Gobernanza, Organización y Financiamiento para una Red Integrada de Servicios de Salud en el Norte Antioqueño: Desde la perspectiva de los actores. 2013

Governance, Organization, and Funding in the Northern Antioquia Integrated Health Net: a Perspective from the Actors (2013)

José Alberto Flórez Hernández
Luis Hernán Sánchez Montoya

Asesor

Jorge Julián Osorio Gómez. MD, MSP
Decano Facultad de Medicina Universidad CES

Universidad CES
Facultad de Medicina
Salud Pública
Grupo de investigación: Observatorio de la Salud Pública
Medellín
2013

Gobernanza, Organización y Financiamiento para una Red Integrada de Servicios de Salud en el Norte Antioqueño: Desde la perspectiva de los actores. 2013

Governance, Organization, and Funding in the Northern Antioquia Integrated Health Net: a Perspective from the Actors (2013)

José Alberto Flórez Hernández
Luis Hernán Sánchez Montoya

Asesor

Jorge Julián Osorio Gómez. MD, MSP
Decano Facultad de Medicina Universidad CES

Trabajo de investigación para optar al título de Magister en Administración de Servicios de Salud

Universidad CES
Facultad de Medicina
Salud Pública
Medellín
2013

Tabla de Contenido

	Pág
Resumen (abstract)	9
1. Formulación del problema	11
1.1 Planteamiento del problema	11
1.2 Justificación de la propuesta de investigación	15
1.3 Pregunta de investigación	16
2. Marco teórico	17
3. Objetivos	29
4. Diseño metodológico	30
4.1 Tipo de estudio	30
4.2 Población de referencia.	30
4.3 Recolección de la información	30
4.4 Análisis de información	31
5. Resultados	32
6. Discusión y análisis	54
7. Conclusiones	60
8. Recomendaciones	63
Referencias Bibliográficas	66
Anexos	69

Lista de tablas

Pág.

Tabla 1. Hospitales y Municipios Participantes en el Estudio. Región del Norte Antioqueño. 2013 32

Tabla 2. Perspectivas de los directores locales de salud sobre el nivel de fragmentación, nivel de segmentación y calidad de la atención en el sistema de salud colombiano. Región del Norte Antioqueño. 2013. 33

Tabla 3. Perspectivas de los gerentes de los hospitales sobre el nivel de fragmentación, nivel de segmentación y calidad de la atención en el sistema de salud colombiano. Región del Norte Antioqueño. 2013. 34

Tabla 4. Perspectivas de los directores locales de salud sobre la existencia de coordinación e integración en el sistema de salud colombiano. Región del Norte Antioqueño. 2013. 35

Tabla 5. Perspectivas de los gerentes de los hospitales sobre la existencia de coordinación e integración en el sistema de salud colombiano. Región del Norte Antioqueño. 2013. 35

Tabla 6. Perspectivas de gerentes y directores locales de salud sobre Aspectos que influyen en la integración y coordinación del sistema de salud colombiano. Región del Norte Antioqueño. 2013. 37

Tabla 7. Perspectivas de los directores locales de salud sobre la implementación de RISS para favorecer la eficacia y eficiencia del sistema de salud colombiano. Región del Norte Antioqueño. 2013. 38

Tabla 8. Perspectivas de los gerentes de los hospitales sobre la implementación de RISS para favorecer la eficacia y eficiencia del sistema de salud colombiano. Región del Norte Antioqueño. 2013. 39

Tabla 9. Perspectivas de los directores locales de salud y los gerentes de hospitales acerca de la favorabilidad para la toma de decisiones según el sistema de gobierno. Región del Norte Antioqueño. 2013. 40

Tabla 10. Nivel de favorabilidad para la toma de decisiones según el sistema de gobierno. Región del Norte Antioqueño. 2013. 41

Tabla 11. Perspectivas de los directores locales de salud y los gerentes de hospitales acerca de la viabilidad en la responsabilidad con la población según el sistema de gobierno. Región del Norte Antioqueño. 2013. 42

Tabla 12. Nivel de viabilidad de la responsabilidad con la población según el sistema de gobierno. Región del Norte Antioqueño. 2013. 42

Tabla 13. Perspectivas de los directores locales de salud y los gerentes de hospitales acerca de la favorabilidad de la coordinación según el sistema de gobierno. Región del Norte Antioqueño. 2013. 43

Tabla 14. Nivel de favorabilidad de la coordinación según el sistema de gobierno. Región del Norte Antioqueño. 2013. 44

Tabla 15. Perspectivas de los directores locales de salud y los gerentes de hospitales sobre tipo de integración y tipo de gobierno. Región del Norte Antioqueño. 2013. 47

Tabla 16. Perspectivas de los directores locales de salud y los gerentes de hospitales sobre el modelo de contratación para la RISS. Región del Norte Antioqueño. 2013. 49

Tabla 17. Perspectivas de los directores locales de salud sobre el porcentaje de asignación de los ingresos económicos según nivel de atención. Región del Norte Antioqueño. 2013. 50

Tabla 18. Perspectivas de los gerentes de hospitales sobre el porcentaje de asignación de los ingresos económicos según nivel de atención. Región del Norte Antioqueño. 2013. 50

Lista de figuras

Pág.

Figura 1. Causas de la fragmentación de los sistemas de salud. 12

Figura 2. Consecuencias de la Fragmentación de los Sistemas de Salud. 12

Figura 3. Propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud en Colombia. Ley 1438 de 2011. 14

Figura 4. Aspectos fundamentales de la Integración. 25

Figura 5. Principales medidas para lograr la eficiencia en las RISS. 28

Figura 6. Perspectivas sobre el sistema de gobierno. Directores locales de salud y gerentes de hospitales de la Región del Norte Antioqueño. 2013. 40

Figura 7. Distribución porcentual de las calificaciones asignadas a cada una de las estrategias que favorecen la coordinación en una RISS. Región del Norte Antioqueño. 2013. 45

Figura 8. Distribución porcentual de respuestas según influencia de la integración en la coordinación y el continuo asistencial. Región del Norte Antioqueño. 2013. 46

Figura 9. Porcentaje de respuestas según composición de la RISS y los actores involucrados. Región del Norte Antioqueño, 2013. 47

Figura 10. Porcentaje de respuestas según composición de la RISS y la naturaleza jurídica. Región del Norte Antioqueño. 2013. 48

Figura 11. Distribución porcentual de las calificaciones asignadas a cada uno de los recursos, según grado de optimización al conformar una RISS. Región del Norte Antioqueño. 2013. 51

Figura 12. Distribución porcentual de personas que están de acuerdo con el subsidio a hospitales con menos de 10000 habitantes. Región del Norte Antioqueño. 2013. 52

Figura 13. Distribución porcentual de las calificaciones según responsable 53

del financiamiento de las RISS. Región del Norte Antioqueño. 2013.

Figura 14. Micro-red N° 1, Belmira, San Pedro de los Milagros y Entrerrios. 63

Figura 15. Micro-red N° 2, Gómez Plata, Carolina del Príncipe, Guadalupe y Angostura. 64

Figura 16. Micro-red N° 3, Yarumal, Santa Rosa, Don Matías y Valdivia. 64

Lista de Anexos

	Pág.
Cuestionario: Gobernanza, Organización y Financiamiento para una Red Integrada de Servicios de Salud en el Norte Antioqueño: Conceptos de Potenciales Involucrados. 2013	69
Operacionalización de variables	75

Resumen

Colombia experimenta la fragmentación de los servicios de salud, segmentación institucional del sistema de salud, baja calidad de la atención e insatisfacción de los usuarios, problemas propios de los sistemas de salud fundamentados en mecanismos de mercado que se enfocan a la asignación de recursos y a la competencia. Una iniciativa para dar solución a esta problemática es la creación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) para integrar instituciones, entidades, personas y compartir esfuerzos, saberes y recursos que permitan complementarse y potencializarse para brindar el continuo asistencial a la población con la mayor eficiencia posible. En Colombia la ley 1438 estipula la obligatoriedad de la implementación de RISS. Por lo anterior surgió el interés de realizar un estudio descriptivo para identificar las Perspectivas de los gerentes de los hospitales y de los directores locales de salud de los municipios de la región del norte antioqueño sobre tres aspectos clave de una RISS: gobernanza, organización y financiamiento. Los participantes están de acuerdo sobre los actuales problemas del sistema de salud colombiano y sobre la importancia de conformar una RISS. En principio están a favor de un gobierno múltiple descentralizado para la RISS pero, en cuanto a la toma de decisiones, la responsabilidad con la salud de la población y la coordinación asistencial se inclinan por un gobierno único centralizado; prefieren la integración vertical y virtual, así como una RISS compuesta por IPS y aseguradores y por IPS públicas y privadas; en general están de acuerdo con la adopción simultánea de modelos de contratación per cápita ajustado por riesgo y contratación por evento; la mayor optimización de recursos se daría con el talento humano y los procesos administrativos y asistenciales; y piensan que el Estado debería ser el principal responsable del financiamiento de la RISS.

Palabras Clave: Redes de servicios de salud, Organizaciones sanitarias integradas, organización, gobernanza

Abstract

Nowadays in Colombia the Whole Health System is experiencing a certain trauma for it is perceived as a fragmented institution due to the precarious quality in the service and the increasing dissatisfaction among the patients. This is partly the result of an administrative process conceiving the public health as a marketing issue. In response to this problematic situation, a set of institutions has been put together under the name of RISS (Integrated Health Services Net) in order to share all the knowledge, efforts, and resources from different corporations and people dealing precisely with the Health System. Therefore the RISS are intended to be mandatory after the 1438-Law, which was ruled by the Colombian Congress.

One of the consequences of this Law and its effective regulation derived in the actual need to develop a descriptive research focusing particularly on the beliefs drawn by the hospitals managers and the health`s Antioquia northern counties directors in order to establish the relationship between managing, organization, and finances. There has been a general agreement among those taking part of this research upon the Colombian Health System`s main problems and the need to create a RISS in every of these small villages. Also, most of them agreed with the idea of a multiple federal government getting in charge of the RISS, yet pertaining the duties involving the population health and its administration, most of the researchers were for a single central government. In other words, the majority prefers a virtual an autonomous integration, as well as all the RISS structured by some private and public Insurance Companies and IPS.

In sum, everyone agrees with the implementation of hiring simultaneous models *per capita* widely able to include in their plans the risks and the hiring conditions; thus, there would be an optimal health service given as the result of a professional commitment and the actual national government investment in the RISS.

Key words: health services network, integrated healthcare organizations, organization, governance.

1. Formulación del problema

1.1 Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha venido planteando la necesidad de llevar a cabo profundos cambios en los sistemas de salud de los países de la región de las Américas. Cambios que contribuyan a asegurar el derecho a la salud de todas las personas, buscando resolver los problemas de accesibilidad, superar los niveles de inequidad y mejorar la eficiencia del sistema. Ante este llamado se propone que los diferentes países realicen la revisión y ajustes a sus sistemas de salud y modelos asistenciales, al tiempo que se plantea que el desarrollo de los sistemas de salud estén basados en la estrategia de atención primaria en salud (1).

En el año 2005 los Estados miembros de Organización Panamericana de la Salud (OPS) ratifican en la declaración de Montevideo: ñLos modelos de atención en salud debené .fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atenciónò (1). Así mismo en la agenda para la salud promulgada en el año 2007 expresa en uno de sus apartes la importancia de fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia. Y en el año 2008 la OPS consulta a varios países en relación con el manejo que debe dársele al alto grado de ñfragmentación de los servicios de salud y las estrategias para abordarloò (1)

Los sistemas y servicios de salud en América Latina en la actualidad experimentan una alta fragmentación que viene desde los orígenes de la implantación de los sistemas de salud en estos países cuando fueron orientados a grupos poblacionales específicos, pero también y más recientemente, a los cambios adoptados en las últimas décadas que no tuvieron en cuenta las necesidades y particularidades de cada país sino más bien razones de índole financiero y de gestión de los sistemas. (1)

Estos cambios generaron diversas situaciones que se han convertido en las principales causas de fragmentación de los sistemas de salud en América Latina, dentro de estas causas algunas de las más importantes son: segmentación institucional del sistema de salud, fragmentación de los niveles de atención, modelos de atención centrados en la enfermedad, en riesgos y poblaciones específicos, distanciamiento de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas, debilidad en la capacidad rectora del sistema, multiplicidad de instituciones pagadoras, trabas jurídicas y administrativas, entre otras (figura 1).

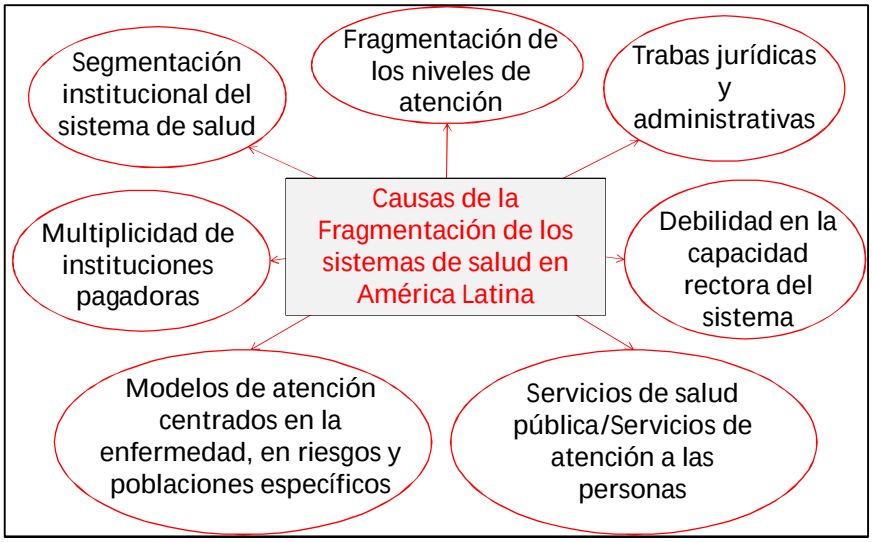

Figura 1. Causas de la Fragmentación de los Sistemas de Salud

A su vez. La fragmentación conlleva a bajo nivel de desempeño del sistema de salud, a dificultades en el acceso de la población a los servicios de salud, baja calidad de la atención en salud, uso irracional de los recursos, incremento de los costos y poca satisfacción en los usuarios del sistema quienes con frecuencia manifiestan experimentar dificultades para acceder a los servicios de salud, poca continuidad en la atención y poca congruencia en la misma (figura 2) (1).

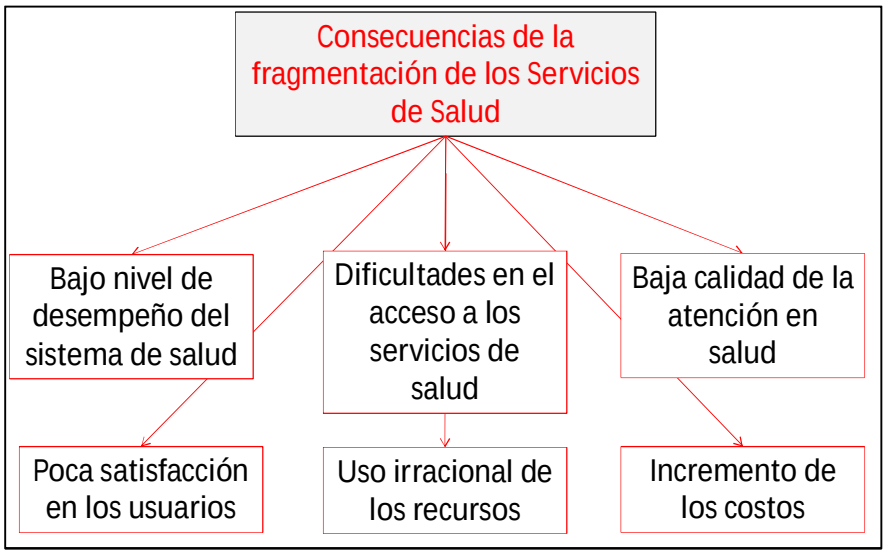

Figura 2. Consecuencias de la Fragmentación de los Sistemas de Salud

Colombia no ha escapado a esta situación y dentro de las causas de la alta fragmentación de los servicios de salud están: la segmentación del sistema de salud, la descentralización y municipalización, la separación de la salud individual y la salud colectiva, desarrollo de modelos de atención centrados en la enfermedad, confusión de roles entre diferentes actores, multiplicidad de pagadores de servicios, falta de alineación de la cooperación internacional. (2)

Así mismo las funciones en salud están muy repartidas: a algunos de los actores del sistema se les asigna la atención básica, a otros la de mediana y alta complejidad, se montan centros especializados, se segmenta el aseguramiento, hay planes de beneficios más amplios para cierta población; y la descentralización administrativa divide competencias, responsabilidades y recursos entre municipios y departamentos, cuando en realidad lo que se requiere es que la población sea atendida, ojalá en su lugar de residencia o de trabajo, para prevenir y controlar factores de riesgo y potencializar elementos protectores.(3)

Adicionalmente los servicios de salud enfrentan otra serie de acontecimientos que influyen en su desempeño tales como el envejecimiento de la población que conlleva a un incremento de enfermedades crónicas que aumentan las demandas de servicios de salud; enfermedades relacionadas con la pobreza y exclusión tales como las enfermedades contagiosas; el VIH/SIDA, la violencia y los trastornos mentales son otros de los desafíos para los sistemas de salud, pero también las consecuencias de estilos de vida poco saludables de la población, las presiones que imponen los avances médicos y tecnológicos, la globalización que incrementa posibilidades de transmisión de enfermedades, la búsqueda de servicios de salud en otros países; los problemas medioambientales y el déficit de personal capacitado.(1)

De otro lado organismos de cooperación internacional están reorientando su cooperación hacia el fortalecimiento de sistemas más integrales de salud. Es así como en La Declaración de París en el año 2005 se tomó la decisión de reducir la fragmentación de la ayuda internacional. La Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización aprobó que parte de sus recursos se utilicen en el fortalecimiento de los sistemas de salud. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y La Malaria contribuyen también con el fortalecimiento de los sistemas de salud combatiendo estas enfermedades. La OMS lanzó la iniciativa ñMaximizar las Sinergias Positivas entre los Sistemas de Salud y las Iniciativas Globales de Saludò(1)

Colombia no es ajeno a esta realidad mundial y es así como en la ley 1438 de 2011 plantea la prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de las redes integradas de servicios de salud con la participación de prestadores públicos, privados y mixtos en coordinación con las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos, la Nación y Entidades Promotoras de Salud (4) (Figura 3). Sin embargo su implementación y

funcionamiento se hace difícil por varios elementos fundamentales, como la ausencia de un marco legal institucional y organizativo bien sólido, la inseguridad jurídica expresada en su gran variación y la incongruencia de sus contenidos, esto incrementa el riesgo a todos los actores involucrados en el sistema que sufre de problemas que se han vuelto crónicos, lo cual ha generado un clima de inestabilidad y desconfianza al interior de los responsables del aseguramiento y la prestación de los servicios de salud; además se requiere de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y suficientes, situación que tampoco se ha venido manejando de la mejor manera (5).

Figura 3. Propuesta de Redes Integradas de Servicios de Salud en Colombia. Ley 1438 de 2011

Se presenta entonces un gran reto para el Ministerio de Salud y Protección Social colombiano cual es la implementación y desarrollo de las redes integradas de servicios de salud en todo el territorio nacional que entre otras está dirigida a mejorar la oferta de servicios de salud a las diferentes poblaciones incluyendo los servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnósticos, tratamientos oportunos y la rehabilitación, de esta forma se tendrán hospitales de primer nivel fortalecidos, que servirán como puerta de entrada al sistema, los servicios de salud estarán dirigidos a las personas, familias y comunidad, la rectoría del sistema será única y participativa, se integrarán los

sistemas administrativos, de apoyo clínico y de información, el financiamiento se apalancará en incentivos alineados con las metas del sistema y deberá existir una acción intersectorial amplia.

El departamento de Antioquia quien en otrora funcionara medianamente en red con la existencia de las antiguas regionales distribuidas a lo largo y ancho de su geografía, no se aleja de toda esta realidad nacional y la fragmentación de los servicios de salud también es evidente. Se observa cómo cada uno de los actores del sistema de salud actúa en forma desarticulada y especialmente en lo que se refiere a las Empresas Sociales del Estado las cuales muchas veces son el único prestador de servicios de salud en sus municipios, quieren crecer y tener algunos servicios de salud sin considerar que en los municipios cercanos también existen, haciendo que estos permanezcan la mayor parte del tiempo subutilizados y generando capacidad ociosa, la falta de concordancia entre las necesidades y expectativas de la población frente a los servicios que le prestan, se agrava con la carencia de diseño de una oferta sanitaria que responda a necesidades reales y vitales, ya que algunas veces responde más a intereses comerciales de incentivo del uso de tecnologías, tampoco existe coordinación entre los actores del sistema, no hay comunicación entre los niveles de atención, y falta co-gestión del riesgo entre aseguradores, prestadores, entes territoriales, sector público y/o privado.

En la actualidad se asume un alto costo administrativo por los prestadores de salud, como las empresas sociales del estado que al verse obligados a ajustarse al ordenamiento jurídico existente, requieren de profesionales como: contador, revisor fiscal, asesor jurídico, asesor de calidad, jefe de control interno, comunicador social, ingeniero de sistemas, software y hardware, recurso humano específico para administración de personal, entre otros; situación que permite pensar que existe la probabilidad de que este talento humano y sus procesos asociados se optimicen al conformar una red integrada de servicios salud y pueda causar un impacto importante en los costos en los que incurren estas instituciones.

1.2 Justificación de la propuesta de investigación

Considerando las experiencias y los resultados de conformación de redes integrales de servicios de salud en otros países de la región, los escasos estudios sobre el tema en Colombia, así como la voluntad expresada por el gobierno nacional a través de la ley 1438 de 2011de organizar las IPS en Redes Integrales de Servicios de Salud se justifica realizar un trabajo de investigación que permita identificar las Perspectivas de los gerentes de los hospitales y de los directores locales de salud de los municipios del norte antioqueño sobre tres aspectos clave en la conformación de una RISS como son la gobernanza, la organización y el financiamiento. Así mismo los resultados de dicha investigación pueden servir como fuente importante de información para tener en cuenta por quienes

participan directa o indirectamente en la conformación y puesta en marcha de las redes en el departamento de Antioquia.

Desde el punto de vista ético-legal el estudio no tendría implicaciones, ya que se solicitaría el consentimiento de los participantes en el estudio, adicionalmente se asume el compromiso de confidencialidad de la información obtenida a través del estudio el cual se realizará con la mayor rigurosidad metodológica posible de modo que los resultados sean confiables.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es la perspectiva de los gerentes de los hospitales y los directores locales de salud de los municipios del norte antioqueño sobre los aspectos de gobernanza, organización y financiamiento si se conformara una red integrada de servicios de salud en esta región?

2. Marco teórico

La Organización Mundial de la Salud define al Sistema de Salud como aquel sistema que "engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión." (6)

En América Latina, los sistemas de salud de la mayoría de los países están basados en sistemas de mercado, gracias a las reformas introducidas en las últimas décadas del siglo pasado que tuvieron una fuerte influencia del pensamiento neoliberal. Aunque como ya se mencionó, el objetivo de los sistemas de salud de los países es mejorar la salud de la población, estas reformas, basadas en mecanismos de mercado, se enfocaron esencialmente en la asignación de recursos y en la competencia entre prestadores de servicios de salud lo que no ha permitido lograr la eficacia esperada, especialmente en uno de sus principales propósitos que era la eficiencia del sistema, pues otros problemas adicionales como la fragmentación de los servicios de salud y la segmentación institucional del sistema no solo no han favorecido este propósito, sino que tampoco han favorecido la continuidad, integralidad y equidad en la dispensación de servicios de salud a la población (1, 7, 8).

La fragmentación de los servicios de salud, entendida como "la falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención" surge porque la competencia no promueve la articulación y sinergia entre los actores del sistema; por la fragmentación misma de los niveles de atención propiciada por la descentralización; por la disociación entre servicios de salud pública y servicios de atención a las personas; por la debilidad rectora del sistema; por formas de financiamiento que no abarcan la totalidad de los servicios de salud, entre otras razones (1).

La segmentación institucional, entendida como la "coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos especializado en diferentes estratos de la población de acuerdo a su inserción laboral, nivel de ingreso y capacidad de pago y posición social" (1), es también una causa de la fragmentación de los servicios de salud que por su importancia merece ser resaltada individualmente.

Resultados de análisis del desempeño de estos sistemas de salud, sugieren dificultades en el acceso de las personas a los servicios de salud, baja calidad de la atención, altos costos en salud (ligados a duplicidad de servicios e infraestructura, a capacidad instalada ociosa), insatisfacción de los usuarios por

falta de continuidad en la atención requerida (1) y por no sentir identificadas sus necesidades, son las principales consecuencias de la fragmentación y segmentación y por las cuales puede entenderse el bajo desempeño de estos sistemas de salud en América Latina y por ende el no logro de sus propósitos (9).

En Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado en el año 1993 a través de la Ley 100 (10). ñEs un sistema de salud de competencia regulada, basado en la mezcla pública-privada y mercadoï regulación. Tiene como principales fuentes de financiación las cotizaciones de empleados y empleadores que financian el régimen contributivo, y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales, que financian al régimen subsidiadoò(11)

El SGSSS está conformado por los siguientes actores:

El Estado, representado por el Ministerio de Salud y Protección Social encargado de reglamentar el funcionamiento de las leyes que garantizan el derecho a la salud de los ciudadanos.

Los Aseguradores, representados por las Empresas Promotoras de Salud que operan como aseguradoras y administradoras y pueden ser de origen privado o público.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que se encargan de proveer los servicios de atención a los usuarios, de acuerdo con los planes de beneficios definidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Los Usuarios, quienes son los sujetos de atención de los servicios de salud.

En su concepción inicial, a través de la ley 100 de 1993, con el nuevo SGSSS se pretendía lograr una mejor utilización de los recursos (administrativos, técnicos y financieros) por parte de todos los actores del sistema de manera que los servicios prestados a la población fueran adecuados, oportunos y suficientes; garantizar una cobertura universal de toda la población; propiciar la solidaridad entre las personas, los diferentes sectores económicos y las comunidades para favorecer a los grupos de población más vulnerables; brindar una atención integral de todas las contingencias que afectan la salud de la población; unificar políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para lograr los objetivos del sistema; propiciar la participación social en lo referente a la organización, control, gestión y fiscalización del sistema en general, como lo plantea en los principios dicha ley (10).

Tomando como punto de análisis los principios del SGSSS en Colombia, se destacan algunos logros del sistema tales como el incremento de la cobertura de aseguramiento a la población a través de cualquiera de los regímenes de afiliación

(contributivo o subsidiado), disminución en la inequidad en cuanto a la afiliación al sistema gracias a los subsidios por solidaridad, el incremento del gasto en subsidios a la salud, mejoras en el acceso a servicios de primer nivel de complejidad y algunos logros en salud como disminución de la mortalidad materna e infantil que se atribuyen parcialmente al sistema. Sin embargo también se han identificado otros problemas, así por ejemplo el proceso de descentralización política y administrativa y el cambio en la asignación de recursos durante la implementación del SGSSS generó desarticulación y descoordinación entre la Nación, los departamentos, los municipios y demás actores del sistema, lo que ha favorecido la fragmentación de los servicios de salud (12). La fragmentación que también se refleja en la desarticulación de niveles de atención generando dificultades en los mecanismos de referencia y contrarreferencia, causando inequidad en el acceso, la cobertura y en la integración de los servicios de saludò (13).

Algunas de las consecuencias de esta situación fue el decaimiento de la salud pública que se evidenció especialmente en los primeros años del sistema ya que esta responsabilidad quedó diluida entre aseguradores, prestadores y entes territoriales; la falta de continuidad en la atención de salud a la población es otro de los principales problemas del sistema, prueba de ello es el incremento de los recobros autorizados por Comités Técnico Científicos de las EPS y de la acciones de tutelas interpuestas por los usuarios de los servicios de salud para acceder a todos los servicios requeridos para una atención integral, que en la mayoría de los casos son por prestaciones que no están incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) (12).

Por otra parte, el hecho de tener un sistema de salud con dos regímenes de afiliación con diferencias en la accesibilidad a los servicios de salud ligadas a la capacidad de pago o a la condición laboral, ha favorecido otro de los problemas del sistema de salud colombiano como es la segmentación institucional que se evidencia en las inequidades que aún persisten, no solo en el acceso, sino también en resultados de salud, pues si bien se han obtenido logros como ya se mencionó, estos no han sido iguales para todos los grupos poblacionales, así por ejemplo se observan diferencias entre las tasas de mortalidad materna e infantil entre los departamentos del país y estas muestran una relación directa con el nivel de pobreza del departamento (12).

Con relación al financiamiento del sistema, este sigue siendo otro de los problemas más importantes del mismo, pues en ello intervienen múltiples factores como el comportamiento del empleo del cual depende la financiación del régimen contributivo y que se ha visto afectado por períodos de crecimiento del desempleo, por el crecimiento del empleo informal, por evasión o elusión de impuestos que no apuntan al principio de solidaridad del sistema, incremento superior del número de beneficiarios con relación a los cotizantes, entre otros, así como también cambios normativos en la disposición de recursos fiscales, otra fuente de financiación del

sistema, como la reducción en las transferencias a los departamentos y municipios. Otra amenaza para la sostenibilidad financiera del sistema ha sido el desmedido incremento de prestaciones, especialmente de medicamentos, que no hacen parte del plan obligatorio de salud y que deben ser recobradas al Fosyga o a los entes territoriales, como consecuencia del sistema de mercado que ha favorecido la libertad de precios, la competencia desleal o desigual entre proveedores y los incentivos perversos para la prescripción de estas por parte de los profesionales de la salud o la demanda inducida a los usuarios de las mismas (12).

Ante la problemática anterior surge la necesidad de buscar soluciones tendientes a lograr la eficacia y eficiencia de los sistemas de Salud. En esta búsqueda se ha ido generando una tendencia enfocada a ñabandonar la competenciaò y con ello ñfavorecer la colaboración entre los proveedores de saludò a través por ejemplo de la creación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) (1 y 14). Países como Brasil, Chile, Costa Rica y Cuba han sido los más comprometidos en esta iniciativa pero también hay experiencias en este sentido en otros países como Argentina, Bolivia, El Salvador, Guatemala, México, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.(1)

Las iniciativas de estos países incluyen leyes de creación de sistemas integrados de salud, creación de redes de salud familiar, comunitaria e intercultural, redes asistenciales basadas en atención primaria, modelos de atención que buscan la integración de diferentes instituciones del sector salud, integración entre instituciones de diferentes niveles de complejidad del sistema, entre otras.

En Colombia en el año 2011 la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud por medio la Ley 1438 plantea como objeto principal ñel fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país ò Adicionalmente la ley estipula la obligatoriedad de la implementación las redes integrales de servicios de salud, como lo contempla en el artículo 62 que dice: ñConformación de redes integradas de servicios de salud. Las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación, según corresponda, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo. Las redes se habilitarán de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, quien podrá delegar en los departamentos y distritos. La implementación de la

estrategia de Atención Primaria en Salud consagrada en la presente ley será la guía para la organización y funcionamiento de la red (10).

A nivel del departamento de Antioquia y en consonancia con la norma nacional, aparecen las redes integradas de servicios de salud como un componente fundamental dentro del plan de desarrollo departamental ñANTIOQUIA LA MAS EDUCADAò, 2012-2015 que en el programa ñANTIOQUIA SANAò, propone ñla celebración de pactos por la transparencia en el sector por la salud y la vida y se desarrollará con tres proyectos: Garantía del Goce de Derechos en Salud - Salud Pública como Bien Común - Fortalecimiento Institucional. Todo lo anterior en el marco de la Atención Primaria en Salud Renovadaï APSR y la conformación de Redes Integradas de servicios de Salud-RISS , que garanticen el derecho a la salud, la cobertura universal, la atención con calidad, la intervención de los riesgos sociales y del ambiente y la rectoría del Sistema, promoviendo la participación social, comunitaria y ciudadana. El trabajo intersectorial debe ser elemento integrador para abordar los determinantes sociales de la salud.ò(15)

En el mismo sentido la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia ñAESAò quien agrupa a los hospitales públicos del departamento presenta la propuesta de las RISS como un modelo para la prestación de servicios de salud que responda adecuadamente a las necesidades de la población, propuesta a la cual se unió la Cooperativa de Hospitales de Antioquia ñCOHANò que entre otras miradas propone que las RISS posibiliten la racionalidad del gasto promoviendo la aplicación de criterios de economía de escala, integración de los sistemas de información para la toma de decisiones y faciliten los procesos de negociación contractual (16).

Una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) puede definirse como un conjunto de entidades, instituciones, personas, entre otros, que se organizan, vinculan o conectan entre sí a través de normas bien definidas, para aunar esfuerzos, compartir saberes, complementarse y potencializar sus recursos y a través de esta conexión brindar el continuo asistencial que requiere la población a quien van dirigidos sus esfuerzos procurando los mejores resultados en salud y los mejores resultados económicos posibles (1, 8, 9).

Las RISS pueden ser de diferentes tipos, algunas integran solo personal de salud, otras integran personal de salud e instituciones de salud, otras incluso integran además de lo anterior a las aseguradoras, en algunos casos se constituyen redes locales, regionales o nacionales, etc. La conformación de estas redes puede hacerse por acuerdos contractuales, por alianzas, para complementar servicios de salud; pueden establecerse redes entre instituciones públicas o privadas, etc. pero en todo caso, la generación de redes busca evitar, disminuir o controlar los problemas de la segmentación y de la fragmentación de los sistemas de salud y por ende sus consecuencias sobre la población. Es decir, la conformación de RISS trae beneficios como el mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de

salud, continuidad en la atención en salud, mejoramiento de la eficiencia y la eficacia del sistema de salud, satisfacción de las necesidades y expectativas de la población, entre otros (1).

No existe un esquema único que indique qué elementos debe tener una RISS, sin embargo hay algunos atributos o características fundamentales que deben orientar la implementación de una RISS dentro de los cuales están (1, 17):

- Contar con una población asignada, ojalá definida territorialmente, de la cual se debe tener un conocimiento amplio de su estado y necesidades de salud.

- Contar con una extensa red de prestadores de servicios de salud que incluya los diferentes niveles de atención, pero también servicios de atención domiciliaria, ambulatoria, extramural, etc.

- La red debe contar con un primer nivel de atención lo suficientemente fortalecido para cubrir la mayoría de las necesidades de salud de la población, pero que también tenga la capacidad de coordinar toda la atención en salud de la población

- Deben existir mecanismos claramente definidos de coordinación asistencial que aseguren la continuidad de la atención.

- Implementar modelos de atención individual, familiar y comunitaria que además tengan en cuenta las particularidades sociales, culturales, de género, etc. de la población.

- Es importante que la red cuente solo con un sistema de administración o gestión

- La participación social es otra de las características fundamentales de las RISS así como también la acción intersectorial.

- La red debe contar con recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos.

- Igualmente debe contar con un sistema de información integrado que tenga la capacidad de brindar información a todos los integrantes de la red.

Aunque son muchos los elementos y atributos necesarios para que una RISS pueda cumplir con sus principales objetivos como son los de procurar el continuo asistencial a la población y procurar la eficiencia del sistema, hay tres elementos

especialmente importantes para ello como son la gobernanza, la organización y el financiamiento de la red.

El término gobernanza está precedido y asociado a entender el cumplimiento de la ñfunción directiva de los gobiernosò, es decir, entender si esa función directiva la cumple únicamente el gobierno o si es necesario que de ella participen otras organizaciones que en asocio con el gobierno la hagan posible.

En un momento dado se pensó que la ineficacia directiva solo se asociaba a quien ejercía el cargo de gobernar, ya fuese por la ilegitimidad de su nombramiento o por su incapacidad técnica y que ambas dificultades se superaban con la democratización en la elección del gobernante y con el control en el cumplimiento de los requisitos asociados a la capacidad técnica requerida. Sin embargo continuó latente la incompetencia directiva del gobierno, concluyendo que no todo lo que se hace desde el mismo, sea autoritario o democrático, legítimo o no, es directivo. Situaciones como la crisis fiscal de los países, su estancamiento económico, la pobreza, la corrupción, entre otros, desbordaron la capacidad de acción de sus gobiernos y pusieron en duda si la posibilidad directiva le competía solo y exclusivamente al gobierno o si se requería de otros sectores y organizaciones de la sociedad que también participaran de esa función por lo cual era necesario que el gobierno creara nuevos modelos de relación con estos actores (23). Esta situación fue la que se empezó a vivir en Europa a mediados de los años 90, donde para lograr la eficacia y legitimidad de los gobiernos se incrementa la necesidad de que estos interactúen con la organizaciones empresariales y de la sociedad civil, dando paso así a un nuevo modo de gobierno que se conoce con el término de ñgobernanzaò ñgobierno relacional o en redes de interacción público-privada-civil a lo largo del eje local/globalò (24). El término de gobernanza está asociado entonces, al arte de gobernar inter-organizacionalmente, estableciendo un mecanismo de dirección orientado a la coordinación de quienes integran el sistema.

En este sentido, la gobernanza en las RISS debe ser entendida como el arte de gobernar con la participación de quienes la integran pero bajo principios fundamentales como son la coordinación y la cooperación.

Teniendo en cuenta el concepto de gobernanza en una RISS, es importante tener en cuenta que dentro de las principales funciones de ésta están establecer la estructura, el direccionamiento estratégico (misión, visión objetivos estratégicos), el funcionamiento (coordinación entre participantes, alineación de objetivos, normalización de funciones asistenciales y administrativas, aseguramiento de un desempeño óptimo, financiamiento, etc.) y el control de la misma (1).

Desde este punto de vista, la gobernanza por sí misma, tiene implícita la relación de autoridad en la RISS, que puede ser establecida por sistemas formales o

informales, por mecanismos regulatorios o normativos o por decisiones participativas de todos los integrantes de la RISS incluyendo la comunidad (8, 18).

De acuerdo con la forma como se establezca el órgano de gobierno de la RISS este puede ser de tipo jerárquico, es decir, se establece por normas o regulaciones burocráticas; un gobierno por incentivos, que se establece en función de los intereses de los actores; o un gobierno basado en valores que se establece a través de una construcción colectiva de todos los actores, incluyendo la participación de la comunidad como sujeto activo del sistema, lo que implica una misión, visión y valores compartidos por todos (18). De otro lado, las RISS pueden organizarse bajo un sistema de gobierno que puede oscilar entre un único órgano de gobierno para todos los integrantes de la red o un sistema de gobierno múltiple donde cada integrante de la red tiene su propio sistema de gobierno (1, 14). Todo esto a su vez implica, que el grado de autonomía y los valores e intereses de cada integrante de la red pueden afectar o verse afectados, según el fundamento que sustenta el tipo de gobierno y según el tipo de gobierno mismo y por lo tanto favorecer o dificultar las funciones del órgano de gobierno de la RISS y por ende el logro de los objetivos de la misma (8, 18).

Independiente del tipo de gobierno de la RISS, algunas de las responsabilidades más importantes de este órgano tienen que ver con su responsabilidad con la misma red, es decir, con la toma de decisiones estratégicas; su responsabilidad con la población asignada en cuanto a la dispensación de servicios de manera continua e integral y los resultados en salud; y la coordinación de los diferentes actores de la red que asegure su alineación en torno a la misión, visión, objetivos y demás actividades establecidas para facilitar los procesos de prestación de servicios que favorezcan a su vez la continuidad de la atención en salud (14).

La coordinación entonces se convierte en una de las responsabilidades más importantes del órgano de gobierno de la RISS para el logro de sus objetivos. Existen diferentes mecanismos de coordinación dentro de los cuales lo más reconocidos son:

- La normalización de habilidades de los profesionales a través de programas de capacitación, estandarización de procesos, implementación de guías de práctica clínica, entre otros.
- La asignación de incentivos de diferente índole a los integrantes de la red para lograr el cumplimiento de los procesos y obtención de resultados.
- La adaptación mutua que se fundamenta en la comunicación entre los responsables de la atención para la construcción colectiva de los procesos, normas, actividades.

La implementación de uno, varios o todos los mecanismos de coordinación en la RISS depende de varios factores como la complejidad de los servicios de salud, la posibilidad o no de programar la atención en salud, la variabilidad de la respuesta

a las intervenciones médicas, entre otros, sin embargo es importante que el órgano de gobierno siempre involucre los mecanismos necesarios para lograr la coordinación asistencial (1, 14, 18).

La organización, como se mencionó anteriormente, es otro de los elementos esenciales de las RISS y en esencia este elemento, a su vez, está relacionado con dos aspectos inherentes a las RISS como son la integración y la composición de las mismas.

La OMS define los servicios de salud integrales como la ñgestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vidaò (1). De acuerdo con esta definición podría decirse que esta es la consecuencia esperada de la integración en una RISS.

La integración en todo caso, involucra el concepto de ñconexiónò o ñarticulaciónò entre los integrantes de la RISS (entre prestadores, entre prestadores y aseguradores, entre entidades públicas y privadas, etc.) para promover la cooperación entre ellos. La integración implica la conexión de elementos administrativos (planeación, sistemas de información, mecanismos de coordinación, etc.), elementos financieros (recursos humanos o económicos) y elementos de salud (servicios asistenciales, conocimientos, entre otros) a través de los cuales se complementan para favorecer la dispensación de servicios de manera continua a la población con la mayor eficiencia posible (8, 14).

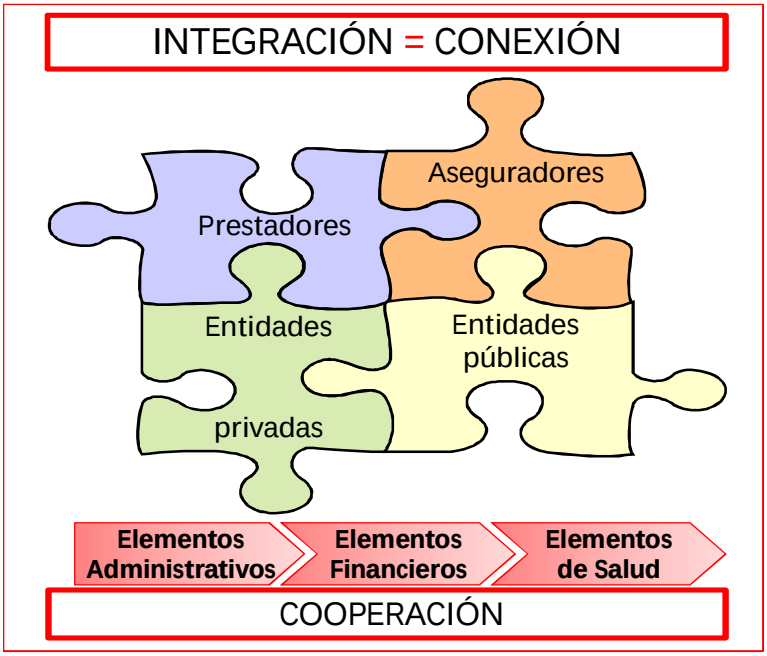

Figura 4. Aspectos fundamentales de la Integración

Son muchos los elementos que intervienen en el grado de integración de la red, dentro de los más importantes cabe destacar el modelo de gobierno, la planeación estratégica, el sistema de asignación de recursos, la estructura organizativa y la cultura organizacional, en la medida que todos estos elementos estén alineados con los intereses de todos los actores de la red y todos compartan los objetivos de la misma (14).

Existen varias modalidades de integración en una RISS que pueden clasificarse de la siguiente manera:

- Según los niveles asistenciales que involucre la integración puede ser:
  - Integración vertical: cuando la RISS involucra actores de los diferentes niveles de atención
  - Integración horizontal: cuando la RISS involucra actores del mismo nivel de atención
- Según la naturaleza jurídica bajo la cual se conforma la RISS puede ser:
  - Integración real o total: las instituciones que conforman la red ceden su naturaleza jurídica para conformar una sola organización.
  - Integración virtual: las instituciones que conforman la RISS conservan la autonomía y personería jurídica (1, 8).

La composición por su parte hace referencia al tipo de instituciones que componen la red que también pueden clasificarse en:

- Según los actores que participan, las RISS pueden ser:
  - Compuestas solo entre prestadores de servicios de salud
  - Compuestas por prestadores de servicios de salud y aseguradores
- Según la naturaleza jurídica de quienes la conforman pueden ser:
  - Compuestas solo por IPS públicas
  - Compuestas por IPS públicas e IPS privadas

La importancia del tipo de integración y de composición de las RISS radica en la influencia que puedan tener estos dos aspectos para facilitar u obstaculizar los procesos de toma de decisiones del gobierno de la RISS, los procesos de coordinación asistencial, la prestación integral de servicios de salud, así como también los mecanismos de asignación de recursos al interior de la RISS. Así por ejemplo se espera que por medio de una integración vertical la RISS pueda atender todas las contingencias de salud de la población, lo que se dificultaría con una integración horizontal; si la RISS está compuesta por IPS públicas y privadas, es posible que se dificulte la alineación de objetivos e intereses entre ellas; cuando la integración es real o total, es de esperar que las funciones del gobierno se faciliten más que en el caso de la integración virtual, entre otras situaciones (8).

Por último y como se ha mencionado anteriormente, uno de los principales objetivos de las RISS es mejorar la eficiencia del sistema de salud. Sin embargo, la eficiencia es un aspecto bastante difícil de medir, sobre todo por ser un término relativo ya que se considera que ninguna actividad en sí misma tiene la condición de eficiencia, sino que esta debe medirse en función de otra que se considere un referente con el cual pueda compararse (7).

En el sector salud ha habido un creciente interés por el tema de la eficiencia desde hace ya varios años, pese a ello, se evidencia la necesidad de profundizar más en el mismo, pues cada vez el incremento en los costos en salud representa una amenaza permanente para la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud (19).

Muchos de los estudios que se aproximan al estudio de la eficiencia lo han hecho a partir del análisis de los costos, la mayoría de las veces desde los costos contables que no es más que la división entre el costo total por la producción de servicios sobre el total de los servicios producidos, lo que da lugar al costo unitario de un servicio, con el problema de que esta medición en realidad no evalúa cuánto cuesta producir cada servicio y que puede asignar el mismo costo para servicios de diferente complejidad en salud. De otro lado, tampoco esta metodología tiene en cuenta los resultados en salud, por lo que no podría hablarse entonces de eficiencia (7, 20).

En el caso específico de las RISS, la eficiencia también se ha tratado de abordar, no solo desde el costo contable de los servicios de salud, sino también desde productos intermedios en la producción de servicios de salud como los días estancia, la cantidad de servicios producidos, pasando por indicadores económicos propiamente dichos como el margen operativo, el flujo de caja, la productividad. También se ha evaluado la eficiencia desde análisis de los costos desde el lugar donde se brindan los servicios, asumiendo que debe haber mayor costo-efectividad si la mayoría de los problemas de salud se resuelven desde niveles de complejidad institucional inferiores; desde la medición del control de costos como el control de costos administrativos, de costos de producción, de prescripciones médicas; desde el rendimiento de las cotizaciones donde se relacionan los ingresos totales y los beneficios en salud; así como también desde la reducción de costos a través de economías de escala, economías de alcance y reducción en costos de transacción. A pesar pues de todo lo que se haya estudiado hasta el momento en búsqueda de demostrar la efectividad de las RISS en mejorar la eficiencia del sistema de salud, los resultados aún no son concluyentes. Algunos hallazgos importantes sugieren que cuando hay mayor integración funcional se logra una mayor reducción en los costos, la integración horizontal ha mostrado pocos resultados en cuanto a la eficiencia, redes integradas verticalmente con sistemas de pago por capitación han mostrado resultados ambiguos con relación a la eficiencia y en cuanto a la composición se

han obtenido mejores resultados en integración de servicios públicos que en privados (7).

Sin embargo se sigue considerando que para lograr el objetivo de eficiencia de las RISS dentro de las medidas más efectivas están: tratar los problemas de salud en el lugar más apropiado del continuo asistencial, fomentar la promoción y preservación de la salud de la población, responsabilizar a cada unidad operativa de los costos directos y de los costos que genera sobre el resto de la red, integrar el presupuesto y elaborarlo a partir de los objetivos globales, fomentar la flexibilidad en la movilidad de los recursos económicos y humanos dentro de la red y la transferencia de la capacidad de compra a las unidades operativas. Igualmente fomentar mecanismos de asignación de recursos e incentivos financieros en pro de la coordinación entre los proveedores de servicios como el pago per cápita ajustado por riesgo (1, 7, 21).

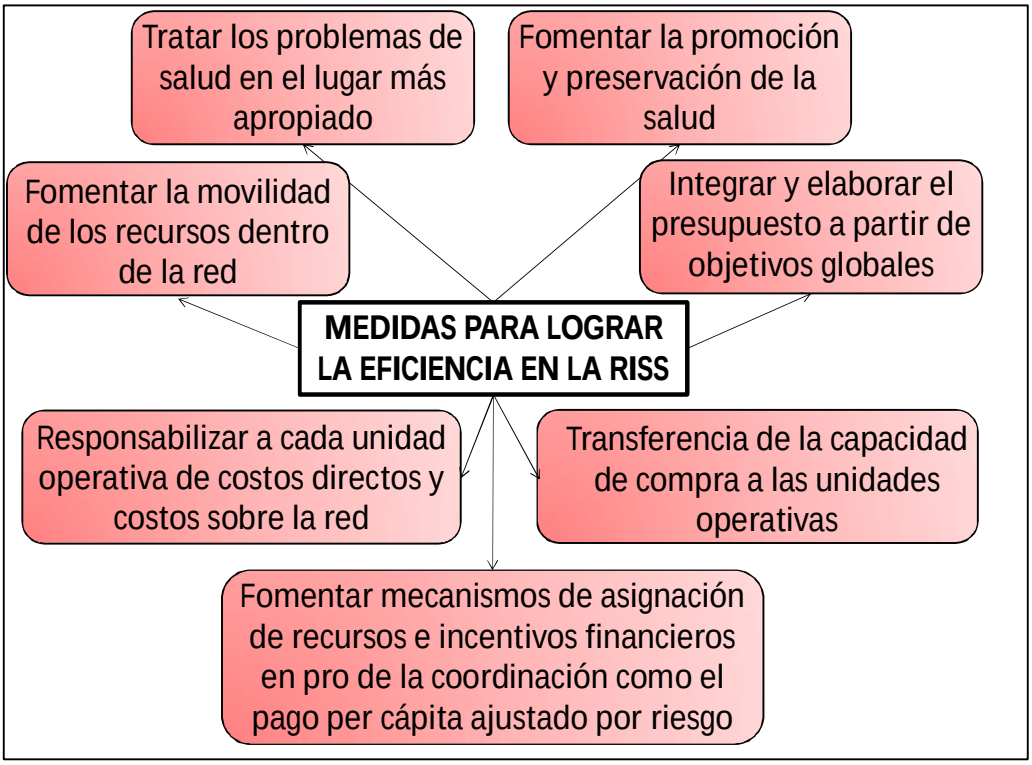

Figura 5. Principales medidas para lograr la eficiencia en las RISS

3. Objetivos

Objetivo General

Identificar, desde la perspectiva de los gerentes y directores locales de salud de los municipios del Norte Antioqueño, aspectos sobre la gobernanza, la organización y el financiamiento si se conformara una RISS en esta región.

Objetivos específicos

Explorar, desde la perspectiva de los gerentes de los hospitales y directores locales de salud, aspectos de gobernanza como tipos de gobierno, características de los gobiernos y estrategias de coordinación si se conformara una RISS en el norte antioqueño.

Indagar, desde la perspectiva de los gerentes de los hospitales y directores locales de salud, aspectos de organización de una RISS como composición e integración si se conformara una RISS en la región del norte antioqueño.

Sondear la perspectiva de los gerentes de los hospitales y directores locales de salud sobre el sistema de asignación de recursos ante la posibilidad de conformar una RISS en la región del norte antioqueño.

4. Diseño metodológico

5.1 Tipo de estudio:

Se realizó un estudio cuantitativo de tipo exploratorio sobre las perspectivas de los gerentes y directores locales de salud de los municipios del norte antioqueño sobre tres aspectos fundamentales de una RISS como son la gobernanza, la organización y el financiamiento

5.2 Población de referencia:

El estudio se llevó a cabo en la región del norte antioqueño el cual está compuesto por un total de 17 municipios, con 16 hospitales de primer nivel de complejidad y uno de mediana complejidad, inicialmente se consideró aplicar el instrumento a los 17 gerentes y a los 17 directores locales de salud de los municipios, sin embargo este solo pudo ser aplicado a 16 gerentes, dado que el gerente del hospital del municipio de San Andrés de Cuerquia no fue posible ubicarlo. En cuanto a los directores locales de salud de los 17 municipios, solo seis de ellos aceptaron participar en el estudio, esto debido posiblemente a que por la naturaleza de sus funciones no fue del interés del resto de los directores locales de salud, ya que pudo ser considerado más un tema de las instituciones prestadoras de servicios de salud que de las instancias administrativas de la salud municipal

5.3 Recolección de la información:

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario (Anexo 1). Como prueba piloto para validar el instrumento se aplicó a uno de los actores involucrados en el proceso, quien realizó sugerencias las cuales fueron ajustadas en el cuestionario.

El cuestionario fue aplicado a los gerentes de hospitales del norte antioqueño y directores locales de los municipios de la región en el cual se exploraron desde las perspectivas de dichos actores las variables más importantes para la conformación de una RISS como: la fragmentación de los servicios de salud, la segmentación institucional del sistema de salud y sobre los aspectos de gobernanza, organización y el financiamiento en una RISS (ver tabla de operacionalización de variables: anexo 2).

Para el control de sesgos, en el cuestionario, se le presentó la definición de cada uno de los aspectos a evaluar, de modo que los encuestados pudieran tener información acerca de lo que se les estaba requiriendo en cada una de

las preguntas. Adicionalmente, los investigadores antes de que los participantes respondieran el cuestionario, les explicaron nuevamente los aspectos a evaluar.

5.4 Análisis de la información:

Para el análisis se elaboró una base de datos en Excel, se utilizaron como medidas estadísticas porcentajes y promedios y la información se presentó en tablas y figuras para facilitar la comprensión y análisis de la misma.

5. Resultados

A través del estudio realizado, se exploraron las perspectivas de los gerentes de los hospitales y de los directores locales de salud de los municipios del norte del departamento de Antioquia que aceptaron participar en el estudio, sobre los aspectos de gobernanza, organización y financiamiento si se conformara una RISS en el norte antioqueño, los resultados se presentan a continuación.

En el estudio participaron 16 gerentes de los 17 municipios que conforman la región del norte antioqueño, adicionalmente aceptaron la participación seis directores locales de salud de la región, específicamente de los municipios de Briceño, Don Matías, Campamento, Guadalupe, Ituango y San Pedro de los Milagros. Con excepción del Hospital de Yarumal que es de mediana complejidad, todos los demás hospitales de la región son de baja complejidad. En la tabla siguiente se presentan los hospitales y el respectivo municipio participantes en el estudio.

Tabla 1. Hospitales y Municipios Participantes en el Estudio. Región del Norte Antioqueño. 2013

HOSPITAL Y MUNICIPIO	Director Local	Gerente	Total
El sagrado corazón de Briceño	1	1	2
Emigdio Palacio de Entrerríos		1	1
Francisco Eladio Barrera de Don Matías	1	1	2
La Sagrada Familia de Campamento	1	1	2
Laureano Pino de San José de la Montaña		1	1
Nuestra Señora de Guadalupe	1	1	2
Nuestra Señora del Rosario de Belmira		1	1
Pedro Claver Aguirre Yepes de Toledo		1	1
San Juan de Dios de Ituango	1	1	2
San Juan de Dios de Santa Rosa de Osos		1	1
San Juan de Dios de Valdivia		1	1
San Juan de Dios de Yarumal		1	1
San Rafael de Angostura		1	1
San Rafael de Carolina del Príncipe		1	1
Santa Isabel de Gómez Plata		1	1
Santa Isabel de San Pedro de Los Milagros	1	1	2
Total	**6**	**16**	**22**

Dado que dentro de las principales problemáticas que afrontan los sistemas de salud de muchos países latinoamericanos y muy específicamente Colombia, están la fragmentación de los servicios de salud, la segmentación institucional, deficiente calidad en la atención, falta de integración entre los actores del sistema y problemas de coordinación para brindar el continuo asistencial a la población, se indagó entre los participantes en el estudio sus puntos de vista acerca de estos problemas en el actual sistema de salud colombiano y si la implementación de redes integradas de servicios de salud (RISS) podría contribuir a la eficacia y eficiencia del sistema para la prestación de servicios de salud a la población. En las tablas 2 y 3, se muestran los resultados con relación a las perspectivas de los participantes sobre los niveles de fragmentación, segmentación y sobre calidad de la atención en el sistema de salud de Colombia.

Tabla 2. Perspectivas de los directores locales de salud sobre el nivel de fragmentación, nivel de segmentación y calidad de la atención en el sistema de salud colombiano. Región del Norte Antioqueño. 2013.

Aspecto evaluado	Categorías	Director Local
Fragmentación de los servicios de salud	Alta	3
	Mediana	3
	Total	**6**
Segmentación institucional	Alta	2
	Mediana	3
	Sin dato	1
	Total	**6**
Calidad de la atención	Buena	
	Mala	1
	Regular	5
	Total	**6**

Tabla 3. Perspectivas de los gerentes de los hospitales sobre el nivel de fragmentación, nivel de segmentación y calidad de la atención en el sistema de salud colombiano. Región del Norte Antioqueño. 2013.

Aspecto evaluado	Categorías	Gerente	Porc
Fragmentación de los servicios de salud	Alta	9	56,3%
	Mediana	7	43,8%
	Total	**16**	100,0%
Segmentación institucional	Alta	5	31,3%
	Mediana	11	68,8%
	Total	**16**	100,0%
Calidad de la atención	Buena	2	12,5%
	Mala	4	25,0%
	Regular	10	62,5%
	Total	**16**	100,0%

Como se puede observar, con respecto a qué tanta es la fragmentación de los servicios de salud en Colombia ninguno de los gerentes y directores locales de salud considera que es baja, todos consideran que al menos el nivel de fragmentación es medio, así por ejemplo, para los seis directores locales de salud, los puntos de vista están divididos casi en las mismas cantidades entre mediana y alta, tanto para la fragmentación de los servicios de salud como para la segmentación institucional y en cuanto a la calidad de la atención, aunque solo uno de ellos considera que es mala, los cinco restantes considera que es regular, resultado que tampoco es favorable en este tema. Por su parte para los gerentes de los hospitales más de la mitad (56.3%) considera que la fragmentación es alta y con relación a la segmentación institucional, un poco más de las dos terceras partes de los participantes (68.8%) la considera en un nivel medio, pero también es de resaltar que casi una tercera parte (31.3%) considera que es alta. Adicionalmente, uno de los hallazgos más llamativos de esta exploración, es que el 87.7%, es decir, 14 de los 16 gerentes, considera que la calidad de la atención en salud en Colombia es regular o mala y esto es importante porque posiblemente

es consecuencia de la fragmentación de los servicios de salud y la segmentación institucional.

Tabla 4. Perspectivas de los directores locales de salud sobre la existencia de coordinación e integración en el sistema de salud colombiano. Región del Norte Antioqueño.

Aspecto evaluado	Categorías	Director Local
Existencia de Coordinación	Casi nunca	5
	Casi siempre	1
	Total	**6**
Existencia de Integración	Parcial	6

Tabla 5. Perspectivas de los gerentes de los hospitales sobre la existencia de coordinación e integración en el sistema de salud colombiano. Región del Norte Antioqueño. 2013.

Aspecto evaluado	Categorías	Gerente	Porc
Existencia de Coordinación	Casi nunca	10	62,5%
	Casi siempre	6	37,5%
	Total	**16**	**100%**
Existencia de Integración	No existe	7	43,8%
	Parcial	9	56,3%
	Total	**16**	**100%**

En cuanto a la Coordinación asistencial necesaria para facilitar los procesos de prestación de servicios y la continuidad asistencial, es llamativo que, si bien solo aceptaron participar en el estudio seis directores locales de salud, cinco de ellos, es decir, casi la totalidad, consideraron que casi nunca se da, lo que podría indicar que como autoridades sanitarias de sus municipios, a los directores locales de salud del norte antioqueño, les resulta difícil asegurar la continuidad de la atención de la población a su cargo (tabla 4); adicionalmente los seis consideraron que la integración solo se da parcialmente. Para los gerentes de los hospitales de los municipios del norte antioqueño, por su parte, la existencia de coordinación asistenciales es deficiente también, pues el 62.5% (10 personas) considera que casi nunca se da, igualmente los resultados en cuanto a la coordinación indican deficiencia en este aspecto pues la totalidad de los gerentes considera que ésta se da parcialmente o nunca se da (tabla 5).

Dentro los aspectos que se consideran tienen mayor influencia sobre los problemas de integración y coordinación entre los actores en sistemas de salud altamente fragmentados y segmentados están la ausencia de normas claras y específicas que regulen y obliguen a favorecer la integración y la coordinación; la delimitación marcada de las funciones de cada actor que solo obligan a interesarse por su desempeño específico; la filosofía de los modelos de salud orientados al mercado de libre competencia entre los actores; modelos de contratación que no consultan el riesgo que asumen los actores; y el grado de descentralización de la responsabilidad de la salud de la población. Con respecto a estos aspectos se les preguntó a los participantes qué peso le darían a cada uno de ellos (siendo 1 nada influyente y 5 altamente influyente), para la integración, la coordinación y para la dispensación de los servicios de salud en el actual sistema de salud colombiano y, de acuerdo con sus respuestas, se puede deducir que los modelos de contratación que no consultan el riesgo que asumen los actores (el 82% lo consideró como muy influyente y altamente influyente), la filosofía de mercado del actual sistema de salud (el 77% de las personas lo consideró como muy influyente o altamente influyente) y la descentralización de la responsabilidad de la salud de la población (el 73% respondió que este aspecto era muy influyente y altamente influyente) son los aspectos que más influencia tienen en la problemática mencionada (tabla 6).

Tabla 6. Perspectivas de los gerentes y directores locales de salud sobre Aspectos que influyen en la integración y coordinación del sistema de salud colombiano. Región del Norte Antioqueño. 2013.

Calificación	Ausencia de normas claras				Delimitación marcada funciones				Filosofía Mercado y Competencia			
	Director Local	Gerente	Total	Porc	Director Local	Gerente	Total	Porc	Director Local	Gerente	Total	Porc
1 Nada influyente	1	3	4	**18%**		2	2	**9%**				
2 Poco influyente	1	3	4	**18%**		2	2	**9%**	2		2	**9%**
3 Medianamente influyente	3		3	**14%**	1	5	6	**27%**		3	3	**14%**
4 Muy influyente		4	4	**18%**	4	4	8	**36%**	2	4	6	**27%**
5 Altamente influyente	1	6	7	**32%**	1	3	4	**18%**	2	9	11	**50%**
Total	**6**	**16**	**22**	**100%**	**6**	**16**	**22**	**100%**	**6**	**16**	**22**	**100%**

Calificación	Modelos contratación no consultan el riesgo				Descentralización de la responsabilidad			
	Director Local	Gerente	Total	Porc	Director Local	Gerente	Total	Porc
1 Nada influyente						1	1	**1%**
2 Poco influyente		4	4	**4%**		2	2	**3%**
3 Medianamente influyente	6	6	12	**13%**	6	12	18	**23%**
4 Muy influyente	4	24	28	**31%**	16	36	52	**67%**
5 Altamente influyente	15	30	45	**51%**		5	5	**6%**
Total	**25**	**64**	**89**	**100%**	**22**	**56**	**78**	**100%**

Hasta aquí puede verse entonces cómo para los directores locales de salud y los gerentes de los hospitales de los municipios del norte antioqueño, desde su perspectiva, el sistema de salud colombiano tiene altos niveles de fragmentación de los servicios de salud y de segmentación institucional del sistema de salud, que posiblemente tienen gran influencia en una baja calidad de la atención en salud y que todo ello en gran medida, se debe a su vez a la falta de integración y coordinación entre los actores del sistema, principalmente por modelos de contratación que no tienen en cuenta el riesgo que asumen ciertos actores del sistema, por un sistema de salud con un fundamento filosófico basado en el mercado y por la descentralización de la responsabilidad de la salud de la población. Dado esto, se indagó entonces si estas personas considerarían que la implementación de RISS podría favorecer la eficacia y eficiencia de los servicios de salud, a lo cual cinco de los seis directores locales de salud y 10 de los 16 gerentes (62.5%) manifestaron estar totalmente de acuerdo (tablas 7 y 8). Es de resaltar pues, que cinco de los seis directores locales de salud hayan manifestado estar completamente de acuerdo con la implementación de las RISS, porque refuerza lo que se ha mencionado antes, sobre la responsabilidad que tienen estas personas con la salud de la población y por ende podría deducirse que serían algunos de los actores más interesados en articular los servicios de salud para cumplir con su principal responsabilidad.

Tabla 7. Perspectivas de los directores locales de salud sobre la implementación de RISS para favorecer la eficacia y eficiencia del sistema de salud colombiano. Región del Norte Antioqueño. 2013.

RISS favorecen eficacia y eficiencia	**Director Local**
Completamente de acuerdo	5
Parcialmente de acuerdo	1
Total	**6**

Tabla 8. Perspectivas de los gerentes de los hospitales sobre la implementación de RISS para favorecer la eficacia y eficiencia del sistema de salud colombiano. Región del Norte Antioqueño. 2013.

RISS favorecen eficacia y eficiencia	Gerente	Porc
Completamente de acuerdo	10	62,5%
Parcialmente de acuerdo	6	37,5%
Total	**16**	**100%**

Para dar cumplimiento a los objetivos del estudio y luego de conocer los puntos de vista de los participantes sobre la problemática del actual sistema de salud colombiano, se indagó acerca de conformar una RISS en el norte antioqueño, sobre tres aspectos fundamentales como son la gobernanza, la organización y el financiamiento.

Con relación a la gobernanza se indagó sobre tipos de gobierno, toma de decisiones por parte del órgano de gobierno, responsabilidad del gobierno con la población asignada, tipo de gobierno y su relación con la coordinación y mecanismos de coordinación, todo ello enfocado a qué tanto se favorecerían la integración entre los actores, la coordinación y por ende la prestación continua de los servicios de salud a la población.

En cuanto al sistema de gobierno, que de acuerdo con las respuestas de los participantes favorecería más la integración y la coordinación si se conformara una RISS en el norte antioqueño, las respuestas no parecen mostrar una diferencia significativa, hay una proporción ligeramente superior (50.0%) a favor de un gobierno múltiple descentralizado, es decir, un gobierno donde cada integrante de la red conserva su autonomía jurídica y administrativa; mientras que el 40.9%, es decir, una proporción también muy cercana al 50%, opina que sería mejor un gobierno único centralizado, o sea, un gobierno para todos los integrantes de la RISS y bajo una sola personería jurídica. Según estos resultados parecería indicar entonces una leve tendencia a favor del gobierno múltiple descentralizado para facilitar la integración y la coordinación asistencial, de acuerdo con la perspectiva de las personas encuestadas (figura 6).

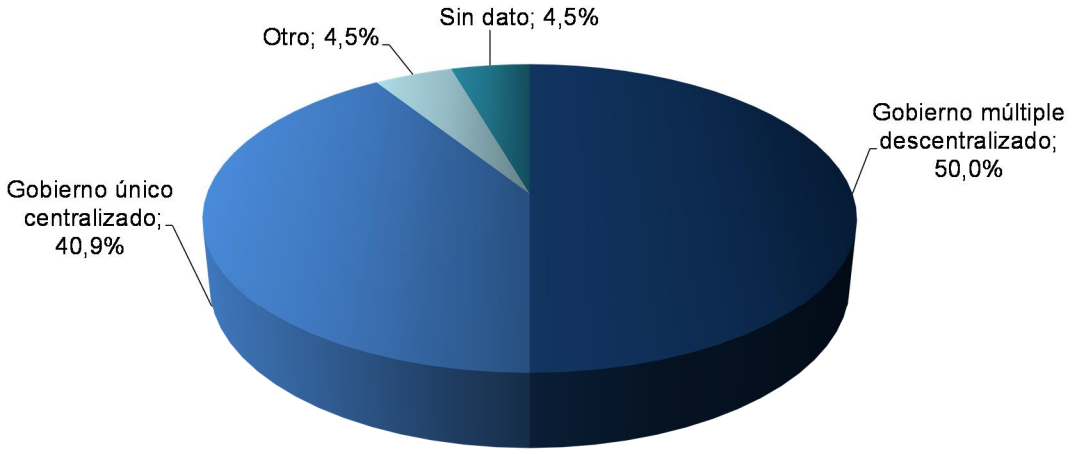

Figura 6. Perspectivas sobre el sistema de gobierno. Directores locales de salud y Gerentes de Hospitales de la Región del Norte Antioqueño. 2013

Cuando se indagó sobre qué tanto se posibilitaría la toma de decisiones según el sistema de gobierno, 10 personas (el 45%) estuvieron a favor tanto, de un sistema de gobierno único como de un sistema de gobierno múltiple, mientras que en igual proporción (27%) hubo personas a favor solo de un gobierno único y otras solo a favor de un gobierno múltiple (tabla 9). Es de resaltar también que, al discriminar por director local de salud o gerente de hospital, igualmente la mayoría están a favor de ambos tipos de gobierno más que hacia uno de ellos en especial.

Tabla 9. Perspectivas de los directores locales de salud y los gerentes de hospitales acerca de la favorabilidad para la toma de decisiones según el sistema de gobierno. Región del Norte Antioqueño. 2013.

Tipo gobierno y Toma de decisiones	Director Local	Gerente	Total	Porc
Ambos tipos de gobierno	3	7	10	45%
Gobierno múltiple	1	5	6	27%
Gobierno único	2	4	6	27%
Total	**6**	**16**	**22**	100%

Tabla 10. Nivel de favorabilidad para la toma de decisiones según el sistema de gobierno. Región del Norte Antioqueño. 2013.

Favorabilidad para la toma de decisiones	AMBOS TIPOS DE GOBIERNO		SOLO GOBIERNO ÚNICO	SOLO GOBIERNO MÚLTIPLE
	Gobierno único	Gobierno múltiple		
Altamente posible	2	1	3	5
Medianamente posible	6	3	3	1
Poco posible	2	6		
Total	**10**	**10**	**6**	**6**

Adicionalmente se les solicitó a los participantes asignar un peso a la favorabilidad en la toma de decisiones según el tipo de gobierno elegido y se obtuvo que las 10 personas que estuvieron a favor de los dos tipos de gobierno en cuanto a la toma de decisiones, se inclinaron más hacia un gobierno único pues a través de este ven la toma de decisiones entre medianamente y altamente posible (ocho personas), en tanto que con un gobierno múltiple, de las mismas 10 personas solo cuatro ven medianamente y altamente posible la toma de decisiones con un gobierno múltiple (tabla 10). Podría concluirse entonces que hay tendencia entre los encuestados a considerar el gobierno único como una alternativa más viable en la RISS para facilitar la toma de decisiones por el órgano de gobierno.

Otra responsabilidad de gran importancia para el órgano de gobierno de una RISS es la responsabilidad con la prestación de los servicios de salud de manera continua y los resultados en salud de la población a su cargo. A los participantes también se les preguntó acerca de bajo cuál tipo de gobierno sería más viable asumir esta responsabilidad. En la tabla siguiente se observa que los resultados son más contundentes, el 55% (12 personas) están a favor de un órgano de gobierno único, además es importante anotar también que, esa mayor inclinación hacia el gobierno único en cuanto a la responsabilidad con la población, se observó tanto por parte de los directores locales de salud (cuatro de los seis participantes) como de los gerentes de los hospitales (ocho de los 16 gerentes).
Adicionalmente, de las 12 personas, que estuvieron a favor solo del órgano de gobierno único en relación con la responsabilidad de la población, ocho lo calificaron como altamente viable y las otras cuatro como medianamente viable. Entre las personas que estuvieron a favor de ambos tipos de gobierno, la favorabilidad por uno u otro fue igual (tablas 11 y 12).

Tabla 11. Perspectivas de los directores locales de salud y los gerentes de hospitales acerca de la viabilidad en la responsabilidad con la población según el sistema de gobierno. Región del Norte Antioqueño. 2013.

Tipo de gobierno y Responsabilidad con la población	Director Local	Gerente	Total	Porc
Ambos tipos de gobierno	2	4	6	27%
Gobierno múltiple		4	4	18%
Gobierno único	4	8	12	55%
Total	**6**	**16**	**22**	100%

Tabla 12. Nivel de viabilidad de la responsabilidad con la población según el sistema de gobierno. Región del Norte Antioqueño. 2013.

Viabilidad en la responsabilidad con la población	AMBOS TIPOS DE GOBIERNO		SOLO GOBIERNO ÚNICO	SOLO GOBIERNO MÚLTIPLE
	Gobierno único	Gobierno múltiple		
Altamente viable	2	1	8	4
Medianamente viable	1	2	4	
Poco viable	3	3		
Total	**6**	**6**	**12**	**4**

También se investigó entre los participantes si la coordinación, entendida como todas aquellas acciones que se establecen entre los integrantes de la red para facilitar los procesos de prestación de servicios (asistenciales y administrativos) para facilitar la continuidad de la atención en salud, se favorecería más bajo un órgano de gobierno único o bajo un órgano de gobierno múltiple. Los resultados muestran cómo la mayoría de los encuestados (41%) consideran que a través de un gobierno único se favorecería más la coordinación entre los integrantes de la red. Sin embargo es de resaltar que esta mayor favorabilidad se observa especialmente entre los directores locales de salud, ya que entre los gerentes de los hospitales, si bien las diferencias pueden no ser significativas, la preferencia es por un gobierno múltiple (siete de los 16 gerentes) en relación con la coordinación asistencial, seguida por la opción de un gobierno único (cinco de los 16 gerentes). De otro lado, aunque no es despreciable que un 32% de las personas consideran que a través de un gobierno múltiple también se favorece la coordinación, entre las personas que contestaron a favor de ambos tipos de gobierno, es de destacar que cuando evalúan el nivel de favorabilidad, cinco de estas seis personas se inclinan hacia un gobierno único calificándolo como mediana y altamente favorable para la coordinación, en tanto que cinco de estas mismas personas, ven como poco favorable la coordinación a través de un órgano de gobierno múltiple (tablas 13 y 14).

Tabla 13. Perspectivas de los directores locales de salud y los gerentes de hospitales acerca de la favorabilidad de la coordinación según el sistema de gobierno. Región del Norte Antioqueño. 2013.

Tipo de gobierno y Coordinación	Director Local	Gerente	Total	Porc
Ambos tipos de gobierno	2	4	6	27%
Gobierno múltiple		7	7	32%
Gobierno único	4	5	9	41%
Total	**6**	**16**	**22**	100%

Tabla 14. Nivel de favorabilidad de la coordinación según el sistema de gobierno. Región del Norte Antioqueño. 2013.

Favorabilidad con la coordinación	AMBOS TIPOS DE GOBIERNO		SOLO GOBIERNO ÚNICO	SOLO GOBIERNO MÚLTIPLE
	Gobierno único	Gobierno múltiple		
Altamente favorable	2	1	7	4
Medianamente favorable	3		2	3
Poco favorable	1	5		
Total	**6**	**6**	**9**	**7**

Dado que la coordinación entre los integrantes de una RISS es fundamental para lograr la integración y la dispensación de servicios de salud a la población, se exploró entre los participantes por la calificación que cada uno le daría a las principales estrategias o mecanismos que favorecerían dicha coordinación y como se ve en la figura 7, el 70.7% de las personas le dieron una calificación de excelente a la adaptación mutua, es decir que la mayoría considera que las actividades, procesos y normas para lograr la coordinación es preferible construirlos colectivamente entre los integrantes de la RISS. También es de resaltar que la normalización de procesos y habilidades es otra estrategia de coordinación bien evaluada por los participantes, el 62.5% la calificó como excelente, en tanto que la asignación de incentivos de diferente índole a los integrantes de la red para alcanzar la coordinación fue considerada la menos efectiva, solo un 13.5% la califica como una estrategia excelente.

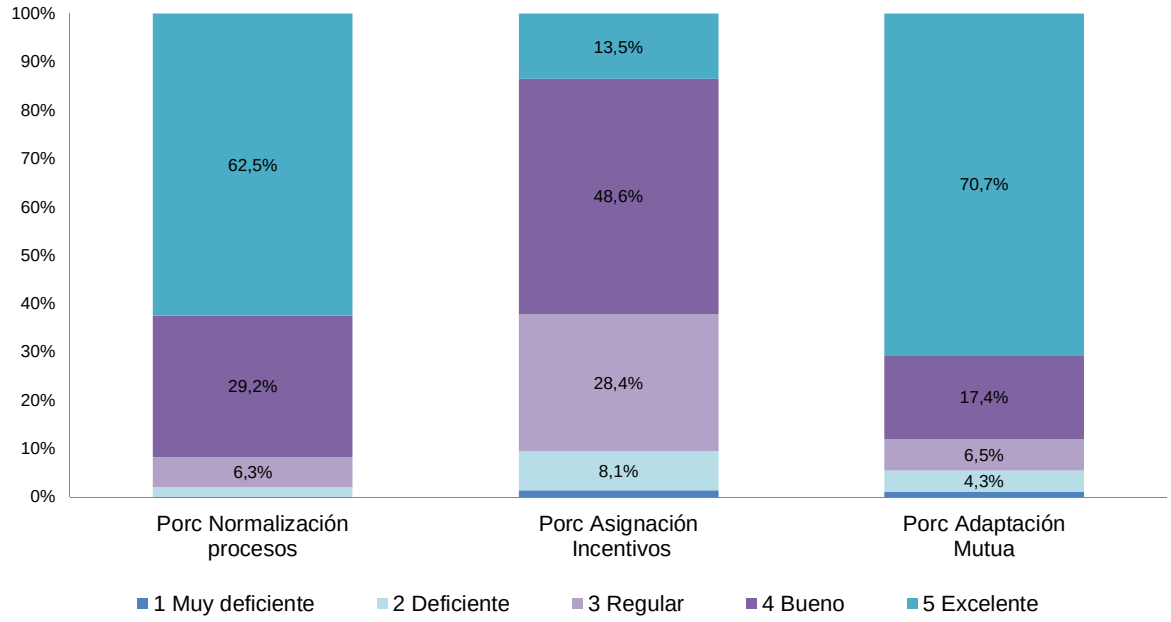

Figura 7. Distribución porcentual de las calificaciones asignadas a cada una de las estrategias que favorecen la coordinación en una RISS. Región del Norte Antioqueño, 2013

Otro de los aspectos de gran importancia dentro de una RISS es la "organización" que también fue evaluada en el estudio. En este aspecto se evaluaron tanto los modos de integración como los modos de composición si se conformara una RISS en el norte antioqueño.

Con relación a la integración se indagó por el tipo (según niveles de atención y según naturaleza jurídica de quienes integren la red) que más favorecería la coordinación y el continuo asistencial para una RISS en el norte antioqueño. Como se muestra en la figura 8, de acuerdo con los niveles de atención el 90.9% de los participantes, es decir, 20 personas está a favor de la integración vertical, de éstos, cinco son directores locales de salud y 15 son gerentes de hospitales, es decir, que ambos tipos de actores, casi en su totalidad están a favor de este tipo de integración.

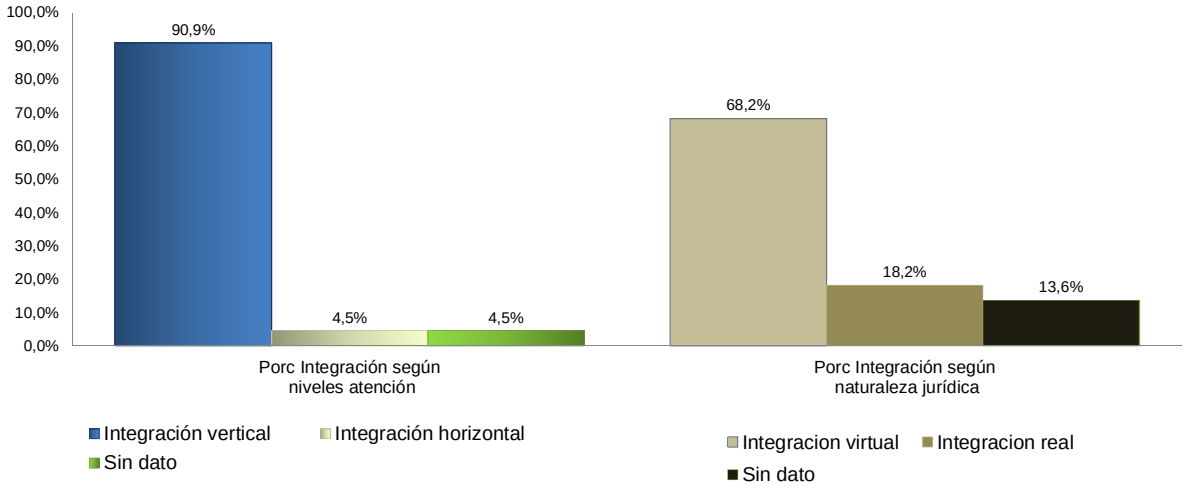

Figura 8. Distribución Porcentual de respuestas según influencia de la integración en la coordinación y el continuo asistención. Región del Norte Antioqueño, 2013

En cuanto a la integración según la naturaleza jurídica de las instituciones que compondrían la red, los encuestados en un 68.2% preferirían que fuera a través de una integración virtual, es decir, estarían de acuerdo en que cada institución participante en la RISS conservara su autonomía y personería jurídicas. Al cruzar esta información, es decir, el tipo de integración, con el tipo de gobierno para tratar de explorar el tipo de RISS que según los directores locales de salud y los gerentes de los hospitales participantes en este estudio, desearían conformar frente a estas dos variables, se tiene que 10 de las 11 personas que prefieren un órgano de gobierno múltiple descentralizado y ocho de las nueve que prefieren un órgano de gobierno único centralizado, prefieren a su vez una integración vertical, es decir, que independiente del tipo de gobierno para ellos sería importante contar con todos los niveles de atención en salud en la RISS. Adicionalmente 10 de las 11 personas que prefieren un órgano de gobierno múltiple descentralizado y cinco de las nueve que prefieren un órgano de gobierno único centralizado, están a favor de que la integración entre los actores sea virtual (tabla 15).

Tabla 15. Perspectivas de los directores locales de salud y los gerentes de hospitales sobre tipo de integración y tipo de gobierno. Región del Norte Antioqueño. 2013.

Tipo de gobierno	Tipo de integración según niveles de atención				Tipo de Integración según naturaleza jurídica			
	Integración horizontal	Integración vertical	Sin dato	Total	Integración real	Integración virtual	Sin dato	Total
Gobierno múltiple descentralizado	1	10		**11**		10	1	**11**
Gobierno único centralizado		8	1	**9**	2	5	2	**9**
Otro		1		**1**	1			**1**
Sin dato		1		**1**	1			**1**
Total	**1**	**20**	**1**	**22**	**4**	**15**	**3**	**22**

En cuanto a la composición de la RISS, la mayoría (68.2%) preferiría que ella fuera integrada tanto por prestadores de servicios de salud como por aseguradores e, igualmente la mayoría (59.1%), preferiría que fuera integrada tanto por IPS públicas como por IPS privadas (figuras 9 y 10). Es decir, que en este aspecto puntual, los participantes, en su gran mayoría, valoran la integración de todos los posibles actores del sistema para favorecer la coordinación asistencial y por ende la atención continua a la población.

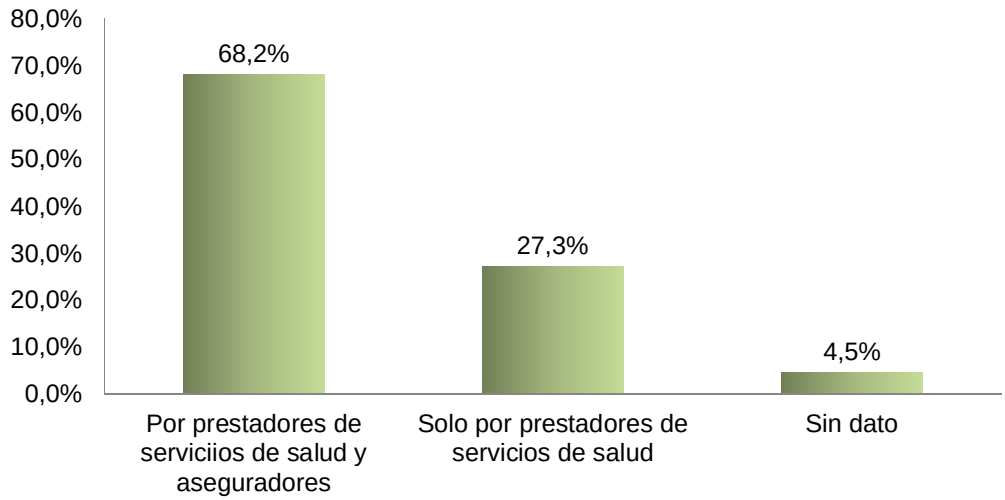

Figura 9. Porcentaje de respuestas según composición de la RISS y los actores involucrados. Región del Norte Antioqueño, 2013

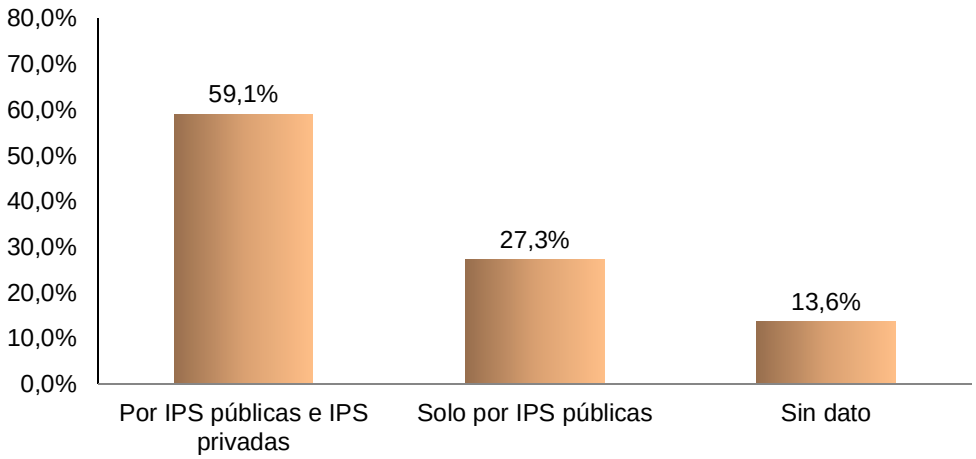

Figura 10. Porcentaje de respuestas según composción de la RISS y la naturaleza jurídica. Región del Norte Antioqueño, 2013

El último componente evaluado tiene que ver con el financiamiento de la RISS, dentro de este se evaluaron aspectos relacionados con el modelo de contratación, con el porcentaje de asignación de recursos según nivel de atención, con la optimización de recursos, con la responsabilidad en el financiamiento por parte de los diferentes actores y con la posibilidad de apoyar en el financiamiento a hospitales con población asignada menor a 10.000 habitantes.

Con relación al modelo de contratación que más favoreciera a la RISS para cumplir con uno de sus objetivos más importantes como es el de asegurar el continuo asistencial a la población asignada, se brindaron las alternativas de contratación por capitación ajustada por riesgo, contratación por evento, por ambas (capitación ajustada por riesgo y contratación por evento) y también se dejó la opción para responder otra alternativa si así lo consideraban los encuestados. Los resultados muestran como prácticamente dos terceras partes de las personas consideran que ambos modelos deben ser tenido en cuenta para la contratación de servicios si se conforma la RISS en el norte antioqueño, sin embargo hubo personas que estuvieron a favor solo de una de las alternativas (22.7% solo a favor de contratación por capitación ajustada por riesgo y 13.6% solo a favor de contratación por evento), no hubo otras propuestas en cuanto a otros modelos de contratación. Es posible que dada la experiencia de los participantes en el estudio, puedan concluir que un solo modelo de contratación no asegure un ingreso de recursos adecuado o equilibrado para la RISS (tabla 16). Es de anotar que si bien la mayoría de los encuestados prefieren ambos tipos de

contratación, cuando se discrimina por actor participante en el estudio, las diferencias entre los directores locales de salud son menos notorias, es decir, la mitad prefiere ambos tipos de gobierno y de los otros tres participantes, dos prefieren solo la capitación ajustada por riesgo y solo uno por evento, en tanto que entre los gerentes de los hospitales la inclinación hacia ambos tipos de contratación sí es más notoria, 11 de los 16 participantes apoyaron esta opción.

Tabla 16. Perspectivas de los directores locales de salud y los gerentes de hospitales sobre el modelo de contratación para la RISS. Región del Norte Antioqueño. 2013.

Modelo de contratación	**Director Local**	**Gerente**	**Total**	Porc
Ambas	3	11	14	63,6%
Solo capitacion ajustada por riesgo	2	3	5	22,7%
Solo por evento	1	2	3	13,6%
Total	**6**	**16**	**22**	**100,0%**

De otro lado, otro aspecto de gran importancia dentro del financiamiento del sistema de salud tiene que ver con la asignación de recursos de acuerdo con el nivel de atención de cada integrante. En las RISS se espera que el primer nivel de atención sea la puerta de entrada al sistema y por ende tenga la capacidad para la resolución de la mayoría de los problemas de salud, por eso desde este punto de vista es de esperar que la proporción de los recursos sea diferente. En el estudio se indagó a los participantes bajo la premisa de si se conformara la RISS en el norte antioqueño bajo un tipo de integración vertical y un modelo de capitación ajustada por riesgo, qué porcentaje de los ingresos recibidos por la RISS se deberían asignar a cada nivel de atención. En las tablas 17 y 18 se presentan los resultados y se puede observar, según los participantes, que la relación entre la proporción de ingresos económicos y el nivel de atención es inversamente proporcional, es decir, a menor nivel de complejidad, los encuestados, tanto directores locales de salud como gerentes de hospitales, consideran que deben tener mayores recursos económicos y esto parece estar en consonancia con lo que se mencionó acerca de que, dado que el nivel de complejidad más bajo es la puerta de entrada al sistema, debe resolver la mayoría de los problemas de salud de su población y por ende requeriría disponer de mayores recursos para ello, pues se espera a su vez que esa mayor resolución de problemas en este nivel, evite que se transfieran los problemas de salud a otros niveles de atención.

Tabla 17. Perspectivas de los directores locales de salud sobre el porcentaje de asignación de los ingresos económicos según nivel de atención. Región del Norte Antioqueño. 2013.

Nivel de Atención	Director Local		
	% Mínimo	% Máximo	% Promedio
Primer Nivel de atención	25%	60%	**41%**
Segundo nivel de atención	20%	45%	**27%**
Tercer nivel de atención	12%	25%	**18%**
Cuarto nivel de atención	5%	25%	**14%**

Tabla 18. Perspectivas de los gerentes de hospitales sobre el porcentaje de asignación de los ingresos económicos según nivel de atención. Región del Norte Antioqueño. 2013.

Nivel de Atención	Gerente		
	% Mínimo	% Máximo	% Promedio
Primer Nivel de atención	25%	60%	**48%**
Segundo nivel de atención	20%	50%	**30%**
Tercer nivel de atención	5%	25%	**13%**
Cuarto nivel de atención	5%	25%	**11%**

De otro lado, se ha considerado la optimización de recursos uno de los beneficios de las RISS, beneficio que redunda en contribución a la sostenibilidad financiera del sistema de salud, a los encuestados se les preguntó sobre qué tanto contribuiría la implementación de una RISS en el norte antioqueño a la optimización de recursos como el talento humano, los dispositivos médicos y

medicamentos, equipos médicos, infraestructura, procesos asistenciales y procesos administrativos. Sin duda y desde la perspectiva de los directores locales de salud y de los gerentes de los hospitales, el talento humano es el recurso que más se optimizaría si se implementara la RISS en el norte antioqueño, el 90.0% le asignó una calificación entre 4 y 5 (alta y muy alta optimización) y le siguen en su orden los procesos administrativos con un 85.0% de calificación entre 4 y 5 y los procesos asistenciales con el 70.0% también con calificaciones entre 4 y 5 (figura 11). Esto pudiera sugerir que en la actualidad, dada la alta fragmentación de los servicios de salud y la alta segmentación institucional, lo que conlleva a bajos niveles de integración y coordinación entre los actores del sistema, cada integrante debe invertir recursos en personal y en actividades asistenciales y administrativas similares que podrían ser compartidas y para las que se requerirían menos recursos.

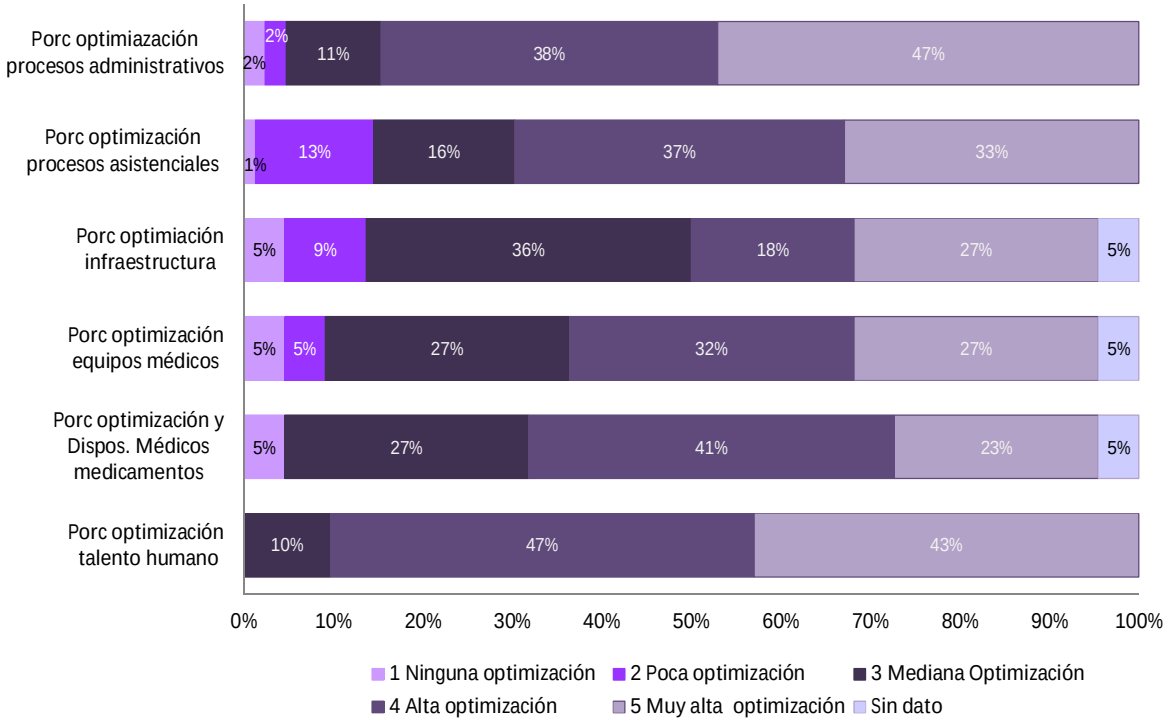

Figura 11. Distribución porcentual de las calificaciones asignadas a cada uno de los recursos según grado de optimización al conformar una RISS. Región del Norte Antioqueño, 2013

Por otra parte y como ya se mencionó, la mayoría de los hospitales participantes en este estudio son de baja complejidad, algunos de los municipios tienen poblaciones pequeñas por las que no alcanzan a recibir recursos económicos suficientes para dispensar todos los servicios de salud requeridos por dicha población, sin embargo y dada la descentralización administrativa, cada municipio debe responsabilizarse de su población en cuanto a los problemas de salud que

presente y que sean de su competencia. Se ha considerado que un municipio con menos de 10.000 habitantes aproximadamente es poco posible que cuente con recursos suficientes para asegurar la salud de su población. Por este motivo, se indagó entre los directores locales de salud y los gerentes de los hospitales de la región del norte del departamento, si estarían de acuerdo en garantizar un mecanismo de financiamiento a través del subsidio a la oferta a los prestadores de servicios de salud de los municipios de la región que tuvieran una población inferior a 10.000 habitantes, a lo cual el 72.7% respondió estar totalmente de acuerdo, solo un 13.6% manifiesta estar parcialmente de acuerdo y en igual proporción, 13.6% no responde la pregunta. El hecho de que la mayoría de las personas estén de acuerdo con esto, podría deberse a que muchos de los actores involucrados en este estudio han vivido desde su experiencia, como director local de salud o como gerente de hospital, las dificultades para asegurar la atención en salud a la población dada la escasez de recursos económicos, por ello tal vez sea considerada la cooperación como una de las alternativas necesarias para lograrlo. (Figura 12).

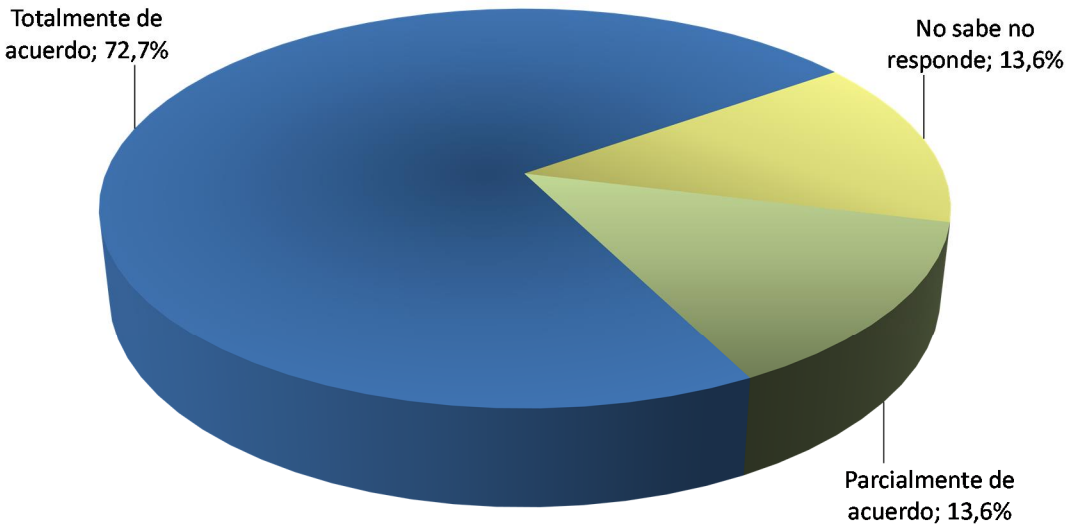

Figura 12. Distribución porcentual de personas que están de acuerdo con subsidio a hospitales con menos de 10.000 habitantes. Región norte antioqueño. 2013

Por último, cuando se indagó sobre la responsabilidad en el financiamiento por parte de los diferentes actores, la mayoría considera que esta función debe estar a cargo del gobierno central, el 86.4% le asignó una responsabilidad entre muy a cargo y totalmente a cargo; cuando se evalúa la responsabilidad del financiamiento por parte de los entes territoriales, también se le asigna una responsabilidad alta, el 72.4% le asignó una responsabilidad entre muy a cargo y

totalmente a cargo, en tanto que cuando se trata de las aseguradoras y los prestadores, en esas mismas calificaciones disminuye al 63.6% y al 54.5% respectivamente (figura 13). Esto podría sugerir que en general se sigue asignando una alta responsabilidad al Estado con la salud de la población.

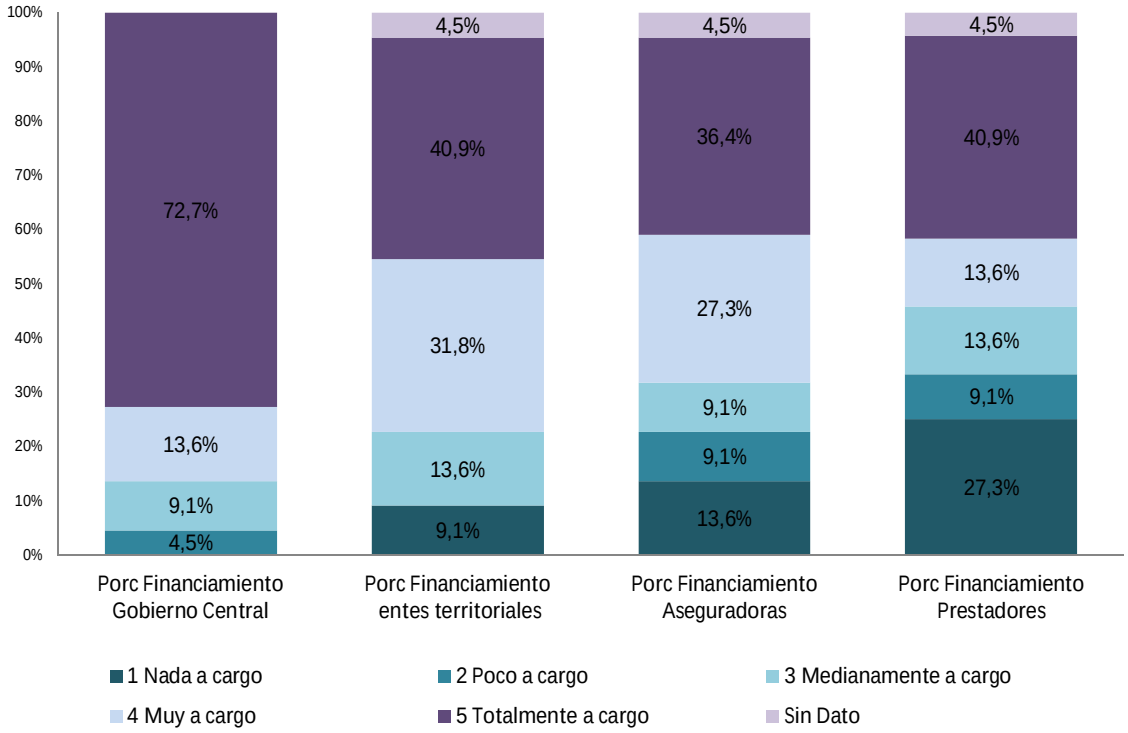

Figura 13. Distribución porcentual de las calificaciones según responsable del financiamiento de la RISS. Norte antioqueño. 2013

6. Discusión y Análisis

En el estudio se evidenció, desde la perspectiva de los directores locales de salud y los gerentes de los hospitales de los municipios participantes, que en Colombia el sistema de salud tiene altos niveles de fragmentación de los servicios de salud (los seis directores locales de salud y nueve de los 16 gerentes la consideraron como mediana o alta), altos niveles de segmentación institucional (cinco de los seis directores locales de salud y 11 de los 16 gerentes de los hospitales la consideraron como mediana o alta), baja calidad de la atención (cinco de los seis directores locales de salud y 14 de los 16 gerentes de los hospitales la consideraron como regular o mala), problemas de coordinación asistencial (cinco de los seis directores locales de salud y 10 de los 16 gerentes de los hospitales consideraron que casi nunca se da la coordinación) y deficiencia en la integración de los procesos asistenciales y administrativos entre los integrantes del sistema (los seis directores locales de salud y nueve de los 16 gerentes consideraron que la integración es parcial). Estos hallazgos son coincidentes con lo reportado en la literatura, la Organización Panamericana de la salud en el trabajo ñRedes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américasò, publicado en el 2010 hace alusión a que ñlos sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios de saludò lo que ha generado dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud y a la baja calidad de estos. También menciona que ñla fragmentación se manifiesta como la falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de servicios y de infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio de salud menos indicado, en especial en los hospitalesò Adicionalmente la segmentación institucional del sistema de salud es considerada una de las causas principales de la fragmentación de los servicios de salud (1). De otro lado estos hallazgos son relevantes, si se tiene en cuenta que son los puntos de vista de actores muy importantes dentro del sistema de salud como son los directores locales de salud, sobre quienes recae la responsabilidad de la salud de la población de su jurisdicción y los gerentes de los hospitales de los municipios responsables de la prestación de los servicios de salud a dicha población, esto podría indicar que estas instancias viven las consecuencias de la falta de coordinación entre niveles de atención y entre integrantes del sistema, las dificultades para brindar la continuidad en la atención a la población, las dificultades derivadas de la duplicidad de servicios e infraestructura, las dificultades de brindar atención a poblaciones con diferencias para acceder a los servicios de salud y las dificultades del financiamiento para atender a la población, entre otros.

Desde el punto de vista de los participantes en el estudio, los modelos de contratación que no consultan el riesgo, la filosofía de mercado y libre competencia del actual sistema de salud y la descentralización de la

responsabilidad con la población fueron considerados como los principales factores que influyen en la falta de integración y coordinación para la dispensación continua de servicios de salud de calidad. La literatura revisada soporta también estos hallazgos, así por ejemplo una de las estrategias que sugieren la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN) y la Asociación de Empresas Sociales del Estado (AESA) para desarrollar una RISS en Antioquia está relacionada con la importancia de ñmodelos de contratación y pago de servicios que enfaticen en la responsabilidad del primer nivel con la gestión de la salud de la población asignadaò (16), para lo cual es necesario identificar los riesgos de dicha población. De otro lado, varias publicaciones hacen alusión a cómo los países latinoamericanos buscando resolver el problema de eficiencia de los sistemas de salud han apropiado modelos de mercado y libre competencia, sin embargo, en general concluyen que estos modelos han incrementado los niveles de fragmentación y segmentación de los sistemas de salud (1, 7). Por otra parte el proceso de descentralización política y administrativa que se dio desde mediados de los años 90 se cruzó con el proceso de implementación del SGSSS, situación que generó un sistema complejo de relaciones entre la nación, los departamentos, los municipios y demás actores que a su vez implicó la pérdida de responsabilidades en salud de unos y otros, específicamente en el campo de la salud pública se perdieron muchos de los logros que se habían alcanzado con el anterior sistema de salud (12).

Con relación a los resultados sobre la gobernanza, el 50.0% de los encuestados manifestó preferir un órgano de gobierno múltiple para facilitar la integración y la coordinación asistencial si se conformara la RISS en el norte antioqueño, esta posición concuerda con los hallazgos realizados en un estudio llevado a cabo en dos organizaciones sanitarias (BSA y SSBE) de Cataluña España donde se concluye que al disponer de un gobierno múltiple han logrado definir estrategias globales orientadas a la coordinación y la eficiencia, (21). Sin embargo cuando se indagó bajo qué tipo de gobierno se posibilitaría más la toma de decisiones, la responsabilidad del gobierno con la salud de la población y la coordinación asistencial, las respuestas parecieron inclinarse que a través de un órgano de gobierno único centralizado se posibilitarían más estos procesos. Al revisarse la literatura frente a estos aspectos no es concluyente cuál de los dos tipos de gobierno, si el único o el múltiple, puede favorecer de forma significativa los aspectos mencionados pero si son claros en manifestar que cualquiera de los tipos de gobierno debe garantizar la presencia de estos tres atributos para alcanzar el mayor grado de integración de la red (14).

Otro hallazgo llamativo fue que la adaptación mutua y la normalización de procesos y habilidades fueron las estrategias de coordinación asistencial mejor evaluadas por las personas encuestadas (70.2% para adaptación mutua y 62.5% para normalización de procesos y habilidades). Con relación a los mecanismos de coordinación asistencial, en el artículo de Ernesto Báscolo, ñGobernanza de las organizaciones de salud basadas en atención primariaò, mecanismos de

construcción colectiva como la adaptación mutua son algunos de los más importantes especialmente para gobiernos basados en valores (18). Adicionalmente en el artículo ñOrganizaciones Sanitarias Integradas: una Guía para el Análisisò de María Luis Vásquez y otros, plantean también como mecanismos de coordinación al interior de una RISS la normalización de procesos y habilidades y la adaptación mutua (14). Estas ideas parecen coincidir los participantes en el estudio, sin embargo en una investigación realizada en Cataluña España donde se evaluó la experiencia de dos redes integradas de servicios de salud, se observó cómo la normalización de procesos y habilidades tuvo mayor influencia en el éxito para la coordinación asistencial que la adaptación mutua (21).

En cuanto a la organización de la RISS, fue significativo el alto porcentaje de preferencia que tuvo la integración vertical (90.9%) cuando se indagó por el tipo de integración según los niveles de atención, esto es llamativo si se tiene en cuenta que todos los hospitales participantes en el estudio son de baja o mediana complejidad, lo que podría sugerir también la necesidad que tendría para esta región contar con instituciones que presten todos los servicios de salud que a su vez aseguren la continuidad en la atención de la población. Llama la atención esta posición viniendo de gerentes y directores locales de instituciones de baja complejidad dado que en los planteamientos que se realizan en el capítulo ñEstrategias para conformar y operar las Redes Integradas de Servicios de Salud en las Subregiones del Oriente y Suroeste de Antioquia del libro Redes Integradas de servicios de salud, una aproximación desde Antioquiaò se sugiere que ñlos tipos de integración con mayor viabilidad para una integración inicial, serían la integración ñhacia adelanteò y ñhorizontalò, es decir entre instituciones de un mismo nivel y no de diferentes niveles de atención (integración vertical) (16). Sin embargo en la experiencia internacional como es el caso de varias organizaciones integradas de servicios de salud de España, Brasil y Estados Unidos, entre otras, predomina la integración vertical.

Al analizar la integración según la naturaleza jurídica, la mayoría (68.2%) las posiciones fueron a favor de la integración virtual la cual implica que cada integrante de la RISS conserve su autonomía y personería jurídicas. Además luego de cruzar esta información con el tipo de gobierno, en general se observó que la mayoría de las personas, independiente del tipo de gobierno seleccionado, prefieren a su vez la integración vertical y con relación a la integración virtual la mayoría prefieren un gobierno múltiple descentralizado. Estos hallazgos llaman la atención porque parecen sugerir, que entre actores del sistema de salud tan importantes como son los directores locales de salud y los gerentes de hospitales, prefieren continuar conservando la independencia y autonomía entre ellos, a pesar de que en algunos aspectos hay cierta valoración por la unicidad. Con relación a lo anterior por ejemplo, hay una tendencia mayor a preferir un gobierno múltiple descentralizado y a preferir la integración vertical pero que cada actor conserve su naturaleza y autonomía jurídicas ya que la mayor proporción prefiere integración

virtual, sin embargo en cuanto a la toma de decisiones, la responsabilidad con la salud de la población y la coordinación se valora más una instancia de gobierno única centralizada para posibilitar estas funciones.

Con relación a la composición, la mayoría prefiere que, de acuerdo con los actores involucrados, haya integración tanto de prestadores de servicios de salud como de aseguradores (68.2%). Una experiencia de este tipo de composición es la de Káiser Permanente en el Estado de California en los Estados Unidos de América que es una red de salud que integra aseguradores, proveedores y servicios médicos, esto ha redundado en beneficios como el mejoramiento de la contrarreferencia de pacientes, el trabajo conjunto entre especialistas y médicos generales, lo que a su vez ha reducido la sobreutilización de servicios hospitalarios (16).

Con relación a la naturaleza jurídica, el 59.1% prefiere que la RISS se conforme entre IPS públicas e IPS privadas, situación parecida se presenta en una RISS de Cataluña España denominada Serveis de Salut Integrats Baix Empordá (SSIBE), citada en el estudio ñIntegración Asistencial de Dos Organizaciones en Cataluña, Españaò(21), conformada por tres entidades: una fundación privada, un consorcio público y una asociación de interés económico y los servicios de atención primaria y hospitalaria, sin embargo en el estudio no se menciona que esta composición hubiera tenido alguna influencia en el desempeño de la RISS.

Con relación a la pregunta sobre cuál modelo de contratación sería el que más favoreciera a la RISS para cumplir con uno de sus objetivos principales como es el garantizar la atención permanente a los usuarios, el 63.6% de los encuestados está de acuerdo en que deben tenerse en cuenta ambos tipos de contratación, capitación ajustada por riesgo y evento y un 22% consideró únicamente la capitación ajustada por riesgo. En la literatura se encuentran diferentes experiencias de otros países, así por ejemplo para el sistema de Kaiser Permanente el modelo de asignación de los recursos se da por la vía capitativa (16), mientras que en el modelo de RISS de la región de Cataluña se dan ambos sistemas de contratación (capitación y evento) (21). Algunos artículos sugieren que el modelo de pago por evento o por acto desestimula la coordinación entre los integrantes de una RISS y que en cambio el pago por capitación ajustado por riesgo fortalece el mecanismo de coordinación e integración entre los niveles asistenciales, distribuye la responsabilidad del riesgo en los prestadores y estimula la capacidad resolutiva (14, 16).

En cuanto a la consulta llevada a cabo a los participantes del estudio sobre si al conformarse una RISS en el norte antioqueño bajo un tipo de integración vertical y un modelo de capitación ajustada por riesgo, qué porcentaje de los ingresos recibidos por la RISS se deberían asignar a cada nivel de atención llamó la atención que el mayor porcentaje en promedio le fuera asignado al primer nivel, 41% por los directores locales de salud y 48% por los gerentes de los hospitales,

esto tiene seguramente relación con lo anteriormente planteado en la medida que este nivel se convierte en la puerta de entrada al sistema, y donde se garantiza la atención al mayor volumen de usuarios, presentándose por ende el mayor consumo de servicios. Este aspecto puede relacionarse en parte con lo contemplado en la ley 1122 de 2007 donde si bien no estableció los porcentajes mínimos o máximos a los que se pudiera llegar a contratar por el modelo de capitación, si definió que al menos las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado contratarían obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta por ciento (60%) de la unidad de pago por capitación. Además planteó la obligatoriedad de reglamentar este artículo de tal manera que permita la distribución adecuada de este porcentaje en los diferentes niveles de complejidad, teniendo en cuenta la diversidad de las diferentes Entidades Territoriales (22).

Frente al tema relacionado con la optimización de recursos que se lograría como uno de los beneficios importantes de las RISS, los directores locales de salud y gerentes de hospitales consideraron que la mayor optimización de recursos estaría en el talento humano para lo cual el 90% de los encuestados lo calificó con una alta y muy alta optimización, siguiendo en su orden los procesos administrativos y los procesos asistenciales con el 85% y 70% de calificación respectivamente. Al revisarse la literatura se encuentra que si bien se tienen identificados algunos aspectos o recursos que podrían optimizarse al constituirse una RISS, no le dan un peso determinado a cada una de ellos, sin embargo se consideran entre otras las siguientes actividades: compra de medicamentos, insumos, equipos y dispositivos médicos, establecimiento de mecanismos para la gestión de apoyo logístico, el mantenimiento y servicios generales que puedan llevarse a cabo de manera unificada, así mismo se plantea la posibilidad de formular políticas comunes para el desarrollo de los procesos administrativos (16).

Como se ha mencionado, uno de los principios de las RISS es la cooperación entre los integrantes para mejorar la eficiencia del sistema y con relación a si se estaba de acuerdo en garantizar un mecanismo de financiamiento a través del subsidio a la oferta a los hospitales con población de menos de 10.000 habitantes, el 72,9% de los participantes estuvo de acuerdo, este hallazgo comparte la filosofía de las RISS de estimular la cooperación entre los integrantes (14) y de garantizar el acceso a los servicios de salud, en el lugar más cercano al sitio de residencia.

Por último, en cuanto a quienes debían ser los responsables del financiamiento de las RISS, parece que los participantes consideran que esta es responsabilidad del Estado, ya que se le asignó una calificación entre alta y muy alta del 86,4% al gobierno central, seguida por la de los entes territoriales con un 72,4% en las calificaciones más altas. Este hallazgo es llamativo, pues a lo largo del estudio se vio que los participantes están interesados en la conformación de la RISS, en que

la integración favorecería la garantía de los servicios de salud a la población y contribuiría a la eficiencia del sistema, sin embargo se evidencia el interés en que cada integrante conserve su autonomía administrativa, pero a la hora del cubrir el financiamiento consideran que esta responsabilidad es del Estado, este debe ser un punto de análisis más profundo.

7. Conclusiones

1. Los problemas que afrontan en la actualidad los sistemas de salud de muchos países latinoamericanos y específicamente Colombia, no son desconocidos para los directores locales de salud y los gerentes de los hospitales de los municipios del norte antioqueño participantes en este estudio. Desde su perspectiva, el sistema de salud colombiano también afronta altos niveles de fragmentación de los servicios de salud y de segmentación institucional del sistema de salud, que a su vez han influido en baja calidad de la atención en salud, ya que la fragmentación y la segmentación no estimulan la integración y coordinación entre los actores del sistema principalmente por la implementación de modelos de contratación que no tienen en cuenta el riesgo que asumen ciertos actores del sistema, por un sistema de salud con un fundamento filosófico basado en el mercado y la libre competencia y por la descentralización de la responsabilidad de la salud de la población. Adicionalmente estas personas están de acuerdo en que la implementación de redes integradas de servicios de salud favorecería la eficacia y eficiencia de los servicios de salud, iniciativa promovida desde la Organización Mundial de la Salud y que en Colombia está soportada desde la ley 1438 de 2012.

2. La gobernanza es considerada uno de los atributos esenciales de una RISS pues es la instancia a través de la cual se establece la estructura, el direccionamiento estratégico, el funcionamiento y el control de la misma, tiene implícita la relación de autoridad y puede organizarse bajo un único órgano de gobierno para todos los integrantes de la red o un órgano de gobierno múltiple donde cada integrante de la red conserva su autonomía administrativa y personería jurídica. De acuerdo con el punto de vista de los encuestados relacionados con la gobernanza si se conformara una RISS en el norte antioqueño, puede concluirse que, en general, la mayoría de los encuestados, en primera instancia, manifestó estar a favor de un órgano de gobierno múltiple descentralizado, sin embargo cuando se indagó sobre el tipo de gobierno bajo el cual se posibilitaría más la toma de decisiones, la responsabilidad con la salud de la población asignada y la coordinación asistencial, las respuestas mostraron una tendencia en favor de un gobierno único centralizado. Adicionalmente y dado que la coordinación asistencial es fundamental para lograr el continuo asistencial, se evaluaron las principales estrategias o mecanismos que más la favorecerían, de las cuales la adaptación mutua y la normalización de procesos fueron las estrategias mejor evaluadas por los participantes.

3. Otro de los aspectos fundamentales evaluados en este estudio fue la organización si se conformara la RISS en el norte antioqueño. La organización a su vez incluye la integración y composición de la misma. Desde la perspectiva de los participantes, la mayoría prefiere una RISS con integración

vertical, es decir, que incluya todos los niveles de atención; y con relación a la naturaleza jurídica, la preferencia es por la integración virtual, es decir, que cada integrante conserve su autonomía administrativa y personería jurídicas. Según la composición de la RISS, la tendencia, de acuerdo con el tipo de actores participantes, es hacia la conformación de una RISS en la que participen prestadores de servicios de salud y aseguradores, y con relación a la naturaleza jurídica, se inclinan hacia la conformación de una RISS con la participación de IPS privadas e IPS públicas. Estos hallazgos sugieren que los participantes en el estudio se inclinan hacia una RISS más integral, que abarque no solo todos los niveles de atención, sino que involucre todos los actores del sistema, sin embargo también, permiten intuir que, aunque están de acuerdo en la integración en una RISS, no se observa interés en ceder la autonomía y personería jurídicas para conformar una sola organización con integración real.

4. Con relación al financiamiento si se conformara la RISS en el norte antioqueño, se concluye que en cuanto al modelo de contratación, la mayoría de los encuestados están a favor de modelos simultáneos como la contratación por capitación ajustada por riesgo y la contratación por evento, esto podría indicar que con un solo modelo de contratación se favorece menos el ingreso equilibrado de recursos económicos para la RISS. Adicionalmente, los participantes consideraron que los recursos que más se optimizarían si se conformara la RISS, serían el talento humano, los procesos administrativos y los procesos asistenciales, lo cual resulta coherente pues en la actualidad y dada la descentralización administrativa, cada institución debe invertir recursos en personal y en actividades asistenciales, así en muchos casos, esto genere gran capacidad ociosa. De otro lado la mayoría está de acuerdo en garantizar un mecanismo de financiamiento a través del subsidio a la oferta a los prestadores de servicios de salud de los municipios de la región que tuvieran una población inferior a 10.000 habitantes, esto podría estar motivado por la experiencia de los directores locales y gerentes de hospitales que desde sus responsabilidades han tenido que afrontar la escasez de recursos económicos pues estos en gran medida, dependen de los ingresos que perciben las instituciones según la población asignada, ya que los ingresos recibidos por la cápita, no alcanzan a cubrir todos los costos fijos de talento humano, insumos y gastos generales, requeridos para la operación mínima de dichas instituciones, pero a su vez este hallazgo reafirma el principio de cooperación entre instituciones que promueven las RISS. Por último y con relación a la responsabilidad del financiamiento de la RISS, las personas participantes en el estudio parecen dejar claro que, desde su perspectiva, esta responsabilidad es del Estado, esto es importante resaltarlo porque aunque y como ya se mencionó, están a favor de la conformación de RISS, la integración y la cooperación, hay aspectos en los que prefieren seguir conservando su individualidad como en la autonomía administrativa y personería jurídicas y

otros en los que prefieren que la responsabilidad sea asumida por otros como en el caso del financiamiento.

8. Recomendaciones

1. Al evaluar los resultados y el análisis final del cuestionario aplicado a los directores locales y gerentes de los hospitales de los municipios del norte antioqueño, consideramos prudente se evalúen opciones de construcción de micro-redes de servicios de salud entre algunos de los hospitales que integran la región del norte antioqueño, en este sentido y ante ejercicios previos de cooperación no normatizados y que a la fecha se vienen dando se propone considerar la construcción de tres microredes así:

   Micro-red N°1 constituida por los hospitales de los municipios de Belmira, San Pedro de los Milagros y Entrerrios, con la posibilidad de integrar entre ellos los servicios de ambulancia, laboratorio Clínico y Radiología.

Figura 14. Micro-red N° 1, Belmira,
San Pedro de los Milagros y Entrerrios.

Micro-red N°2 constituida por los hospitales de los municipios de Gómez Plata, Carolina del Príncipe, Guadalupe y Angostura, integrándose en los servicios de Ambulancia, laboratorio Clínico, Radiología y hospitalización.

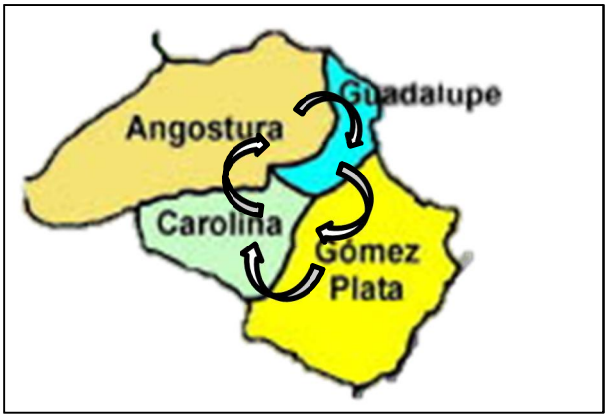

Figura 15. Micro-red N° 2, Gómez Plata, Carolina del Príncipe, Guadalupe y Angostura

Micro-red N° 3 Constituida por hospitales de los municipios de Yarumal, Santa Rosa, Don Matías y Valdivia integrándose en los servicios de Ambulancia, laboratorio Clínico, Radiología, hospitalización de segundo nivel, consulta especializada y consulta de nutrición y psicología.

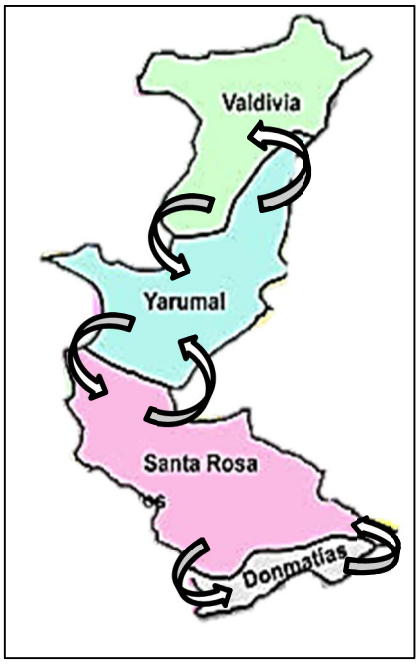

Figura 16. Micro-red N° 3, Yarumal, Santa Rosa, Don Matías y Valdivia

2. Es necesario que se pueda desarrollar un mecanismo de evaluación y análisis objetivo del funcionamiento de las RISS, que permita determinar con criterios válidos los resultados obtenidos con su implementación.

3. Se deben generar espacios de formación, capacitación, discusión e investigación en todos los actores del sistema de salud alrededor del tema de las RISS y sus aspectos fundamentales que permitan en un momento dado tomar posiciones y decisiones soportadas sobre la implementación o no de ellas.

4. El MSPS debería definir si al continuar bajo un modelo de salud basado en la competencia y el mercado, la implementación de las RISS tiene fundamento como estrategia principal para afrontar la alta fragmentación de los servicios de salud.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington (DC): OPS; 2010.

2. Velásquez Londoño LE. Relatoría del II foro de implementación de redes integradas de servicios de salud ï RISS 26 y 27 de abril de 2012. [Internet]. [Consultado 2012 mayo 18]. Disponible en: http://www.cohan.org.co/content/43/img2/relatoria.pdf.

3. Arboleda Z. JC. Redes Integradas de Servicios de Salud: antídoto contra la fragmentación. El Pulso. 2011 Mar; Sec Generales: 8.

4. Colombia. Ministerio de La Protección Social. Ley 1438 de 2011, enero 19, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 2011

5. Muñoz Paredes CF. Redes Integradas de Servicios de Salud ï RISS. [Internet]. [Consultado 2012 mayo 18]. Disponible en: http://consultorsalud-news.blogspot.com/2011/05/redes-integradas-de-servicios-de-salud.html.

6. Organización Mundial de la Salud. Sistemas de salud. [Internet] [Consultado 2012 junio 15]. Disponible en: http://www.who.int/topics/health-systems/es/.

7. García Fariñas A., García Rodríguez J F, Rodríguez León G A, Gálvez González A M. ¿Constituye la integración en redes de servicios una estrategia para elevar la eficiencia de los sistemas de salud? Salud en Tabasco. 2011; 17(3): 71-76.

8. Morales Eraso N. Las Redes Integradas de Servicios de Salud: una propuesta en construcción. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Documentos de investigación. Bogotá: Universidad del Rosario. 2011 Ago; (14): 35.

9. López Puig P, Alonso Carbonell L, García Milian A J, Serrano Patten A C, Ramírez León L B. Metodología para la caracterización de una red de servicios de salud y su aplicación en el contexto ecuatoriano. Rev. cuba. salud pública. 2011; 37(2): 122-130.

10. Colombia. Ministerio de Salud. Ley 100 de 1993, diciembre 23, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 1993.

11. Céspedes Londoño JE, Jaramillo Pérez I, Castaño Yepes RA. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. Cad. Saúde Pública. 2002; 18(4): 1003-1024.

12. Agudelo Calderón CA, Cardona Botero J, Ortega Bolaños J, Robledo Martínez R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(6): 2817-2828.

13. Organización Mundial de la Salud. Equidad en salud. [Internet]. [Consultado 2012 junio 15]. Disponible en: http://new.paho.org/mex/index.php?option=com_content&task=view&id=215

14. Vásquez Navarrete M, Vargas Lorenzo I, Farré Calpe J, Terraza Núñez R. Organizaciones Sanitarias Integradas: una guía para el análisis. Rev Esp Salud Pública. 2005 Nov-Dic; 79. (6): 633-643.

15. Secretaría Seccional de Salud de Antioquia. Plan de Desarrollo de Antioquia: 2012 ï 2015. [Internet]. [Consultado 2012 junio 15]. Disponible en: http://www.antioquia.gov.co/index.php/component/content/article/228/7546-este-es-nuestro-plan-de-desarrollo.

16. Cooperativa de Hospitales de Antioquia, Asociación de Empresas Sociales del Estado. Redes Integradas de Servicios de Salud: una aproximación desde antioquia. COHAN; 2012.

17. López Puig P, Alonso Carbonell L, García Milián AJ, Fernández Díaz E. Presencia de los atributos para la integración de las redes de servicios de salud. Rev. cuba. med. gen. integr. 2009; 25(4): 86-97.

18. Báscolo E. Gobernanza de las organizaciones de salud basados en atención primaria de salud. Rev. Salud pública. 2010; 12 sup (1): 8-27.

19. Arredondo A, Damián T, De Icaza E. Una Aproximación al estudio de costos de los servicios de Salud en México. Salud Pública Méx. 1995; 37(5):437-445.

20. Arredondo A, Damián T. Costos económicos en la producción de servicios de salud: del costo de los insumos al costo de manejo de caso. Salud Pública Méx. 1997 mar.-abr; 39(2):117-24.

21. Henao Martínez D, Vásquez Navarrete M., Vargas Lorenzo I, Coderch Lassaletta J, Llopart López J R. Integración Asistencial de Dos Organizaciones en Cataluña, España. Rev. Salud pública. 10 (1): 33-48, 2008.

22. Colombia. Ministerio de Salud y Protección. Ley 1122 de 2007, enero 9, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 2007.

23. Aguilar FL. Gobernanza: El nuevo proceso de gobernar. México: Fundación Friedrich Naumann para la Libertad; 2010.

24. Prats i Catala J. La Construcción Social de la Gobernanza. En: Prats i Catala J, Vidal Beltrán JM. Gobernanza: diálogo euro-iberoamericano sobre el buen gobierno. Editorial Constitución y Leyes, COLEX; 2005. 21 ï 78.

Anexos

Anexo 1: Cuestionario

Gobernanza, Organización y Financiamiento para una Red Integrada de Servicios de Salud en el Norte Antioqueño: Conceptos de Potenciales Involucrados. 2013

Formulario N°____ Hospital/Dirección Local de Salud _____

Nivel de complejidad: Alta __ Mediana __ Baja__ Municipio _____

Director Local ____ Gerente ____

Considera usted que en el actual sistema de salud:

1. La fragmentación de los servicios de salud (entendida como ña falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de servicios e infraestructura, capacidad instalada ociosa, servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarioso) es:

   a. Alta
   b. Mediana
   c. Baja
   d. No sabe no responde

2. La segmentación institucional del sistema de salud (entendida como ñSistemas de salud caracterizados por la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos óespecializadoô en diferentes estratos de la población de acuerdo a su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago, y posición socialeso) es:

   a. Alta
   b. Mediana
   c. Baja
   d. No sabe no responde

3. La calidad de la atención (entendida como ña provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuarioo) es :

   a. Buena
   b. Regular
   c. Mala
   d. No sabe no responde

Bajo el modelo de organización actual del Sistema General de Seguridad Social en Salud, considera usted que:

4. La Coordinación asistencial (entendida como todas aquellas acciones que se establecen entre los integrantes de la red para facilitar los procesos de prestación de servicios que favorezcan a su vez la continuidad de la atención en salud) entre los diferentes actores se presenta:

   a. Siempre
   b. Casi siempre
   c. Casi nunca
   d. Nunca
   e. No sabe no ï No responde

5. Existe integración (Entendida como la articulación de las instituciones, para integrar la planeación, el entrenamiento, la toma de decisiones, los sistemas de información, la entrega adecuada de servicios, el monitoreo y la retroalimentación, con el compromiso de coordinarse apropiadamente y garantizar el continuo asistencial a los usuarios) de los servicios de salud de forma:

   a. Total
   b. Parcial
   c. No existe
   d. No sabe-No responde

6. Si usted considera que en actual modelo de seguridad social en salud se presentan dificultades entre los diferentes actores para la integración, la coordinación y para la dispensación de los servicios de salud, que a su vez influyen en la continuidad y calidad de la atención, pondere según su concepto el peso que cada uno de los siguientes aspectos puede tener en ello (Siendo 1 el que menor peso tiene y 5 el que más peso tiene):

   a. Ausencia de normas claras y específicas que regulen y obliguen a favorecer la integración y coordinación: 1 2 3 4 5
   b. Delimitación marcada de las funciones de cada actor que solo obligan a interesarse por su desempeño específico: 1 2 3 4 5
   c. Filosofía del modelo de salud orientado al mercado de libre competencia entre los actores: 1 2 3 4 5
   d. Modelos de contratación que no consultan el riesgo que asumen los actores: 1 2 3 4 5
   e. El grado de descentralización de la responsabilidad de la salud de la población: 1 2 3 4 5

7. Considera usted que la prestación de servicios de salud podría ser más eficaz, eficiente y efectiva bajo un sistema de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS):

   a. Completamente de acuerdo
   b. Parcialmente de acuerdo
   c. Completamente en desacuerdo

   Por qué?
   _____
   _____
   _____

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA GOBERNANZA

8. Uno de los objetivos fundamentales de las RISS consiste en lograr la integración de los servicios de salud y la coordinación asistencial que faciliten el continuo asistencial de la población, entre otros beneficios. Un aspecto decisivo para lograr la integración y la coordinación es contar con un sistema de gobierno que dirija la RISS hacia dichos objetivos. ¿Cuál cree que sería el sistema de gobierno que favorecería más la integración y coordinación si se conformara una RISS en el norte antioqueño?

   a. Gobierno único centralizado que gobierne para todos los integrantes de la RISS y bajo una sola personería jurídica
   b. Gobierno múltiple descentralizado donde cada integrante de la red conserva su autonomía jurídica y administrativa
   c. Otro, Cuál? _____

   Sustente su respuesta:
   _____
   _____
   _____

9. Una de las responsabilidades más importantes del gobierno de una RISS tiene que ver con la toma de decisiones, de acuerdo con esto, qué tanto se posibilitaría la toma de decisiones si se conformara la RISS en el norte antioqueño bajo:

a. Un gobierno único:
    i. Altamente posible
    ii. Medianamente posible
    iii. Poco Posible
    iv. Nada posible
b. Un gobierno múltiple:
    i. Altamente posible
    ii. Medianamente posible
    iii. Poco Posible
    iv. Nada posible

Sustente su respuesta:

_____
_____
_____

10. La responsabilidad con la prestación de los servicios de salud de manera continua y los resultados en salud de la población a cargo, es otra de las principales funciones del sistema de gobierno de la RISS, de acuerdo con esto, dicha responsabilidad, si se conformara la RISS en el norte antioqueño, sería más viable asumirla bajo:

    a. Un gobierno único:
        i. Altamente viable
        ii. Medianamente viable
        iii. Poco viable
        iv. Nada viable
    b. Un gobierno múltiple:
        i. Altamente viable
        ii. Medianamente viable
        iii. Poco viable
        iv. Nada viable

    Sustente su respuesta:

    _____
    _____
    _____

11. La coordinación como se mencionó, es un aspecto fundamental dentro de las RISS y esta se entiende como todas aquellas acciones que se establecen entre los integrantes de la red para facilitar los procesos de prestación de servicios que favorezcan a su vez la continuidad de la atención en salud. El gobierno de la RISS debe favorecer la coordinación dentro de dicha red, de acuerdo con esto, la coordinación se favorecería más, si se conformara la RISS en el norte antioqueño bajo:

    a. Un gobierno único:
        i. Altamente favorable
        ii. Medianamente favorable
        iii. Poco favorable
        iv. Nada favorable
    b. Un gobierno múltiple:
        i. Altamente favorable
        ii. Medianamente favorable
        iii. Poco favorable
        iv. Nada favorable

    Sustente su respuesta:

    _____
    _____
    _____

12. Para lograr la coordinación el gobierno de la RISS puede emplear diferentes mecanismos o estrategias. A continuación encontrará algunas estrategias que pueden favorecer la coordinación en la RISS, para cada

una de ellas califique de 1 a 5 (siendo uno el menor y 5 el mayor) según el peso que usted considere tendría para favorecer más la coordinación si se conformara la RISS en el norte antioqueño:

a. Normalización de procesos y habilidades establecida por el gobierno (El gobierno de la RISS es quien establece los procesos, define y ejecuta la estandarización de los mismos para todos los integrantes de la red): 1 2 3 4 5

b. Asignación de incentivos (Se asignan incentivos de diferente índole a los integrantes de la red para lograr el cumplimiento de los procesos que contribuyan a la coordinación al interior de la red): 1 2 3 4 5

c. Adaptación mutua (Las actividades, procesos y normas para lograr la coordinación se construye colectivamente entre los integrantes de la RISS): 1 2 3 4 5

Sustente su respuesta:

_____
_____
_____

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ORGANIZACIÓN

Una de las estrategias para hacer viables las RISS es la "organización", que contempla los modos **de integración y composición** de las mismas. De acuerdo con esto y según su concepto, la coordinación y el continuo asistencial a la población de influencia se favorecerían más si se conformara la RISS en el norte antioqueño si:

13. Si la integración, según los niveles asistenciales que involucra es:
    a. Integración vertical (la RISS integra diferentes niveles asistenciales: baja, mediana, alta complejidad)
    b. Integración horizontal (la RISS integra instituciones del mismo nivel asistencial o complejidad)

14. Si la integración, según la naturaleza jurídica bajo la cual se conforma la RISS es:
    a. Integración real o total (las instituciones que la conforman ceden su naturaleza jurídica)
    b. Integración virtual (las instituciones que conforman la RISS conservan la autonomía y personería jurídica)

Sustente su respuesta:

_____
_____
_____

15. Si la composición, según los actores que participan, se da:
    a. Solo entre prestadores de servicios de salud
    b. Por prestadores de servicios de salud y aseguradores

16. Si la composición, según las naturaleza jurídica de quienes las conforman, se da:
    a. Solo por IPS públicas
    b. Por IPS públicas e IPS privadas

Sustente su respuesta:

_____
_____
_____

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL FINANCIAMIENTO

17. Otro de los aspectos fundamentales para asegurar la sostenibilidad de la RISS y cumplir a su vez con los objetivos de la misma como es la integración y coordinación para asegurar el continuo asistencial a la población, es el aspecto financiero, el cual en gran medida tiene que ver con el modelo de contratación entre

prestadores y aseguradores. De acuerdo con esto, en su concepto, cuál sería el modelo de contratación más favorable si se conformara la RISS en el norte antioqueño:

a. Solo capitación ajustada por riesgo
b. Solo por evento
c. Ambos
d. Otra, Cuál?_____

Sustente su respuesta:

_____
_____
_____

18. Si se conforma una RISS en el norte antioqueño con integración vertical (participación de prestadores de servicios de salud de todos los niveles de atención) y el modelo de contratación se realizara por capitación ajustada por riesgo, cuál sería, en su concepto la distribución porcentual del ingreso para cada uno de esos niveles de atención:

a. Primer nivel: _____%
b. Segundo nivel: _____%
c. Tercer nivel: _____%
d. Cuarto nivel _____%

Sustente su respuesta:

_____
_____
_____

19. Uno de los beneficios de las RISS es la posibilidad de optimización de recursos que contribuyen a la sostenibilidad financiera de sus integrantes, de acuerdo con esto, califique de 1 a 5 para cada uno de los siguientes recursos, según considere se podría optimizar más si se conformara una RISS en el norte antioqueño, siendo 1 la menor optimización y 5 la máxima optimización:

a. Talento humano: 1 2 3 4 5
b. Medicamentos y dispositivos médicos: 1 2 3 4 5
c. Equipos médicos: 1 2 3 4 5
d. Infraestructura: 1 2 3 4 5
e. Procesos asistenciales: 1 2 3 4 5
f. Procesos administrativos: 1 2 3 4 5

Sustente su respuesta:

_____
_____
_____

20. La cooperación entre sus integrantes, es otro de los principios de las RISS, de acuerdo con este concepto, estaría usted de acuerdo que se garantice un mecanismo de financiamiento a través del subsidio a la oferta a los prestadores de municipios participantes en la conformación de una RISS en el norte antioqueño, que tengan una población de menos de 10.000 habitantes?

a. Totalmente de acuerdo
b. Parcialmente de acuerdo
c. Totalmente en desacuerdo
d. No sabe, no responde

Sustente su respuesta:

_____
_____
_____

21. En su concepto, si se conformara una RISS en el norte antioqueño, el financiamiento de ésta debería estar a cargo de (califique de 0 a 5 el peso que usted le daría a cada actor según su opinión acerca de cuál debe ser su responsabilidad en el financiamiento de la RISS, siendo 0 no tener responsabilidad y 5 la mayor responsabilidad):

a.	El gobierno central	0 1 2 3 4 5
b.	Entes territoriales	0 1 2 3 4 5
c.	Aseguradores	0 1 2 3 4 5
d.	Prestadores	0 1 2 3 4 5

Sustente su respuesta:

_____
_____
_____

Anexo 2: Operacionalización de variables

Variable	Definición operativa	Nivel de medición	Categorías
Fragmentación de los servicios de salud	Se refiere a ñla falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de servicios e infraestructura, capacidad instalada ociosa, servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuariosò	Ordinal	a. Alta b. Mediana c. Baja d. No sabe, no responde
Segmentación institucional del sistema de salud	Se refiere a ñsistemas de salud caracterizados por la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos éespecializadoò en diferentes estratos de la población de acuerdo a su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago, y posición socialesò	Ordinal	a. Alta b. Mediana c. Baja d. No sabe, no responde
Calidad de la atención	Es ñla provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuarioò	Ordinal	a. Buena b. Regular c. Mala d. No sabe, no responde
Coordinación asistencial	Se entiende como todas aquellas acciones que se establecen entre los integrantes de la red para facilitar los procesos de prestación de servicios que favorezcan a su vez la continuidad de la atención en salud	Ordinal	a. Siempre b. Casi siempre c. Casi nunca d. Nunca e. No sabe, no responde
Integración	Entendida como la articulación de las instituciones, para integrar la planeación, el entrenamiento, la toma de decisiones, los sistemas de información, la entrega adecuada de servicios, el monitoreo y la retroalimentación, con el compromiso de coordinarse apropiadamente y garantizar el continuo asistencial a los usuarios	Ordinal	a. Total b. Parcial c. No existe d. No sabe, no responde
Aspectos que influencian la integración y coordinación	Calificación que los encuestados dan a diferentes aspectos según influencia sobre los problemas para la	Nominal/ Razón	Calificación de 1 a 5 (1 es la peor calificación, 5 mejor calificación)

	integración, la coordinación y dispensación de los servicios de salud que a su vez influyen en la continuidad y calidad de la atención		
Eficacia y eficiencia de Redes integradas de servicios de salud	Se refiere a la perspectiva de los encuestados con relación a si están de acuerdo en que la prestación de servicios de salud podría ser más eficaz y eficiente bajo un sistema de redes integradas de servicios de salud	Ordinal	a. Completamente de acuerdo b. Parcialmente de acuerdo c. Completamente en desacuerdo
Tipo de gobierno	Perspectivas acerca de cuál tipo de gobierno facilitaría más la integración de los servicios de salud y la integración asistencial si se conformara una RISS en el norte antioqueño	Nominal	a. Gobierno único centralizado que gobierne para todos los integrantes de la RISS y bajo una sola personería jurídica b. Gobierno múltiple descentralizado donde cada integrante de la red conserva su autonomía jurídica y administrativa c. Otro, Cuál?
Toma de decisiones del gobierno	Perspectivas acerca de qué tanto se posibilitaría la toma de decisiones si se conformara la RISS en el norte antioqueño bajo según el tipo de gobierno	Nominal/ Ordinal	a. Un gobierno único: i. Altamente posible ii. Medianamente posible iii. Poco Posible iv. Nada posible b. Un gobierno múltiple: i. Altamente posible ii. Medianamente posible iii. Poco Posible iv. Nada posible
Responsabilidad del gobierno con la población	Perspectivas acerca de qué tan viable sería la responsabilidad con la prestación de servicios de salud y con los resultados de salud de la población a cargo según el tipo de gobierno si se conformara una RISS en el norte antioqueño	Nominal/ Ordinal	a. Un gobierno único: i. Altamente viable ii. Medianamente viable iii. Poco viable iv. Nada viable b. Un gobierno múltiple: i. Altamente viable ii. Medianamente viable

			iii. Poco viable iv. Nada viable
Tipo de gobierno y coordinación	Perspectivas acerca de qué tanto se favorecería la coordinación si se conformara una RISS en el norte antioqueño según el tipo de gobierno	Nominal/ Ordinal	a. Un gobierno único: i. Altamente favorable ii. Medianamente favorable iii. Poco favorable iv. Nada favorable b. Un gobierno múltiple: i. Altamente favorable ii. Medianamente favorable iii. Poco favorable iv. Nada favorable
Mecanismos de coordinación	Calificación que los encuestados pueden dar a las diferentes estrategias que pueden favorecer la coordinación si se conformara una RISS en el norte antioqueño	Nominal/ Razón	a. Normalización de procesos y habilidades establecida por el gobierno (El gobierno de la RISS es quien establece los procesos, define y ejecuta la estandarización de los mismos para todos los integrantes de la red) b. Asignación de incentivos (Se asignan incentivos de diferente índole a los integrantes de la red para lograr el cumplimiento de los procesos que contribuyan a la coordinación al interior de la red) c. Adaptación mutua (Las actividades, procesos y normas para lograr la coordinación se construye colectivamente entre los integrantes de la RISS)
Integración y niveles de atención	Se refiere a los conceptos de los participantes sobre qué tanto se favorecería la coordinación y el continuo	Nominal	a. Integración vertical (la RISS integra diferentes niveles

	asistencial a la población según el tipo de integración de acuerdo con los niveles de atención si se conformara una RISS en el norte antioqueño		asistenciales: baja, mediana, alta complejidad) b. Integración horizontal (la RISS integra instituciones del mismo nivel asistencial o complejidad)
Integración y naturaleza jurídica	Se refiere a los conceptos de los participantes sobre qué tanto se favorecería la coordinación y el continuo asistencial a la población según el tipo de integración de acuerdo con la naturaleza jurídica si se conformara una RISS en el norte antioqueño	Nominal	a. Integración real o total (las instituciones que la conforman ceden su naturaleza jurídica) b. Integración virtual (las instituciones que conforman la RISS conservan la autonomía y personería jurídica)
Composición y actores participantes	Se refiere a los conceptos de los participantes sobre qué tanto se favorecería la coordinación y el continuo asistencial a la población según el tipo de composición de la RISS de acuerdo con los actores que participen	Nominal	a. Solo entre prestadores de servicios de salud b. Por prestadores de servicios de salud y aseguradores
Composición y naturaleza jurídica	Se refiere a los conceptos de los participantes sobre qué tanto se favorecería la coordinación y el continuo asistencial a la población según el tipo de composición de la RISS de acuerdo con la naturaleza jurídica	Nominal	a. Solo por IPS públicas b. Por IPS públicas e IPS privadas
Modelo de contratación	Perspectivas acerca de cuál sería el modelo de contratación más favorable para contribuir a la sostenibilidad financiera de la RISS si se conformara la RISS en el norte antioqueño	Nominal	a. Solo capitación ajustada por riesgo b. Solo por evento c. Ambas d. Otra, cuál
Distribución porcentual del ingreso y niveles de atención	Concepto de los participantes acerca del porcentaje del ingreso económico que asignaría a cada nivel de atención si se conformara una RISS en el norte antioqueño y esta fuera bajo una integración vertical y con un modelo de contratación por capitación ajustada por riesgo	Razón	Porcentaje asignado según nivel de atención
Optimización de recursos	Calificaciones que los encuestados darían a los recursos según grado de optimización que se daría si se conformara una RISS en el norte antioqueño	Nominal/ Razón	Calificación de 1 a 5 (1 menor optimización, 5 mayor optimización)

Cooperación con hospitales pequeños	Perspectiva de los encuestados acerca si estarían de acuerdo en garantizar un mecanismo de financiamiento a través del subsidio a la oferta a los prestadores de municipios participantes en la conformación de una RISS en el norte antioqueño, que tengan una población de menos de 10.000 habitantes	Ordinal	a. Totalmente de acuerdo b. Parcialmente de acuerdo c. Totalmente en desacuerdo d. No sabe, no responde
Responsabilidad del financiamiento	Calificación que asignarían los encuestados a diferentes actores según el grado de responsabilidad que tendrían con el financiamiento de la RISS si ésta se conformara en el norte antioqueño	Nominal/ Razón	Calificación de 1 a 5 (1 nada a cargo, 5 muy a cargo)