunidad, para mejorar la calidad de vida y proteger la salud, antes de la enfermedad.

---

## **SOBRE GOBERNANZA Y ESTRATEGIA**

7. Sistema de gobernanza único para la red
8. Participación social amplia
9. Acción intersectorial y abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

---

Las redes necesitan un sistema de gobernanza único. La integración de sus actores y efectores requiere que todos ellos se encuentren en conocimiento de ese sistema, y hayan participado lo más posible en la definición de sus características. Vale aclarar que, cuando se menciona un sistema de gobernanza único, no se está proponiendo abolir los mecanismos participativos para la toma de decisiones, sino al contrario. Se sugiere que la participación sea amplia, y desemboque y fortalezca la definición de un único órgano de gobierno de la red, que deberá velar por el alcance de la Misión, la Visión y los Objetivos Estratégicos de la misma.

La inclusión de otros sectores, y el abordaje con ellos de los determinantes sociales de la salud, es un atributo crítico que se sostiene en la necesidad de avanzar sobre esos determinantes con anterioridad a la aparición de problemas y enfermedades que luego el sector salud debe tratar. Esto se relaciona también con la responsabilidad territorial que las redes revalorizan. En el territorio se encuentran muchos de los determinantes de los problemas que los servicios de salud deben resolver luego a un costo (económico y social) siempre mayor que el de haberlos evitado en sus orígenes.

---

## DEL MODELO DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

- 10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo, clínico y administrativo
  - 11. RRHH suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red
  - 12. Sistema de información integrado que vincule a todos los actores de la red
  - 13. Gestión basada en resultados
- 

Las redes requieren para su funcionamiento sistemas de apoyo eficientes y disponibles para todos sus nodos. Prestar servicios de buena calidad requiere, además de coordinación entre actores de los diferentes niveles de complejidad, que el apoyo brindado desde áreas administrativas, de transporte, de estudios complementarios, entre otras, se encuentre coordinado y gestionado de manera integrada. La asignación de turnos para consultas programadas, el acceso geográfico a esas consultas y a servicios que requieren logísticas específicas (toma descentralizada de muestras de laboratorio, por ejemplo) debe estar garantizado.

Suele decirse que el sector salud es “mano de obra dependiente”. Realmente son los equipos de salud los artífices de que un sistema basado en redes integradas logre cumplir con su función o no. Para ello, estos recursos humanos deben formarse apropiadamente en función de las necesidades que deberán abordar luego, y además deben ser asignados criteriosamente a los lugares donde resultan más necesarios. Esto se debe complementar con una política de compensaciones (no solo económicas) acorde a la gran responsabilidad que implica el velar comprometidamente por el estado de salud de la población asignada.

Los sistemas de información, con mayor o menor grado de informatización, representan un aspecto crítico en la gestión de las redes. Ellos pueden ser instrumentos con gran potencial para reducir la fragmentación, o bien pueden incrementarla, según como sean planificados y desarrollados. De ellas se espera que logren brindar información en tiempos apropiados para la toma de decisiones en cada nodo de la red, acorde a su realidad y necesidades de la población a cargo. El sistema de información debe lograr “devolver” los datos en forma de indicadores e información útil para modificar o mejorar las actividades de la red.

La gestión basada en resultados es una estrategia por la cual cada acción o intervención en la red se corresponde con el alcance de objetivos y resultados previamente definidos. Esto permite una mayor eficiencia en la asignación de esos recursos, y mejores resultados. Para esto es necesario difundir y promover una cultura de planificación, monitoreo y evaluación que permita alinear las acciones con los objetivos estratégicos definidos en el marco de las redes.

---

## SOBRE ASIGNACIÓN DE INCENTIVOS

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

Finalmente, el atributo de financiamiento adecuado se refiere a que cada inversión económica en la red debe encontrarse alineada con los objetivos y metas trazados para la red. No

necesariamente se refiere a la necesidad de aplicar modalidades de incentivos financieros a los recursos humanos para el desarrollo de determinadas actividades. Se refiere, por ejemplo, a que las modalidades de contratación de recursos humanos o de compra de insumos respondan a las necesidades y a la planificación. Esto podría implicar, por ejemplo, abandonar en el primer nivel de atención la modalidad de pago fijo mensual para pasar a formas de pago capitado, más acorde con la asignación territorial de población para su cuidado. Asimismo, en niveles de mayor complejidad los sistemas de pago por prestación pueden incentivar autoinducción de la demanda, generando asignación ineficiente de recursos, y desincentivando la coordinación entre servicios. Para evitar esto, deben alinearse los incentivos a la obtención de mejores prácticas clínicas y mejores resultados. La combinación de auditoría, perfilamiento profesional y control de las prácticas resulta de utilidad para reducir variabilidad y desviaciones que derivan en asignación ineficiente de los recursos.

### EVALUACIÓN DE LAS REDES A PARTIR DE LOS 14 ATRIBUTOS DE LAS RISS

La OPS propone a partir de la definición de los 14 atributos mencionados, una modalidad de evaluación de las redes. Esta propuesta parte de la hipótesis que en cada uno de ellos puede encontrarse en un espectro entre un estado de máxima fragmentación en un extremo, hasta otro de integración en el otro. Para ello, a cada atributo le es asignada una descripción según se encuentre totalmente fragmentado, parcialmente integrado, o integrado en el marco de la red bajo evaluación. Esta metodología se presenta como una propuesta útil a efectos de estandarizar una evaluación – idealmente grupal- de redes en cada ámbito, y especialmente para identificar puntos críticos a fortalecer en el corto, mediano y largo plazo mediante la planificación.

**Cuadro N°1.** Evaluación de la progresión hacia Redes Integradas de Servicios de Salud: desde la fragmentación absoluta hasta las redes integradas.

Atributo	Red fragmentada	Red parcialmente integrada	Red integrada
<b>1.Población y territorio</b>	Sin población/ territorio a cargo	Población/territorio a cargo definidos, pero con escaso conocimiento de sus necesidades en salud	Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades en salud, las cuales determinan la oferta y servicios de salud
<b>2.Oferta de servicios</b>	Inexistente, muy limitada o restringida al primer nivel de atención	Comprende todos o la mayoría de niveles de atención, pero con gran predominio de servicios de salud personales.	Una extensa red de establecimientos de salud que comprende todos los niveles de atención y que provee e integra tanto los servicios de salud personales como los de salud pública
<b>3.Primer nivel de atención</b>	Predominio de programas verticales que funcionan en forma desintegrada	Actúa como puerta de entrada al sistema pero con muy baja capacidad de resolución e integración de servicios.	Actúa como puerta de entrada al sistema, integra y coordina el cuidado asistencial, y resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población

Atributo	Red fragmentada	Red parcialmente integrada	Red integrada
<b>4. Atención especializada</b>	Acceso desregulado a especialistas	Acceso regulado a la atención especializada pero de predominio hospitalario	Prestación de servicios especializados se dan preferentemente en ambientes
<b>5. Coordinación asistencial</b>	No hay coordinación asistencial	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial, pero que no cubren todo el continuo del cuidado de la salud	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo del cuidado de la salud
<b>6. Foco de cuidado</b>	Centrado en la enfermedad	Centrado en el individuo	Centrado en la persona, la familia y la comunidad/ territorio
<b>7. Gobernanza</b>	No hay función clara de gobernanza	Múltiples instancias de gobernanza que funcionan en forma independiente unas de otras.	Un sistema de gobernanza único para toda la red
<b>8. Participación</b>	No hay instancias de participación social	Las instancias de participación son limitadas	Participación social amplia
<b>9. Intersectorialidad</b>	No hay vínculos con otros sectores	Existen vínculos con otros sectores sociales	Acción intersectorial mas allá de los sectores sociales
<b>10. Gestión de apoyo</b>	Gestión de apoyo desintegrada	Gestión de apoyo clínica integrada pero sin integración de los sistemas de apoyo administrativo y logístico	Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico
<b>11. Recursos humanos</b>	Insuficientes para las necesidades de la red	Suficientes, pero con deficiencias en cuanto a competencias técnicas y compromiso con la red	Suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red
<b>12. Sistemas de información</b>	No hay sistema de información	Múltiples sistemas que no se comunican entre sí.	Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros de la red, con datos desglosados según variables pertinentes

Atributo	Red fragmentada	Red parcialmente integrada	Red integrada
<b>13. Desempeño y resultados</b>	No hay medición de desempeño y resultados	Medición de desempeño centrado en insumos y procesos	Medición de desempeño centrado en resultados en salud y satisfacción de usuarios
<b>14. Financiamiento</b>	Insuficiente y discontinuo	Financiamiento adecuado pero con incentivos financieros no alineados	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red como un todo

**OPS** “Redes integradas de servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y hoja de Ruta para su implementación en las Américas” Serie: La renovación de la Atención primaria de Salud en las Américas No. 4. Washington D, C.: OPS, © 2010.

#### REDES EN EL PLAN FEDERAL 2011-2016

El Ministerio de Salud de la Nación se encuentra profundamente comprometido con el fortalecimiento de la **Estrategia de Atención Primaria de la Salud**. Esta definición, resulta compartida por las 24 jurisdicciones, que desarrollan diversas actividades e intervenciones en consonancia con esta consigna nacional.

En este sentido, el Plan Federal 2011-2016, que está siendo formulado por el Ministerio de Salud de la Nación, propone para el desarrollo de los modelos de atención provinciales y municipales, la implementación de redes integradas de servicios de salud. Para ello, dicho Plan promueve y estimula la creación de Unidades de Coordinación de Redes de Salud en las jurisdicciones, como dispositivos necesarios para el desarrollo de modelos capaces de disminuir la fragmentación y mejorar el acceso de la población a los servicios. Hasta el momento, varias provincias han incorporado instancias en sus organigramas, que se encuentran orientadas a promover la integración en red de los servicios, así como fortalecer y formalizar las redes existentes. El componente de Redes de Salud del Programa Remediar+Redes se encuentra apoyando este proceso, brindando a través de sus equipos técnicos la asistencia técnica necesaria, y financiando proyectos de fortalecimiento de redes a la medida de las necesidades priorizadas por cada jurisdicción.



## LA PROPUESTA DE REMEDIAR + REDES. LOS PROYECTOS PROVINCIALES

El Ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa REMEDIAR + REDES, apoya la implementación de acciones en conjunto con los Ministerios Provinciales.

Estas acciones se orientan a mejorar la salud de la población, mediante la consolidación de redes provinciales de servicios, y están destinadas a fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud, eje estructurante de la organización del sistema de salud argentino. Asimismo, se concentra en impulsar los consensos alcanzados entre la Nación y las Provincias, dando continuidad al proceso de construcción de un modelo sanitario integrado, basado en la implementación de redes de salud, y reconociendo su base principal en la estrategia de APS.

---

Desde el Programa se busca fortalecer al sistema de salud a partir de su redefinición, como un **sistema de salud basado en la estrategia de atención primaria de la salud**<sup>12</sup> y por lo tanto promover el funcionamiento de las redes de salud. En ese sentido consideramos que es estratégica la formulación e implementación de un proyecto provincial. La elaboración de dicho proyecto implica la previa realización de un diagnóstico de redes donde estén involucrados todos los actores que forman parte de las mismas.

---

El **diagnóstico** es un insumo clave para el proyecto provincial, en tanto nos comunica los distintos problemas de salud y sus principales causas; el estado de situación de aspectos claves de la red de salud (recursos humanos, financieros, infraestructura, insumos, etc.); la estructura organizacional del sistema y de la provincia, las políticas y programas sanitarios que se llevan adelante; el estado de desarrollo en los sistemas de referencia y contrarreferencia; los avances en términos de participación comunitaria; las necesidades en capacitación en gestión sanitaria y de redes, entre otros.

En este sentido contar con un diagnóstico participativo, que recabe el sentir y parecer de los equipos de salud de los diferentes niveles de atención, como así también de los equipos de gestión y decisores políticos, permite tener una herramienta fundamental a la hora de pensar, elaborar y planificar las diferentes acciones y estrategias a implementar por medio del Proyecto Provincial de Fortalecimiento de Redes de Salud.

En definitiva, se busca fortalecer al sistema de salud con acciones concretas, colocando a las redes de salud como eje de articulación entre los actores que las constituyen y las distintas actividades que en ellas se realizan. Es entonces que un proyecto de fortalecimiento de Redes de Salud puede orientarse a diversas intervenciones y actividades, siempre y cuando responda a un diagnóstico previo y apunte a fortalecer las mencionadas redes. Sistemas de información, logística, gestión de turnos programados, estrategias de referencia y contrarreferencia, programas específicos de promoción y prevención, entre otros, son aspectos que pueden ser abordados desde los proyectos.

Por otra parte, se propone junto con la realización del proyecto provincial, el desarrollo de metodologías de programación local participativa, que conduce a la evaluación y financiamiento de

**proyectos locales participativos.** Estos proyectos, están destinados a resolver problemáticas locales, que por su escala, el proyecto provincial no logra abordar. Pero principalmente, los proyectos locales tienen como objetivo acercar la comunidad a los CAPS, fomentando el trabajo conjunto, la comunicación, la participación y la cogestión, que resultan elementos claves para una red fortalecida. Los Proyectos Provinciales de Fortalecimiento de Redes de Salud se implementan apoyándose fuertemente en el proceso de monitoreo y evaluación permanente que permiten reflejar cierta perspectiva de su desarrollo.

Es así que se presentan dos entidades clínicas tales como Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II como trazadoras de la red de servicios de salud. Ambas patologías son factores de riesgo relevantes relacionados con la enfermedad cardiovascular, principal causa de muerte en el país.

Desde esta perspectiva, se sostiene que la selección de éstas como trazadoras y determinantes de la liberación de recursos financieros resulta una intervención tendiente a la equidad, dado que estas condiciones son responsables de una elevada morbilidad, disminución de la calidad de vida y discapacidad. Según los resultados de diversas investigaciones, el diagnóstico tanto de HTA como de DB II suele ser tardío, y en casi la mitad de los casos los pacientes presentan alguna complicación al momento del diagnóstico. La prevención a través de un diagnóstico precoz, un tratamiento oportuno y el seguimiento adecuado disminuyen notablemente estas complicaciones.

En este contexto, desde el Programa, orientamos el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria a través del desarrollo de un esquema para la captación, el diagnóstico, y el seguimiento de pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II, promocionando y favoreciendo el acceso al sistema de salud, con el objetivo de lograr una atención integral orientada a la prevención.

La OMS y la OPS<sup>13</sup> han destacado que el éxito de los programas de prevención de enfermedades crónicas se basa en que la participación y la movilización de recursos de la comunidad, orientan un cambio en la organización del sistema de atención, comprometiendo a todos los sectores involucrados y delineando estrategias dirigidas hacia un cambio integral y completo.

Las personas con Hipertensión Arterial y Diabetes tipo II que serán evaluadas y seguidas por los equipos de salud necesitarán: un número suficiente de visitas a los CAPS; turnos programados para sus controles; acceso a estudios de laboratorio; acceso a medicación gratuita y garantizada en forma continua; como también acceso al segundo nivel para interconsultas con especialistas y otros estudios complementarios. En este sentido, la selección de estas entidades clínicas para el seguimiento resulta apropiada para la evaluación de la red de servicios de salud en sus distintas funciones a lo largo del proceso salud-enfermedad. Estas características permitirán realizar un análisis integral de la red de salud, evaluando los diferentes circuitos, vías de acceso, la referencia y la contrarreferencia con el segundo y tercer nivel de atención, etc.

Como se mencionó anteriormente es importante tener en cuenta que el Programa se apoya fuertemente en favorecer el proceso de monitoreo y la evaluación, basándose en que el mismo brinda una oportunidad para evaluar la calidad de la puesta en práctica y resultados del programa, el grado en el cual logra modificaciones organizacionales en la red de salud, y alcanza a los individuos a los cuales van dirigidas las acciones. En este sentido, se proponen además de las dos entidades clínicas trazadoras que permiten la erogación de los fondos, 10 indicadores de procesos que permiten dar

cuenta del Fortalecimiento de las Redes de Salud y consolidación del Sistema de Salud basado en Atención Primaria de la Salud. Estos indicadores surgen de una matriz de 28 indicadores que se diseñaron desde el Programa Remediar + Redes, constituyendo nudos críticos de evaluación de tres grandes atributos: Acceso al sistema de salud, jerarquización del primer nivel de atención y capacidad resolutoria del primer nivel de atención y de la red en su conjunto.

## DIAGNÓSTICO DE REDES DE SALUD

El diagnóstico de las Redes de Salud, es un proceso que se lleva a cabo con el fin de construir una mirada del funcionamiento de estas redes definidas y seleccionadas por cada una de las provincias, brindando la información necesaria para determinar los problemas relacionados con la estructura y el funcionamiento, y que sirve como sustento para la posterior elaboración de un Proyecto Provincial de Fortalecimiento de Redes de Salud.

En general, cuando se hace referencia a los Sistemas de Salud se resaltan atributos que los mismos deben cumplir, tales como universalidad, equidad, calidad, eficiencia, eficacia, continuidad, etc. Estos se encuentran muy presentes en las políticas sanitarias desarrolladas tanto a nivel nacional como en cada una de las provincias. Se considera que al elaborar los diagnósticos, se logra el planteo de los conflictos cotidianos, partiendo de las prácticas, y de la necesidad de exponerlos por parte de los actores de cada uno de los diferentes niveles de atención.

El listado de problemas identificados en el funcionamiento de las redes de salud en las distintas jurisdicciones es realmente extenso, lo que resulta esperado en tanto que cada red presenta problemas particulares en relación a su historia, financiamiento, modelo de gestión, etc. Sin embargo, existen aspectos problematizados que se han repetido en prácticamente todos los diagnósticos recibidos y evaluados hasta la fecha. Estos aspectos, han mostrado exceder las particularidades locales de cada red, y permiten delinear una problemática común, compartida en mayor o menor medida por la totalidad de las jurisdicciones.

A continuación se hace referencia a tres problemas de las redes de salud, que han surgido con gran frecuencia en el análisis elaborado por cada una de las provincias, y que además resultan nudos críticos a resolver en el camino del fortalecimiento de las mencionadas redes.

### NUDOS CRÍTICOS

#### NOMINALIZACIÓN DE LA POBLACIÓN /POBLACIÓN A CARGO, SU IMPLICANCIA.

- *“...La población nominalizada es una fracción pequeña de la esperada según área programática...”*
- *“...Se trabaja para un área de influencia...”*
- *“...No se sabe qué porcentaje de la población del área, necesita servicios y no los obtiene, o los obtiene en otros sitios...”*

La respuesta apropiada desde el Sistema de Salud a una población requiere del funcionamiento de redes, y estas a su vez, requieren mecanismos de **nominalización**. La nominalización es un acto por el cual el Estado asume responsabilidad territorial sobre la población. Esta nominalización implica mucho más que el mero desarrollo de padrones poblacionales. Implica conocer no solamente los nombres de las personas y sus familias en un área geográfica determinada, sino también sus características sociales y sanitarias, sus demandas, sus necesidades, el estado de sus determinantes sociales de la salud y, fundamentalmente, implica la asignación de cada persona y cada familia a un centro de salud del primer nivel de atención donde un equipo se hará responsable de su cuidado.

Un cuidado que supera el hecho de recuperar la salud en caso de enfermedad, ya que asume una postura activa frente a las personas para co-responsabilizarse con ellas en el mantenimiento de la salud mediante el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Por otra parte, los efectores de salud resultan bastante homogéneos en cuanto al modo de producir servicios, forzando la adaptación de la población a su funcionamiento en lugar de adaptarse ellos mismos a las necesidades y demandas presentes en su área de referencia. Para lograr esta adaptación, es necesario contar con un conocimiento acabado de la población, de su situación demográfica, epidemiológica, sanitaria, etc.; puesto que la carencia de este conocimiento impide la adecuada definición de prioridades de atención.

En este sentido hablar de **territorialización** significa un proceso de identificación y definición de un espacio creado por sus actores desde lo individual o lo colectivo con un sentido geográfico y socio-sanitario. Esto permite dar una categoría de síntesis de los procesos de salud-enfermedad que pueden darse en la población del área de referencia. El primer nivel de atención es responsable del conocimiento de estas realidades, como hecho necesario para desarrollar las acciones que correspondan, especialmente por fuera del espacio físico del efector.

#### ESTRATEGIAS QUE FAVORECEN EL ACCESO AL SISTEMA DE SALUD.

#### NUDOS CRITICOS

- *“...las personas se derivan a los niveles y especialidades que consideran conveniente en forma indistinta...”*
- *“...los efectores del primer nivel trabajan solamente bajo la modalidad de demanda espontánea...”*
- *“...existe una demanda insatisfecha y una demanda rechazada, pero no se puede dar cuenta de la magnitud de estos fenómenos...”*

Entre los atributos esenciales de las Redes de Salud se encuentra la clara definición de sus puertas de entrada, cuando se menciona habitualmente que la **puerta de entrada** a los servicios debe ser el primer nivel de atención, no debe olvidarse que se está haciendo referencia a lo que “servicios” respecta. El primer contacto con el sistema de salud, debe estar aún más cerca de los hogares, o en los mismos hogares. Es allí donde los agentes sanitarios, promotores de salud en terreno, o como se los denomine en cada provincia representan la extensión de los servicios hacia los hogares. Ellos son quienes llevan esas puertas de entrada directamente a las familias, y además acompañan y orientan en el recorrido hasta los servicios en sus instalaciones.

Por otra parte, debe decirse que la dirección en la cual se genera el contacto, no necesariamente es desde los servicios hacia la población. Esto asumiría una actitud pasiva en esta última, que no es en absoluto lo esperado, ya que se espera además fortalecer el autocuidado y promover una actitud activa de la población en cuestiones relacionadas con la salud y sus determinantes. En este marco, las acciones de participación y comunicación resultan centrales.

Los servicios públicos de salud se caracterizan por demanda de atención en permanente aumento, problemáticas diversas y recursos humanos no siempre son adecuados en cantidad y capacitación. Estas características se traducen frecuentemente en barreras de acceso.

Es por ello que una vez que la persona ingresa a los “servicios”, es adecuado el contacto constante

con el sistema a partir de consultas o prácticas de control tales como “control de niño sano”, “control de embarazo”, “control ginecológico – PAP-“, como así también consultas de seguimiento adecuado de personas con patologías crónicas, tales como Diabetes Mellitus, Hipertensión, Asma, etc. Una estrategia apropiada que facilita el acceso de las personas para los controles, y que además permite realizar un ordenamiento de la demanda es la generación de **turnos programados**.

### COORDINACIÓN ASISTENCIAL.

#### NUDOS CRÍTICOS

- *“...en general se realizan las referencias escritas al segundo nivel de atención, pero las contrarreferencias nunca son devueltas al primer nivel...”*
- *“...cuando un paciente llega al hospital, le repiten los estudio realizados recientemente en el CAPS, ya que no confían en ellos y a veces tampoco en el criterio de los profesionales de ese nivel...”*
- *“...cada vez que un paciente pasa de un nivel de atención a otro, se le modifica la medicación ya que cada profesional adhiere a una guía o protocolo diferente...”*
- *“...las derivaciones se logran en base a la buena relación personal que a veces existe entre personal de los distintos niveles, pero no hay mecanismos formalizados...”*

En tal sentido, desde la gestión de los servicios se torna prioritario modificar las prácticas de los equipos en lo que hace a la gestión de los pacientes. Como punto de partida para ello, desde el efector de salud se considera pertinente trabajar en un modelo que permita fehacientemente la **Referencia y Contrarreferencia** desarrollando un trabajo en equipo entre los diferentes niveles de atención, como así también un trabajo coordinado que mejora el seguimiento de las personas y la credibilidad de los equipos.

Uno de los principales problemas que limitan el proceso de R/CR esta determinado por la falta o débil **comunicación** de los profesionales de salud entre si y entre niveles de atención.

Los lineamientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes constituyen una herramienta y una estrategia dirigida a mejorar la coordinación entre los diferentes efectores de salud involucrados, con el objetivo de elevar la calidad del servicio mediante una atención integral, continua y oportuna.

Un adecuado sistema de Referencia y Contrarreferencia permite incidir en los problemas más comunes del sistema, como falta de turnos, retrasos de atención, duplicidad de recursos y esfuerzos, interrupción de tratamientos, desplazamiento innecesario de pacientes, elevación de costos, etc. En este sentido el esfuerzo de coordinación tiene el fin de promover una participación responsable y organizada de todos los elementos del sistema para beneficio de la población.

Las políticas actuales de salud buscan transformar, modernizar y hacer al sistema de salud más eficiente, para además proporcionar una atención al usuario de máxima calidad. Es por ello, que una mejor coordinación se puede desarrollar a partir de la Protocolización de los procesos, implementación de Guías Clínicas o Guías de Práctica Clínica basadas en evidencias. Estas guías y protocolos permiten una homogenización de los criterios en la atención, mejorando la calidad, la toma de decisión clínica, los resultados clínicos, y la costoefectividad de las intervenciones.

## DISPOSITIVOS Y MODALIDADES DE TRABAJO EN RED

La conformación de redes de servicios de salud permite abordar problemas que un solo efector o trabajador no puede abarcar por sí mismo ya que en muchas ocasiones el cuidado de las personas en general, y de quienes padecen enfermedades crónicas en particular, requiere de consultas especializadas o prestaciones que no son posible brindar en un primer nivel de atención, por el perfil de complejidad de estos efectores. Estas situaciones no se resuelven incrementando permanentemente la capacidad resolutoria de ese primer nivel de atención superponiéndolo con los efectores de segundo y tercer nivel, sino mejorando la coordinación entre todos los servicios para que cada uno logre resolver lo que le corresponde.

En el marco del sector salud, existen modalidades de trabajo y dispositivos que pueden dar respuesta a la necesidad de comunicación y coordinación de acciones entre los nodos de las redes. A continuación se mencionan algunos de ellos, como propuestas generales para mejorar el trabajo en red de los servicios de salud. Luego, en las secciones de experiencias nacionales e internacionales, se verán estos ejemplos aplicados concretamente en esos ámbitos.

### PROGRAMACIÓN DE TURNOS PARA LA ATENCIÓN

Una red de servicios de salud debe contar con la posibilidad de programar el contacto entre las personas bajo su responsabilidad y la oferta de servicios disponibles. Frecuentemente los CAPS funcionan solo con la modalidad de demanda espontánea. Es decir que las personas logren acceder a la atención en el orden en que llegan al centro de salud, siempre que la oferta de atención no se encuentre ya saturada. Si bien esto permite resolver algunos motivos de consulta, en general de corta evolución en el tiempo, no resulta adecuado para la atención de problemas crónicos, los cuales requieren de instancias más prolongadas de contacto entre los equipos de salud y la persona que consulta. Un ejemplo de esto es una persona que padece una enfermedad como la diabetes mellitus. Se tratará de una consulta en la que será necesario dialogar para evaluar estado general y adherencia a los tratamientos, realizar examen físico, evaluar estudios de laboratorio o solicitar nuevos, y confeccionar recetas de medicación, solo por nombrar algunas de las actividades frecuentes. Es una atención integral e integrada, con consultas programadas lo que mejora la continuidad en la atención y la adherencia a los tratamientos. Por otra parte, fuera de los cuadros de enfermedad, los controles de salud y los controles de embarazo son instancias donde solo las consultas programadas y con tiempos protegidos satisfacen las necesidades del profesional y de los consultantes.

---

*Las consultas programadas representan una modalidad de organización del acceso que resulta necesaria para el cuidado de personas con enfermedades crónicas, así como para los controles prenatales y de salud en cualquier edad.*

---

Dependiendo de los recursos y capacidades locales, existen distintos mecanismos para organizar las consultas en forma programada.

Lo esencial de los turnos programados es que se disponga de un tiempo protegido para ofrecer un cuidado integral a la persona que consulta. Así, el control de personas con hipertensión arterial, diabetes, asma, y otros padecimientos crónicos, son situaciones de consulta que requieren tiempos definidos, y usualmente más prolongados que una consulta de guardia o de demanda espontánea.

Según los recursos disponibles, los turnos pueden organizarse tanto mediante agendas manuales como a través de sistemas informáticos. Básicamente, los turnos programados solo requieren un registro (agenda, organizador diario, cuadernos por especialidad, etc.), una persona que los asigne, y un mecanismo para que la población pueda solicitarlos, idealmente a distancia mediante la utilización de distintos sistemas de comunicación o bien personalmente en el mismo efector de salud.

En una red de servicios de salud, la modalidad y los mecanismos para solicitar turnos no deben ser competencia exclusiva del personal administrativo, quien se encarga generalmente de asignarlos. Todo el equipo de salud y los nodos que conforman la red deben conocer y mantenerse informados sobre estos mecanismos a fin de ofrecer información certera y útil a quien debe solicitar dichos turnos.

Es posible también que otros actores estén involucrados en la asignación de turnos, como los agentes sanitarios y/o promotores de salud, quienes eventualmente pueden ofrecer turnos por fuera del centro de atención. Puede suceder también que en algunas redes, otros actores, aún por fuera del sector salud, como ser docentes, personal de comedores comunitarios o centros de apoyo escolar, espacios para la tercera edad, etc. cuenten con la posibilidad de asignar algunos turnos en las agendas de los centros de salud. Estos turnos se encuentran ya bloqueados, o protegidos, para ser utilizados por estas poblaciones en particular, garantizando el acceso de la población más vulnerable o alejada. Cuando esto sucede, puede hablarse de redes basadas en la intersectorialidad, como atributo que las fortalece y consolida.

La programación de los turnos puede también asignarse entre efectores de la red, que organizan y facilitan de esa manera el recorrido de las personas dentro de la misma. Los mencionados “turnos protegidos” son un ejemplo de esto, donde, por ejemplo, centros del segundo nivel de atención “reservan” turnos para ser asignados a personas provenientes del primer nivel de atención, principalmente de los centros rurales, o más alejados. Esto permite reducir o eliminar barreras de acceso de población generalmente más vulnerable. La modalidad de turnos protegidos en el segundo nivel para aquellos que los requieren desde el primero, requiere coordinación y comunicación fluida entre efectores, entre niveles de complejidad y entre tomadores de decisión dentro de las redes. En algunos casos, especialmente en aquellos donde existen sistemas informáticos únicos y online entre efectores, el turno puede ser gestionado directamente desde los CAPS, ingresando en las agendas de los servicios hospitalarios.

Una importante característica de los sistemas de turnos programados es la alta proporción de ausentismo a las consultas, lo cual implica asignación ineficiente del tiempo de los equipos de salud, con espacios sin ocupar cuando en simultáneo existen personas con necesidad de acceder y que no lo han logrado por encontrarse agotados los turnos. Los motivos por los cuales se produce el ausentismo son diversos, si bien existen evidencias en la literatura, que convergen a determinados factores que incrementarían el problema. Entre ellos, puede mencionarse que existen más riesgos de ausentarse a un turno programado si dicho turno:



- Fue solicitado por población de adultos jóvenes (pico entre 16 y 34 años)
- Fue solicitado con un lapso mayor de dos semanas de anterioridad, alcanzando en un estudio el 19% de ausentismo después de ese lapso.
- Fue solicitado como una visita de seguimiento como resultado de una consulta efectuada.
- Fue solicitado por una persona que ya se ha ausentado al menos una vez en el último año.

Frente a este problema, y para evitar que los propios equipos de salud decidan eliminar el sistema de turnos como respuesta a las grandes tasas de ausentismo, se han desarrollado diversas intervenciones con evidencia de efectividad, orientadas a reducir el ausentismo en los sistemas de turnos programados. Entre estas modalidades pueden mencionarse.

**1. Los sistemas alternativos de organización de los turnos.** Se trata de modalidades innovadoras para mejorar la asistencia. Entre ellas se encuentran algunas destinadas a conservar –rotando los profesionales- los espacios de demanda espontánea, para que quien requiere un turno por un motivo relativamente sencillo o agudo, pueda evacuar su consulta sin la necesidad de asumir un turno diferido al que seguramente no concurra por haber resuelto su problema en plazos más breves. Otra modalidad de creciente aceptación en otros sistemas de salud es el denominado “acceso avanzado”<sup>17,18</sup>, que se basa en la asignación de turnos solamente para el día de la fecha, generando solo un número escaso de turnos diferidos. Este sistema requiere un cuidadoso balance entre la demanda de turnos y la oferta de los mismos, además de planes de contingencia para situaciones especiales (por ejemplo, brotes estacionales).

**2. Sobreasignación de turnos<sup>19</sup>.** Este sistema se basa en asignar una cantidad de turnos ligeramente mayor de lo disponible, asumiendo una tasa diaria de ausentismo determinada, que quedaría compensada. Existen diversas metodologías para determinar la cantidad de turnos que pueden sobreasignarse, pero más allá de esto, resulta fundamental contar con un conocimiento acabado del perfil de consulta y de la tasa de ausentismo en cada servicio para desarrollar esta modalidad. Deben tenerse en cuenta, además las particularidades de cada caso, como por ejemplo días de la semana donde el ausentismo aumenta, épocas del año, diferencias originadas por personas de los equipos que pueden inducir mayor o menor ausentismo, etc.

**3. Los sistemas de recordatorio<sup>20,21</sup>.** Se trata de mensajes o alarmas que llegan a quienes solicitaron turnos, con uno o dos días de anticipación. Dichos mensajes pueden ser efectuados por personal destinado a tal fin en forma telefónica, o bien a través de sistemas automáticos que se implementan por mensajes de texto a celulares, o correos electrónicos. Algunas de las evidencias disponibles reflejan que los sistemas implementados por personal resultan algo más efectivos que los automáticos. Además, los sistemas gestionados por personas permiten en algunos casos reagendar los turnos, en caso de no poder concurrir al turno previamente agendado.

Finalmente, se han desarrollado asimismo, **servicios gratuitos de transporte sanitario** con la finalidad, entre otras, de reducir el ausentismo derivado de problemas geográficos de acceso. Estos servicios cuentan con rutas definidas, y se activan cuando una persona obtiene un turno para una consulta o estudio en algún efector de la red. Así, la persona recibe la confirmación del turno obtenido, junto

con el lugar donde será recogido por el transporte sanitario que lo trasladará al lugar. Cuando el turno a solicitar se refiere a otro efector de salud, ubicado en otro nivel de atención, como suele suceder cuando se referencia del centro de salud a un hospital, es necesario orientar a la persona en esa referencia. De lo contrario, resulta en una adversidad agregada para quien acude a un centro hospitalario, el hecho de deambular por los edificios hasta dar con la ventanilla adecuada. En el mismo sentido, es necesario a su vez que los distintos efectores cuenten en sus edificios con señalética que permita la fácil circulación de las personas.

Lo ideal es, como se mencionó, que los turnos para estudios específicos o para consultas a especialistas en el hospital, puedan obtenerse también desde el centro de salud por un mecanismo de referencia organizado entre ambos efectores. Si esto no sucede, el equipo de salud debe contar con la información precisa para remitir al paciente de forma directa a la obtención de su turno.

---

*Una referencia orientada y sin obstáculos es necesaria para evitar el desgaste en la motivación del paciente, ausentismo, y malos resultados. Las oficinas de orientación están destinadas a facilitar la entrada y circulación de las personas en el ámbito hospitalario, además de ocuparse en muchos casos de la gestión de turnos, y de asegurar las contrarreferencias al primer nivel de atención.*

---

Estas oficinas resultan, además, críticas para humanizar el trato que muchas veces en los centros hospitalarios y de alta complejidad se presenta frío y distante de los problemas y necesidades de quienes concurren. Estas oficinas pueden adquirir la forma de stands o espacios en cercanías de las puertas de acceso a los centros hospitalarios y deben ser atendidos por personal entrenado en las modalidades de atención, horarios, y formas de acceder a los diferentes servicios.

---

*Estos espacios suelen dar prioridad a aquellas personas con mayores barreras de acceso, mejorando la equidad del sistema y permitiendo reducir la incertidumbre que produce circular por instituciones a veces desconocidas, y en situación personal de padecimiento.*

---

## CARTILLA DE RED

Elaborar y distribuir una cartilla de red puede resultar una estrategia adecuada para dar a conocer información útil sobre los nodos que componen la red, tanto a la población como a los propios efectores de la misma.

---

*De esta manera la cartilla es un instrumento comunicacional de gran valor. Además, al ser un material escrito, puede servir a los integrantes de la red como documento en el cual se plasmen algunas normas de su funcionamiento.*

---

La cartilla debe contener información fidedigna y actualizada. Algunos de los datos que pueden estar presentes son:

- 
- los nodos que componen la red
  - las personas de referencia de cada nodo
  - los datos para el contacto con cada institución (dirección, teléfono, correo electrónico, página web)
  - las formas de entrada y circulación por la red (horarios y modalidad de atención de cada nodo)
  - los mecanismos para obtener los turnos.
- 

El proceso de elaboración de esta cartilla, si se realiza en forma participativa con representantes de cada nodo, también puede funcionar como una instancia de fortalecimiento de los vínculos. La elaboración de un producto final y tangible plasmará la asociación presente y también la intencionalidad del trabajo articulado en el futuro. La cartilla puede circular en formato impreso así como en formato digital para alcanzar una mayor difusión a un menor costo.

### COORDINACIÓN ASISTENCIAL, Y CIRCUITOS DEFINIDOS DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA

El funcionamiento de una red necesita mecanismos de coordinación asistencial entre los servicios, tales como los sistemas de referencia y contra referencia, para los cuales resulta esencial que los mismos sean establecidos con claridad y aceptados por los equipos. La **referencia** consiste en remitir a una persona hacia otro servicio o nodo de la red donde la complejidad ofrecida resulta adecuada para continuar y avanzar en su cuidado. La referencia puede hacerse con motivo de una interconsulta, una derivación o segunda opinión. La **contrarreferencia** es la acción informada mediante la cual una persona retorna al centro de atención desde donde fue referenciado, para continuar con su tratamiento o seguimiento.

- La **interconsulta** implica que un miembro del equipo de salud requiere de la asistencia de otro que se encuentra frecuentemente especializado en algún tema relacionado con la problemática de salud de una persona. Un ejemplo de esto es el caso de un miembro del equipo de salud del primer nivel de atención que identifica un problema e interconsulta a un especialista para la definición de un diagnóstico o un tratamiento. Es importante remarcar que en estas interconsultas la responsabilidad primaria sobre la persona continúa bajo quien efectúa la referencia. A su vez, es importante destacar que existen modalidades de interconsulta en las que no es necesario el traslado de la persona, sino que se realiza mediante la utilización de medios tecnológicos apropiados para tal fin, incluyendo desde la telefonía habitual hasta más sofisticadas herramientas de telemedicina.
- La **derivación** se concreta cuando un miembro del equipo de salud considera que la persona bajo su cuidado necesita de un especialista o de otro miembro del equipo de salud como una mejor alternativa para la continuidad en su cuidado. En estos casos puede trasladarse la responsabilidad sobre el cuidado de salud de esa persona a quien recibe la derivación. Un ejemplo de esto es el caso en que un obstetra en el primer nivel de atención deriva a una paciente embarazada con complicaciones a un servicio de embarazo de alto riesgo, donde realizarán los controles de embarazo hasta el parto. Desde el momento de la derivación, hasta el parto, es el obstetra que ha recibido la derivación el responsable del cuidado de la mujer embarazada hasta su retorno al primer nivel de atención. Otras veces, se producen derivaciones cuando profesionales dejan el lugar o el cargo desde el cual asisten a sus pacientes.

- La **segunda opinión** se produce cuando un miembro del equipo convoca a otro, frecuentemente de su misma orientación y especialidad, para realizar en forma conjunta el análisis de un caso, a fines de enriquecer su evaluación. En estos casos tampoco se traslada la responsabilidad sobre el cuidado de salud de la persona bajo seguimiento.

---

*Los procedimientos de referencia y contra referencia deben hallarse documentados y registrados de una forma definida según las necesidades y posibilidades de cada red. El registro clínico debe contener las referencias y sus motivos, así como las contrarreferencias generadas en cada caso.*

---

Habitualmente, para el registro y documentación los sistemas de referencia y contra referencia se utilizan sistemas de fichas o formularios donde se contemplan para el caso de la referencia, los datos generales de la persona a referenciar, el destino de la referencia y el motivo de la misma con un breve resumen de antecedentes. La contrarreferencia debe contener las conclusiones de la atención y la recomendación sobre el plan a seguir.

La presencia de mecanismos de referencia y contra referencia, así como sus formularios y circuitos, se encuentra en vías de ser abandonada en aquellas redes integradas donde existen sistemas unificados de información y registro clínico. En ellos, la motivación de una referencia es conocida por el profesional del segundo o tercer nivel de atención en el momento de observar la historia clínica de la persona referenciada. De la misma manera, el resultado de esa consulta en el segundo nivel se hace visible a través del mismo registro clínico, cuando este es observado por el equipo de salud del primer nivel, a través del sistema. Sin embargo, si bien esta es una situación esperada y sobre la cual trabaja activamente en varias jurisdicciones del país, aún debemos fomentar y fortalecer circuitos de referencia y contra referencia en tanto otras tecnologías se encuentren extendidas y disponibles.

### ACCESO REFERENCIADO AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Frecuentemente se observa que las consultas a los especialistas en los centros hospitalarios se realizan directamente cuando una persona considera que lo necesita (se autorreferencian o autoderivan a un especialista). Esta situación genera una serie de complicaciones que frecuentemente se traducen en sobrecarga del segundo o tercer nivel de atención, a expensas de motivos de consulta que no requieren esos niveles de complejidad. La contracara de esta situación, además del malestar de los profesionales de los centros hospitalarios, es el desplazamiento de aquella población que efectivamente requiere esos niveles de cuidados, y no logra acceder por la sobrecarga mencionada.

---

**Para posibilitar una mejor orientación de la atención según su complejidad, en algunas redes sólo se habilita el acceso a las especialidades mediante referencias desde el primer nivel de atención.**

---

Esto permite descomprimir la atención hospitalaria, hacer un mejor uso de los recursos y reorientar las consultas al primer nivel de atención, donde debe ejercerse el cuidado integral y el seguimiento de las personas. Es claro, sin embargo, que para este debe contarse con un primer nivel continente, adecuadamente resolutivo y accesible para dar respuesta a esos problemas o motivos de consulta que son allí orientados.

---

La gestión descentralizada de estudios surge como opción para resolver el problema del acceso a los estudios complementarios en centros de mediana y alta complejidad.

Algunos ejemplos son:

- Toma descentralizada de muestras para laboratorios. Se otorgan turnos para extracción –por ejemplo semanal- de sangre en el CAPS, las muestras circulan por un circuito definido hacia el laboratorio donde se procesan. Este laboratorio puede ser el existente en el centro hospitalario, o bien un nodo intermedio adecuadamente equipado y geográficamente localizado con criterios de red. El resultado retorna al primer nivel de atención quedando registrado en la historia clínica del centro donde se realiza su seguimiento.
- Toma descentralizada de muestras para realizar Papanicolau. El circuito puede ser similar al ejemplificado para las pruebas de laboratorio.
- Ecografías descentralizadas. Un ecografista recorre los CAPS con un equipo trasladable y realiza las ecografías, con turnos, en ese nivel de atención.
- Electrocardiogramas. Se trata de capacitar a los equipos de salud para que logren realizar los electrocardiogramas en los CAPS. La interpretación inicial de los mismos (normal/anormal) es parte de esa misma tarea y luego se organizan modalidades para que, o bien un recurso humano capacitado circule por los CAPS completando las evaluaciones, o bien las tiras de electrocardiograma sean remitidas vía fax, mail o algún dispositivo de telemedicina a un centro donde el encargado de las interpretaciones recibe estos estudios de parte de toda la red.

---

## COMITÉS DE RED Y NORMATIVA DE RED

La creación de normas escritas y de un comité intersectorial (referentes de la comunidad, miembros de los distintos servicios y sectores) es una consecuencia de un proceso social de discusión y validación en distintos niveles. Los comités de redes cumplen mandatos limitados y son los encargados de asegurar el cumplimiento de las normas escritas. Resulta necesario establecer reglas claras de funcionamiento, y responsabilidades.

Es necesario además renovar constantemente la discusión, actualizar los consensos, revisar los acuerdos. En ese proceso se logran al menos dos cosas importantes: recuperar el sentido de pertenencia y de compromiso de cada uno de los actores, y a su vez adecuar los procesos a esa realidad siempre cambiante.

## EXPERIENCIAS NACIONALES DE TRABAJO EN RED

El desarrollo de las redes de salud en las jurisdicciones se encuentra en rápida expansión en estos últimos años. Si bien existe una cantidad de experiencias de trabajo en red, dispersas en la mayoría de las provincias Argentinas, aún es muy incipiente el registro escrito y la sistematización de estas experiencias, que en muchos casos surgen como respuestas locales a problemas precisos de gestión y atención, más que como intervenciones en los modelos de atención.

A continuación presentaremos algunas experiencias concretas de diseño y utilización de dispositivos y/ o modalidades de trabajo en red. Estas experiencias no son invocadas por ser mejores ni más completas que otra existentes, si bien cada una permite explorar posibilidades de intervención que pueden tomarse como objeto de discusión y evaluación de factibilidad en otros ámbitos.

### FONOTURNOS Y OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN SAN FERNANDO, PROVINCIA DE BUENOS AIRES<sup>22</sup>:

La Central de Fonoturnos Municipal se encuentra tercerizada a una empresa privada que desarrolló un sistema informático y de comunicación que permite recibir llamadas desde cualquier teléfono, a través de una línea 0800 desde vía pública, cualquier domicilio, y desde los mismos CAPS. También se pueden obtener los turnos personalmente en los CAPS.

Los turnos programados se dan con fecha y horario definido. En los casos en que no existan turnos disponibles en el CAPS deseado, estos son gestionados en otro efector cercano. El resultado percibido a través de entrevistas es que la población habría logrado abandonar las colas desde la madrugada para conseguir turnos.

Mensualmente, la empresa genera una información de acuerdo a los requerimientos de las autoridades, que permite realizar monitoreo y evaluación de los pacientes, de los profesionales y de los procesos de atención.

Además, cada nodo de la red, y de acuerdo a su nivel de responsabilidad, cuenta con acceso a la información generada. Esto permite conocer la producción y el rendimiento de cada efector, cada profesional, la cantidad de turnos programados, la cantidad de pacientes atendidos por demanda espontánea, los retrasos en los turnos, etc. Toda esta información es esencial para una buena gestión y sirve como insumo para realizar reuniones periódicas y sistemáticas con los profesionales, a fin de resolver algunos problemas y mejorar la calidad de atención de los usuarios. Este modelo de gestión habría generado en la comunidad una proporción de consultas programadas del 63% al 70%, en casi la totalidad de los CAPS.

Por otro lado, se organizó como resultado de un acuerdo entre las autoridades Municipales y el Hospital Provincial, una oficina llamada Consultorio de Primer Nivel de Atención e Islas, dentro del mismo hospital. Esta oficina es integrada por personal administrativo, trabajo social del municipio y médico por parte de la provincia. Su principal objetivo es oficiar de nexo entre los Centros de Atención Primaria y el hospital. La misma se ocupa de gestionar en los servicios del hospital los turnos protegidos para los CAPS, en un número fijo por día para cada especialidad.

Esto contribuye al sistema de referencia y contrarreferencia, donde un paciente que es atendido en el primer nivel de atención y necesita la atención del segundo nivel, llega referenciado con un formulario estándar, que es el mismo que completa el profesional del hospital, para conocimiento y registro del equipo derivador. Además, la contrarreferencia está organizada de tal manera que cuando los pacientes son dados de alta en el hospital, disponen en el mismo acto de un turno en el CAPS que les corresponde.

Otros dispositivos que funcionan en el Hospital son los turnos en forma telefónica (ver arriba), una oficina de informes localizada en la entrada de los consultorios y una oficina de atención al usuario, para gestionar fundamentalmente los reclamos.

### RED DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES REGIÓN SANITARIA V PROVINCIA DE BUENOS AIRES<sup>23</sup>

En la Región Sanitaria V de la Provincia de Buenos Aires, el Ministerio de Salud cuenta con una red de diagnóstico por imágenes funcionando desde julio del 2006. Existe un servidor donde todos los servicios provinciales y municipales que cuentan con la posibilidad de brindar estudios de imágenes (con o sin internación) de la Región aportan turnos programables, y los efectores de 2º nivel de la región ingresan a la página de Intranet, y a través del link de diagnóstico por imágenes, toman turnos en forma despersonalizada. La tarea de la Región Sanitaria se concentra en el monitoreo de la demora en asignación y efectivización de los turnos.

Este sistema mejoró el tiempo de espera. Por ejemplo: para una tomografía se redujo de 45 a 7 días. Reducciones similares se verificaron para prácticas de ecografía, radiología y resonancias magnéticas. En términos de inversión, la Región debió financiar el software sobre el cual funciona la asignación de los turnos.

Para evitar una sobredemanda inapropiada de estudios de alta complejidad, existirá un sistema de control y auditoría basado en una guía protocolizada que ya fue elaborada.

Respecto del acceso geográfico a los estudios de imágenes, si el turno fue asignado en la misma localidad, el paciente accede por sus propios medios. En cambio, si el turno fue asignado en otra localidad, el municipio se ocupa de su traslado luego de una evaluación socioeconómica que lo justifique. Si el paciente se encuentra internado, existe un sistema de traslado entre los hospitales. Una fortaleza del sistema se basa en la imposibilidad de obtener turnos por vías colaterales, que en general son utilizadas por quienes cuentan con mayor capacidad de reclamo o contactos en los efectores. Por otra parte, para los turnos que son requeridos con urgencia (como por ejemplo ante patología oncológica), existen vías rápidas en el marco de la normatización mencionada.

En cuanto a las necesidades futuras, el sistema debe fortalecerse y permitir que el primer nivel de atención también logre gestionar y obtener turnos de estudios por imágenes, tal como lo realizan desde los centros de mayor complejidad.

### OFICINA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DEL HOSPITAL DE PUERTO MADRYN, CHUBUT<sup>24</sup>

El hospital de Puerto Madryn posee una Oficina de Referencia y Contrarreferencia que funciona como nexo entre los CAPS y el Hospital.

Esta oficina se encuentra dentro de la UAU (Unidad de Atención al Usuario). La UAU además comprende y se ocupa del sistema de turnos programados, admisión y servicio social.

Diariamente llega al hospital un bolsín por Centro de Salud con las hojas de interconsulta y solicitud de turnos. A partir de estas en la Oficina de R y CR se analizan los turnos disponibles por especialidad, ya que disponen de planillas por especialista con turnos protegidos para los pacientes provenientes del primer nivel de atención. De esta forma, se asigna el turno y se lo envía por bolsín al CAPS. El bolsín tiene un cuaderno donde se registra el intercambio de información y la constancia del turno asignado. Una vez en el CAPS se informa al paciente sobre su turno. En el caso de los CAPS rurales, la solicitud y asignación de turnos se realiza por fax, y se coordina con el servicio de transporte de pacientes hasta y desde el hospital para asegurar la asistencia.

El tiempo que transcurre entre que llega el pedido de interconsulta hasta que se hace efectiva la consulta es de 1 a 2 semanas en promedio, dependiendo de las especialidades requeridas y su oferta de espacios en las agendas.

Una vez realizada la interconsulta, el profesional vuelca la información en la historia clínica del paciente y completa la hoja de contrarreferencia para el equipo de salud del CAPS. Si bien no se implementa un sistema de historia clínica única, tanto el CAPS como el Hospital utilizan el mismo número de Historia Clínica, lo cual facilita algunos procedimientos de búsqueda y registro de información sobre los pacientes.

Mediante los bolsines, también se informa a cada CAPS sobre los partos realizados para que luego se haga seguimiento activo a puérperas y recién nacidos. Asimismo, se envían a través del bolsín los resultados de estudios complementarios para su incorporación a las historias clínicas de los CAPS. Este sistema de R y CR funciona casi en su totalidad manualmente. Recientemente se incorporó una computadora para realizar planillas y bases de datos.

La principal debilidad de este sistema es que con cierta frecuencia los médicos encargados de informar las contrarreferencias desde el segundo nivel de atención deciden no realizar esa acción, con lo cual los pacientes retornan al CAPS con información incompleta respecto de lo sucedido en el segundo nivel. La provincia se encuentra realizando acciones de sensibilización y control de estos procedimientos en el marco del proyecto provincial de fortalecimiento de redes, a fines de mejorar la coordinación asistencial y la calidad del seguimiento de la población.

### **OFICINAS DE COMUNICACIÓN A DISTANCIA (OCD)<sup>25</sup>**

Una experiencia relevante se está desarrollando desde la Coordinación de Relaciones Institucionales del Hospital de Pediatría Dr. Juan P Garrahan con el Programa de Referencia y Contrarreferencia, a través de las Oficinas de Comunicación a Distancia (OCD), que se pusieron en marcha por convenios con la mayoría de las provincias del país. La estrategia es establecer OCD en Hospitales de 2º y 3º nivel y el objetivo es favorecer la comunicación entre colegas para la consulta y seguimiento de pacientes y promover la atención por niveles de complejidad progresivos. Las acciones propuestas son: consultas sobre diagnóstico y tratamiento, seguimiento conjunto de pacientes y contrarreferencia adecuada. Además, se implementan actividades de capacitación permanente.

La modalidad principal es la comunicación por teléfono, Internet y/o teleconferencias. Un miembro del equipo de salud solicita la interconsulta de un paciente en particular y otro profesional, en general con más experiencia, lo orienta a fin de evitar traslados innecesarios, precisar estudios, intervenciones y/o tratamientos.



El dispositivo requiere infraestructura, equipamiento (teléfono, computadora con Internet, impresoras y equipo de Fax) y debe contar con guardia médica activa o pasiva las 24 hs, y personal administrativo.

El sistema resulta muy efectivo para las emergencias, urgencias y patologías que requieren internación y cumple con los principios de la capacitación permanente en servicio para los equipos de salud. Además, el sistema mejora la comunicación, que es uno de los principios del trabajo en red, disminuyendo demoras innecesarias para la toma de decisiones.

Las OCD se encuentran actualmente desafiadas a superar la especialidad pediátrica y, de hecho, existen ya experiencias de utilización de las OCD para alta conjunta de recién nacidos con madres puérperas, para el seguimiento de ambos. Se espera que en los próximos años, la comunicación a distancia mediante estos dispositivos, que ya han demostrado ser efectivos, supere los compartimentos de las especialidades y resulte en modalidades de trabajo en red para cualquier tipo de consulta y paciente que lo necesite.

## EXPERIENCIAS REGIONALES DE TRABAJO EN RED

A continuación se mencionan algunas experiencias de trabajo en red, con modalidades y dispositivos que expresan o llevan a la práctica los conceptos teóricos vertidos en el documento. En ningún caso se pretende presentar estas experiencias con fines de replicarlas o proponer su implementación en el espacio municipal o provincial de Argentina. Simplemente, se trata de experiencias distintivas, o relativamente avanzadas – muchas aún en fases de construcción o consolidación – que resulta útil observar, discutir a nivel local y analizar como base de propuestas superadoras que puedan implementarse adaptadas a la realidad federal, organizacional, financiera y asistencial de nuestro sistema de salud.

### EL SISTEMA INTEGRADO DE SALUD DE FLORIANÓPOLIS, BRASIL<sup>26</sup>

La Salud en Florianópolis ha experimentado profundos cambios en los últimos años, especialmente a partir de la firma del Pacto por la Sanidad, con el Departamento de Estado de Santa Catarina y el Ministerio de Salud. Se iniciaron acciones con eje central en la Atención Primaria de la Salud (APS) a través de la coordinación entre los diferentes niveles de complejidad del cuidado de la salud.

El perfil de morbilidad y mortalidad en este municipio se caracteriza por el progresivo envejecimiento de la población y la prevalencia de enfermedades crónicas tales como cardiovasculares, cáncer y trastornos mentales. En esta dirección, las acciones de promoción integral de la Salud, prevención y diagnóstico precoz para estos grupos de enfermedades son la clave para un envejecimiento saludable de la población.

Florianópolis se encuentra administrativamente dividida en cinco Regiones de Salud, con áreas de cobertura y georeferenciamiento definidos. Cada región cuenta con una sede administrativa, y es responsable de dirigir y supervisar la ejecución de la asistencia sanitaria en su área. En total, la ciudad cuenta con 49 centros de salud con ESF (Equipos de Salud de la Familia), y en mayo del 2010 el 83% de la población estaba nominalizada por los agentes comunitarios de salud.

El número de ESF se expandió en el año 2010, alcanzando el 85% de cobertura de la población. Cada equipo se compone de un médico de familia, una enfermera, dos técnicos en enfermería y seis agentes de salud. Cada dos ESF existe un Equipo de Salud Bucal (ESB) que se compone de un odontólogo y un Técnico en Higiene Dental.

En 2008, el Ministerio de Salud desarrolló los NASF (Núcleo de Apoyo Familiar de Salud), dirigido a fortalecer la atención primaria, y el Municipio de Florianópolis adhiere a esta política creando los primeros NASF con el objetivo de brindar apoyo matricial a las redes de salud. Cada NASF está vinculado a un área de salud definida para brindar cobertura y apoyo a los ESF y a los equipos de salud mental de los municipios. Los siete NASF con los que cuenta Florianópolis están compuestos por un profesor de educación física, farmacéutico, nutricionista, asistente social, pediatra, psicólogo y psiquiatra.

Además de aumentar en más de un 100% los ESF, se desarrolló una integración real y coordinación en la Red de Salud, siendo el primer nivel de atención la puerta de entrada y de derivación a otros nodos. Para consultas y exámenes especializados es necesario pasar primero por la referencia de los ESF. Las Unidades de Atención Pre-hospitalaria Local, asimismo, trabajan en forma integrada, contrarreferenciando los casos de baja complejidad al primer nivel de atención y los casos más complejos después de la estabilización de la fase aguda. Estas unidades resultan en puntos de alta eficiencia para la red, en tanto evitan la sobrecarga del nivel hospitalario por motivos de consulta que no requieren su complejidad.

La Red de Salud se encuentra además integrada a través de un sistema informático de historia clínica electrónica, eliminando el formato en papel para las referencias y contrarreferencias, optimizando el uso de los recursos, y evitando la duplicación de estudios. El sistema permite no sólo acceder a toda la información de salud de las personas, incluyendo los procedimientos y estudios realizados, sino que también permite el acceso a la atención especializada y urgente, ya que los policlínicos también cuentan con este sistema.

Otro aspecto importante es la utilización desde 2006 del sistema de turnos SISREG III del Ministerio de Salud, mediante el cual se regulan las consultas y exámenes en los niveles de atención secundaria y terciaria. Los turnos son registrados en la propia unidad sanitaria a través de Internet y se informa a los pacientes sobre el día, hora y lugar. Esta modalidad permitió observar en las policlínicas municipales una reducción significativa de las listas de espera y una mayor agilidad en el diagnóstico y los resultados. Por otra parte, existe una regulación central que administra, evalúa y agiliza los procedimientos de emergencia, priorizando el acceso inmediato de acuerdo a criterios clínicos.

Por otra parte, junto con la consolidación de redes integradas, se estableció un marco jurídico para garantizar la continuidad y el mantenimiento de la salud. Es interesante destacar la normativa que define a la clasificación de riesgo como herramienta relevante para la creciente demanda de los servicios.

En relación al financiamiento, la Ley del Sistema Nacional de Salud establece un porcentaje mínimo de inversión municipal de un 15%. No obstante, en 2010 alcanzó un 20%. En 2009, del total del presupuesto en salud (considerando transferencias federales y estatales) un 65 % se destinó a APS.

En cuanto a los resultados obtenidos en los últimos años, se verificó una mejora en el acceso a los servicios, especialmente de la población más vulnerable. En 2009, la tasa básica de consultas por habitante por año fue de 1,4. (un 75% superior a la registrada en 2004). También es importante destacar que la Ciudad de Florianópolis, comparativamente con otras de la región sur de similares

características, logró disminuir significativamente la tasa de internación global cada 10.000 habitantes.

Entre los retos actuales a los que se enfrenta la red integrada de salud, puede mencionarse el de lograr una mayor consolidación de los instrumentos jurídicos de APS. Por ejemplo, la construcción de un proyecto de Ley Orgánica de Salud que integre las diversas ordenanzas, y la re-territorialización de todas las áreas, teniendo en cuenta primero las regiones de mayor vulnerabilidad socio-económica. El objetivo será la de reducir la cantidad de población a cubrir por cada ESF, llegando a la meta 2000 a 2500 personas por equipo en las áreas seleccionadas con el fin de ampliar el acceso a los servicios.

### LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE CURITIBA, BRASIL<sup>28</sup>

A partir de la 6ª Conferencia Municipal de Salud, se decidió en Curitiba poner en práctica el Sistema Integrado de Servicios de Salud (SISS), proyecto que comenzó en 2002. La SISS en Curitiba fue la primera experiencia municipal, totalmente integrada, de redes de atención de la salud en el Sistema Único de Salud y que adoptó la historia clínica electrónica y la tarjeta de identificación de las personas usuarias del sistema de salud.

Dos sistemas fueron elementales para la construcción del sistema integrado de salud: el sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico, estructurado bajo una central de procesamiento único pero con recolección descentralizada en todas las unidades de salud; y un sistema de servicios farmacéuticos de selección, planificación, compra, almacenamiento y distribución de una cartera de medicamentos. A su vez, se desarrolló un sistema logístico conformado por: la historia clínica electrónica, el acceso regulado que implica una central de turnos para la programación de consultas, y un sistema de transporte.

En este proceso, es importante destacar la historia clínica electrónica como parte de un ambicioso proyecto del sistema municipal de salud de Curitiba, denominado Tarjeta de Calidad del SUS, que tiene por objeto informatizar plenamente todos los procesos técnicos y administrativos sanitarios.

Este sistema supone un registro integral de las personas, equipamiento electrónico en los servicios de salud y capacidad de vincular electrónicamente a los servicios entre sí.

La Tarjeta de Calidad posee varios módulos: módulo de consultas y exámenes especializados, internación, servicios ambulatorios de alto costo, módulo epidemiológico y vigilancia sanitaria. Pero la base está en el registro de usuarios. Ese registro permite a cada persona que ingresa a un centro de salud, identificarlo por su nombre, fecha de nacimiento o documento de identidad. El módulo de consultas, por ejemplo, es el que organiza el acceso a las clínicas especializadas. Los turnos se adquieren a través de una Central de consultas accesible en la red. Este sistema, integrado con la historia clínica electrónica, genera en la consulta inicial un código que permite el seguimiento del paciente en cualquier nivel de complejidad. La historia clínica electrónica se integra al laboratorio municipal, donde se registran los resultados y luego se capturan desde las unidades de atención primaria.

### LA RED DE TRANSPORTES DE MINA GERAIS, BRASIL<sup>29</sup>

El Estado de Minas Gerais ha dado prioridad a la estructuración de cuatro redes de atención: una red materno infantil, con el objetivo de reducir la mortalidad infantil y materna; una red de atención de emergencias con el fin de reducir la morbilidad y la mortalidad para patologías agudas; Red HIPERDIA atención a las enfermedades cardiovasculares y la diabetes y de la Red Más Vida de atención a los ancianos con el fin de aumentar la capacidad funcional de este grupo poblacional.

Como complemento, el Estado de Minas Gerais desarrolló una red de transporte para mejorar el acceso a los establecimientos de salud como respuesta a la gran cantidad de inasistencias a los turnos programados. En algunas ciudades del sur se había alcanzado un 35 % de ausentismo en procedimientos de mediana y alta complejidad.

Asimismo, se verificó que el sistema regular de transporte no resolvía el problema de los pacientes con turnos programados porque se estructuraba sobre una lógica de horarios que no se adaptaban a las agendas de salud. Por ello se diseñaron circuitos especiales para comunicar dentro de una microrregión a los municipios, en función de los pasajeros y los turnos programados. Luego, se establecieron los puntos fijos donde los pasajeros acceden al transporte. Además, se estudiaron cuales son los tipos de transporte más apropiados y se los dotó de una tripulación compuesta por un chofer, un asistente y en algunos casos, un técnico en enfermería.

El funcionamiento de estas redes de transportes, que implica la conformación de consorcios entre los municipios, requiere de una gran coordinación entre la central de transportes y la central de turnos. Cuando se le otorga un turno a una persona, también se le otorga un boleto con los datos de hora, lugar y asiento. En algunos casos, también se provee transporte para un acompañante.

### LAS MICRO ÁREAS DE LA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MONTEVIDEO, URUGUAY<sup>30</sup>

A partir del proceso iniciado en 2005, la ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado) se configura como la empresa pública prestadora de servicios de salud en el país.

Una de las unidades ejecutoras de la ASSE es la Red de Atención Primaria (RAP), independiente de la estructura hospitalaria, que cuenta con presupuesto propio, dotación de recursos humanos propios y con un equipo de gestión que toma las decisiones para el primer nivel de atención desde una lógica estrictamente del primer nivel.

La clave para la construcción de una red que contuviera necesidades y demandas, y permitiera la resolución en el territorio, fue la definición de las áreas de salud: unidades territoriales a cargo de un efector con una población determinada.

No obstante, luego de la definición de las áreas se comenzó a definir micro áreas a través de un catastro realizado por cada uno de los 114 efectores de las 74 áreas de salud. Estas micro áreas se componen por 1.500 a 2.000 usuarios en el territorio. Las definen los equipos de salud en función de variables demográficas y sanitarias, y luego son ellos los que asumen responsabilidad a cargo de la salud de esa población.

Actualmente se está trabajando en la conformación de equipos interdisciplinarios, incorporando psicólogos y asistentes sociales, junto con los médicos y enfermeros.

Otro elemento clave para la construcción de la red es la integración de los programas para evitar la verticalidad, de acuerdo a los ciclos de vida (niñez, adolescencia, adultos, etc.). La idea es generar interfases de un paquete de actividades que permitan a los equipos de salud, según cada realidad local, definir las intervenciones para sus personas a cargo.

Esta organización se complementa con un soporte informático que permite la trazabilidad del paciente, ya que al ingresar al sistema el documento de identidad, se obtiene toda la información relacionada con sus contactos con el sistema; descentralización de estudios de laboratorio, agenda de turnos programados para especialistas que atienden en los hospitales de la red y un fuerte trabajo con otras organizaciones locales como los CAIF (Centros de Atención a la Infancia y a la Familia) y las escuelas.

### LA RED DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD, EN MÉXICO<sup>31</sup>

Enmarcadas en el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud 2001-2006, la actual Administración Federal de México se encuentra desarrollando diversas acciones con el objetivo de dar respuesta a las múltiples barreras para el acceso y utilización racional de los servicios de salud, a través de un Modelo Integrado de Atención de la Salud (MIDAS).

Este modelo pretende lograr la continuidad de la atención, haciendo especial énfasis en la distribución adecuada de la atención, la comunicación entre servicios, el manejo adecuado de la historia clínica, y el flujo organizado de los pacientes. En este contexto, se elaboró un Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud articulado a través de redes de servicios.

Este Plan implica la adecuación y ampliación de la oferta de servicios, generando cambios organizacionales para asegurar la adecuada prestación, y una nueva arquitectura de los servicios de salud. Asimismo, implica la transformación del concepto de “población abierta” a población socialmente protegida, con redes de múltiples servicios complementarios y la creación de nuevas unidades inmobiliarias del sector salud.

Un eje clave del Plan, es la reevaluación de la capacidad de oferta de los distintos servicios en función de las necesidades y demandas existentes, para luego reasignar recursos humanos y tecnológicos en forma acorde al rol asignado a cada efector en el marco de la red. Esto implica la transformación de centros hospitalarios de mono a polivalentes, así como cambios en el nivel de complejidad de algunos servicios.

Por otro lado, se ha establecido que ante la necesidad percibida por un efector de incorporar un servicio, o una tecnología, se debe desarrollar una solicitud en un formato preestablecido, llamado “certificado de necesidad” hacia el nivel central, que puede aprobar o denegar esa propuesta en base a las necesidades y demandas de la población afectada. Esto otorga al nivel central una gobernanza y capacidad de regulación que mejora la racionalidad del sistema.

Si bien en un futuro este Plan alcanzará gradualmente a la totalidad de los efectores, hasta el momento sólo incluye a los servicios hospitalarios, y unidades médicas de especializadas. Aún no se avanzó en otras de unidades médicas, como las del primer nivel de atención.

## ALGUNAS LECTURAS RECOMENDADAS

*A continuación presentaremos algunas lecturas sobre redes que abordan, profundizan o cuestionan muchos de los conceptos vertidos en esta publicación. Junto con cada título se presenta una breve descripción sobre sus contenidos. Si bien todos ellos son de libre acceso a través de Internet, contamos con versiones digitales para continuar socializando con quienes resulten interesados. Las mismas pueden ser solicitadas a [redes@remediar.gov.ar](mailto:redes@remediar.gov.ar)*

### **Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Serie: la Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Número 4. Washington, D.C.: OPS. 2010**

Este documento de la OPS refleja los contenidos centrales de la sección “Contexto y Marco Conceptual” de esta publicación. El mismo evalúa las causas y consecuencias de la fragmentación de los sistemas de salud de la región, y propone las RISS (Redes Integradas de Servicios de Salud) como estrategia y modelo organizacional efectivo para reducir dicha fragmentación y avanzar en el fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Asimismo, el documento propone una serie de atributos esenciales de las RISS, junto con una propuesta de diagnóstico e identificación del grado de fragmentación de los sistemas de salud. Finalmente, propone instrumentos de política pública para avanzar en la integración de las mencionadas redes.

### **Resolución CD49.R22.**

#### **Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria de la Salud.**

En la 61.a sesión del comité regional de la Organización Panamericana de la Salud, en octubre del 2009, se resuelve instar a los Estados Miembros a tomar conciencia respecto del problema de la fragmentación de los servicios de salud y a elaborar planes que promuevan el desarrollo de redes integradas de servicios de salud. Asimismo, la resolución compromete a la OPS a brindar asistencia técnica y financiera para la conformación y consolidación de estas redes en los Estados Miembros.

### **Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil. Conceitos, práticas e lições aprendidas. Organização Panamericana da Saúde. – Brasília, 2008.**

Se trata de un documento guía en Brasil, publicado en el año 2008, donde se exploran aspectos teóricos y conceptuales sobre las redes de servicios de salud, para luego abordar experiencias prácticas de desarrollo de redes en ese país. Se incluyen experiencias innovadoras en gestión de la información, comunicación, y gestión de redes. Finalmente, se aborda el rol de la OPS en Brasil, y su rol en la cooperación técnica para la consolidación de redes junto con otras organizaciones locales.

### **Una red para promover sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud en la Región de las Américas.**

Herrera Vázquez MM, Rodríguez Ávila N, Nebot Adell C, Montenegro H. Revista Panamericana de Salud Pública. 2007;21(5):261–73.

El objetivo principal de esta investigación es el de identificar los componentes de una red internacional de organizaciones de cooperación técnica y financiera que promueva el desarrollo de sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud en la región. Para ello se realizó un estudio transversal cualitativo y cuantitativo basado en la identificación de informantes clave y el análisis de redes sociales. Entre las conclusiones se destaca que los vínculos de acción social identificados pueden influir positivamente en la conformación y consolidación de una red de organizaciones para la cooperación técnica y financiera en apoyo a la APS en la Región de las Américas. Se trata de un documento relevante en la génesis de las resoluciones y documentos posteriores de la OPS en relación a la propuesta de RISS.

### **As redes de atenção a saúde.**

Eugenio Vilaça Mendes. Rev Med Minas Gerais 2008; 18(4 Supl 4): S3-S11

Esta revisión plantea el problema de la triple carga sanitaria (infecciosas, crónica y causas externas) en Brasil.

En este contexto, se plantea que para el Sistema Único de Salud (SUS), la cooperación e interdependencia entre niveles de atención resulta un principio clave junto con la implementación de redes de atención. Este concepto incluye como elementos constitutivos a la población, la estructura, y el modelo de atención. El autor concluye que existen evidencias para sostener que las redes cuentan con potencial para mejorar la calidad de la atención, los resultados sanitarios y la satisfacción de los usuarios, reduciendo los costos para el sistema.

#### **Evaluación de APS y de redes de servicios de salud: dos miradas de la situación.**

Martínez Demetrio Mateo y cols. - 1a ed. - Buenos Aires: Salud Investiga, 2007.

Se trata de un estudio multicéntrico realizado para la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación, que recopila dos investigaciones. La primera es desarrollada por docentes de la Universidad Nacional de Tucumán, en la que se investigó la existencia y desarrollo de redes de servicios de salud en las provincias del NOA. La segunda, a cargo de la Universidad Nacional de Córdoba, avanzó en la evaluación del desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de la Salud con foco en el primer nivel de atención, en las provincias de Córdoba, Catamarca, Santiago del Estero y Misiones.

#### **Inovação nos sistemas logísticos :**

resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Eugênio Vilaça Mendes (coord.). Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2010

Este documento conjunto entre la OPS y distintas dependencias de salud del Estado brasileño plantea que implementar redes integradas es la mejor opción para enfrentar la crisis del Sistema Único de Salud. En particular, se centra en que los sistemas logísticos, como elementos constitutivos de las redes, constituyen soluciones a muchos de los problemas de coordinación y de gestión de la información que se verifican en la actualidad. El documento aborda algunos casos exitosos en el marco del SUS, en lo relacionado a logística y sistemas de apoyo, como por ejemplo la implementación de la historia clínica electrónica, un centro regulador municipal, y un sistema de transporte sanitario electivo.

#### **Curso sobre enfermedades vectoriales para agentes comunitarios en ambiente y salud.**

##### **Modulo III: Redes. Ministerio de Salud de la Nación. 2010.**

Este módulo forma parte de una colección de materiales realizados para el Curso de Agentes Comunitarios en Salud y Ambiente desarrollado por la Dirección Nacional de Capital Humano del Ministerio de Salud. Este tercer módulo tiene como objetivos que estos actores críticos en el fortalecimiento de redes logren conceptualizar las características y la relevancia del trabajo en las mismas, asimilando los roles y funciones que les competen. El documento repasa algunas modalidades de trabajo en red que se encuentran incluidas en esta publicación, destacando el rol del agente comunitario en cada una.

#### **Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la realidad cubana.**

##### **Pedro López Puig y Cols. Revista Cubana de Salud Pública. 2009; 35(4): 34-43.**

Se trata de un documento de posición que refleja la mirada de actores críticos a la propuesta de las redes integradas de servicios de salud. El mismo resalta la importancia de observar la integración como un proceso en un continuo fragmentación/integración, más que como una meta, y plantea que es improbable lograr integración de servicios en el marco de sistemas altamente segmentados. Finalmente, los autores analizan y proponen completar o modificar algunas definiciones como la de sistemas integrados, y la de fragmentación de servicios.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Alonso M., y cols. (2006): “Adherencia terapéutica:** Estrategias prácticas de mejora”. En: Salud Madrid. Vol 13, N° 8.
- 2 Organización Mundial de la Salud (2005):** “Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI: el reto de enfermedades crónicas”.
- 3 Gil-Guillen V., Carratala-Munuera C., y cols (2006):** “Cumplimiento en Diabetes Mellitus”. En: Guía Clínica de actuación en diabetes y riesgo cardiovascular. Escuela Valenciana de estudios de salud. 2006.
- 4 Orueta Sanchez R. (2005):** “Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas” Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Vol. 29–N° 2.
- 5 Organización Mundial de la Salud (2003):** “Informe sobre la salud en el mundo. Forjemos el futuro”. Washington.
- 6 Organización Panamericana de la Salud (2010):** “Redes Integradas de Servicios de Salud. Concepto, hoja de ruta, y opciones de política para su implementación en las Américas”. **Serie: La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en Las Américas. N° 4.** Washington.
- 7 OP.CIT. Ref. 6**
- 8 Ministerio de Salud de la Nación (2010):** “Curso sobre enfermedades vectoriales para agentes comunitarios en Ambiente y Salud. **Modulo III: Redes.** Disponible en: <http://remediar.gov.ar.pampa.avnam.net/files/ModuloRedesCapitalHumano.pdf>
- 9 Organización Panamericana de la Salud (2009):** Resolución Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en Atención Primaria de la Salud. CD49.R22. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20\(Esp.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20(Esp.).pdf)
- 10 OP.CIT. Ref. 6**
- 11 OP.CIT. Ref. 6**
- 12 Declaración de Buenos Aires 30/15 (2007).** Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo. Disponible en: [www.paho.org/Spanish/D/declaracion-final-BuenosAires30-15.pdf](http://www.paho.org/Spanish/D/declaracion-final-BuenosAires30-15.pdf)
- 13 Organización Mundial de la Salud (2005):** “Panorama general. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital”.
- 14 Cosgrove M. (1990):** “Defaulters in general practice: reasons for default and patterns of attendance” British Journal of General Practice, 40, 50-52.



**15 Neal R., Hussain-Gambles M., y cols.(2005)** “Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records” BMC Family Practice, 6:47.

**16 Bickler M. (1985):** “Defaulted appointments in general practice” Journal of the Royal College of General Practitioners, 35, 19-22.

**17 Murray, M., Bodenheimer T., y cols. (2003):** “Improving Timely Access to Primary Care. Case Studies of the Advanced Access Model” JAMA—Vol 289, No. 8

**18 Murray M., Berwick D.(2003):** “Advanced Access. Reducing Waiting and Delays in Primary Care” JAMA, February 26,-Vol 289, No. 8

**19 Zeng B., Turkan A., y cols (2010):** “Clinic scheduling models with overbooking for patients with heterogeneous no-show probabilities” Ann Oper Res, 178: 121-144

**20 Parikh A., Gupta K., y cols (2010)** “The Effectiveness of Outpatient Appointment Reminder Systems in Reducing No-Show Rates” The American Journal of Medicine 123, 542-548

**21 Junod Perron N., Dao M., y cols. (2010)** “Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: a randomised controlled study” BMC Family Practice, 11:79

**22 Anigstein C, Acosta L, Althabe M, Fernandez Pardo C, Martich E. (2010):** “Hacia las Redes de Salud en la República Argentina” .Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires.

**23 Anigstein C. (2007).** “Metodología para la elaboración del diagnóstico y formulación de los planes provinciales de fortalecimiento de las Redes de Prestación de Servicios de Salud del Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud en Argentina (AR-L1020)”. Buenos Aires.

**24 Extraído de la disertación efectuada por miembros representantes de la Oficina de Referencia y Contrarreferencia del Hospital de Puerto Madryn,** en contexto del Segundo Encuentro Nacional de Fortalecimiento de Redes, desarrollado por el Programa Remediar + Redes, del Ministerio de Salud de la Nación. Noviembre, 2010.

**25 Extraído de la disertación del Dr. Luis Carniglia, Director del Programa de Referencia y Contrarreferencia del Hospital Garrahan,** en contexto del Primer Encuentro Nacional de Fortalecimiento de Redes de Salud. Agosto de 2010. Más información en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/PRESENTACION\\_\\_REFERENCIA\\_Y\\_CONTRAREFERENCIA.ppt#](http://www.unicef.org/argentina/spanish/PRESENTACION__REFERENCIA_Y_CONTRAREFERENCIA.ppt#)

**26 Moutinho Júnior, Daniel (2010)** “A Atenção Primária em Saúde (APS) em Florianópolis”. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria de Saude. Diretoria de Atencao Primaria em Saude.

**27l. Ordenanza SS / GAB N ° 283/2007** de la Secretaría Municipal de Salud, establece a la

APS como eje de la atención y la puerta de entrada al sistema de salud.

**II. Ordenanza SS / N ° 269/2008** AGP de la Secretaría Municipal de Salud, proporciona los fundamentos para la clasificación de riesgo como una herramienta para la creciente demanda en servicios de salud.

**III. Ordenanza SS / GAB N ° 283/2009**, el Departamento Municipal de Salud, que organiza y proporciona los distritos de salud como sujeto ámbito administrativo-técnico de SMS.

**IV. Decreto Municipal N ° 5.975/2008**, el Poder Ejecutivo Municipal, establece a la APS como el principio coordinador de la Salud Municipal.

**V. Las SS Normativa / GAB N ° 01/2010**, que organiza el modelo de apoyo matricial de los Equipos de Apoyo de Salud de la Familia – NASF.

**28 Vilaça Mendes, E (2010).** “Inovação nos Sistemas Logísticos: Resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS”. Série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, n. 1. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

#### **29 OP.CIT. Ref. 28**

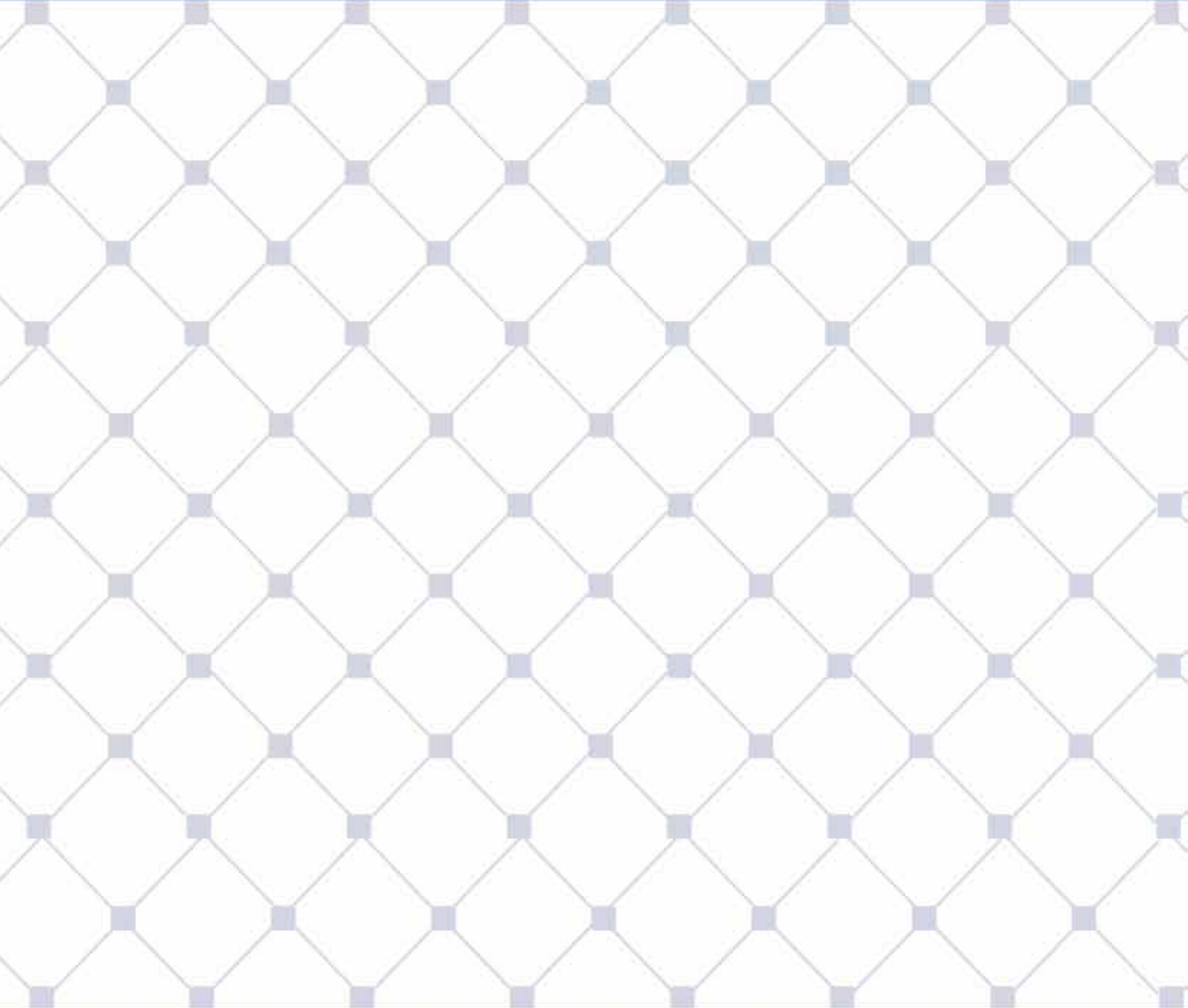
**30 Extraído de disertación del Dr. Wilson Benia, Director de la Red de Atención Primaria de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) de Uruguay**, en contexto de su disertación en el Primer Encuentro Nacional de Fortalecimiento de Redes de Salud, organizado en Buenos Aires en agosto de 2010, por el Programa Remediar + Redes, del Ministerio de Salud de la Nación.

**31 Extraído de disertación del Ing. Gregorio Francisco Sánchez Vázquez, Director de Nuevos Modelos de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud**, en el contexto de su disertación en el Tercer Encuentro Nacional de Equipos Técnicos para el Fortalecimiento de Redes de Salud, organizado en Buenos Aires en marzo 2011, por el Programa Remediar + Redes, del Ministerio de Salud de la Nación.

Se permite la reproducción parcial o total, sin fines de lucro, de la información contenida en esta publicación citando la procedencia.  
Solicitamos se nos envíe copia de los materiales donde dicha información se reproduzca a:

Ministerio de Salud de la Nación  
REMEDIAR + REDES  
Av. 9 de Julio 1925. Piso 8  
(C1073ABA) Ciudad A. de Buenos Aires  
República Argentina.

**Ante cualquier duda consulte nuestra página [www.remediar.gov.ar](http://www.remediar.gov.ar)  
o comuníquese a la línea gratuita 0800-666-3300**



**REMIAR + REDES - Ministerio de Salud de la Nación**  
**Av. 9 de Julio 1925, piso 8 - (C1073ABA) Buenos Aires - República Argentina.**  
**0-800-666-3300 - [www.remediar.gov.ar](http://www.remediar.gov.ar)**

Programa financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo - Préstamo OC - AR 1903

