

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA**  
**UNAN MANAGUA**  
**RECINTO UNIVERSITARIO “RUBEN DARIO”**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**Tesis para optar al título de Especialista en Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología**

**Evaluación del desarrollo de la Red Integrada de Servicios de Salud en el municipio San José de Bocay. Enero 2016 – Diciembre 2018.**

Autor:

Dr. Michael Andrés Palacios Carvajal  
Doctor en Medicina y Cirugía

Tutora y Asesora Metodológica:  
Dra. María Auxiliadora Duarte Poveda  
Doctora en Medicina y Cirugía  
Máster en Salud Pública

Jinotega, Marzo 2019

## DEDICATORIA

Dedico esta tesis:

- A Dios todopoderoso, por brindarme la oportunidad en la vida de alcanzar un logro más en mis metas.
- A mi esposa Enma Blandón por el apoyo incondicional y comprensión, durante estos años de preparación.
- A mi hijo Michael, quien ha inspirado el motor que impulsa mis deseos de superación.

Dr. Michael Andrés Palacios Carvajal.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a:

- Dios por brindarme la sabiduría y energía en mi camino de servicio al prójimo.
- Mi tutora, Dra. María Auxiliadora Duarte Póveda, por dedicar su valioso tiempo y asesoría técnica en este trabajo.
- Los trabajadores de la salud del Departamento de Jinotega, quienes me facilitaron que germinara la semilla de la labor gerencial en mi carrera profesional.

Dr. Michael Andrés Palacios Carvajal.

## **Opinión del Tutor**

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, a través del miisterio del poder ciudadano para la salud, ha implementado el Modelo de salud Familiar y comunitario, mismo que hace efectivo el derecho ciudadano a la salud con equidad en el que se contribuye a reducir las iniquidades existentes, mejorar las condiciones de vida de la población nicaragüense y el desarrollo del país. Con el avance de todas estas acciones del modelo y la visión de la integración de todos los elementos parte del sistema de salud, se ha realizado pertinentemente para el sistema de salud de Jinotega la valoración de los avances en este modelo.

La investigación "**Evaluación del desarrollo de la red integrada de servicios de salud, en el municipio San José de Bocay. Enero 2016 a diciembre 2018**", nos muestra como conocimiento los ámbitos que se deben reforzar en este proceso de gestión de salud, identifica los retos a franquear, los logros alcanzados y como mejorar la integración universal de la red, para una efectiva ejecución de la política de salud, familia y comunidad. Considero que estos dos hallazgos dan pautas importantes al sistema de salud a fin de mejorar sustancialmente las necesidades de salud y manejo integral de los problemas de salud, con enfoque preventivo.

**Dra. María Auxiliadora Duarte Poveda**

**Máster Salud Pública**

**Tutora**

## RESUMEN

El presente estudio tiene por objetivo evaluar el desarrollo de la Red Integrada de Servicios de Salud en el municipio de San José de Bocay. Para su evaluación se utilizó la Matriz de Evaluación de la Organización Panamericana de la Salud, la cuál evalúa 4 Ámbitos y 14 Atributos, cada uno se estructuró en base a 4 categorías definidas para el nivel de desarrollo alcanzado, así mismo se establecieron 3 categorías para el nivel de integración de la red de salud municipal. En su desarrollo se aplicó la Matriz diseñada en excel a 30 elementos que constituyen la red de salud municipal, encontrando que el ámbito 1: Planificación y Estrategia alcanzó un nivel integrado, al igual que los atributos: Planificación (1), Primer Nivel de Atención (10), Población y Territorio (8). La red de servicios de salud municipal resultó en un nivel parcialmente integrado en los 4 ámbitos evaluados. Se recomendó diseñar e implementar una herramienta estratégica para el seguimiento continuo de la red integrada de salud y fortalecer los ámbitos y atributos de la red de salud que están en proceso de desarrollo.

**Palabras claves:** Red Integrada de Servicio de Salud municipal, Nivel de Desarrollo, Nivel de Integración, Ámbito y Atributo.

## Índice

I. Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	3
III. Justificación.....	8
IV. Planteamiento del Problema.....	9
V. Objetivos.....	10
VI. Marco Conceptual.....	11
VII. Diseño Metodológico.....	29
VIII. Resultados.....	34
IX. Discusión.....	37
X. Conclusiones.....	43
XI. Recomendaciones.....	44
XII. Referencias Bibliográficas.....	45
XIII. Anexos.....	48

## I. Introducción

La Política Nacional de Salud de Nicaragua está encaminada para armonizar la actuación de las instituciones y organizaciones públicas y privadas que inciden en la salud, creando mecanismos efectivos de articulación, bajo el liderazgo y rectoría del Ministerio de Salud (GRUN, 2008); en la implementación el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, que hace efectivo el derecho ciudadano a la salud con equidad, a fin de mejorar las condiciones de vida de la población nicaragüense y el desarrollo del país, así como de la salud familiar y comunitaria en los sectores a través de la promoción y prevención en salud (MINSAL, 2007); con la organización de la red de servicios de salud contribuye a que la sociedad nicaragüense resuelva en forma eficaz y eficiente la atención a sus problemas de salud. (MINSAL, 2008)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la Atención Primaria en Salud (APS), contribuyendo a hacer realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria; y la acción intersectorial. (OPS, 2010)

Nicaragua ha venido realizando esfuerzos por organizar su sistema de salud sobre la base de la filosofía de APS, que responda al Modelo de Salud, por lo que se ha venido avanzando en la articulación de los servicios de salud, encaminándose hacia una verdadera integración de los mismos, aspirando a relacionarlos en redes. Basándose en la experiencia desarrollada como país, en el programa de Redes Integradas en Salud, en el año 2016 se diseñó un documento guía, que sirve de referencia para implementarse a nivel nacional; su implementación está dirigida a fortalecer el sistema de salud de Nicaragua (MINSAL, 2016); por lo anterior, este trabajo pretende evaluar el desarrollo alcanzado por la red de

servicios de salud del municipio de San José de Bocay; a la luz del enfoque de redes integradas de salud, que toma como punto de partida los atributos esenciales de una red integrada de servicios de salud establecidos por la Organización Panamericana de la Salud, para ello se utilizó como instrumento la Matriz de Calificación de desarrollo de la RISS, diseñada por la OPS.

## II. Antecedentes

Varios de los países de la Región llevan años diseñando e implementando modelos de atención en salud más equitativos e integrales, inspirados por la Declaración de Alma-Ata de 1978, la cual en su artículo VII sostiene que la Atención Primaria de Salud (APS) “debe mantenerse mediante un sistema integrado, funcional y de sistemas de referencia que se apoyen mutuamente, conduciendo al mejoramiento progresivo y comprensivo de la atención sanitaria integral para todos y asignando prioridad a los más necesitados” (WHO, 1978, p.5).

En el año 2005 fue nuevamente ratificado por los Estados Miembros de OPS, como parte del proceso de renovación de la APS en las Américas, donde el artículo III de la Declaración de Montevideo, dice: “ los modelos de atención de salud deben...fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención” (OPS/OMS, 2005, p.3).

En junio de 2007, La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, en su párrafo 49, señala la necesidad de “fortalecer los sistemas de referencia y contrareferencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de facilitar la prestación de servicios comprensivos y oportunos” (Ministros de Salud de las Américas, 2007).

El Consenso de Iquique, logrado en la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, señala en su párrafo 6 “la necesidad de desarrollar redes de servicios de salud basadas en APS, de financiamiento público y cobertura universal, dada su capacidad de aminorar los efectos de la segmentación y la fragmentación, articulándose con el conjunto de las redes sociales” (Ministerio de Salud de Chile, 2007, p.3).

Más recientemente, la Asamblea Mundial de Salud de la OMS aprobó la Resolución WHA62.12 sobre APS, incluyendo el fortalecimiento de los sistemas de salud, la cual en su punto 1.3 sobre modelos de atención señala “....que presten servicios de atención primaria integrales, incluyendo promoción de la salud, prevención de enfermedad ... integrados con los otros niveles de atención y coordinados de acuerdo a necesidades...” (WHO, 2009, p.3).

Un análisis realizado en Cuba sobre la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud para alcanzar Redes Integradas de Servicios de Salud en Las Américas; sostiene que el sistema sanitario de Cuba tiene una estrategia coherente con los fundamentos teóricos de la estrategia de Atención Primaria de salud. Además es pionera en el diseño de un sistema sanitario accesible, por niveles coordinados de atención y enfocado hacia los problemas de salud de la población; que la coloca en la vanguardia de toda la América en lo que respecta a sus indicadores sanitarios. Además concluye que el tema de las Redes Integradas de Servicios de Salud es de alta complejidad y requiere aproximaciones sucesivas tanto en lo conceptual como en el desarrollo de instrumentos para su medición, donde la integración de una red de servicios de salud es un proceso no una meta (López et al, 2009).

Otro estudio realizado en Cuba titulado “*Presencia de los atributos para la integración de las redes de servicios de salud*”, menciona que el sistema de salud cubano tiene entre sus principales características la atención integral dirigida a dar solución a los problemas de salud de la población, coordinando la suma de acciones y de esfuerzos de los servicios e integrándolos; concluyendo de manera general que los atributos propuestos por la Organización Panamericana de la Salud como esenciales y necesarios para alcanzar un adecuado funcionamiento en un Sistema Integrado de Servicios de Salud, están presentes en la realidad sanitaria cubana, en todos o al menos 1 de los niveles del sistema nacional de salud. (López, Carbonel, García y Fernández, 2009)

En un estudio descriptivo, en el área de sistemas y servicios de salud, para identificar el nivel de integración percibido en las redes de servicios del Sistema Nacional de Salud en Cuba, concluyó que los atributos de la integración en el Sistema Sanitario Cubano y su red de servicios de salud a la población, se perciben parcialmente integrados o integrados (López et al. 2011).

En Latino América y el Caribe (LAC) los sistemas de salud han sido reflejo de los procesos sociales, presentando un origen y un desarrollo histórico caracterizado por la segmentación y fragmentación de la provisión de servicios de salud. En los sistemas de salud los procesos de asistencia médica están fragmentados al interior de los propios establecimientos y no integrados con otros niveles de atención, generando pérdida de continuidad, de calidad y de economías de escala. En ese contexto, los sistemas sanitarios en LAC deben enfrentar problemas de salud relacionados con la pobreza y responder a nuevos desafíos, a su vez, deben responder al aumento de expectativas y exigencias de calidad de la atención por parte de la población usuaria del sistema. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en respuesta a las consecuencias de los sistemas sanitarios fuertemente fragmentados y segmentados, ha venido expresando la necesidad de implementar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en los sistemas de salud del continente. Asimismo, ha propuesto los atributos esenciales y ámbitos de abordaje que deberían ser considerados en el diseño e implementación de un modelo de RISS centrado en la Atención Primaria en Salud (APS), con el objeto de que el usuario de los servicios perciba que sus cuidados son coherentes con sus necesidades y continuos en el tiempo, no existiendo quiebres en la cadena lógica de sus requerimientos, independientemente de que reciba prestaciones en distintos establecimientos o dispositivos. (Artaza, Méndez, Holder, Suárez, 2011)

En Colombia, Dora Marcela Pulgarín H. y Raúl Andrés Tabarquino M, realizaron un estudio de los beneficios del diseño de una red integrada de servicios de salud, sustentada en el análisis cualitativo y cuantitativo a partir de los referentes teóricos

y conceptuales de los atributos mínimos de una red integrada de servicios de salud. La principal conclusión del análisis es que las redes integradas de servicios de salud responden a procesos de gestión y planeación en la entrega de servicios de salud. (Pulgarín y Tabarquino, 2014)

En una revisión sistemática de la literatura, realizada por Sandra Lucía Pérez y Marcela Arrivillaga, con el objetivo de describir los elementos conceptuales, operacionales y evaluativos en las redes de Cuba, Brasil, Chile y Bolivia; se encontró que en Cuba, Brasil y Bolivia cuentan con redes integradas de salud en el marco de la Atención Primaria en Salud acordes con las definiciones constitucionales sobre la defensa del derecho humano a salud. Estas redes son universales y facilitan el acceso a la población, aun cuando cuentan con diferentes niveles de desarrollo. Por su parte, Chile con un modelo de salud mixto, público-privado cuenta con mayores obstáculos de integración de sus redes y supedita el acceso a la capacidad de pago. (Pérez, 2017)

Un estudio realizado en cinco redes de Honduras, con el objetivo de valorar y comparar el desarrollo de RISS en su planteamiento teórico-documental y en su aplicación práctica, concluyó que el ámbito del Modelo asistencial obtuvo el mejor resultado en la valoración, seguido por el ámbito Asignación e incentivos y los atributos mejor valorados fueron primer nivel de atención, atención de salud centrada en la persona y participación social. (Puertas, Martínez, Figueroa, Hidalgo, 2018)

El Ministerio de Salud de Nicaragua, en el marco del fortalecimiento del MOSAFC, desde el año 2009, se ha planteado la implementación del *“Programa de Desarrollo de Redes de Salud”*, donde se organizan los servicios de salud ambulatoria y hospitalaria en redes, con el propósito de contribuir al desarrollo del Sistema de Salud basado en la Atención Primaria en Salud Renovada, de manera, que este sistema asegure servicios de salud, que sean más accesibles,

equitativos, eficientes, de calidad, y que satisfagan mejor las expectativas y necesidades de la población. (MINSA, 2016).

### **III. Justificación**

Los alcances de la atención en salud se logran a través del desarrollo del sistema de salud en redes, el cual se conforma por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo. Las Redes Integradas de Salud se constituyen en una estrategia para eliminar la fragmentación de los servicios, no obstante los esfuerzos realizados por el desafío de combatir la fragmentación, aún sigue siendo un reto para el país; es por ello que el Ministerio de Salud en Nicaragua diseñó la Guía con la que aspira contribuir al proceso de transformación y consolidación de redes integradas de salud, de acuerdo a su nivel de resolución, sin embargo no se han documentado productos de este proceso; por lo tanto es necesario Evaluar el desarrollo de la Red Integrada de Servicios de salud en el municipio de San José de Bocay en el período Enero 2016- Diciembre 2018.

#### **IV. Planteamiento del Problema**

¿Cuál es el nivel alcanzado en el proceso del desarrollo de la Red Integrada de Servicios de Salud en el municipio de San José de Bocay. Enero 2016 – Diciembre 2018?

## **V. Objetivos**

### **Objetivo general**

- Evaluar el desarrollo de la Red Integrada de Servicios de Salud en el municipio de San José de Bocay. Enero 2016 – Diciembre 2018.

### **Objetivos específicos.**

1. Describir la organización de la Red de Servicios de Salud municipal.
2. Valorar en cada ámbito el progreso de los atributos esenciales de las Redes Integradas de Salud.
3. Identificar el nivel de integración de la Red de Servicios de Salud.

## **VI. Marco Conceptual**

### **1. Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).**

La definición más ampliamente usada para RISS corresponde a la desarrollada por el Dr. Shortell, Profesor de la Universidad de Northwestern, EUA, quien los define como: “Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, un continuo coordinado de servicios de salud a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. (OPS, 2010)

En Nicaragua, una red integrada de salud la conforma un conjunto de equipos de trabajo, compuestos por personal de salud apoyado con el protagonismo y complementariedad de los agentes comunitarios, que desarrollan su actividad tanto en establecimientos públicos, privados y comunitarios de diversa complejidad y modalidades de atención así como en la comunidad y en el domicilio, que tienen a disposición insumos y tecnología de acuerdo con su nivel de resolución, comparten objetivos comunes y se articulan entre sí, para ser capaces de satisfacer las necesidades de salud y resolver los problemas de salud de la población bajo su responsabilidad. (MINSAL, 2016)

La OMS señala la existencia de seis modalidades principales de integración de servicios, las cuales consideran la integración como: i) un conjunto amplio de intervenciones preventivas y curativas para un determinado grupo poblacional (p. Ej. la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI); ii) sitios de atención multi-propósito (p. Ej. clínicas multi-propósito, policlínicos); iii) cuidado de salud provisto a lo largo del tiempo (p. Ej. cuidado de condiciones crónicas); iv) la integración vertical de los diferentes niveles de atención (p. Ej. red de servicios de un distrito sanitario); v) la inculcación entre la formulación de políticas y la gestión de los servicios (p. Ej. gestores responsables de la salud de una población y que simultáneamente proveen servicios y/o

compran servicios a diversas entidades); y vi) el trabajo con otros sectores (p. Ej. coordinación con servicios sociales). Además de las señaladas anteriormente, se pueden considerar otras variantes de integración tales como la integración entre prestadoras y aseguradoras de salud, entre el Ministerio de Salud y la Seguridad Social, entre el sector público y el privado, entre servicios personales y servicios de salud pública, y entre servicios de salud de distintos países (p. Ej. servicios a nivel de fronteras). (OPS, 2010)

La organización en redes de los establecimientos de salud con diferentes complejidades, requiere un proceso de categorización o tipificación que consiste en la clasificación de los establecimientos de salud, de acuerdo a:

- Las normas, protocolos y manuales establecidos para el nivel de resolución.
- Cobertura geográfica.
- Grado de complejidad.
- Actividades de docencia e investigación. (MINSA, 2016)

## **2. Categorización de los establecimientos de salud en Nicaragua**

El proceso de tipificación de unidades utiliza las pautas señaladas en la definición ofrecida en el Reglamento de la Ley General de Salud y las hace operativas utilizando criterios que son trazadores para la ubicación más adecuada de las unidades de salud. Estos criterios surgieron de los análisis de problemas relacionados con la oferta, la demanda, el acceso y las formas de articulación entre los diferentes niveles de atención. En este sentido se categorizan las unidades de salud para garantizar la continuidad de la atención. Los criterios utilizados son:

- **Población:** cantidad de habitantes a los que brindará cobertura el establecimiento según área de influencia.
- **Localización:** área geográfica donde estará ubicado el establecimiento puede ser Urbano / Rural. Territorios que están considerados como polos de desarrollo, con diseños para crecer en su equipamiento social. El criterio para la ubicación de

un Puesto de Salud es en el área rural; el criterio para ubicar un hospital general es en área urbana con concentración poblacional

- **Accesibilidad:** Distancia en tiempo de la unidad más cercana a su domicilio, se mide en una hora a pie para considerarla accesible, más de este tiempo ya se estima que existen problemas de accesibilidad. En sitios con caminos de todo tiempo, se considera la disponibilidad o no de transporte público para su acceso.
- **Perfil epidemiológico:** Se considera la complejidad de los determinantes de la salud y su manifestación en morbilidad y mortalidad, reflejada en los indicadores que miden la eficiencia del sistema de salud.
- **Riesgos de Desastres Naturales:** Ubicación de las unidades en sitios vulnerables a merced de las amenazas de sufrir daños por el incremento de los riesgos naturales, sin intervenciones de mitigación, (cercanía de volcanes, ríos, montañas, etc.)
- **Recursos Humanos:** Se considera el perfil y el número de recursos que deberán asignarse a cada tipo de unidad, para garantizar el nivel de resolución definido para cada una de ellas.
- **Oferta de servicios de salud:** es la organización de la provisión de servicios de acuerdo a las necesidades identificadas en cada territorio / población, con el fin de adecuar las respuestas a las demandas cada vez crecientes y a la continuidad de la atención según necesidades. (MINSA, 2008)

### 3. Clasificación de los Establecimientos de Salud del MINSA.

**3.1 Casa Base:** Establecimiento de salud propiedad de la comunidad, tiene como propósito impulsar el autocuidado de la salud, implementar acciones permanentes de prevención, promoción y asistencia básica a los principales problemas de salud de su comunidad. Esta bajo la responsabilidad de personal comunitario debidamente acreditado por la unidad de salud institucional del territorio, con quien se articula a través de los equipos de salud familiar. Participa activamente en la identificación de problemas, definición de alternativas de solución y ejecución de tareas y acciones específicas desarrollando el ejercicio de los deberes ciudadanos

por su salud sin sustituir la responsabilidad del Estado por la salud de la población. (MINSA, 2011)

**3.2 Casa Materna:** Establecimiento de salud comunitario, que tiene como propósito, el ingreso de embarazadas con factores de riesgo y que residen en zonas distantes, con el fin de aproximarlas a los servicios de salud y garantizar un parto institucional seguro, respetando su condición sociocultural y étnica. Durante la estancia de la embarazada se realizan acciones de educación para el autocuidado de la salud, implementando acciones permanentes de prevención, promoción e higiene de su condición obstétrica y para la preparación del cuidado integral de su recién nacido. El trabajo de la Casa Materna se desarrolla con personal voluntario, debidamente acreditado por la unidad de salud institucional del territorio, que desarrolla actividades en coordinación estrecha tanto con las redes de agentes comunitarios de las comunidades para la captación y referencia de usuarias y con la red institucional para el seguimiento de las usuarias ingresadas. (MINSA, 2010)

**3.3 Puesto de Salud Familiar y Comunitario:** Establecimiento que conforma la unidad funcional básica de los equipos de salud familiar y comunitaria, cuyas acciones son de carácter integral y están dirigidas a las personas, familia, comunidad y medio ambiente. El desarrollo de sus acciones debe estar encaminado a la promoción, prevención con énfasis en la identificación de riesgos y atención oportuna al daño principalmente a través de la identificación clínica y epidemiológica de las enfermedades, brindando tratamiento de las afecciones comunes, estabilización y traslado en casos complicados o emergencias que amenacen la vida de las personas. Puede estar ubicado en áreas rurales o urbanas, dispone de personal médico y de enfermería de forma permanente, así como insumos médicos y no médicos. (MINSA, 2011)

**3.4 Centro de Salud familiar:** Establecimiento de salud de atención ambulatoria que jerarquiza los puestos de salud familiar y comunitaria de su Municipio o

Distrito, realiza provisión y gestión de los servicios integrales ambulatorios a las personas, familia, comunidad y medio ambiente. El desarrollo de sus acciones debe estar encaminado a la promoción, prevención con énfasis en la identificación de riesgos y atención oportuna al daño. Además del personal médico y de enfermería dispone de forma permanente, de personal de odontología, farmacia, nutrición, técnicos de higiene, educadores en salud y laboratorio clínico, así como el personal administrativo indispensable para la gestión administrativa financiera del municipio o distrito. Pueden contar con especialistas en pediatría y/o ginecoobstetricia. (MINSA, 2011)

Está ubicado en las cabeceras municipales y en el municipio de Managua en los Distritos, cuando haya más de dos Centros de Salud un de ellos actúa como sede administrativa. Puede ser acreditada como Unidad Docente para servir módulos del internado rotatorio a estudiantes de medicina de último año y para ser área práctica de carreras de pregrado de enfermería (técnico superior y licenciatura), de otras carreras de la salud y para estudios de postgrado de especialidades médicas y de enfermería. (MINSA, 2011)

**3.5 Policlínico:** Establecimiento de salud de atención ambulatoria especializada, en las cuatro áreas básicas (cirugía general, medicina interna, ginecoobstetricia y pediatría), atención psicosocial de forma permanente, puede contar con otras especialidades y/o subespecialidades según perfil epidemiológico y demanda de su área de influencia. Están situadas en las cabeceras departamentales del país. El funcionamiento de este establecimiento se dirige a atender las referencias de los centros y puestos de salud familiar y comunitario, a través de un mecanismo de referencia y contrarreferencia eficiente que facilite el acceso de los pacientes. De igual manera el policlínico atenderá la primera consulta de los pacientes que egresan del hospital primario de la red para luego referirlo a la unidad más próxima a la vivienda del paciente. Las policlínicas pueden ser acreditadas como Unidades Docentes para servir el internado rotatorio a estudiantes de medicina de último año y para ser área práctica de carreras de pregrado de enfermería (técnico

superior y licenciatura), de otras carreras de la salud y para estudios de postgrado de especialidades médicas y de enfermería. (MINSA, 2011)

**3.6 Hospital primario:** Establecimiento de salud con atención ambulatoria idéntica al centro de salud, además con servicio de hospitalización, entre 15 y 30 camas como máximo para internamiento dependiendo de la población de los municipios de su área de influencia y cumple con los estándares de habilitación establecidos. Se encuentran ubicados en cabeceras municipales con áreas de influencia eminentemente rurales, distintas a la cabecera departamental. Cuenta con personal médico general, Pediatra, Ginecoobstetra, Cirujano General, Internista, Odontólogo, Personal de Enfermería, Técnicos de Laboratorio otros profesionales y técnicos de la salud, así como con un equipo para la gestión técnica y administrativa. (MINSA, 2011)

**3.7 Hospital Departamental:** De acuerdo con las posibilidades de la institución, los hospitales departamentales podrán ser generales y especializados en Managua. A continuación se hace una descripción de las características de los hospitales generales departamentales:

- Establecimiento de salud con atención ambulatoria y servicio de hospitalización mayor de 40 camas.
- Cuentan con las cuatro especialidades básicas: Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, incluyendo Neonatología, Ginecoobstetricia, más Ortopedia y Traumatología.
- Comparten su personal especialista con los policlínicos, así como el personal especialista propio de éstos apoya en el trabajo intrahospitalario, incluidas las cirugías y los turnos médicos.
- Pueden contar con otras especialidades medicas quirúrgicas que por contar con 2 ó menos recursos estarán bajo la jefatura correspondiente, compartiendo el recurso cama asignado a la especialidad básica.
- Cirugía general: Oftalmología, otorrinolaringología.
- Pediatría: Cirugía pediátrica.

- Medicina Interna: Dermatología, neumología, psiquiatría. (MINSA, 2011)

**3.8 Hospital Regional:** Establecimiento de salud con atención ambulatoria y servicio de hospitalización mayor de 100 camas, además de contar con las especialidades y tecnología con que está equipado el hospital general departamental, y cumplir con las funciones de un hospital departamental general para la población del SILAIS donde está ubicado, está dotado de otras especialidades médico quirúrgicas, las que se organizan en Departamentos de la siguiente manera:

- En Medicina las especialidades de Medicina Interna, Nefrología, Dermatología, Psiquiatría y Endocrinología.
- En Cirugía las especialidades de Cirugía General, Ortopedia, Traumatología, Otorrinolaringología y Oftalmología.
- En Pediatría la Pediatría General, Cirugía Pediátrica, Neonatología (con Cuidados Intensivos para Recién Nacidos).
- Ginecoobstetricia incluye la atención especializada de Alto Riesgo Obstétrico (ARO). (MINSA, 2011)

**3.9 Hospital con servicios de Referencia Nacional:** Establecimiento de salud con atención ambulatoria y servicio de hospitalización mayor de 100 camas, cuenta con subespecialidades reconocidas por el Ministerio de Salud para completar el desarrollo vertical y horizontal de los servicios de salud de la red nacional. Se constituyen en la cúspide de la atención curativa a las personas en las áreas clínico-quirúrgicas a que sirven:

- Alto riesgo obstétrico, complicaciones ginecoobstetricas.
- Fertilidad Humana.
- Subespecialidades médicas y quirúrgicas de la pediatría.
- Nefrología de adultos.
- Otorrinolaringología.
- Urología.
- Cirugía Plástica de adultos.

- Cirugía maxilofacial.
- Sub-especialidades de Ortopedia y Traumatología.
- Cirugía Maxilofacial.
- Neurocirugía.
- Cirugía Cardiovascular.
- Otras subespecialidades. (MINSA, 2011)

**3.10 Instituto Nacional:** Establecimientos de salud con atención ambulatoria (con o sin área de hospitalización), de perfil único, de gran especialización en una sola rama de la medicina, que contienen servicios únicos nacionales y que tienen como característica la producción de conocimientos científicos constituyen una variante de los Hospitales con servicios de referencia Nacional. Además de proveer servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, su quehacer estará desarrollándose hacia la investigación epidemiológica, clínica aplicada y experimental, tanto en intervenciones preventivas y de promoción de la salud, como en las más avanzadas técnicas y procedimientos para la curación y rehabilitación. Atienden la demanda referida de los hospitales de servicios de referencia nacional, hospitales regionales y departamentales. Los Institutos Nacionales contribuyen además a la docencia de postgrado y a la actualización científica de los profesionales generales y especialistas del país. (MINSA, 2011)

#### **4. Sectorización.**

La sectorización es un proceso dinámico de la delimitación del espacio de población, donde se agrupan comunidades, barrios o zonas, según sea el caso rural o urbano y que se denomina Sector; en el se desarrollarán acciones de promoción y prevención por la red de agentes comunitarios, el que estará articulado a la red de servicios de salud, el que contará con el Equipo de Salud Familiar. El modelo de atención consolida la organización territorial a través de la sectorización, el trabajo en redes y los procesos de desconcentración y descentralización técnico-administrativo hacia el nivel departamental y municipal.

Con la sectorización se garantiza el acceso a los servicios de salud a la población, estableciendo una responsabilidad compartida entre el equipo y la comunidad.<sup>19</sup>

**4.1 Sector:** Es la Unidad Territorial epidemiológica, social y de producción de la salud donde se desarrollan acciones de promoción y prevención en coordinación con la red de agentes comunitarios. El Equipo de Salud Familiar tendrá a su cargo 1 o más sectores urbano o rural. (MINSa, 2008)

**4.2 Sede de Sectores:** Se refiere a los espacios físicos donde se prestan los servicios, que pueden estar dentro y fuera de los establecimientos de salud, donde permanece localizable el equipo de salud familiar. La sede sirve para organizar la atención a las familias. La sede del sector puede ubicarse en la infraestructura disponible como la casa comunal, casa base, casa materna u otros existentes en la comunidad, creando las condiciones mínimas para su funcionamiento. La sede de sector también puede coincidir con el puesto de salud familiar y comunitaria a nivel rural y el centro de salud a nivel urbano. (MINSa, 2008)

**4.3 Equipo de Salud Familiar (ESF) Itinerante:** Cuando el ESF se ubica de forma temporal en la casa base de la comunidad, casa comunal o casa materna u otra de su respectivo sector, es solamente para que la población lo identifique como lugar referente para establecer contacto directo con ellos y donde se puedan reunir los brigadistas para planificar y coordinar las actividades comunitarias, pero no significa que ahí sea su centro de operaciones, ya que el ESF es itinerante en el territorio. A mediano plazo cada sector debe contar con un Equipo de Salud Familiar, así como con la infraestructura y el equipamiento básico necesario para cumplir con sus funciones. (MINSa, 2008)

## **5. Desarrollo de un sistema equitativo, solidario, transparente, efectivo, accesible y universal.**

Las Redes Integradas de Salud, son una estrategia que manifiesta la voluntad política del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, para lograr servicios de salud más accesibles e integrales, con calidad, en un continuo de la atención en el marco del fortalecimiento del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) y de los Modelos de Atención de Salud Intercultural de la Costa Caribe. (MINSA, 2016)

A nivel local, deben de articularse y complementarse los esfuerzos entre los servicios de salud institucionales (públicos y privados) en sus diferentes niveles, la red comunitaria y organizaciones sociales de diversa índole, con un abordaje integral de los factores que favorecen el desarrollo humano e impactan en la salud, a esto le llamamos trabajo en redes y exige una articulación armónica, tanto del sector público, comunitario y del privado en el territorio de referencia del sector. (MINSA, 2016)

En Nicaragua una Red Integrada de Salud se conforma por:

1. El hospital departamental, Regional o con servicios de Referencia Nacional
2. Hospital Primario
3. Centros de salud familiar y comunitario
4. Puestos de salud familiar y comunitario
5. Hospitales, clínicas y consultorios privados
6. Farmacias, laboratorios y otros establecimientos privados
7. Casas Base y Casas Maternas
8. Organizaciones Sociales
9. Agentes de medicina tradicional, integrados como parte de los ESAFC.
10. Líderes comunitarios, brigadistas, Col-Vol, parteras, GFCV, Se constituyen como miembros integrantes de los ESAFC en cada sector para implementar

acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de acuerdo a su capacidad resolutive.

11. Clínicas de medicina natural y terapia alternativa.
12. Instituto de Medicina Natural y Terapia Alternativa y sus filiales.
13. Escuelas formadoras de enfermeras, médicos y personal técnico.
14. Universidades.
15. Consejo Sandinista de Desarrollo humano por su papel protagónico, liderazgo y de coordinación en el sector social vinculado a procesos de organización, planificación, implementación y evaluación del sector salud. (MINSAL, 2016)

El MOSAFC establece que las Redes tienen un ámbito territorial correspondiente al SILAIS, por lo que deben cumplir funciones de atención integral para la población de sus territorios según el nivel de resolución que le es normado. El territorio bajo responsabilidad directa de la RIS está dividido en municipios, los cuales a lo interno pueden organizarse en forma individual o con otros municipios como redes, que cuentan entre sus elementos con establecimientos y proveedores de salud públicos, privados y comunitarios de diferente complejidad y con sectores organizados, estos se articulan para contribuir al cumplimiento de los objetivos de la red integrada a la que pertenecen. (MINSAL, 2016)

El municipio siendo un elemento de la red departamental o de SILAIS, se constituye en una red municipal organizada de acuerdo con sus características sociodemográficas y distribución poblacional urbana rural. Está integrada por Puestos de Salud Familiar y Comunitarios Urbanos y Rurales, Centro de Salud Familiar y Comunitario y pueden contar con Hospital Primario que brindan servicios a la población del municipio y a los municipios adyacentes. Así mismo, se integran los establecimientos de salud privados, los comunitarios (las casas Bases y las Casas Maternas) y los sectores de salud organizados. Los municipios cabecera departamental cuentan con hospitales departamentales, regionales o con servicios de referencia nacional. Los municipios de acuerdo con lo establecido

en el MOSAFC, se subdividen en sectores, que es la unidad básica territorial con relación poblacional donde se organizan el conjunto de prestaciones de salud que se brindaran a individuos según su grupo dispensarial en las familias y con énfasis en acciones de promoción, prevención, así como las de recuperación y rehabilitación. Los que pueden constituirse en red al considerar en su conformación el Equipo de Salud Familiar y Comunitario ESAFC y Grupos Integrales de Salud Intercultural (GISI ), los agentes comunitarios (brigadistas, parteras, colaboradores voluntarios, líderes comunitarios, etc.), los Gabinetes de la Familia, Comunidad y Vida, los prestadores de servicios privados, la medicina tradicional, ancestral e indígena del sector. Es coordinada por el Equipo de Salud Familiar y Comunitario y para su desarrollo debe fortalecer los aspectos siguientes: la articulación con la red comunitaria, los sistemas de información comunitaria y la vigilancia comunitaria. (MINSA, 2016)

La red Departamental o de SILAIS está conformada por las redes municipales que están en el ámbito del SILAIS respectivo. Las características de una red departamental o de SILAIS es contar con Hospital Departamental, Policlínico, Filial Clínica Médica Previsional-MINSA (CMP-MINSA), IPSS y Establecimientos Privados. Para fortalecer la estructura organizativa y funcional de las redes, se podrán establecer coordinaciones entre dos o más SILAIS. (MINSA, 2016)

## **6. Organización de la Red de Servicios en Nicaragua.**

Para la entrega del conjunto de prestaciones de servicios de salud se establece una red de servicios organizada en dos niveles de resolución (primer y segundo nivel) y de complejidad creciente, que responden a los principios de accesibilidad, integralidad, continuidad y coordinación de la atención con lo cual se rompe la verticalidad piramidal entre los establecimientos de salud:

### **6.1- Primer Nivel**

- Puesto de Salud Familiar y Comunitario

- Centro de Salud Familiar, los que deben brindar atención médica las 24 horas del día, principalmente los que están situados en las cabeceras municipales.
- Policlínico donde se atiende medicina general y especialidades de acuerdo a la disponibilidad de personal especializado y se constituye en equipos de apoyo para los ESAFC en su territorio de influencia.
- Hospital Primario
- Casas bases se constituyen en parte de la red comunitaria donde se aconseja, se atiende, se refiere pacientes a los establecimientos de la Red Municipal.
- Casas maternas son parte de la red donde se comparten saberes, se promueve la salud, se previenen enfermedades y se coordina la atención y seguimiento por parte de la unidad municipal o departamental de mujeres embarazadas y puérperas albergadas.
- Escuelas formadoras, Clínicas e Instituciones de salud privadas.

### **6.2- Segundo Nivel**

- Hospital Departamental
- Hospital Regional

### **6.3- Tercer Nivel**

- Hospital con Servicios de Referencia Nacional
- Instituto Nacional. (MINSa, 2016)

## **7. Coordinación entre los niveles de atención en salud**

El sector de salud nicaragüense, se organiza en redes de servicios por niveles de atención y con establecimientos de salud de complejidades diversas, donde la población puede acudir y acceder a los establecimientos para ser atendida en diversos aspectos de sus necesidades de salud. La coordinación garantiza el acceso efectivo y la continuidad de la atención, donde se constituye en la base de la articulación de los servicios y su organización para responder al marco definido

por el Modelo de Salud Familiar y Comunitario de Nicaragua; lo cual implica evolucionar hacia nuevas formas de atención compartida entre profesionales de diferentes perfiles, grado de especialización, ubicados en establecimientos de diferentes niveles de atención. (MINSA, 2007)

## **8. Atributos esenciales de los RISS**

La experiencia acumulada en los últimos años indica que los RISS requieren de algunos atributos esenciales para su adecuado funcionamiento, mismos que han sido extraídos de una extensa revisión de la literatura, de las discusiones del grupo de trabajo en RISS, y de la consulta de expertos. (OPS, 2010)

### **8.1 Atributos esenciales de las Redes Integradas de Salud en Nicaragua.**

La experiencia acumulada en la prestación de servicios de salud durante los últimos años indica que las Redes Integradas de Salud contienen componentes que son esenciales para el adecuado funcionamiento de la red y estos se agrupan en Ámbitos de abordaje y Atributos los que se describen en la siguiente tabla.

**Tabla 1. Ámbitos de Abordaje y Atributos de las Redes Integradas de Salud**

<b>Ámbitos de Abordaje</b>	<b>Atributos</b>
<b>1. Planificación y Estrategia</b>	1. Planificación
	2. Participación ciudadana amplia
	3. Intersectorialidad
<b>2. Organización y gestión</b>	4. Gestión de apoyo
	5. Recursos Humanos
	6. Sistema de Información
	7. Desempeño de resultados
<b>3. Atención de la Salud</b>	8. Población y Territorio
	9. Oferta de Servicios
	10. Primer nivel de atención
	11. Atención especializada
	12. Coordinación asistencial
	13. Atención centrada en la persona, la familia y la comunidad
<b>4. Procesos Evaluativos</b>	14. Financiamiento adecuado

### **9. Beneficios de las Redes Integradas de Servicios de Salud**

El nivel de pesquisa e investigación en materia de integración de servicios de salud es todavía limitado, particularmente en países de bajos y medianos ingresos. No obstante lo anterior, diversos estudios sugieren que los RISS mejoran la accesibilidad al sistema, reducen el cuidado inapropiado, reducen la fragmentación del cuidado asistencial, evitan la duplicación de infraestructura y servicios, reducen los costos de producción y de transacción, y responden mejor a las necesidades de salud de la comunidad. La reducción de los costos de producción se obtendría a través de mejoras en la costo-efectividad de los servicios, reducciones en las hospitalizaciones innecesarias, reducciones en la utilización excesiva de servicios y exámenes diagnósticos, disminuciones en los tiempos de estadía hospitalaria, mejorías en las economías de escala los volúmenes de producción, y aumentos en la productividad del sistema. Los aumentos de los volúmenes de producción se han asociado a su vez con mejorías en la calidad de la atención de los recursos del sistema y las necesidades de salud

de la población a través de un mejor balance entre especialistas y generalidades. En términos financieros, los sistemas integrados se desempeñan mejor en cuanto a márgenes operacionales totales, de caja e ingresos totales netos. (OPS, 2010)

### **10. Panorama Regional del estado de Situación del Modelo de las Redes Integradas de Servicios de Salud.**

En el documento elaborado por la Unidad Ejecutora de la Red Colaborativa Regional de apoyo a la gestión de Redes de Servicios de Salud (RISSALUD), se presenta una sucinta descripción de los Modelos RISS de los países de la Región Latinoamericana destacándose los siguientes:

**Bolivia:** Los establecimientos de salud del sistema nacional de salud se encuentran organizados en redes de salud que se clasifican en: a) Redes Municipales de Salud, cuya competencia son esencialmente los establecimientos de primer nivel, aunque también incluyen hospitales de segundo nivel, y b) Redes Departamentales de Salud, que incluyen varias redes municipales además de los establecimientos de tercer nivel. Uno de los cambios importantes recientes en el sistema de salud de Bolivia es la articulación de las redes de servicios de salud con las redes sociales. La idea de esta medida es extender la oferta de servicios, sobre todo en las áreas periurbanas y rurales bajo un enfoque de interculturalidad y género. Cada red debe tomar en cuenta los tres niveles de atención de manera tal que cada una tenga un centro de referencia en el nivel superior. (RISSALUD, 2016)

**México:** La Dirección General de Planeación y Desarrollo de la Secretaría de Salud de Mexico, en el marco del Programa de Desarrollo 2013-2018, se encuentra impulsando la integración de la oferta de servicios de otros proveedores públicos y/o privados tratando de introducir mecanismos formales para la integración y la disminución de la brecha en el acceso a la salud de la población que se encuentra en las localidades más alejadas. (RISSALUD, 2016)

**Argentina:** Existe un claro valor agregado que ha desarrollado Redes en Argentina y que está determinado por la capacidad de integración de información e integración entre programas para la gestión, en los diferentes proyectos provinciales y algunas iniciativas tales como: Comunicación de la red, Sistema integrado de información para la red, Gestión coordinada entre los niveles de atención, etc. (RISSALUD, 2016)

**Costa Rica:** Teóricamente, la red está organizada para que unos y otros establecimientos se apoyen y complementen entre sí, sea entre establecimientos de un mismo nivel, o entre establecimientos de niveles distintos. (RISSALUD, 2016)

**Guatemala:** Se intenta impulsar una red de servicios integrados partiendo del Primer Nivel de Atención para fortalecer el acceso y la universalidad de la salud. Asimismo, se propone mantener el vínculo de atención, entre proveedores, usuarios, familias y comunidades trabajando de manera integrada a través de los diferentes niveles del sistema de salud con calidad y evaluación continua estableciendo una Red Integrada de Servicios de Salud, sin embargo en todo el territorio existen unidades de salud de la red de servicios no integradas, con la consecuente falta de estandarizar los servicios, la calidad y la asignación de recursos. Lo anterior contribuye a la segregación y segmentación y en conjunto, ha dado como resultado la debilidad del sistema de salud guatemalteco. (RISSALUD, 2016)

**Ecuador:** La estructuración y funcionamiento de la Red de Salud se orienta a superar la fragmentación y segmentación actual del sistema de salud, ampliar la cobertura, organizar y homogenizar el acceso a servicios de salud de calidad a partir de el establecimiento de normas y procedimientos para su funcionamiento. La estrategia de articulación de la red se basa en el desarrollo y fortalecimiento de sistemas integrales e integrados de servicios de salud basados en la APS

Renovada que implementan el Modelo de Atención Integral de Salud fortaleciendo la participación social, la intersectorialidad, la coordinación de fuentes financieras, la integración de los diferentes niveles de complejidad a través de la referencia-contrareferencia y garantizando la continuidad y calidad de la atención. (RISSALUD, 2016)

**Perú:** El Seguro Social de Salud (EsSalud) posee y administra directamente sus Redes Asistenciales en todo el ámbito del país y prácticamente no existe comunicación con la red pública, produciendo fragmentación en el sistema de salud. (RISSALUD, 2016)

## VII. Diseño metodológico

- **Tipo de Estudio:** Descriptivo, de corte transversal.
- **Área del Estudio:** Municipio San José de Bocay del Departamento de Jinotega.
- **Población de Estudio:** Se constituye por los 40 Elementos de la red del Sistema municipal de salud de San José de Bocay, del sistema público y privado.
- **Muestra:** Se realizó el estudio en 30 elementos de la red pública de salud del municipio de San José de Bocay.
- **Fuente de Información:** Se utilizó para este estudio fuentes indirectas: Registro de la sectorización municipal, Red de Salud Pública y Privada del Mapa de Padecimientos, Acuerdos Sociales por la Salud y Bienestar, Libros de Actas de Consejos Técnicos, Registros Nominales de Red Comunitaria, Listado de Nómina de Trabajadores, Registro de Capacitaciones, Historia de Salud Familiar y comunitaria, Registro de dispensarización, Registro de Actividades de Lucha Antiepidémica, Registro de Vigilancia Comunitaria, Reporte de Indicadores Hospitalarios, Producción de Servicios, Presupuesto municipal asignado.
- **Instrumentos de evaluación:** Se utilizó la herramienta diseñada por la OPS/OMS para estimar el nivel de desarrollo alcanzado en la integración de la Red de Servicios (RISS). La estructura de la herramienta está dada por los cuatro ámbitos y los 14 atributos. Cada ámbito tienen una hoja de evaluación con sus atributos correspondientes. Cada atributo está valorado por criterios que son calificados en una escala de valor de 1 a 4.
  - 1.- Matriz de calificación de desarrollo de RISS OPS/OMS.

2.- Instrumento para la determinación del nivel de integración (Medición del Nivel de Progresión de la RISS OPS/OMS).

- **Recolección de la información:** Se elaboró una lista de cotejo de la información básica de cada elemento de la red de salud, basada en los elementos de la matriz de evaluación OPS/OMS y en los indicadores propuestos en la Guía de Red de Servicios de Salud de Nicaragua, para verificar la existencia de cada criterio a evaluar en cada tributo.
  
- **Procedimiento para recolección de la información:** Previa autorización por la Dirección del SILAIS Jinotega, se procedió a solicitar la información correspondiente a 40 elementos de la red Servicios de Salud del municipio de San José de Bocay.
  
- **Análisis:** Para el procesamiento y análisis de los datos, se utilizó la escala de valor del instrumento de evaluación propuesto por la OPS/OMS, donde cada ámbito tienen una hoja de evaluación con sus atributos correspondientes, cada atributo está valorado por criterios que son calificados en una escala de valor de 1 a 4. No es definido el cero como valor de calificación pues se considera que toda red tiene un nivel de desarrollo basal que permite su funcionamiento y operación. Al calificar todos los criterios de evaluación se obtiene el valor del atributo al calificar todos los atributos se adquiere el valor del ámbito de abordaje y al calificar todos los ámbitos se obtiene el valor final del nivel de desarrollo alcanzado por la Red Integrada de Salud municipal; para lo cual se definieron 4 categorías de acuerdo al Puntaje: 1= Desarrollo en proceso, 2= Desarrollo Satisfactorio, 3= Desarrollo avanzado y 4= Desarrollo Integrado. Para la determinación del nivel de integración de los atributos y sus ámbitos se utilizó una escala ordinal con tres opciones (Red Fragmentada, Red Parcialmente Integrada y Red Integrada). Se asignó a cada atributo un puntaje entre 0 y 2: (Fragmentado = 0, Parcialmente integrado = 1 e Integrado = 2). La evaluación se basa en la progresión en el tiempo, desde una situación

hipotética de absoluta fragmentación de los servicios (Red no Integrada), hasta una situación de absoluta integración (Red Integrada). El puntaje se asignó de acuerdo a los porcentajes alcanzados por cada atributo en el Instrumento de evaluación OPS/OMS, teniendo las siguientes categorías: Puntuación 1 = Porcentaje menor a 50%, Puntuación 2 = Porcentaje de 50 - 80% y Puntuación 3= Porcentaje mayor de 80%. Se utilizarán para el análisis y discusión, elementos teóricos sobre la temática de Redes Integradas de Servicios de Salud.

- Los resultados se procesaron a partir de una base de datos en Excel ya validada por la Organización Panamericana de la Salud y se presentan mediante Tablas y gráficos.
- **Aspectos éticos:** Se cuenta con la aprobación de la dirección del SILAIS y de la Dirección General de Docencia. La información recopilada se utiliza exclusivamente para conocimiento académico.
- **Las variables** exploradas son los elementos de la red de servicios de salud y los 14 atributos propuestos por la OPS consignados en la Guía de Redes Integradas de Servicios de Salud del Ministerio de Salud.

**Tabla 2. Operacionalización de Variables**

<b>Variable</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Valor/Escala</b>
<b><i>Objetivo 1. Organización de los servicios de salud</i></b>			
Elementos de la Red municipal de Salud	Cualitativa Ordinal	Establecimientos Proveedores de servicios de salud del sector público, comunitario y privado a nivel municipal, organizada de acuerdo a las características sociodemográficas y distribución poblacional, en articulación armónica para contribuir al cumplimiento de los objetivos de la red.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospital Primario.</li> <li>2. Centro de salud familiar.</li> <li>3. Puesto de salud familiar y comunitario.</li> <li>4. Establecimientos privados.</li> <li>5. Clínicas de medicina natural y terapia alternativa.</li> <li>6. Casa Materna</li> <li>7. Casa Base</li> </ol>
<b><i>Objetivo 2. Progreso de los atributos esenciales de las Redes Integradas de Salud.</i></b>			
Planificación única para toda la red.	Numérica Discreta	Características que distingue el nivel de Desarrollo alcanzado en la Red de Servicios de Salud.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1: Desarrollo en Proceso</li> <li>2: Desarrollo Satisfactorio</li> <li>3: Desarrollo Avanzado</li> <li>4: Desarrollo Integrado</li> </ol>
Participación Social			
Intersectorialidad			
Gestión de apoyo			
Recursos Humanos			
Sistema de Información			
Desempeño Resultados			
Población y Territorio			
Oferta de Resultados			
Primer Nivel de Atención			
Atención Especializada			

**Tabla 2. Operacionalización de Variables. (Cotinuación)**

<b>Variable</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Valor/Escala</b>
<b><i>Objetivo 2. Progreso de los atributos esenciales de las Redes Integradas de Salud. (Cont.)</i></b>			
Coordinación Asistencial	Numérica Discreta	Características que distingue el nivel de Desarrollo alcanzado en la Red de Servicios de Salud.	1: Desarrollo en Proceso 2: Desarrollo Satisfactorio 3: Desarrollo Avanzado 4: Desarrollo Integrado
Cuidado centrado en la persona, Familia y Comunidad			
Financiamiento Adecuado			
<b><i>Objetivo 3. Nivel de integración de la Red Integrada de Salud.</i></b>			
Planificación y Estrategia	Numérica Discreta	Conjunto de Ámbitos esenciales que definen el adecuado funcionamiento en la integración de la Red de Servicios de Salud	0: Fragmentado 1: Parcialmente integrado. 2: Integrado.
Organización y Gestión			
Atención de la Salud			
Procesos Evaluativos			

## VIII. Resultados

### 1. Organización de la Red de Servicios de Salud Municipal.

En el municipio de San José de Bocay, la red de servicios de salud se organiza en Primer Nivel de Atención con 34 sectores definidos en la sectorización del municipio, actualizada en el año 2018, los cuales se encuentran funcionando en los siguientes elementos de la red: 23 tienen su sede en igual número de casas bases, 5 funcionan con sede en 5 Puestos de Salud Familiar y Comunitarios; un sector funciona con sede en un Centro de Salud Familiar. En la red se integran además 2 casas maternas, una ubicada en la Localidad de Ayapal y la Otra en la cabecera municipal, donde también se localiza un Hospital Primario, el cual complementa el nivel de resolución de la red municipal, además se encuentra 1 Clínica de Medicina Natural y terapias complementarias. También se encontró que en el municipio funcionan 7 establecimientos privados los cuales proveen de servicios de salud a la población del municipio. Con los elementos de la red antes descritos, se constituye un total de 33 elementos en la red municipal de servicios de salud en el municipio San José de Bocay, exceptuando los 7 establecimientos privados. Ver Tabla 1.

### 2. Progreso de los atributos esenciales de cada Ámbito de la Red municipal de Servicios de Salud.

Haciendo uso de la Matriz de calificación de desarrollo de la Red Integrada de Servicios de Salud de la OPS/OMS, se encontraron los siguientes resultados:

El nivel de desarrollo alcanzado en el ámbito 1, **Planificación y Estrategia**, obtuvo un porcentaje de 83.3 %; donde el atributo Planificación resultó con un porcentaje del 100% y los atributos de Participación Social e Intersectorialidad, alcanzaron un 75% respectivamente. Ver AnexoTabla 2.

El porcentaje de desarrollo alcanzado por el ámbito 2: **Organización y Gestión**, fue de 60.7%; donde el atributo Gestión Integrada alcanzó el porcentaje de desarrollo del 68.8%, el atributo Recursos Humanos con 75%, atributo Sistema de Información 25% y el atributo Gestión Basada en resultado con 50%. Ver AnexoTabla 3.

En el Ámbito 3: **Atención en Salud**, se alcanzó un porcentaje de desarrollo del 59.4%, obteniendo el atributo Población y Territorio el 83.3%, atributo Red de Establecimiento 50.0%, atributo Primer Nivel de Atención 91.7%, atributo Servicios Especializados 31.3%, atributo Coordinación Asistencial 53.6% y atributo Cuidado centrado en la persona 75.0%. Ver AnexoTabla 4.

Se alcanzó un nivel de desarrollo de 66.7% en el Ámbito 4: **Procesos evaluativos**, con un porcentaje de 66.7% en el atributo Asignación de Recursos Financieros y en el atributo de Incentivos respectivamente. Ver AnexoTabla 5.

Al evaluar los 4 Ámbitos de la red municipal de servicios de salud, el nivel de desarrollo alcanzado fue con un porcentaje del 63.1%. Gráfico1.

### **3. Nivel de integración de la Red municipal de Servicios de Salud.**

De acuerdo al puntaje obtenido en la Matriz de medición del nivel de progresión de los atributos que conforman la red municipal de servicios de salud, se obtuvo que el nivel de integración alcanzado por la red municipal resultó parcialmente integrada. Los atributos que resultaron como red Integrada son los Atributos Planificación(1), Población y territorio (8) y Primer nivel de Atención (10). Los Atributos de red Parcialmente Integrada son: Participación Ciudadana (2), Intersectorialidad (3), Gestión de apoyo (4), Recursos humanos (5), Desempeño y resultado (7), Oferta de servicios (9), Coordinación asistencial (12), Foco de cuidado (13) y Financiamiento (14). En la categoría de Atributos de Red

Fragmentada se encontraron: los Atibutos Sistema de Información (6) y Atención Especializada (11). Ver Anexo Gráfico 2.

## **IX. Discusión**

### **1. Organización de la Red de Servicios de Salud Municipal.**

En el municipio de San José de Bocay, la red de Servicios de Salud, se encuentra conformada por los 33 elementos de acuerdo a lo establecido en la Guía de Implementación de la RIS y en correspondencia a la implementación del modelo de salud familiar y comunitario, constituyéndose en una ruta para lograr la equidad en el sector salud, siendo en este municipio un reto que obliga a garantizar el acceso a los servicios de salud y reducir las brechas de atención a los grupos mas alejados, respondiendo a las necesidades y expectativas de la población a fin de que obtengan una atención de salud integral con calidad, trato humano con respeto, donde se garantice el derecho a la salud, caracterizada por los principios de gratuidad, universalidad, solidaridad. La mayoría de los elementos (71%) corresponden a la atención brindada desde los sectores de salud en casas bases y puestos de salud familiares y comunitarios.

Con esta organización de la red de servicios de salud en el municipio de San José de Bocay, se está enfocando la atención en salud a la comunidad, abordando a las personas en todos los ciclos de vida como un proceso continuo, con momentos interrelacionados de promoción y prevención de su salud, atención al daño y rehabilitación con un enfoque preventivo. En el documento elaborado por la Unidad Ejecutora de la Red Colaborativa Regional de apoyo a la gestión de Redes de Servicios de Salud (RISSALUD), destaca que en Bolivia, los establecimientos de salud del sistema nacional de salud se encuentran organizados en redes de salud Municipales, cuya competencia son esencialmente los establecimientos de primer nivel (RISSALUD, 2016). Si bien es cierto que la red esta diseñada para facilitar la articulación entre los elementos, en el municipio solo se integra por la red de servicios de salud pública, quedando aún pendiente la integración del sistema privado (18%) en las acciones encaminadas a la atención de salud integral en la red del municipio.

## **2. Progreso de los atributos esenciales de cada Ámbito de la Red municipal de Servicios de Salud.**

En el ámbito Planificación y Estrategia se alcanzó un nivel de desarrollo avanzado, donde el atributo 1: **Planificación y Estrategia**, obtuvo un desarrollo Integrado y los atributos Participación social Amplia e Intersectorialidad alcanzaron un desarrollo avanzado, estos datos difieren de los valores reportados en Chile (Ministerio de Salud de Chile, 2018), sin embargo están en correspondencia a los datos descritos en el sistema de salud de Cuba (López, Carbonel, García y Fernández. 2009), así como en los resultados reportados en un estudio realizado en Honduras, donde alcanzó el más alto nivel de desarrollo (Puertas, Martínez, Figueroa e Hidalgo, 2018). En el atributo, participación social amplia, la Red de Servicios aún no ha desarrollado e implementado mecanismos que promueven y aseguran la participación social en la planeación de las acciones de salud y la priorización de las acciones e intervenciones, así como el monitoreo y evaluación de los resultados.

En relación al nivel de desarrollo alcanzado en el ámbito 2 **Organización y Gestión**, se encuentra en desarrollo avanzado, sobresaliendo el Atributo Recursos humanos, similar al resultado observado en el estudio de Cuba (López, Carbonel, García y Fernández, 2009); sin embargo a pesar que la red tiene planes y programas de formación y capacitación permanente para todo el personal, no existe un mecanismo que permita la asignación progresiva de los recursos humanos de mayor preparación académica en el municipio, teniendo en cuenta las brechas para cada sector, así mismo tomar en cuenta las condiciones del talento humano como: edad, estado de salud, procedencia, destrezas clínicas, etc); cabe señalar que los recursos del municipio se completan con personal en formación (Enfermeros y Médicos de servicio social), así como de estudiantes auxiliares comunitarios. Por otra parte se observa que el atributo con bajo puntaje es del Sistema de Información con desarrollo en proceso al igual que el dato encontrado

en Chile (Ministerio de Salud de Chile, 2018) y Honduras (Puertas, Martínez, Figueroa e Hidalgo, 2018) los cuales difieren del reportado por el estudio de Cuba, donde este atributo se encuentra bien desarrollado (López, Carbonel, García y Fernández. 2009).

El ámbito 3, **Atención en Salud**, alcanzó un desarrollo satisfactorio, donde se observa que el atributo Primer nivel de Atención alcanzó un desarrollo integrado, tal como se describe este atributo es la base fundamental del modelo de salud en Nicaragua y en consecuencia la red municipal se encuentra fortalecida por la atención primaria en salud; este resultado es semejante al encontrado en un estudio en Honduras (Puertas, Martínez, Figueroa e Hidalgo, 2018), sin embargo difieren de los encontrados en Chile (Ministerio de Salud de Chile, 2018). El atributo Población y territorio resultó con un desarrollo avanzado, faltando aún superar la integración de un sistema de información epidemiológica, clínica, socio-sanitaria y de gestión, para el análisis de situación de salud conjuntamente con otros grupos de interés. En relación al atributo Atención especializada se encontró un desarrollo en proceso, siendo este atributo el más bajo de este ámbito, de la misma manera se observa el resultado de un estudio realizado en Honduras (Puertas, Martínez, Figueroa e Hidalgo, 2018) no obstante la red esta organizada de tal forma que prioriza tres áreas básicas de especialidades en el primer nivel (Pediatría, Ginecoobstetricia y Medicina Interna), existiendo mecanismos necesarios para garantizar la continuidad de la atención de las especialidades no ofertadas en la red municipal a través de los mecanismos de referencia hacia el segundo nivel de atención. La Coordinación Asistencial dentro del ámbito Atención de la Salud, obtuvo un desarrollo en proceso, con un porcentaje de 53.6%, este dato se asemeja al descrito en el Informe de la valoración realizada en Chile (Ministerio de Salud de Chile, 2018), donde encontraron que este atributo tuvo un desarrollo del 50%. Así mismo El 52 % de los encuestados consideraron la existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios, según los resultados del estudio realizado en Cuba (López, Carbonel, García y Fernández. 2009). El desarrollo del atributo, Oferta de

servicios, se encuentra en proceso a expensas de que la red de servicios diseñe un plan de acción para el desarrollo e implementación de tecnologías de comunicación para usuarios internos y externos. Finalmente el atributo Cuidado centrado en la persona, la familia y la comunidad, obtuvo un desarrollo en proceso; encontrándose por encima del resultado en el estudio de Honduras (Puertas, Martínez, Figueroa e Hidalgo, 2018). Se reconoce que la red no cuenta con programas de Educación para la Salud debidamente planificados y conocidos por la población centrados en la participación activa del cuidado y tratamiento. Aún sigue siendo un reto contar con enfoques que lleven acciones más concretas respecto a la integración de género, la comprensión y conocimiento de las necesidades de la población parte de la diversidad y la conjunción étnico cultural con lo establecido en el sistema de salud.

En el **Ámbito 4, Procesos Evaluativos**, se alcanzó un desarrollo avanzado, tanto en el atributo de Financiamiento como en el de Incentivos, este resultado se explica por la política de financiamiento al sector social dentro del plan nacional de salud, priorizando este sector social. Este resultado se corresponde al cumplimiento de lo establecido en la 62<sup>a</sup> Asamblea mundial de la Salud en su afán por garantizar el compromiso político y acelerar los mecanismos nacionales de financiación equitativos, eficaces y sostenibles (WHO, 2009).

La red municipal de servicios de salud, se encuentra en un nivel de desarrollo avanzado, observando que estos resultados están en correspondencia a lo orientado en la 62<sup>a</sup> Asamblea mundial de la salud (WHO, 2009). Por otro lado los resultados se corresponden con la situación encontrada en un estudio realizado en Colombia donde se concluyó que las Redes Integrales de Salud aportan a la atención primaria, interrelación y coordinación de actores públicos, privados y mixtos, en un territorio que puede ser exitoso, con la incorporación de tecnología y competencias especializadas para enfermedades, servicios de complejidad y pertinencia e incidencia sociocultural en el territorio abarcado e intervenido

(Tabarquino, Pulgarin y Giraldo, 2018). De igual manera Natalia Morales Erasose, en el documento de investigación " Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción", describe que las redes de servicios de salud, son el eslabón que progresivamente avanza desde la individualidad a la unidad y la multidisciplinariedad, en el sentido de que todos se deben complementar siempre y proporcionar la mejor atención al usuario (Eraso, 2011).

### **3. Nivel de integración de la Red municipal de Servicios de Salud.**

El ámbito Planificación y estrategia, en la red municipal de servicios de Salud de San José de Bocay, se encuentra parcialmente Integrado, observándose que el atributo de planificación se encuentra Integrado, así mismo, se observan en los resultados de la red de servicios en Cuba, la que se considera como integrada desde la perspectiva de los atributos del Ambito Planificación y Estrategia (López et al. 2011). Este ámbito difiere al resultado encontrado en un estudio de Honduras, donde obtuvo la valoración más baja, con respecto a los otros ámbitos (Puertas, Martínez, Figueroa e Hidalgo, 2018). Aun falta seguir avanzando al siguiente nivel en los ámbitos de Participación ciudadana y de Intersectorialidad; principalmente en lo que respecta al desarrollado e implementación de mecanismos que promueven y aseguran la participación social en la planeación de las acciones de salud, la identificación de los problemas, la priorización de las acciones e intervenciones y el monitoreo, así como de la evaluación de los resultados; además de la planeación de las acciones intersectoriales sobre determinantes sociales de la salud.

En el ámbito de **organización y Gestión** se alcanzó un nivel parcialmente integrado, mismo resultado se observa en el estudio realizado en Cuba(López et al. 2011); en este sentido el atributo que aún representa un reto significativo es el de Sistemas de Información, el cual se encuentra fragmentado debido a la falta de un solo sistema de información para toda la red, que avanza en la identificación de

la población mediante un identificador único que enlaza al individuo con su familia y su comunidad o sector de procedencia.

El ámbito **Atención en Salud** se encuentra parcialmente integrado. Sin embargo de los 6 atributos que lo conforman 2 están integrados, los cuales corresponden a lo observado en el sistema de salud de Cuba (López et al. 2011), siendo estos atributos los más fortalecidos en el primer nivel de atención puesto que en ello está cimentada la base del modelo de salud, partiendo de la población, territorio y del Primer Nivel de Atención.

En el ámbito de **Procesos evaluativos**, se alcanzó un nivel parcialmente integrado, sin embargo aún falta tener incentivos explícitos estratégicamente alineados con alcance de metas con plan de revisión periódica en la alineación estratégica de incentivos con una especificación para red, para prestadores colectivos y para prestadores individuales.

La red de servicios de salud del municipio de San José de Bocay, se encuentra parcialmente integrada, con tendencia a la integración y desvinculándose de la fragmentación, quedando en evidencia el trabajo en redes que se viene desarrollando en el municipio; similar fue el resultado encontrado en Colombia, en un análisis del diseño de una RISS, que concluyó que la red se encontró parcialmente integrada (Pulgarín y Tabarquino, 2014).

## X. Conclusiones

1. La organización de la Red de Servicios de Salud del municipio de San José de Bocay está conformada por 33 elementos.
  
2. Los atributos esenciales de la Red Integrada de Salud del municipio de San José de Bocay, que han progresado a un nivel de desarrollo Integrado (mayor del 75%) son:
  - Atributo 1: Planificación (100%).
  - Atributo 10: Primer Nivel de Atención (91.7%).
  - Atributo 8: Población y Territorio (83.3%).
  
3. La red de Servicios de Salud en el municipio de San José de Bocay se encuentra en el Nivel de Parcialmente integrada con mayor tendencia a la integración.

## **XI. Recomendaciones**

1. El ministerio de Salud del Nivel Central deberá diseñar y disponer de una Metodología para la Evaluación de la Red Integrada de Servicios de Salud en los niveles de Atención.
2. Al Sistema Local de Atención Integral en Salud (SILAIS) de Jinotega, realizar evaluación del proceso de implementación de la Red Integrada de Salud, a través de los indicadores propuestos en la Guía de implementación de Redes Integradas de Salud.
3. En el municipio de San José de Bocay, realizar monitoreo y acompañamiento de los diferentes momentos del proceso de la implementación en la Red Integrada de Salud, a fin de garantizar la calidad de las desiciones tomadas.
4. A nivel municipal, realizar evaluaciones periódicas, con los actores y elementos que están dentro de la red del sistema de salud, en los diferentes sectores, con el propósito de ajustar e incrementar el nivel del desarrollo de cada atributo.

## XII. Referencias Bibliográficas

- Artaza O., Méndez C., Holder R., Suárez Julio., (2011). Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los Hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS.
- Eraso, N. (2011). Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción. Bogotá: Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad El Rosario.
- GRUN. (2008). Política Nacional de Salud. Managua, Nicaragua: MINSa.
- López, P., Morales, I., Lara, S., Martínez, N., López, S. y Soler, S. (2009). Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la realidad cubana. Revista Cubana de Salud Pública, 37.
- López, P., Carbonel, L., García, A. y Fernández, I. (2009). Presencia de los atributos para la integración de las redes de servicios de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral, 86,93.
- MINSa. (2007). Marco Conceptual Modelo de Salud Familiar y comunitario. (2 ed.). Managua, Nicaragua: MINSa.
- MINSa. (2008). Desarrollo prospectivo de la red de servicios de salud. Managua, Nicaragua: MINSa.
- MINSa. (2008). Manual de Organización y funcionamiento del sector. Managua, Nicaragua: MINSa.
- MINSa (2010). Manual de Organización de Estructura de Casa Materna. Managua, Nicaragua: MINSa.

MINSA (2011). Manual de Habilitación de Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud. 2ed., Corregida y Ampliada. Managua, Nicaragua: MINSA.

MINSA. (2016). Redes Integradas de Salud. Marco Conceptual y Guía de Implementación. Managua, Nicaragua: MINSA.

Ministros de Salud de las Américas (2007). Agenda de Salud para las Américas 2008-2017: presentada por los ministros de salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio de 2007.

Ministerio de Salud de Chile. (2007). Consenso de Iquique. IX Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud. Iquique, Chile.

Ministerio de Salud de Chile. (2018). Informe de implementación estrategia de redes integradas de servicios de salud (RISS) en el sistema público de salud período 2014 - 2017. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.

OPS. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington DC.

OPS/OMS (2005). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS.

Pérez, Sandra L. (2017). Redes integradas de servicios de salud en el marco de la atención primaria en salud en países seleccionados de América Latina.

Revista *Salutem Scientia Spiritus* de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, 32, 44.

Pulgarín, D. y Tabarquino, R. (2014). Análisis del diseño de una red integrada de servicios de salud *Revista Semestre Económico*, volumen 19, No. 40, 175.

López, P., Alonso, L., Fernández, I., Ramírez, C., Segredo, A., Sánchez, O. (2011). Nivel de integración del Sistema Nacional de Salud Cubano. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1-11.

Puertas, E., Martínez, R., Figueroa, G., Hidalgo, F. (2018). Integración de redes de servicios de salud en Honduras: valoración comparativa del planteamiento teórico y de la aplicación práctica en cinco redes del país. *Revista Panamericana de salud Pública*, 1- 4.

RISSALUD, U. E. (2016). Panorama Regional. Sistemas de salud de Latinoamérica y Estado de Situación del Modelo RISS. BID.

Tabarquino, R., Pulgarin, D., Giraldo, A. (2018). Dinámica de una red integral de prestadores de servicios de salud (RIPSS). *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 1-17.

WHO. (1978). Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Geneva: WHO.

WHO. (2009). Resolución WHA62.12. Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud. (Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2009 - Comisión A, tercer informe). Geneva: WHO.

### XIII. ANEXOS

#### A. Instrumentos de Evaluación.

##### Instrumento 1: Matriz de calificación de desarrollo de RISS. OPS/OMS

AMBITO	ATRIBUTO		CALIFICACION	CALIFICACIÓN MÁXIMA	PORCENTAJE DE DESARROLLO
<b>PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA</b>	1	Un sistema de Planificación único para toda la red.			
	2	Participación social amplia			
	3	Acción intersectorial amplia e integrada			
<b>TOTAL AMBITO 1</b>					
<b>ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN</b>	4	Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico			
	5	Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red			
	6	Sistema de Información integrado y que vincula a todos los miembros de la red			
	7	Desempeño centrado en resultados en salud y satisfacción de usuarios			
<b>TOTAL AMBITO 2</b>					
<b>ATENCIÓN EN SALUD</b>	8	Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud			
	9	Una extensa red de establecimientos de salud que comprende todos los niveles de atención y que provee e integra tanto los servicios de salud personales como los de salud pública			
	10	Un primer nivel de atención actúa como puerta de entrada al sistema, integra y coordina el cuidado asistencial, y resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población			
	11	Prestación de servicios especializados se dan preferentemente en ambientes extra-hospitalarios			
	12	Mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo del cuidado de la salud			
	13	Tipo de cuidado centrado en la persona, la familia y la comunidad			
<b>TOTAL AMBITO 3</b>					
<b>PROCESOS EVALUATIVOS</b>	14	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red como un todo			
<b>TOTAL AMBITO 4</b>					
<b>Total RISS</b>					

Fuente: OPS/OMS

**Instrumento 2: Medición del nivel de progresión hacia Redes Integradas de Servicios de Salud.**

Ámbito de abordaje	Atributo esencial	Nivel de progresión de los atributos que conforman las Redes Integradas de Servicios de Salud			
		I Red fragmentada	II Red parcialmente integrada	III Red integrada	Puntaje 0, 1 ó 2
<b>Planificación y Estrategia</b>	1. Planificación	No existe claridad de planes y Dirección de programas	Múltiples instancias de gobernanza que funcionan en forma fragmentada e independiente.	Un sistema de Planificación y estrategia unificado para toda la red.	
	2. Participación	No hay instancias de participación social	Las instancias de participación son limitadas	Participación social amplia	
	3. Intersectorialidad	No hay vínculos con otros sectores	Existen vínculos con otros sectores sociales	Acción intersectorial amplia e integrada.	
<b>Organización y gestión</b>	4. Gestión de apoyo	Gestión de apoyo desintegrada.	Gestión de apoyo clínica integrada pero sin integración de los sistemas de apoyo administrativo y logístico	Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico	
	5. Recursos humanos	Insuficientes para las necesidades de la red.	Suficientes, pero con deficiencias en cuanto a competencias técnicas y compromiso con la red.	Suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.	

Ámbito de abordaje	Atributo esencial	Nivel de progresión de los atributos que conforman las Redes Integradas de Servicios de Salud			
		I Red fragmentada	II Red parcialmente integrada	III Red integrada	Puntaje 0, 1 ó 2
Organización y gestión	6. Sistemas de información	No hay sistema de información.	Múltiples sistemas que no se comunican entre sí.	Sistema de información integrado y que vincula a todos los miembros de la red, con datos desglosados según variables pertinentes.	
	7. Desempeño y resultados	No hay medición de desempeño y resultados.	Medición de desempeño centrado en Insumos y procesos.	Medición de desempeño centrado en resultados en salud y satisfacción de usuarios.	
Atención en Salud	8. Población y territorio	Sin población/territorio a cargo.	Población/territorio a cargos definidos, pero con escaso conocimiento de sus necesidades en salud.	Población/territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades en salud, las cuales determinan la oferta de servicios de salud.	
	9. Oferta de Servicios	Inexistente, muy limitada o restringida al primer nivel de atención.	Comprende todos o la mayoría de niveles de atención, pero con gran predominio de servicios de salud personales.	Una extensa red de establecimientos de salud que comprende todos los niveles de atención y que provee e integra tanto los servicios de salud personales como los de salud pública.	

Ámbito de abordaje	Atributo esencial	Nivel de progresión de los atributos que conforman las Redes Integradas de Servicios de Salud			
		I Red fragmentada	II Red parcialmente integrada	III Red integrada	Puntaje 0, 1 ó 2
<b>Atención en Salud (Cont.)</b>	10. Primer nivel de atención	Predominio de programas verticales que funcionan en forma desintegrada.	Actúa como puerta de entrada al sistema pero con muy baja capacidad de resolución e integración de servicios.	Actúa como puerta de entrada al sistema, integra y coordina el cuidado asistencial, y resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población.	
	11. Atención especializada	Acceso desregulado a especialistas.	Acceso regulado a la atención especializada pero de predominio hospitalario.	Prestación de servicios especializados se dan preferentemente en ambientes extra-hospitalarios.	
	12. Coordinación asistencial	No hay coordinación asistencial.	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial, pero que no cubren todo el continuo del cuidado de la salud.	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo del cuidado de la salud.	
	13. Foco de cuidado	Centrado en la Enfermedad.	Centrado en el individuo.	Centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio	
<b>Procesos Evaluativos</b>	14. Financiamiento	Insuficiente y Discontinuo.	Financiamiento adecuado pero con incentivos financieros no alineados.	Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red como un todo.	

Fuente: OPS/OMS

## B. Resultados

**Tabla 1.**

***Elementos que conforman la Red de Servicios de Salud en el municipio San José de Bocay. Enero 2016 – diciembre 2018.***

Elemento de la red	Número	Porcentaje
Casa Base	23	58%
Casa Materna	2	5%
Puesto de Salud Familiar y Comunitario	5	13%
Clínica de Medicina Natural y Terapias complementarias	1	3%
Establecimientos Privados	7	18%
Centro de Salud Familiar	1	3%
Hospital Primario	1	3%
<b>Total Elementos de la Red municipal</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 2.**

***Calificación del Nivel de Desarrollo alcanzado por los Atributos del Ámbito 1: Planificación y Estrategia, en la Red de Servicios de Salud del Municipio de San José de Bocay.***

ÁMBITO	ATRIBUTO	CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN MÁXIMA	PORCENTAJE DE DESARROLLO
1	1	Un sistema de gobernanza único para toda la red.	4	100.0%
	2	Participación social amplia	3	75.0%
	3	Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.	3	75.0%
<b>TOTAL ÁMBITO 1</b>		<b>10</b>	<b>12</b>	<b>83.3%</b>

Fuente: Matriz OPS para Evaluación de RISS.

**Tabla 3.**  
**Calificación del Nivel de Desarrollo alcanzado por los Atributos del Ámbito 2:**  
**Organización y Gestión, en la Red de Servicios de Salud del Municipio de**  
**San José de Bocay.**

ÁMBITO		ATRIBUTO		CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN MÁXIMA	PORCENTAJE DE DESARROLLO
2	Organización y Gestión	4	Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.	11	16	68.8%
		5	Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.	3	4	75.0%
		6	Sistema de Información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico	1	4	25.0%
		7	Gestión Basada en Resultados	2	4	50.0%
	<b>TOTAL ÁMBITO 2</b>				<b>17</b>	<b>28</b>

Fuente: Matriz OPS para Evaluación de RISS.

**Tabla 4.**  
**Calificación del Nivel de Desarrollo alcanzado por los Atributos del Ámbito 3:**  
**Atención en Salud, en la Red de Servicios de Salud del Municipio de San José de Bocay.**

ÁMBITO	ATRIBUTO	CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN MÁXIMA	PORCENTAJE DE DESARROLLO		
3	Atención en Salud	8	Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.	10	12	83.3%
	9	Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública	8	16	50.0%	
	10	Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.	11	12	91.7%	
	11	Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios	5	16	31.3%	
	12	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud	15	28	53.6%	
	13	Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.	9	12	75.0%	
	<b>TOTAL ÁMBITO 3</b>		<b>58</b>	<b>96</b>	<b>60.4%</b>	

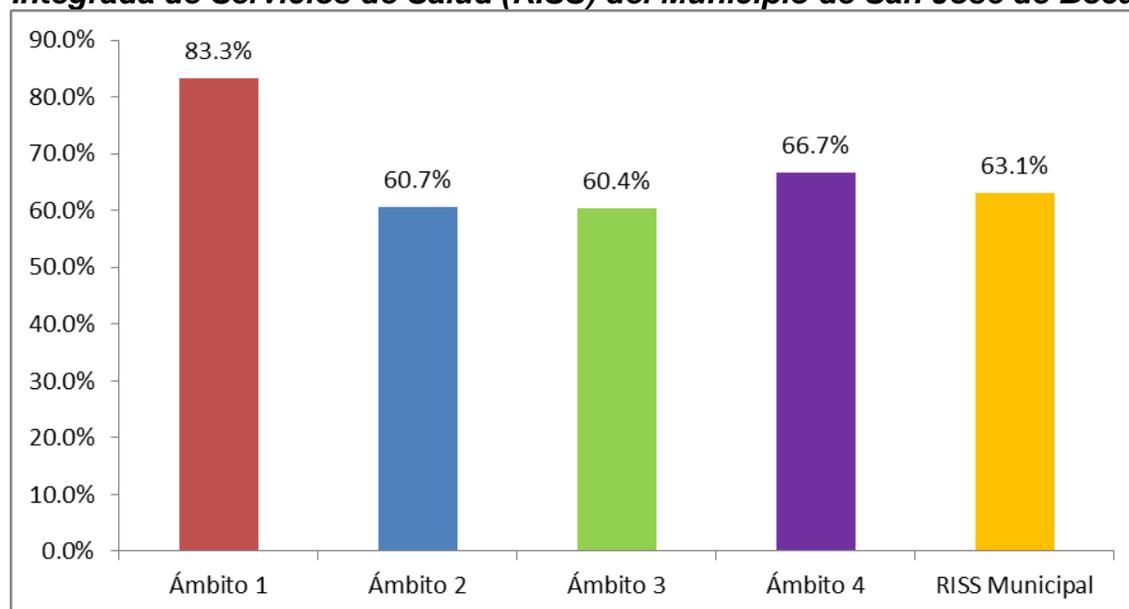
Fuente: Matriz OPS para Evaluación de RISS.

**Tabla 5.**  
**Calificación del Nivel de Desarrollo alcanzado por los Atributos del Ámbito 4: Procesos Evaluativos, en la Red de Servicios de Salud del Municipio de San José de Bocay.**

ÁMBITO	ATRIBUTO		CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN MÁXIMA	PORCENTAJE DE DESARROLLO	
4	Procesos Evaluativos	14a	Asignación de recursos financieros	8	12	66.7%
		14b	Incentivos alineados con objetivos explícitos	8	12	66.7%
TOTAL ÁMBITO 4				16	24	66.7%

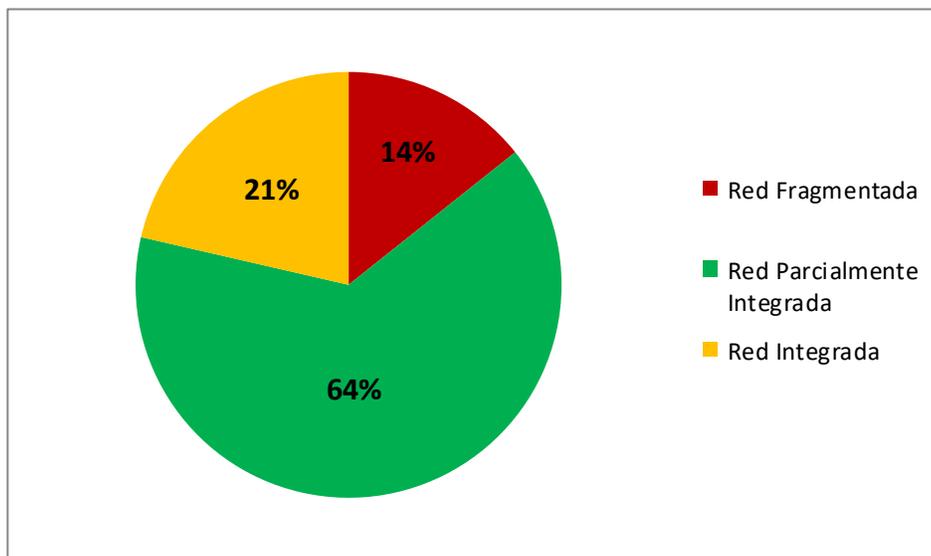
Fuente: Matriz OPS para Evaluación de RISS.

**Gráfico 1.**  
**Distribución del Nivel de Desarrollo alcanzado por los Ámbitos de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) del Municipio de San José de Bocay.**



Fuente: Elaboración Propia a partir de Matriz OPS para Evaluación de RISS.

**Gáfico 2.**  
***Nivel de Integración alcanzado por Red de Servicios de Salud del municipio de San José de Bocay.***



Fuente: Elaboración Propia en base a Matriz de medición del Nivel de Integración OPS.