

ARTICULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Factores que facilitan o dificultan la Continuidad del Cuidado en la Red de Servicios del Departamento de Presidente Hayes según atributos de las RIISS, Paraguay, 2018-2019

Factors that facilitate or hinder the Continuity of Care in the Service Network of the Presidente Hayes Department according to attributes of the RIISS., Paraguay, 2018-2019

Bernardita Villalba¹, Amalia Molinas Fabio¹, Maria Stella Cabral-Bejarano² ¹ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Instituto Nacional de Salud, Asunción, Paraguay.² Centro de Investigación y Proyectos en Sistemas de Salud, Asunción, Paraguay.**Correspondencia:** María Stella Cabral de Bejarano, **Correo electrónico:** cabralbejarano.mariastella@gmail.com**Responsable editorial:** Carlos Miguel Ríos González**Cómo referenciar este artículo:** Villalba B, Molinas F, Cabral-Bejarano MS. Análisis de los factores que facilitan o dificultan la Continuidad del Cuidado en la Red de Servicios del Departamento de Presidente Hayes según atributos de las RIISS, Paraguay, 2018-2019. Rev. salud publica Parag. 2020; 10(2):50-58

Recibido el 18 de agosto del 2020, aprobado para publicación el 02 de octubre del 2020

RESUMEN

Introducción: El estudio se desarrolla en el Departamento de Presidente Hayes XV Región Sanitaria dependiente del Ministerio de Salud Pública, en un área rural caracterizada por fragilidades de comunicación, disponibilidad de recursos y débiles procesos de capacitación.

Objetivo: Evaluar factores que facilitan o dificultan la Continuidad del Cuidado en la Red de Servicios del Departamento de Presidente Hayes según atributos de las RIISS, Paraguay durante los años 2018 a 2019.

Metodología: Estudio observacional descriptivo cualitativo, de corte transversal, que explora a través de preguntas semi estructuradas factores que dificultan o facilitan la continuidad del cuidado, utilizando como marco de referencia la aplicación de 13 atributos de las RIISS/OPS. Se realizaron entrevistas individuales a 25 actores clave (profesionales y personal de salud) desempeñando roles en el primer nivel de atención y niveles hospitalarios de referencia, utilizando un cuestionario de preguntas semi estructuradas para explorar dimensiones vinculadas a la continuidad del cuidado (información, mecanismos de comunicación, gestión coordinación y capacitación).

Resultados: Los hallazgos señalan dificultades de comunicación, discontinuidad de utilización de instrumentos de referencia y retorno que condicionan la efectividad de los procesos de derivación de pacientes, el conocimiento, disponibilidad de normas y protocolos contribuyen en muchos casos a la toma de decisiones. Son insuficientes las oportunidades de capacitación conjunta entre equipos de primer nivel y equipos hospitalarios, dificultades de conectividad y uso restringido de dispositivos móviles repercuten en la integración de profesionales entre niveles y la generación de cambios de conducta y compromiso.

Conclusión: Las dinámicas de interacción, articulación, integración y participación entre niveles

de atención, se encuentra aún en proceso de fortalecimiento. Aun no se logra avanzar hacia la construcción de una única gobernanza regional, que asuma el compromiso de salvar vidas a través de efectivos mecanismos organizativos

Palabras clave: Continuidad; cuidados; coordinación; atención primaria de salud; Paraguay

ABSTRACT

Introduction: The study is developed in the Department of Presidente Hayes XV Sanitary Region dependent on the Ministry of Public Health, in a rural area characterized by weak communication, availability of resources and weak training processes.

Objective: Evaluate factors that facilitate or hinder the Continuity of Care in the Service Network of the Presidente Hayes Department according to attributes of the RIISS, Paraguay during the years 2018 to 2019.

Methodology: A descriptive, qualitative, cross-sectional observational study that explores, through semi-structured questions, factors that hinder or facilitate continuity of care, using the application of 13 attributes of the RIISS/PAHO as a frame of reference. Individual interviews were conducted with 25 key actors (professionals and health personnel) playing roles in the first level of care and hospital reference levels, using a semi-structured questionnaire to explore dimensions related to continuity of care (information, mechanisms of communication, management coordination and training).

Results: The findings indicate communication difficulties, discontinuity in the use of reference and return instruments that condition the effectiveness of the patient referral processes, knowledge, availability of standards and protocols contribute in many cases to decision-making. The opportunities for joint training between first-level teams and hospital teams are insufficient, connectivity difficulties and restricted use of mobile devices affect the integration of

professionals between levels and the generation of changes in behavior and commitment.

Conclusion: The dynamics of interaction, articulation, integration and participation between levels of care are still in the process of strengthening. No progress has yet been made towards the construction of a single regional governance, which assumes the commitment to save lives through effective organizational mechanisms.

Keywords: Continuity, care; coordination; primary health care; Paraguay

INTRODUCCIÓN

El enfoque de derechos en la atención de la salud, busca garantizar el acceso justo y equitativo a servicios de salud de calidad a todos los ciudadanos paraguayos, tanto en zonas urbanas, como rurales, fortaleciendo la asistencia a poblaciones vulnerables y pobres excluidos del sistema de salud, por diferentes motivos (geográficos, económicos, culturales)⁽¹⁾.

La reorganización de la atención en redes prioriza la estrategia asistencial basada en la Atención Primaria en Salud (APS), como el eje vertebrador y puerta de entrada al sistema, para mejorar la eficiencia y garantizar las mejores respuestas desde el primer nivel de atención, sustentado en principios de equidad y cobertura universal⁽²⁾.

La continuidad e integralidad del cuidado requiere mecanismos normados, establecidos en el marco de líneas de política, e implementados mediante protocolos y guías, a lo largo de toda la red, y apoyados en procesos evaluativos continuos para lograr dar funcionalidad efectiva a las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS), considerando el enfoque sistémico desde los determinantes sociales y ambientales de la salud, cuyos efectos impactan con mayor fuerza en las poblaciones rurales⁽³⁻⁶⁾.

La estrategia de APS ha sido declarada explícitamente en la Política Nacional de Gobierno y en las Políticas de Desarrollo Social, y ha sido apoyada con la declaración de gratuidad universal (Resolución MSPBS N.º 363/2008), constituyendo la expresión de adhesión al objetivo de asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin pasar por penurias financieras para pagarlos, asumiendo el compromiso de reducir o eliminar barreras económicas que dificulten la atención, aunque estos fueran mínimos^(7,8).

Para que un país pueda alcanzar la cobertura sanitaria universal se han de cumplir algunos requisitos como un sistema de salud fortalecido, un sistema de financiación sostenible de los servicios de salud, acceso a medicamentos y tecnologías esenciales y personal sanitario bien capacitado⁽⁹⁻¹¹⁾.

Varios países de América Latina han adoptado la

organización de los servicios de salud en redes, como estrategia asistencial, sustentada en los principios de equidad y cobertura universal, y cuya eficiencia depende de la funcionalidad articulada entre niveles de atención, de diferente complejidad y capacidad resolutoria, para lo cual se requiere cualificación, entrenamiento y evaluación continua del personal y profesionales de salud⁽¹²⁾.

Presidente Hayes, es el tercer departamento más extenso del Paraguay, con 121.075 habitantes, 72.907 km² y densidad poblacional de 1,68 hab/km², ubicado al sur de la región occidental o Chaco. Ocho municipios, Benjamín Aceval, Doctor José Falcón, General José María Bruguez, Nanawa, Puerto Pinasco, Teniente Primero Manuel Irala Fernández, teniente Esteban Martínez y Villa Hayes, integran la división administrativa. La XV Región Sanitaria coordina los 38 establecimientos de salud articulados en red, hasta el Hospital Regional de tercer nivel de atención con diferentes grados de coordinación e integración y perfiles de profesionales y organizaciones^(13,14).

Desde 2009 se ha ido fortaleciendo el primer nivel de atención, con la instalación de nuevas unidades de salud de la Familia (USFs), en las comunidades de La Patria, Tte. Irala Fernández, Pozo Colorado, Campo Aceval y Gral. Bruguez, contribuyendo a disminuir progresivamente las diferencias de acceso de poblaciones rurales a servicios de salud, a medida que se realizan esfuerzos para avanzar en el desarrollo de los 13 atributos de las RIISS promovidos por la OPS, junto a procesos sistemáticos y continuos de planificación, coordinación, ajustes de la oferta y respuesta específicas identificadas localmente⁽¹⁵⁾.

Los 13 atributos de las RIISS, incluyen la definición del territorio y su población, la identificación del contexto político-sanitario, el mapeo de los actores e instituciones para promover una gobernanza unificada para la red territorial, partiendo del análisis de situación de salud y conocimiento de sus indicadores sociodemográficos, sanitarios, epidemiológicos y económicos, el perfil de la capacidad instalada de los establecimientos existentes por niveles, el desarrollo de la medicina preventiva, la promoción de la salud, centrada en las personas, familias y comunidades, el desarrollo de la gestión clínica con enfoque multidisciplinario, la disponibilidad de especialidades básicas, servicios extrahospitalarios, servicios de apoyo clínico y logístico, con permanente aplicación de mecanismos de coordinación y gestión integrada entre niveles, incluida las dinámicas de referencia y contra referencia, desarrollo de relaciones interpersonales, un adecuado sistema de información integrado, e identificación de respuestas específicas, sin olvidar enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos, con incentivos financieros, asignados a las comunidades de mayor vulnerabilidad⁽¹⁶⁾.

Las dinámicas de red, aunque no pueden atender todas las necesidades, pueden generar efectos sinérgicos con variedad de sectores y subsectores, a partir de las vivencias y experiencias locales, más allá de los lineamientos teóricos. El trabajo intersectorial contribuye a reconcebir el modelo en zonas rurales y urbanas, posicionando la equidad y el derecho a la salud como valor central de la estrategia, subsanando diferencias injustas, garantizando grados de protección financiera y solidaria según las necesidades identificadas⁽¹⁷⁾.

OBJETIVO

Evaluar factores que facilitan o dificultan la la Continuidad del Cuidado en la Red de Servicios del Departamento de Presidente Hayes según atributos de las RIISS, Paraguay durante los años 2018 a 2019.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo cualitativo, descriptivo exploratorio de corte transversal.

Población enfocada y accesible: Actores clave multidisciplinares involucrados en la continuidad del cuidado de pacientes, desde sus roles de gestión y como integrantes de equipos comunitarios y hospitalarios de establecimientos de salud de referencia en la misma región, desarrollado de julio de 2018 a diciembre de 2019.

El estudio involucra solamente al subsector público del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).

Se realizó un muestreo no probabilístico, 25 actores clave elegidos por conveniencia, cuya selección se basó en el perfil, experiencia y conocimiento en torno al tema en estudio, procedentes del nivel comunitario y hospitalario, 4 directivos de nivel regional y establecimientos de la red de servicios, 8 profesionales y personal de salud de nivel comunitario, 8 profesionales y personal de salud de nivel hospitalario, 5 expertos (Directivos de APS).

Para el reclutamiento se elaboró un directorio de actores a entrevistar, con datos de contacto (celular, correo electrónico, ubicación laboral y rol desempeñado), seleccionados según conocimiento y experiencia en la gestión de la estrategia de APS y los desafíos de la continuidad del cuidado de pacientes procedentes del primer nivel de atención en los servicios hospitalarios de la red de servicios del departamento de Presidente Hayes, con quienes se contactó previamente, solicitando su participación y explicando los objetivos del estudio, previa firma del consentimiento informado, estableciendo un agreement para la realización de las entrevistas. Las categorías de análisis fueron: Nivel de comprensión de las competencias específicas de los

profesionales y personal de salud sobre continuidad del cuidado, sus elementos, contexto y alcances, conjunto de causas y factores que disminuyen la funcionalidad de la interacción entre niveles de atención de una red de servicios rural, modalidades de traslado de pacientes para recibir cuidados que no pueden ser brindados en el lugar de origen, determinación de procesos y micro procesos a cargo de personal y profesionales de salud, relacionados a sus funciones específicas según nivel de atención, en el contexto de los 13 atributos de las RIISS de la OPS, existencia de un conjunto de acciones de comunicación estratégica coordinadas y sostenidas.

Para la recolección de información se elaboraron preguntas semiestructuradas, dirigida a actores clave integrantes de equipos de asistencia comunitaria (primer nivel de atención) y equipos de atención hospitalaria (segundo y tercer nivel de atención), ejerciendo roles de asistencia directa a pacientes del territorio (Departamento de Presidente Hayes), se complementaron con apuntes de hallazgos emergentes obtenidos durante el trabajo de campo. Las entrevistas fueron realizadas por miembros del equipo investigador

Instrumentos de recolección de datos: cuestionario convencional conteniendo preguntas semiestructuradas, para explorar el cumplimiento de los 13 atributos de las RIISS, con énfasis en utilización de la herramienta de referencia y retorno entre niveles, dinámica de comunicación y medios utilizados entre equipos de salud comunitarios y hospitalarios, procesos de capacitación conjunta e intercambio de experiencias, disponibilidad de recursos básicos y ambulancias y utilización del Manual de Funciones y Guía de Trabajo de APS, y Manual de Organización de los Servicios en el marco de las RIISS (18-20).

Procesamiento de los datos: se organizó la información en una tabla científica en Excel 2010 según los 13 atributos de las RIISS, incorporando hallazgos relevantes en torno a cada uno. Se complementó la información con evidencias obtenidas de revisión documental técnico-científica y algunos artículos originales, correspondientes a experiencias de algunos países de la región, utilizando párrafos individualizados organizados en fichas bibliográficas.

Análisis de los datos: a partir de la integración de los hallazgos de fuentes primarias y secundarias se profundizó ideas y/o argumentos en concordancia con las dimensiones de análisis vinculadas a los atributos de las RIISS.

Se analizaron los contenidos de las explicaciones y categorizaciones derivadas de opiniones relevantes de los entrevistados, y se identificaron potenciales opciones de política, aunque algunos no fueran incorporados explícitamente.

Control de calidad: se realizó mediante triangulación de la información entre informantes y dos expertos de

diferente disciplina en salud con acabado conocimiento del contexto, detectando necesidad de capacitación adicional o apoyo.

Consideraciones éticas: a cada entrevistado se informó sobre los objetivos de la investigación, el contenido y tipo de preguntas, se entregó la carta de consentimiento informado y se solicitó anuencia y consentimiento individual para la participación voluntaria y grabar las entrevistas, asegurando confidencialidad y anonimato. Se tuvieron en cuenta los principios de respeto, garantizando que cada participante sea considerado un individuo autónomo, el principio de justicia ya que todos los participantes fueron tratados por igual, independientemente del género, edad, raza y otros.

RESULTADOS

Factores que inciden en la continuidad del cuidado

1) A nivel comunitario:

Los actores entrevistados coinciden en la afirmación que la herramienta de referencia y contra referencia es utilizada parcialmente, ya que “...el retorno de los pacientes a sus comunidades de origen no cumple adecuadamente las normas de contra referencia”.

“La calidad de la comunicación ante procesos continuos que requieren coordinación es deficiente entre equipos comunitarios y hospitalarios”, atribuido a empoderamiento de los diferentes prestadores y déficits de medios de comunicación como dispositivos y conectividad.

“La mayoría de los equipos de salud de la familia están incompletos...”, según el número requerido según normas, especialmente existe déficit de agentes comunitarios, lo cual afecta la periodicidad de visitas domiciliarias, por sobrecarga de funciones, establecidas según normas (Manual de Funciones y Guía de Trabajo de APS).

“Se produce un círculo vicioso en el personal y profesionales de la salud, que inician sus labores con gran entusiasmo y luego terminan con desmotivación y cansancio ante vicios del sistema...” (Médico Familiar entrevistado).

2) A nivel hospitalario:

La inadecuada comunicación entre integrantes de los equipos comunitarios y hospitalarios se atribuye a la “...ausencia de espacios de encuentro, evaluación y capacitación conjunta en forma periódica”.

Es constante la falta de recursos, manifestada por varios de los actores entrevistados, situación que genera “...adaptación a la realidad existente, e incremento de la apatía”.

Algunos referentes expresaron que a todos los factores mencionados se suma las debilidades para el manejo de patologías complejas, atendibles en el primer y segundo nivel de atención, lo que genera mayor número de derivaciones injustificadas.

“Equipos de mediana tecnología como electrocardiógrafos, ecógrafos o reactivos de laboratorio son necesarios en el primer nivel para estudios básicos previos al tratamiento de enfermedades crónicas y prevalentes” (Médico Familiar de Hospital Regional).

A nivel Regional (XVR.S.)

“...Uno de los hallazgos se refiere al déficit de resumen de alta de pacientes al retornar a sus comunidades o estos son incompletos”. Autoridades lo atribuyen a las escasas o nulas oportunidades de capacitación conjunta y comunicación interna, necesarios para generar cambios de conducta y comportamiento, a través de actualizaciones, intercambio de experiencias y estudios de caso.

“Existe percepción de aislamiento...” y se habla de impotencia y desidia del personal de blanco ante casos complejos que demandan resolutiveidad.

Aunque la disponibilidad de normas y guías constituyen una fortaleza, diferentes componentes de la APS, como las actividades de promoción, prevención y gestión social de la salud, son insuficientes.

“Según expertos entrevistados, se asumen las debilidades de monitoreo, evaluación y acompañamiento a las unidades para mejorar la eficiencia”.

Personal y profesionales de la salud han manifestado que diferentes disciplinas no son suficientemente reconocidos como interlocutores, en el nivel hospitalario, lo cual requiere con urgencia iniciativas de capacitación conjunta e integración de esfuerzos para cumplir los objetivos.

Tabla 1: Estratificación de actores a entrevistar

Nivel de atención y complejidad	Personal y Profesionales de Unidades efectoras de la Red Sanitaria de Presidente Hayes			
	(a) Directivos/ Gerentes	(b) Profesionales / Personal de Salud	(c) Región urbana	(d) Región rural
Primer nivel				
Segundo nivel				
Tercer nivel	10	15	40 %	60 %

El rango de edad de los encuestados fue entre 34 a 53 años, con predominio del sexo femenino (Tabla 1).

La mitad de los entrevistados considero regular la gestión de coordinación entre niveles de atención para diferentes procesos que deben realizarse conjuntamente. En su mayoría manifiestan que la frecuencia y calidad de comunicación son exiguas e insuficientes y no existen espacios de planificación conjunta entre los equipos sanitarios y los equipos hospitalarios.

Los controles de gestión, realizados con periodicidad trimestral en el pasado, fue reemplazado por evaluaciones virtuales entre el nivel central y regional, sin participación de todos los actores clave de la red de servicios, considerandose parciales y escasamente resolutiveas las evaluaciones realizadas.

Casi la totalidad de los entrevistados declara que utiliza su propio dispositivo móvil (celular) para comunicarse con otros niveles de salud (Tabla 2).

Una baja cantidad de los actores de primer nivel entrevistados refieren disponer y utilizar las normas de referencia y retorno entre niveles de atención.

Tabla 2: Análisis de los factores relacionados a la continuidad del cuidado en el marco de los atributos de las RIISS

Atributo de la RIISS	Situación en la XV R.S. Presidente Hayes	Observaciones	Brechas
1. Población y territorio Necesidades y preferencias de los usuarios	Territorio definido. Diagnóstico Sociosanitario. Estrategias participativas ocasionales. Normas, protocolos y guías disponibles. Oferta definida en el Manual de Organización de los Servicios en el marco de las RIISS. Falta adecuar acciones según realidad actual, geográfica y demográfica ajustada a la oferta en la última década.	Debilidades en el primer y segundo nivel de atención. Establecer mecanismos que permitan, adaptar la oferta a las necesidades de la población.	Las evaluaciones deben orientar la necesidad de recursos. Falta actualizar la planificación a nivel de distritos y territorios sociales, que permitan del área de acción de los corregidos.
2. Red de establecimientos de salud que presta servicios (Promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos) e integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios personales y salud pública)	Existe una red incipiente, no articulada con otros subsistemas. Se integran programas verticales y transversales en el primer nivel de atención, con limitaciones.	El perfil territorial y distribución de las unidades efectoras requieren mejorar la coordinación y los medios de comunicación para hacer más eficiente la continuidad del cuidado.	Falta definir claros mecanismos de interrelación de los RRHH de salud y agilizar la comunicación entre servicios. Necesidad de incrementar capacitaciones conjuntas entre niveles de atención. Falta incrementar el número de unidades efectoras e inversión en infraestructura, equipos y tecnología apropiada, para resolver problemas localmente.
3. Primer nivel de atención, como puerta de entrada al sistema	Existen esfuerzos para ampliar el primer nivel de atención y su capacidad instalada. Se realizan pruebas rápidas para diagnóstico, se extienden los turnos de atención. Se considera el incremento progresivo de la cartera de servicios listados básicos de medicamentos.	Las USF están atendidas por médicos familiares. La extensión de horarios de atención es asimétrica. Se han realizado intentos de dar funcionalidad a una red de emergencia prehospitalaria. No se identifica claramente la gobernanza de la red.	Existen nuevos instrumentos de organización de los servicios, pero aún existen brechas de implementación. Se ha extendido la cobertura de una estrategia combinada con periodicidad insuficiente. En la práctica la puerta de entrada constituyen los hospitales de segundo y tercer nivel de atención, ante la percepción de mayor resolutivez.
4. Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado.	Se dispone de un hospital Regional de tercer nivel y un hospital de segundo nivel con especialidades básicas (Villa Choferes). El acceso a especialistas es una debilidad que se accede por agendamiento. Es complicado a la dinámica de referencia y retorno.	Se identifica la necesidad de fortalecer las unidades efectoras del primer nivel, con mayor equipamiento y medios diagnósticos, para responder a las necesidades.	Debe planificarse la inversión en infraestructura que permita el desarrollo de la atención especializada.
5. Existencia de mecanismos de coordinación asistencial para la continuidad del cuidado	Se promueve la coordinación entre niveles. Los canales de comunicación entre unidades efectoras deben ser fortalecidos. Se cuenta con el Manual de Organización de los Servicios en el marco de las RIISS 2019, pero debe promoverse capacitación sobre su contenido.	La funcionalidad en red requiere fortalecer las capacidades de gestión, establecer mecanismos de interconsulta, referencia y retorno, gestión de casos y líneas de cuidado. Agilizar el flujo de información, Pasantías compensadas y actualización de profesionales y personal de salud.	Pasantías compensadas entre niveles puede mejorar las capacidades del personal y profesionales de salud. Desarrollo de capacitaciones conjuntas (jornadas, seminarios, reuniones virtuales, webinars, revisión de casos), entre niveles. Guías de referencia y retorno entre adecuadas a la realidad local.
6. Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género y niveles de diversidad de la población.	Se realizan esfuerzos para incrementar participación respetando la diversidad étnica y cultural, mediante programas de promoción y prevención.	La historia familiar, clasifica riesgos de las personas y familias. Se considera el enfoque de derechos.	Se debe incrementar los espacios para socializar hallazgos relacionados a situaciones de riesgo detectados, en un contexto intercultural de género.
7. Un sistema de gobernanza único en toda la red.	Este atributo, aunque se declara, no está desarrollado.	La escasa participación de los actores, limitan la concepción y diseño de nuevos lineamientos de política. Existe un statu quo.	Analizar en conjunto la misión, visión, objetivos estratégicos de las regiones sanitarias con sus particularidades. Establecer mecanismos de compromisos de gestión y de monitoreo y evaluación.
8. Participación social amplia	Se reconoce la necesidad de incrementar mecanismos de participación de la comunidad culturalmente (foros, diagnósticos participativos y otros).	El personal de salud debe integrarse con la comunidad y participar.	Falta promover estilos de liderazgo transformadores, que promuevan la cooperación empoderamiento de los miembros de la comunidad.
9. Acción intersectorial y determinantes de la salud y equidad Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado.	El modelo plantea acciones intersectoriales y abordaje de los determinantes sociales de salud con participación interinstitucional e intersectorial.	Se deben desarrollar mecanismos de vinculación intersectorial con atribuciones en niveles departamentales, municipales y comunitarios que permitan abordajes más cercanos de los determinantes.	Fortalecer las competencias en el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud en los equipos.
10. Gestión integrada de los servicios de apoyo clínico, administrativo y logístico	Se debe debatir aun sobre los mecanismos de integración de los servicios, en todas las propuestas de gestión integrada.	Fortalecer la capacidad de gestión integrada (logística, transporte, sistema de información, comunicación).	Incorporar la funcionalidad en red de laboratorio, radiología, gestión de medicamentos e insumos, test rápidos priorizando el primer nivel de atención.
11. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.	Déficit de dotación de recursos humanos. Debilidades de desempeño de unidades efectoras de primer nivel. Se realizan cursos de inducción a nuevos RRHH incorporados y se dispone de Normas, protocolos y guías.	Se ha definido una nueva política Nacional de RRHH. Se debe adecuar la formación al modelo de atención basado en Atención Primaria y articulación de los servicios en redes.	Desarrollar procesos de capacitación permanente, en cumplimiento de un plan diseñado de acuerdo a las realidades locales. Promover competencias genéricas y específicas, como gestión, liderazgo, planificación local participativa, estadística básica, manejo de recursos informáticos, análisis de resultados. Rediseño de brechas de dotación de RRHH. Realizar evaluaciones de desempeño.
12. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red y gestión basada en resultados	No se dispone de un Sistema Integrado de Información, esta llega fragmentada e incompleta. Se debe definir metas y resultados esperados, de acuerdo con los hallazgos de monitoreo y evaluación local.	Déficit de dispositivos móviles y conectividad. Se ha dejado de realizar reuniones de control de gestión y formulación de planes estratégicos regionales.	Se debe unificar los formatos de capacitación presupuestar actividades de capacitación continua, pasantías compensadas en servicios desarrollados e incrementar el acceso a nuevas tecnologías.
13. Financiamiento adecuado, planificado según el modelo y requerimiento de la atención en red	No existe modelo de financiamiento que deba evaluar regionalmente necesidades para la gestión, la capacidad instalada, la disponibilidad de medicamentos y equipos.	La asignación de recursos financieros está desfasada de las necesidades y brechas proyectadas.	La asignación de recursos financieros no responde al diagnóstico de situación y a los planes estratégicos regionales, en el contexto del Plan Operativo Institucional (POI).

DISCUSIÓN

Los hallazgos reflejan limitaciones estructurales y funcionales, visibilizados en la capacidad instalada de los establecimientos que integran la red de servicios, con énfasis en el perfil de dotación de recursos humanos de las diversas disciplinas, que se requieren según niveles de atención y otros factores de carácter instrumental relacionados a los sistemas de comunicación y transporte que inciden directamente en la adecuada coordinación de los equipos sanitarios para la continuidad del cuidado.

Desde la mirada de los actores clave entrevistados, el diagnóstico de situación del departamento de Presidente Hayes y la aplicación comparativa de los 13 atributos de las RIISS (**Tabla 1**), que han permitido identificar otras brechas relacionadas a los flujos de financiamiento, la efectiva disponibilidad de recursos y el déficit de entrenamiento conjunto de equipos comunitarios y hospitalarios.

Los resultados de salud territorial se reflejan de manera parcial a través de datos estadísticos, indicadores epidemiológicos y de productividad, estableciendo la necesidad de métodos cualitativos para desmenuzar cada uno de los eslabones organizacionales que requieren fortalecimiento para el desarrollo de procesos primordiales adaptados a las realidades locales.

Glucker et al, 2019, aplican el término polisémico de gobernanza a redes y territorios, planteando un desafío conceptual, que integra enfoques desde la dimensión política, sanitaria, económica, social, ambiental y humanitaria aplicados a un ámbito local y regional, como un facilitador en el proceso de coordinación de intereses, articulación de objetivos comunes e integración de recursos, entendida también como una justa y buena gobernanza, aplicada a diversas escalas multinivel^(35,36).

Bravo, 2018 hace referencia a la taxonomía de Whittingham, que considera 37 indicadores de gobernanza territorial, que incluyen como principales la eficiencia, equidad, participación, rendición de cuentas y, desarrollo de recursos humanos. Al mismo tiempo este autor propone incorporar en las evaluaciones indicadores sobre carencias en la capacitación del servidor público, y monitoreo de la existencia de participación de grupos de interés, y desarrollo de mecanismos institucionales de participación ciudadana⁽³⁷⁾.

Otro aspecto importante relacionado a la buena gobernanza tiene que ver con la gobernabilidad necesaria para implementar lineamientos de política a cargo de los gobiernos locales, articulando la salud al desarrollo de otros procesos sociales, y prácticas de gestión territorial. La gobernabilidad territorial puede contribuir a delinear con mayor claridad la jerarquía de las acciones que son necesarias, y a identificar externalidades positivas y aquellas que comprometen

la equidad y la integración de los bienes sociales (Varela, 2015)^(38,39).

La capacidad de liderazgo ágil pone a prueba a los equipos directivos, gerentes y profesionales, para diseñar, conducir e implementar los mecanismos necesarios que permitan asegurar a las personas el continuo de su atención a lo largo de todo el sistema, con énfasis en la definición de responsables de los procesos de coordinación, las reestructuraciones funcionales, y la articulación asistencial efectiva dentro de la red⁽⁴⁰⁾.

Factores relacionados a los sistemas de logística de las redes, mediante dinámicas organizativas comunes, utilización de protocolos, manuales y guías, fortalecimiento de los subsistemas de transporte y comunicación, pueden convertirse en fortalezas como instrumentos de normalización de procesos en la coordinación asistencial. Aunque se reconocen avances en la participación social, esta dimensión sigue considerándose un desafío en territorios rurales, con población dispersa y vulnerable, particularmente afectados por diferentes determinantes sociales de salud como lo menciona Puig, 2015⁽⁴¹⁾.

Los antecedentes de realización de controles de gestión trimestrales demuestran, su utilidad como uno de los procesos evaluativos basados en datos estadísticos, epidemiológicos y de productividad, pero desconectados de la verdadera realidad social y sanitaria y de la mirada conjunta de los actores responsables de la macro, meso y micro gestión entre niveles, para complementar el diagnóstico, los principales problemas y las mejores soluciones, en un contexto territorial caracterizado por las limitaciones de la ruralidad⁽⁴²⁻⁴⁴⁾.

La utilización de una matriz estructurada para evaluar la implementación territorial de la RIISS, a la luz de atributos primordiales sugeridos por la OPS, y adaptado de otras experiencias registradas en la región, ha permitido lograr un diagnóstico sobre la funcionalidad real de las unidades efectoras de diferente nivel de atención y complejidad del departamento de Presidente Hayes, y el nivel de desarrollo para impulsar la continuidad del cuidado, constituyéndose en una herramienta válida para medir los efectos de la fragmentación del sistema, y las potencialidades para robustecer las relaciones interinstitucionales necesarias para la construcción de una gobernanza territorial, que integre a otros subsectores como educación, gobiernos locales, departamentales y medio ambiente⁽⁴⁵⁾.

Se identifica un elemento estratégico necesario para articular funcionalmente a las unidades efectoras de diferente nivel de atención y complejidad, y es el compromiso nacional de incrementar la inversión y mejora de la capacidad instalada, el compromiso institucional y personal de cada uno de los integrantes de los equipos sanitarios.

Se reconoce como limitaciones del estudio, la

adaptada e incorporada a los objetivos del estudio en una red rural con grandes brechas estructurales y funcionales. De la misma manera, el perfil de entrevistados no fue homogéneo, en conocimiento, desempeño, aunque todos ellos insertados en atención primaria, o en hospitales de mediana complejidad.

CONCLUSIÓN

Las dinámicas de interacción, articulación, integración y participación entre niveles de atención, se encuentra aún en proceso de fortalecimiento. Aun no se logra avanzar hacia la construcción de una única gobernanza regional, que asuma el compromiso de salvar vidas a través de efectivos mecanismos organizativos, aunque se han incrementado los esfuerzos de los diferentes actores e instituciones para un progresivo cumplimiento de los lineamientos de política que conducirán a la organización de la RIISS departamental en este territorio.

Conflicto de interés: Los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses.

Financiación: Fondos propios de los autores.

Contribuciones: BV, FM colaboraron en la concepción del estudio original, recolección de los datos y la redacción del manuscrito. BV y MSCB realizó el análisis de datos e interpretación de datos. FM participó en la concepción del estudio original y en la redacción del manuscrito. BV y MSCB colaboró en la concepción del estudio original, la interpretación de datos, la redacción del manuscrito. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RSPP y/o del INS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. 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 (OPS/OMS). Washington, DC: OPS; 2007. [citado 3 enero 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31084/9275326991-esp.PDF>.
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Concepto, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 4. Washington, D.C.: OPS, 2010.
3. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Dirección General de Planificación y Evaluación. Planes Estratégicos Regionales. Paraguay 2010 – 2012. Plan Estratégico de Presidente Hayes. Disponible en:

4. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de la ONU sobre cobertura universal de salud: OPS da la bienvenida y aboga por una transformación de los sistemas de salud. Disponible en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15447:un-declaration-on-universal-health-coverage-paho-advocates-for-health-system-transformation&Itemid=1926&lang=es

5. República del Paraguay. Presidente Hayes, decimoquinto departamento. [Internet]. Disponible en: <http://www.abc.com.py/edicion-impres/suplementos/escolar/presidentes-hayes-decimoquinto-departamento-de-la-republica-del-paraguay-987798.html>

6. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Información Estratégica en Salud. [Internet]. Disponible en: <http://portal.mspbs.gov.py/digies/>

7. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma Ata (1978). Cuad Hist Salud Pública [Internet]. junio de 2008 [citado 2 de agosto de 2018]; (103):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0045-91782008000100009&lng=es&nrm=iso&tng=es

8. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública [Internet]. marzo de 2007 [citado 2 de agosto de 2018]; 21:73-84. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/03.pdf>

9. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Documentos en OPS Paraguay [Internet]. [citado 2 de agosto de 2018]. Disponible en:

https://www.paho.org/par/index.php?option=com_doman&view=list&slug=sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=253&layout=default

10. Ramírez C. Manuales de Atención Primaria de la Salud. Paraguay [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2014 [citado 2 de agosto de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=1028:manuales-atencion-primaria-salud&Itemid=213

11. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Atención Primaria de la Salud. Nuevas Unidades de Salud de la Familia. [Internet]. [citado 2 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/portal/6094/aps-nuevas-unidades-de-salud-de-la-familia.htm>

12. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Promoción de la Salud. Paraguay. [Internet]. [citado 11 de octubre de 2018].

13. Casado MC. El informe de continuidad de cuidados como herramienta de comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria. Rev Esp Comun EN SALUD RECS [Internet]. 2016 [citado 17 de mayo de 2018]; 0(0):10211. Disponible en: <https://erevistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3337>
14. Cabral-Bejarano MS, López P, Villalba B, Giménez E, Bejarano C, Rodríguez L, Retamozo P, Andino M, Alcaraz S, Segovia P. Análisis de la Sobredemanda del Hospital General de Barrio Obrero. Implicancias organizacionales y funcionales de una microrred urbana. Asunción, Paraguay 2018-2019. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2020; 18(2):
15. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Política Nacional de Salud 2015 – 2030. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/90c029-POLITICANACIONALDESALUD.pdf>
16. Secretaria Técnica de Planificación. Política Nacional de Desarrollo. Paraguay 2030. Disponible en: <https://www.stp.gov.py/pnd/wp-content/uploads/2014/12/pnd2030.pdf>
17. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Declaración de gratuidad universal de la atención médica establecida por Resolución N° 363/2008. Disponible en https://www.leyes.com.py/buscar/?td=all_1&c=101&p=6
18. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Guía de Trabajo en Atención Primaria de la Salud 2017. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/5aadfa-GUIADETRABAJOENAPSPDF.pdf>
19. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia 2016. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/7aa3c3-ManualdefuncionesdelasUSF1.pdf>
20. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual de Organización de los Servicios en el marco de las RIISS, Paraguay 2019. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/planificacion/adjunto/17613e-ManualdeOrganizacionAprobadoORIGINAL.pdf>
21. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. De Alma-Ata a Astaná 2018. Conferencia Mundial sobre atención primaria de salud, Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14725:from-alma-ata-1978-to-astana-2018&Itemid=39594&lang=es
22. Cámara de Diputados. Laudo Hayes a favor del Paraguay. Disponible en: <http://www.diputados.gov.py/ww5/index.php/noticias/fallo-del-presidente-rutherford-hayes-es-declarado-de-interes-historico>
23. Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Síntesis histórica del 15 Departamento de Presidente Hayes. Disponible en: <https://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/Atlas%20Censal%20del%20Paraguay/18%20Atlas%20Pte.%20Hayes%20censo.pdf>
24. Puertas EB, Martínez RA, Figueroa GS, Hidalgo FE. Integración de redes de servicios de salud en Honduras: valoración comparativa del planteamiento teórico y de la aplicación práctica en cinco redes del país. Rev. Panam Salud Pública. 2018; 42:e135. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.135>
25. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud Pública de El Salvador. Nydia Contardo Diego Gamarra. 2010. Propuesta de estructura de la red integral e integrada de servicios de salud (RIISS). Disponible en: <https://docplayer.es/49538636-Propuesta-de-estructura-de-la-red-integral-e-integrada-de-servicios-de-salud-riiss-del-ministerio-de-salud-publica.html>
26. Juan Mercedes, Moguel Anchieta Alba, Valdés Olmedo Cuauhtémoc, González Pier Eduardo, Martínez González Gabriel, Barraza Llorens Mariana et al. Universalidad de los servicios de salud en México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2013 [citado 2020 Ago 10]; 55(spe):1-64. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0036-36342013000600001&lng=es.
27. Jeannie L Haggerty, J. Reid, R. Freeman, G. Starfield, B. Adair, C. McKendry, R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2002; 327:1219–21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14630762/>
28. Domínguez EC, Martín DM, Martín EA, Nuñez CB, García YG, Ríos N de, et al. Comunicación entre atención primaria y atención hospitalaria: la perspectiva de los profesionales de enfermería. NURE Investig Rev Científica Enferm [Internet]. 2015 [citado 31 de julio de 2018]; 12(76 (mayo-junio)) Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6266583>
29. Zenteno-López MA, Tzontehua-Tzontehua I, Gil-Londoño E, Contreras-Arroy S, Galicia-Aguilar R. Continuidad de cuidados para la adherencia terapéutica en la persona con diabetes tipo 2. Enferm Univ [Internet]. 201606 [citado 1 de agosto de 2018]; 13(2):130-7. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1665-70632016000200130
30. Pinzón PS, Alonso T, Torró G, Morato C, Raposo MF, Morilla JC. Experiencias, modelos y claves para la coordinación e integración de servicios sociales y sanitarios. Enferm Clínica [Internet]. 1 de enero de 2016 [citado 2 de agosto de 2018]; 26(1):3-6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S130862115001138>
31. Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano MÁ. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS

2012. Gac Sanit [Internet]. 1 de marzo de 2012 [citado 31 de julio de 2018]; 26:63-8. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003700>
32. Pérez S, María A, Milian G, Julia A, López Puig P, León Cabrera P, et al. Comunicación organizacional como dimensión necesaria para medir el clima en las organizaciones en salud pública. *Horiz Sanit* [Internet]. abril de 2017 [citado 31 de julio de 2018]; 16(1):28-37. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-74592017000100028&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. Almeida PF de, Marin J, Casotti E, Almeida PF de, Marin J, Casotti E. STRATEGIES FOR THE CONSOLIDATION OF THE COORDINATION OF CARE BY PRIMARY CARE. *Trab Educ E Saúde* [Internet]. agosto de 2017 [citado 31 de julio de 2018]; 15(2):373-98. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-77462017000200373&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
34. García RA. Estrategias de articulación entre Atención Primaria y Vigilancia en Salud y la interfaz entre los sujetos. (Spanish). [Internet]. julio de 2015 [citado 31 de julio de 2018]; 19(54):431-42. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=eue&AN=110797983&lang=es&site=eds-live&scope=site>
35. Navarrete V, Luisa M, Vargas Lorenzo I, Farré CalParag. J, Terraza Núñez R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. diciembre de 2005 [citado 2 de agosto de 2018]; 79(6):633-43. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272005000600003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
36. Marqués Sánchez P, Pérez G, Eva M, Agra Varela Y, Vega Núñez J, Pinto Carral A, et al. El análisis de las redes sociales: Un método para la mejora de la seguridad en las organizaciones sanitarias. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. junio de 2013 [citado 31 de julio de 2018]; 87(3):209-19. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-257272013000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
37. Merino M, Zabala AF, Amengual JM, Márquez SP, Keenoy E de M. Integración entre niveles asistenciales para pacientes con necesidades complejas: el proyecto europeo Carewell y la perspectiva desde el País Vasco. *RISAI - Rev Innov Sanit Aten Integrada* [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 31 de julio de 2018]; 7(1). Disponible en: <http://risai.org/index.php/risai/article/view/7>
38. Contel JC. La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. *Aten Primaria*. 2002; 29:502-506.
39. Contreras Balada N, Gibert Agulló A, Muñoz L, M J, Villareces P, C M, et al. Análisis de las derivaciones a la Atención Especializada desde la consulta de Atención Primaria. *Pediatría Aten Primaria* [Internet]. marzo de 2015 [citado 6 de agosto de 2018]; 17(65):e13-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322015000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
40. Cabral-Bejarano María Stella, Nigenda Gustavo, Arredondo Armando, Conill Eleonor. Rectoría y gobernanza: dimensiones estructurantes para la implementación de Políticas de Atención Primaria de Salud en el Paraguay, 2008-2017. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2018 July [cited 2020 Aug 12]; 23(7):2229-2238. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000702229&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09242018>.
41. Gluckler, Johannes; REHNER, Johannes; HANDKE, Michael. Gobernanza, redes y territorio. *Rev. geogr. Norte Gd., Santiago*, n. 74, p. 5-20, dic. 2019. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34022019000300005&lng=es&nrm=iso. accedido en 11 agosto 2020. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34022019000300005>.
42. BRAVO, O. Indicadores de gobernanza territorial de los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV 2013-2017), Ecuador. *Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas* 2018, N° 18 (35), p.25-38.
43. VARELA, E. Nuevos roles de los gobiernos locales en la implementación de políticas públicas. *Gobernabilidad territorial y competitividad global. EURE Revista De Estudios Urbano Regionales*, 2015, 41(123).
44. Secretaría de Salud de Honduras. *Gobernanza de las redes integradas de servicios de salud: Lineamientos para su organización y funcionamiento*. Tegucigalpa: SESAL; 2017.
45. López P, Alonso C, García A, Segredo A, Ruales J, Alfaro G. Herramienta multidimensional para la medición de la integración en redes de servicios de salud del primer nivel de atención. *Rev. Cubana Salud Pública*. 2015;41(3):510-31.