

## Introducción

María Luisa Vázquez Navarrete  
Ingrid Vargas Lorenzo  
Amparo Susana Mogollón-Pérez  
Maria Rejane Ferreira da Silva  
Jean-Pierre Unger  
Pierre de Paepe  
(eds.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L., VARGAS LORENZO, I., MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S., SILVA, M. R. F., UNGER, J. P., and PAEPE, P., eds. Introducción. In: *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil*. Un estudio de casos. [online]. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2018, pp. xxix-xxxii. Textos de Medicina y Ciencias de la Salud Collection. ISBN: 978-958-738-812-1. Available from:  
<https://books.scielo.org/id/xbqty/pdf/vazquez-9789587388121-06.pdf>.  
<https://doi.org/10.12804/tm9789587388121>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

## Introducción

La inequidad e ineficiencia siguen constituyendo problemas centrales de los sistemas de salud latinoamericanos tres décadas después del inicio de los programas de ajuste estructural y de las reformas sectoriales de los noventa. A mediados de la segunda década del siglo XXI, el gasto público en salud como porcentaje del producto interno bruto no se ha incrementado significativamente y el gasto privado se sitúa entre los más elevados (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2013; Titelman et al., 2015). A pesar de la mejora de algunos de los indicadores de salud a nivel regional, las desigualdades en salud persisten y se evidencian diferencias en las oportunidades de acceso y utilización de los servicios de salud. Factores relacionados con el nivel socioeconómico, área geográfica, género, etnia y edad contribuyen a la mayor afectación de algunos subgrupos poblacionales (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2006b; Vásquez et al., 2013; Barraza-Llorens et al., 2013; Macinko & Lima-Costa, 2012).

Con el objetivo declarado de mejorar la equidad y la eficiencia, muchos países en Latinoamérica llevaron a cabo reformas de sus estructuras financieras y de provisión de la atención en las dos últimas décadas. Estas reformas incluían propuestas para un uso más eficiente de los recursos basadas en la introducción de mecanismos de mercado y el fortalecimiento de la capacidad institucional en los sistemas de salud por medio de la descentralización de la responsabilidad, de la gestión de los servicios y la introducción de distintas formas de organización en el sector (World Health Organization, 1996; 2000). Las agendas de reforma del sector salud en estos países, basadas en el 'nuevo paradigma' para reorganizar los sistemas de salud, estaban permeadas por ideas neoliberales (Homedes, 2005).

La investigación, parte de cuyos resultados se presentan aquí, se centra en uno de los componentes de las reformas introducidos en Latinoamérica (Medici, 1997; Organización Panamericana de la Salud, 2009, 2010), las redes integradas de servicios de salud (RISS) —también denominadas, sistemas integrados de servicios de salud u organizaciones sanitarias integradas— (Shortell, 1994; Vázquez et al., 2009a). Las RISS se definen como un conjunto servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones a una población determinada y que se responsabilizan de los costes y resultados en salud de la población (Shortell, 1994). Dependiendo del contexto, se diferencian dos tipos de redes integradas de servicios de salud: a) basadas en la afiliación geográfica y b) de afiliación voluntaria. Las primeras surgen cuando hay una devolución de la gestión de los servicios de salud del gobierno central a un nivel inferior de gobierno, que puede ser una autoridad de salud regional, un municipio, etc. Se caracteriza por contar con una población definida geográficamente y, en general, por formar parte de un sistema nacional de salud. El segundo tipo se creó en países que han establecido un mercado para la gestión del aseguramiento de la salud (modelos de competencia gestionada) en los cuales la población debe afiliarse a aseguradoras que compiten entre sí y que cubren un paquete de prestaciones básicas a cambio de una asignación *per capita* (Beck, 1998; Jaramillo-Pérez, 1999).

Las RISS deben cumplir seis criterios de calidad (Vázquez et al., 2009a): 1) no presentar brechas funcionales, es decir, la red tiene que ser capaz de solucionar la mayoría de los problemas de salud; 2) no debe haber superposición funcional entre niveles (principio de especificidad), con algunas excepciones, como que las funciones del hospital básico también sean realizadas por el hospital regional; 3) los pacientes deben ser atendidos en el nivel más adecuado para su problema, es decir, no deben existir barreras en la trayectoria de los pacientes en el sistema (estructurales u organizativas). El primer nivel de atención debe actuar como puerta de entrada y filtro del sistema y ser capaz de resolver satisfactoriamente la mayoría de los problemas de salud (80 %); deben existir incentivos para que los proveedores que conforman la red colaboren entre sí; 4) la información debe acompañar al paciente en su paso por los distintos niveles asistenciales; 5) la tecnología debe estar descentralizada en el nivel más adecuado de acuerdo con los principios de eficiencia y efectividad.

Los sistemas de salud de Colombia y Brasil, aquí analizados, son diferentes —un sistema de seguridad social basado en la competencia gestionada, en el primer caso, y un sistema nacional de salud descentralizado, en el segundo—, pero comparten sus principios declarados. Además, ambos han introducido políticas para promover la creación de redes integradas de servicios de salud —de afiliación voluntaria, en Colombia, y geográfica, en Brasil— como una forma de organizar los servicios de salud con el objetivo de mejorar la equidad en el acceso y la eficiencia.

En este libro se presenta una parte de los resultados del proyecto de investigación “Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil (Equity-LA)”. Se trata de un proyecto internacional, financiado por el Séptimo Programa Marco de la Unión Europea y desarrollado entre 2009 y 2013, por instituciones de salud y académicas de cuatro países: el Consorci de Salut i Social de Catalunya (España), que también lo lideró; el Prins Leopold Instituut voor Tropische Geneeskunde (Bélgica), el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario (Colombia) y la Universidade de Pernambuco, el Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães y el Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Brasil).

La investigación se diseñó con el propósito de mejorar la comprensión sobre el impacto de la implementación de las redes integradas de servicios de salud sobre el acceso, la coordinación, la eficiencia y la equidad de acceso, en diferentes contextos de Latinoamérica. El estudio proporcionó resultados pero también nuevas preguntas, que dieron lugar a un nuevo proyecto Equity LA II ([www.equity-la.eu](http://www.equity-la.eu)) financiado por la Unión Europea, actualmente en desarrollo, que profundiza en sus resultados y amplía el análisis a cuatro países más de América Latina: Argentina, Chile, México y Uruguay.

Los análisis expuestos en esta obra se refieren a los aspectos de acceso, coordinación, continuidad y calidad de la atención en las redes de servicios de salud, que se examinan mediante un estudio de casos, basado en investigaciones cualitativas y cuantitativas, cuyos datos se recogieron entre 2009 y 2012.

El libro se organiza en tres grandes bloques. En el primero, se presenta el marco conceptual para el análisis del desempeño de las RISS en relación con sus objetivos intermedios (acceso, coordinación, continuidad de la

atención) y finales (equidad de acceso y eficiencia en la provisión), los objetivos y diseño del estudio. El segundo bloque consta de dos partes bien diferenciadas, una correspondiente a Colombia y la otra a Brasil, donde se describen los resultados en relación con el acceso y la coordinación de la atención en las redes de servicios de salud analizadas desde el punto de vista de los actores principales y el análisis de desempeño en cuanto a la coordinación y calidad de la atención, a partir de la revisión de registros clínicos de los servicios de salud. En el tercero, se hace una comparación de los resultados entre países, para finalizar con algunas conclusiones y recomendaciones. Se incluyen algunos de los instrumentos utilizados como muestra en el anexo, así como el listado de otras publicaciones generadas por el estudio.