

INTEGRACIÓN DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD EN HONDURAS: VALORACIÓN COMPARATIVA DEL PLANTEAMIENTO TEÓRICO Y DE LA APLICACIÓN PRÁCTICA EN CINCO REDES DEL PAÍS

Integration of health service delivery networks in Honduras: a comparative assessment of theory and practice in five networks in the country

Eduardo Benjamín Puertas¹ Roney Alcides Martínez,² Gloria S Figueroa³ y Freddy E Hidalgo³

RESUMEN

Objetivo. En la Región de las Américas se han realizado pocas evaluaciones de redes integradas de servicios de salud (RISS). Honduras ha avanzado en la implementación de herramientas y estrategias basadas en los atributos esenciales de las RISS. Este estudio tiene como objetivo valorar y comparar el desarrollo de RISS en su planteamiento teórico-documental y en su aplicación práctica, por tipo de gestión, en cinco redes de Honduras. **Métodos.** El estudio se realizó en dos etapas: 1) valoración teórico-documental, mediante la revisión y síntesis de seis documentos oficiales de RISS publicados entre 2012 y 2017, y 2) valoración práctica con los equipos de coordinación de cinco redes, dos descentralizadas y tres mixtas, usando la Herramienta de Valoración de RISS de la Organización Panamericana de la Salud. **Resultados.** La valoración teórica global alcanzó 55 puntos de desarrollo comparada con la valoración práctica de las cinco redes, que alcanzó 42,8. Según el análisis por ámbitos, el Modelo asistencial obtuvo

mejores resultados en ambas valoraciones, mayor en la valoración teórica (62,5). Gobernanza y estrategia fue el ámbito que recibió la valoración más baja (41,7). Entre la valoración teórica y la práctica las diferencias en el análisis de ámbitos y de atributos fueron estadísticamente significativas ($p = 0,007$ y $p < 0,001$, respectivamente). Las redes con gestión descentralizada alcanzaron mejores valoraciones que las mixtas ($p = 0,017$). **Conclusiones.** Existe una brecha entre la valoración teórica y la práctica que sugiere que la aplicación de las herramientas y las estrategias definidas en los documentos son incompletas. El componente provisional sigue siendo el que genera mayor interés e importancia. En las redes mixtas se observó mayor dificultad de integración, probablemente debido a la doble gobernanza. Es necesario seguir evaluando las RISS.

Palabras clave: Servicios de salud; reforma de la atención de salud; descentralización; Honduras.

ABSTRACT

Objective. There have been few evaluations of integrated health service delivery networks (IHSDN) in the Region of the Americas. Honduras has made progress in the implementation of tools and strategies based on the essential attributes of IHSDNs. The objective of this study is to assess and compare the development of IHSDNs in theoretical and practical terms, by type of

1 Organización Panamericana de la Salud, Tegucigalpa, Honduras. La correspondencia se debe dirigir a Eduardo Benjamín Puertas, Correo electrónico: puertasb@paho.org

2 Secretaría de Salud de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

3 Consultor independiente. Tegucigalpa, Honduras.

Manuscrito recibido el 28 de diciembre de 2017. Aceptado para su publicación, tras revisión, el 2 de agosto de 2018.

management, in five networks in Honduras.

Methods. The study was conducted in two stages: 1) a theoretical assessment based on a review and summary of six official documents on IHSDNs published between 2012 and 2017, and 2) a practical assessment in conjunction with the coordination teams of five networks, two of them with decentralized management and three of them with mixed management, using the IHSDN Assessment Tool of the Pan American Health Organization.

Results. The overall theoretical assessment yielded a development score of (55 points), compared with the 42.8 of the practical assessment of the five networks. In the analysis by area, the model of care had better results in both assessments, with higher scores in the theoretical assessment (62.5). The area with the lowest score (41.7) was governance and strategy. The differences between the theoretical and practical assessment in the area and attribute analyses were statistically significant ($p = 0.007$ and $p < 0.001$, respectively). The networks with decentralized management had higher scores than those with mixed management ($p = 0.017$). **Conclusions.** There is a gap between the theoretical and practical assessment that suggests that application of the tools and strategies defined in the documents is incomplete. The provisional component remains the one that elicits the most interest and is considered the most important. Greater difficulties with integration were observed in the networks with mixed management, probably because of their dual governance. Continued evaluation of IHSDNs is necessary.

Keywords: Health services; health care reform; decentralization; Honduras.

Las redes integradas de servicios de salud (RISS) se definen como “una red de organizaciones que presta o hace arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados” (1).

El propósito de la iniciativa de RISS es contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria de salud (APS) y a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes y de mejor calidad técnica, que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que las RISS son una de las principales alternativas para incorporar la APS a nivel de los servicios de salud, el primer contacto, la atención integral, integrada y continua, el cuidado apropiado, la organización y la gestión óptimas, la orientación familiar y comunitaria, y la acción intersectorial, y que, además, contribuyen a alcanzar la cobertura y el acceso universales (1).

Para su funcionamiento adecuado, las RISS deben cumplir con 14 atributos esenciales propuestos por la OPS, que se agrupan en cuatro ámbitos de abordaje: modelo asistencial, gobernanza y estrategia, organización y gestión, y asignación e incentivos (figura 1).

FIGURA 1. Ámbitos y atributos de las redes integradas de servicios de salud

Modelo asistencial	1	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.
	2	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 personales y los servicios de salud pública.
	3	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.
	4	Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.
	5	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.
	6	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.
Gobernanza y estrategia	7	Un sistema de gobernanza único para toda la red.
	8	Participación Amplia.
	9	Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.
Organización y gestión	10	Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
	11	Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
	12	Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
	13	Gestión basada en resultados.
Asignación e Incentivos	14a	Asignación de recursos financieros
	14b	Incentivos alineados con objetivos explícitos

Fuente: referencia 1

Varios estudios sugieren que las RISS podrían mejorar la accesibilidad, disminuir los costos de producción y la eficiencia global del sistema de salud, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas (2, 3). En un estudio realizado en Colombia y Brasil se observaron deficiencias en la coordinación entre los niveles de atención y una limitada implementación de mecanismos de coordinación en la atención relacionados con el sistema de salud y la organización de la red de servicios (4). La utilización de herramientas para valorar redes y la evidencia de su impacto son escasas en Latinoamérica (5-9).

Honduras tiene como desafío avanzar de un sistema de salud altamente

fragmentado y segmentado hacia un sistema con redes integradas. El reto es aún mayor cuando se está acelerando el proceso de descentralización de servicios de salud en un contexto de separación de funciones, donde la autoridad sanitaria nacional afronta desafíos en relación con su papel rector. El país ha realizado importantes avances en el proceso de desarrollo y fortalecimiento de las redes mediante la implementación de herramientas y estrategias para delimitar, configurar y fortalecer las RISS basándose en los atributos esenciales. Estas actuaciones han sido publicadas por la Secretaría de Salud (SESAL) como documentos oficiales, como se muestra más adelante. El tipo de gestión de servicios incluye redes descentralizadas, no descentralizadas y mixtas. Las primeras están a cargo de los gobiernos locales y las ONGs, las segundas aún son

dependientes del nivel central, y la gestión de las mixtas es una combinación de las dos anteriores.

Este estudio tiene como objetivo valorar y comparar el desarrollo de RISS en su planteamiento teórico-documental, en su aplicación práctica y por tipo de gestión en cinco redes seleccionadas de Honduras.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se realizó en dos etapas. En la primera, se valoró el planteamiento teórico-documental mediante la revisión y el análisis de seis documentos oficiales relacionados con RISS y publicados entre 2012 y 2017. Utilizando la herramienta para la Evaluación del Desarrollo de RISS de la OPS, que se ha aplicado en varios países de la Región de la Américas, se valoró la inclusión explícita e implícita de cada atributo en los documentos oficiales de la SESAL. En la segunda, se valoró la aplicación práctica en cinco redes, dos descentralizadas (El Jaral y San Juan) y tres redes mixtas (Siguatepeque, Santa Rita y La Paz), con los equipos de coordinación de red, formados por un coordinador, supervisores y miembros de los equipos de salud familiar en un taller de valoración de desarrollo en la estrategia RISS celebrado en noviembre del 2017. Las redes se seleccionaron teniendo en cuenta el tipo de gestión (descentralizada y mixta) y criterios geográficos de representatividad nacional (redes con más de un municipio y con altas tasas de pobreza). Además, estas redes contaban con equipos de coordinación completos, estables y con experiencia.

Las valoraciones teórica y práctica se llevaron a cabo aplicando la versión 2017 de la herramienta para la Evaluación del Desarrollo de RISS, que cuenta con un componente virtual online y otro en Excel offline y permite priorizar las oportunidades de mejora a través del análisis de los resultados (10).

Para realizar la valoración de los catorce atributos de RISS, la red se calificó

considerando el grado de cumplimiento de los criterios en una escala Likert de 1 a 4, donde 4 representa el valor máximo de integración (10). Los equipos valoraron cada atributo en función de criterios definidos en la herramienta para minimizar sesgos durante el proceso y calificaron el atributo por consenso. Una vez finalizada la valoración en cada red, mediante la matriz de priorización se identificaron los criterios con menor puntuación de cada atributo, para construir propuestas de intervención necesarias para fortalecer la estrategia de RISS. Sólo el administrador de la OPS y el de la SESAL tenían acceso a los resultados globales, mientras que cada red tenía acceso únicamente a sus datos. Aunque la herramienta no se diseñó para valorar redes a partir del contenido de documentos técnicos y normativos, se consideró adecuada, dado que tanto el componente teórico como el práctico fueron valorados por un equipo multidisciplinario sin requerir trabajo de campo. Además, se buscaba contrastar los resultados de la valoración teórica con la práctica para conocer el porcentaje de cumplimiento de las estrategias contempladas en los documentos oficiales y reducir la brecha existente.

Varios expertos de la OPS capacitaron a un equipo nacional formado por personal de los departamentos del primer y segundo nivel de atención de la SESAL y delegados de redes de salud seleccionados en la herramienta durante un taller realizado en octubre de 2017.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo cuantitativo con las variables numéricas y categóricas. Se calcularon las medidas de tendencia central (porcentaje y media). Las variables utilizadas fueron: teórica y práctica, red descentralizada y red mixta. Se realizó la prueba F de Fisher suponiendo que las varianzas de las redes son iguales. Si el valor p resultante de la prueba F de Fisher es inferior al nivel de significación, la hipótesis nula de igualdad de varianzas se rechaza y se concluye que

hay una diferencia entre las variaciones en las redes. Para el análisis se utilizó el programa estadístico de SPSS 24.

RESULTADOS

Valoración teórica y práctica por ámbito y atributo de la RISS

La valoración teórica basada en la revisión de la documentación oficial de redes de la SESAL alcanzó 55 puntos de desarrollo global en la estrategia de RISS. El análisis por ámbito determinó que el Modelo asistencial obtuvo el mejor resultado en la valoración (62,5) seguido por el ámbito Asignación e incentivos (45,8). El ámbito Gobernanza y estrategia fue el que recibió la valoración más baja (41,7)

(41,7) seguido por el de Organización y gestión (42,9) (cuadro 1).

La valoración práctica de cinco redes seleccionadas, dos descentralizadas y tres redes mixtas, mostró un nivel de desarrollo menor (42,8) comparada con la valoración teórica, y una brecha de 12,2 puntos. La diferencia entre la valoración teórica y la práctica, cuando se analizaron los cuatro ámbitos de RISS, fue estadísticamente significativa ($p = 0,007$). Desde la perspectiva de los ámbitos, el Modelo asistencial también alcanzó la mejor valoración, con un nivel de desarrollo de 45,4 puntos seguido por el de Gobernanza y estrategia con 43,3 (cuadro 1)

CUADRO 1. Comparación de los resultados obtenidos en la valoración teórica y en la práctica de RISS según el ámbito de abordaje, Honduras, 2017

Ámbito	Valoración teórica (%)	Valoración de práctica (%)
Modelo asistencial	62,5	45,4
Gobernanza y estrategia	41,7	43,3
Organización y gestión	42,9	39,6
Asignación e incentivos	45,8	42,9
Total RISS	55,0	42,8

Los atributos mejor valorados en las cinco redes seleccionadas fueron primer nivel de atención (58,3), atención de salud centrada en la persona y participación social (55 cada uno), y los valorados con menor, sistema de información (30), sistema de gobernanza y prestación de servicios especializados (35 cada uno).

La diferencia entre la valoración teórica y la práctica, cuando se analizaron los atributos de RISS, fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$), con algo más de la mitad de los catorce atributos (53,3) con una mejor valoración en el análisis teórico que en el práctico.

Modelo asistencial

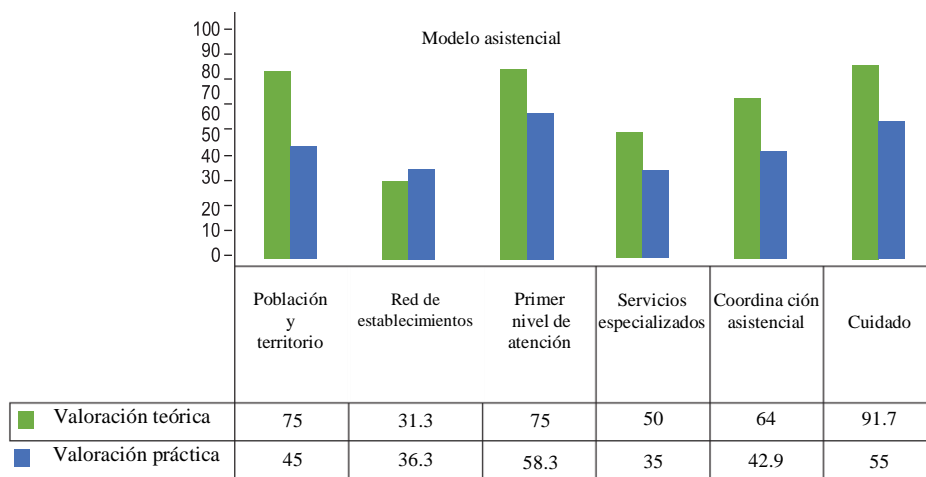
La valoración documental por atributo mostró que atención de salud centrada en la persona, familia y comunidad alcanzó el nivel de desarrollo más alto (91,7 puntos). En la mayoría de los documentos se mencionan aspectos como facultar de manera íntegra a las personas para que gestionen mejor su salud, y vincular y consolidar el enfoque centrado en los derechos y deberes de las personas. Además, revelan información sobre algunos mecanismos y niveles de participación activa de la población. Los atributos población y territorio definido y primer nivel de atención alcanzaron la misma valoración (75). Esto traduce la inclusión en

los documentos de algunas condiciones esenciales para alcanzar un nivel de integración ideal en una RISS, como, por ejemplo, el territorio definido y sectorizado, sistemas que aportan información útil para la toma de decisiones clínicas y de gestión, y la consideración de la cobertura de la atención y el reconocimiento de la demanda de servicios de salud de la población (11, 12).

La revisión documental no mostró una distribución equitativa de los servicios de salud que incluya territorio y tamaño poblacional óptimos, ni mecanismos para

garantizar la prestación de servicios de calidad mediante la utilización de nuevas tecnologías. Por su parte, el atributo red de establecimientos alcanzó un nivel de desarrollo bajo (31 puntos). Respecto al atributo prestación de servicios especializados, los documentos no mencionan la distribución territorial equitativa de estos centros y en cuanto al atributo mecanismos de coordinación asistencial, la documentación mostró escasa información sobre un sistema para establecer una base de datos única para toda la red (figura 2).

FIGURA 2. Comparación de resultados (%) obtenidos en la valoración teórica y en la práctica de las RISS en el ámbito Modelo asistencial, Honduras, 2017



La valoración práctica identificó que los atributos primer nivel de atención (58,3) y atención centrada en la persona, familia y comunidad (55) lograron el mejor nivel de desarrollo. En esta valoración incidieron aspectos tales como contar con un primer nivel de atención dotado con equipos de salud que actúan como puerta de entrada al sistema y que tienen capacidad de resolver algunas de las demandas de salud. Por añadidura, el modelo de atención avanza hacia uno centrado en la persona,

la familia y la comunidad al disponer de mecanismos de integración, participación y educación del usuario en los servicios que presta la red. Los atributos red de establecimientos (36,2) y servicios especializados (35) fueron los que alcanzaron menor nivel en su desarrollo, debido a la oferta limitada de servicios del primer nivel de atención de salud de la red aunada a la escasa regulación de la atención especializada con predominio de la atención hospitalaria (cuadro 2).

CUADRO 2. Comparación del nivel de desarrollo alcanzado en la valoración teórica y en la práctica de RISS por atributo, Honduras, 2017

Ámbito	Atributos	Valoración teórica (%)	Valoración práctica (%)
Modelo asistencial	Población y territorio	75,0	45,0
	Red de establecimientos	31,3	36,2
	Primer nivel de atención	75,0	58,3
	Servicios especializados	50,0	35,0
	Coordinación asistencial	64,3	42,9
Gobernanza y estrategia	Cuidado centrado en la persona	91,7	55,0
	Sistema de gobernanza	75,0	35,0
	Participación social	25,0	55,0
Organización y gestión	Atención intersectorial	25,0	40,0
	Gestión integrada	56,3	43,7
	Recursos humanos	25,0	40,0
Asignación e incentivos	Sistema de información	25,0	30,0
	Gestión basada en resultados	25,0	45,0
	(a) Asignación de recursos financieros	66,7	43,3
	(b) Incentivos	25,0	42,5
Total		55,0	48,8

Nota: F: 35,642; p < 0,001.

Gobernanza y estrategia

En la valoración teórica, el atributo sistema único de gobernanza para toda la red alcanzó el más alto nivel de desarrollo (75 puntos). Los documentos revelaron los diferentes tipos de gobernanza, la conformación de los miembros del órgano de gobernanza y los enunciados de las funciones, la estructura de la gestión, la administración, algunos mecanismos de evaluación de resultados y la rendición de cuentas (6). La valoración de los atributos participación social amplia y acción intersectorial alcanzó 25 puntos, pues no se pusieron de manifiesto mecanismos o programas de participación social, ni los documentos enunciaron mecanismos que aseguren la participación activa de instancias intersectoriales. En la valoración práctica, el atributo participación social alcanzó el mayor nivel de desarrollo (55), a pesar de que las instancias de participación social eran limitadas. Sin embargo, se notificaron acciones e iniciativas que promueven la participación de la comunidad que están evolucionando. El atributo sistema de gobernanza obtuvo 35 puntos, ya que,

aunque existen múltiples instancias de gobernanza, las redes seleccionadas funcionaban de forma independiente aunque están alineados con las metas de la red (cuadro 2).

Valoración práctica de redes. Comparación entre redes descentralizadas y redes mixtas

Organización y gestión

El atributo gestión integrada obtuvo 56 puntos en la valoración teórica y se puso de relieve en los criterios que describen la coordinación de los establecimientos de salud para el apoyo clínico y técnico. Además, dicho atributo hace referencia al sistema de gestión basada en resultados mediante el cumplimiento de indicadores de calidad, de satisfacción del usuario y por medio de sistemas de evaluación del desempeño en todos los niveles de complejidad de la red. Varios atributos (recursos humanos suficientes y competentes, sistema de información integrado y gestión basada en resultados) no se consideraron en detalle en los documentos, por lo que sólo obtuvieron una valoración de 25 puntos. El atributo mejor valorado en las cinco redes fue la

gestión basada en resultados (45 puntos), que se comprueba con la existencia de un plan operativo anual con objetivos medibles y plasmados en convenios de gestión (en las redes descentralizadas), con el cual se evaluó su cumplimiento en las monitorizaciones realizadas y en las rendiciones de cuentas. El atributo sistema de información obtuvo 30 puntos, debido a que las redes no cuentan con subsistemas financieros, clínicos, de apoyo, de recursos humanos, de medicamentos e insumos, integrados (13). El nivel de desarrollo del atributo recursos humanos (40) no fue óptimo porque los procesos para el análisis de la suficiencia de los trabajadores en salud todavía son limitados.

Asignación e incentivos

En la valoración teórica, el atributo financiamiento adecuado e incentivos fue valorado en sus dos componentes: la asignación de recursos financieros alcanzó un nivel de desarrollo de 66,7 puntos y los documentos revelan de cierta manera la forma de asignación de los recursos financieros y de negociación sobre la base de los costos de producción (11, 12). El atributo incentivo alineados con objetivos explícitos alcanzó 25 puntos de desarrollo, pues es escasa la información referente a los mecanismos de asignación de incentivos.

En la valoración práctica apenas hubo diferencias en el nivel de desarrollo de los dos componentes del atributo: la asignación del recurso financiero (43,3) y los incentivos (42,5). Los resultados indican que la asignación del financiamiento en las redes es una combinación de mecanismos progresivos hacia una asignación estratégica y negociada en convenios de gestión (redes descentralizadas) con análisis de la brecha de los recursos para mantener la cartera de servicios garantizados a la población. También señalan que el nivel de progreso del sistema de incentivos aún se

encuentra en desarrollo y que en algunas redes los incentivos siguen siendo explícitos y estratégicos,

Las redes con gestión descentralizada San Juan de Intibucá y Jaral de Copán fueron las que mejor nivel de desarrollo alcanzaron en sus valoraciones (62,8 y 48,7, respectivamente). La red de La Paz fue la que menor valoración obtuvo (26,9). El atributo mejor valorado de todas las redes fue la participación social en Siguatepeque (100), seguido del primer nivel de atención e incentivos en la red de Intibucá (91,7 y 87,5, respectivamente). Varios atributos recibieron una valoración baja (25) por lo menos tres de las redes analizadas: sistema de información, sistema de gobernanza, atención intersectorial, gestión integrada, recursos humanos, y gestión basada en resultados e incentivos (cuadro 3).

Las cinco redes se reclasificaron en redes descentralizadas y redes mixtas para un análisis ulterior. La diferencia entre los dos tipos de redes fue estadísticamente significativa ($p = 0,017$).

DISCUSIÓN

La valoración teórica global basada en la revisión de la documentación oficial de redes alcanzó mayor nivel de desarrollo (55) que la valoración práctica en cinco redes de Honduras (42,8). La valoración teórica por ámbito fue siempre mayor, exceptuando Gobernanza y estrategia, en la cual la valoración práctica obtuvo un porcentaje algo mayor que en la teórica. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Los resultados tienen sentido porque los documentos tienden a mostrar una situación ideal que se pretende alcanzar en comparación con lo que ocurre en la realidad de la implementación y el trabajo cotidiano de las RISS. La brecha existente entre la valoración teórica y la práctica del avance en la implementación de la estrategia de

RISS (12,2) sugiere que el país no está aplicando todas las herramientas y estrategias definidas en los documentos de redes integradas. Por otro lado, el grado de cumplimiento entre lo estipulado en los documentos oficiales de la SESAL y lo implementado en las redes desde un enfoque operativo alcanzó 78 puntos, lo que supone un avance interesante, aunque aún existen aspectos que se deben poner en práctica para alcanzar la integración.

El Modelo asistencial fue el ámbito que mejor nivel de desarrollo obtuvo en ambas valoraciones, lo que indica una congruencia teórico-práctica y demuestra, asimismo, que el componente provisional sigue siendo el que más interés general y al que se le otorga mayor importancia. Los 45,4 puntos obtenidos en la valoración práctica del

modelo asistencial denotan que el componente de atención se encontraba en un nivel inter-medio de avance. El país ha realizado esfuerzos para desarrollar un sistema asistencial basado en la APS que preste servicios accesibles, equitativos, eficientes y de calidad (14-17). En esta línea existen varios instrumentos de política pública y mecanismos institucionales que las autoridades sanitarias están poniendo en práctica, aunque para alcanzar la integración de las redes y lograr la cobertura y el acceso universales todavía se necesita fortalecer el primer nivel de atención, mejorar la coordinación entre los niveles de atención, controlar la duplicación y la ociosidad de los servicios, y controlar la saturación del segundo nivel de atención (18, 19).

CUADRO 3. Resultados de la valoración práctica de RISS por atributo (%) en cinco redes descentralizadas (D) y mixtas (M) de Honduras, 2017

Ámbito	Atributo	Siguatepeque de Comayagua (M)	Santa Rita de Yoro (M)	El Jaral de Copán (D)	La Paz del Departamento de La Paz (M)	San Juan de Intibucá (D)	Media
Modelo asistencial	Población y territorio	33,3	58,3	33,3	25,0	75,0	45,0
	Red de establecimientos	25,0	31,2	43,7	25,0	56,2	36,2
	Primer nivel de atención	50,0	66,7	50,0	33,3	91,7	58,3
	Servicios especializados	31,2	31,2	31,2	25,0	56,2	35,0
	Coordinación asistencial	46,4	32,1	50,0	32,1	53,6	42,9
	Cuidado centrado en la persona	66,7	66,7	58,3	25,0	58,3	55,0
Gobernanza y estrategia	Sistema de gobernanza	25,0	25,0	75,0	25,0	25,0	35,0
	Participación social	100	50,0	25,0	25,0	75,0	55,0
	Atención intersectorial	50,0	25,0	25,0	25,0	75,0	40,0
Organización y gestión	Gestión integrada	25,0	43,7	75,0	25,0	50,0	43,7
	Recursos humanos	25,0	25,0	50,0	25,0	75,0	40,0
	Sistema de información	25,0	25,0	25,0	25,0	50,0	30,0
	Gestión basada en resultados	25,0	25,0	75,0	25,0	75,0	45,0
Asignación e incentivos	Asignación de recursos financieros	25,0	50,0	50,0	25,0	66,7	43,3
	Incentivos	25,0	25,0	50,0	25,0	87,5	42,5
Total		37,8	41,0	48,7	26,2	62,8	43,5

Nota: F=5,977; p=0,017.

En el ámbito Gobernanza y estrategia la valoración práctica de redes obtuvo un nivel ligeramente más alto de desarrollo (43,3) que en la valoración teórica (41,7). Sin embargo, el atributo sistema único de gobernanza obtuvo menos de la mitad de la

valoración práctica (35) comparado con el nivel alcanzado en la valoración documental. Es probable que esto se deba a que la implementación de RISS es un proceso complejo y a largo plazo, pues ejecutar todas las directrices establecidas en los documentos oficiales de la SESAL

requiere tiempo, máxime cuando se trata de procesos de rectoría y gobernanza (20, 21). En otras palabras, es más sencillo proponer un sistema de gobernanza de redes que ponerlo en práctica y ello se vio reflejado en la baja valoración de este atributo en las redes seleccionadas, que apenas alcanzó 25 puntos de desarrollo de RISS, con la excepción de El Jaral, que obtuvo 75. Un atributo que consiguió mejor valoración a nivel práctico que teórico fue la participación social amplia (55 frente a 25). Aunque se reconocen avances en la participación social, no existe un proceso estable que involucre a la comunidad en la toma de decisiones clave que incidan en la salud de la población. Lograr la participación social activa continúa siendo un reto para Honduras, dado que no se han implementado las bases para el desarrollo de capacidades en las comunidades, que conviertan a las personas en socios activos y empoderados que influyan en la gobernanza de las redes.

El nivel de desarrollo alcanzado para ambas valoraciones en el ámbito Organización y gestión fue bajo, aunque fue mayor la valoración teórica que la práctica (42,9 frente a 39,6). Sin embargo, los atributos obtuvieron mejor nivel de desarrollo en la valoración práctica que la documental. Una posible explicación es que la SESAL está llevando a cabo acciones técnicas y operativas que no se encuentran descritas en los documentos analizados, como es el caso del atributo gestión basada en resultados, pues en las redes se están realizando acciones como monitorizaciones, seguimientos y rendición de cuentas que son condiciones esenciales para alcanzar el cumplimiento del atributo. Respecto al atributo recursos humanos, aunque en los documentos se reconoce el papel importante que desempeñan en las redes, no se aprecia explícitamente cómo son su gestión, conformación y distribución, ni las funciones según sus

competencias, incentivos y derechos. No obstante, este atributo alcanzó mejor valoración práctica por el cumplimiento parcial de algunas de sus condiciones.

La valoración teórica de la Asignación e incentivos fue algo más alta que la práctica (45,8 frente a 42,9), lo que evidencia de alguna forma que la realidad de la asignación depende de la viabilidad política y económica del país, del espacio fiscal para la salud y de la capacidad de abogacía de los actores de salud. Ni el financiamiento, los sistemas de incentivos, la rendición de cuentas, los sistemas de pagos implementados en las redes o a nivel nacional, ni el análisis de costos quedan explícitos en los documentos, a pesar de que estos aspectos son fundamentales para articular los niveles asistenciales bajo una perspectiva económica y sanitaria.

La valoración de las redes con gestión mixta permitió identificar la dificultad de integración y articulación, ya que con ambos tipos de gobernanza funcionando de manera independiente (descentralizada y no descentralizada) no se logró el cumplimiento total de los criterios de cada atributo. En estos casos, los esfuerzos de integración se enfrentan a las estructuras organizativas existentes, que pueden representar una barrera para la integración exitosa (20, 21). A partir de estos hechos, se apreció que las redes con gestión descentralizada fueron las que mejor nivel de desarrollo alcanzaron en sus valoraciones. Además, cuando se agruparon las redes por tipo de gestión, la diferencia entre los resultados de la valoración de los atributos por tipo de red fue estadísticamente significativa. Como limitaciones del estudio debe mencionarse que la herramienta no fue diseñada para valorar redes a partir de documentos oficiales de RISS y por ello se adaptó a los objetivos de este estudio. Es

posible que el método de consenso empleado para la medición presente un sesgo de información, ya que la medición puede ser manipulada a conveniencia y ser dirigida a una necesidad concreta. También puede haberse introducido un sesgo de cobertura, porque para este estudio no se valoraron redes no descentralizadas, lo que podría haber aportado importantes elementos de análisis y de comparación al estudio.

En conclusión, la SESAL muestra avances en la implementación de la estrategia de RISS, que se ponen de relieve mediante el análisis y la valoración de los ámbitos y de los atributos de las re- des. El avance en el proceso de fortalecimiento de las redes puede verse afectado por el desarrollo del marco legal sanita- rio, la aceleración del proceso de descentralización y por el establecimiento de nuevas entidades tales como la superintendencia y las administradoras de servicios de salud, que podrían fragmentar más el sistema. Existe una brecha significativa entre lo enunciado en los documentos de RISS y la expresión operativa de los atributos en las redes seleccionadas. Esta brecha debe reducir- se en función del cumplimiento estipulado desde el enfoque teórico, lo que implica un compromiso de las autoridades, capacitación del recurso humano y asignación de recursos materiales y financieros. Las redes con modelos de gestión descentralizada fueron las que mejor nivel de desarrollo alcanzaron, lo que estaría relacionado con la mayor disponibilidad de recursos humanos, logísticos y financieros. En las redes mixtas la dificultad de integración y articulación entre sí fueron mayores, probablemente debido a la doble gobernanza. Los atributos con menor nivel de desarrollo son los que deben tenerse en cuenta al formular estrategias de acción que contribuyan a fortalecer el proceso de integración de redes y, además, han de incluirse y describirse detalladamente en

futuros documentos oficiales. Este estudio también pone de manifiesto la necesidad de seguir valorando redes en el país para generar evidencias que permitan tomar decisiones informadas adecuadas.

Agradecimientos. Los autores agradecen el apoyo recibido de la Secretaría de Salud de Honduras y a sus autoridades nacionales y regionales. También expresan su reconocimiento a los expertos de la OPS que realizaron la capacitación del equipo nacional en la herramienta de valoración de redes integradas, Edgar Gallo y Reynaldo Holder, así como a Francis Ramos y Gilberto Ramírez por el apoyo que prestaron en tareas puntuales que permitieron avanzar en este proyecto. Por último, agradecen a los equipos de las redes valoradas su motivación y tenacidad.

Financiación. Este estudio no recibió financiación.

Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RPSP/ PA- JPH y/o de la OPS.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas No. 4. Washington, DC: OPS; 2010.
2. Wan T, Lin B, Ma A. Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. *J Med*

Systems. 2002;26(2):127-43.

3. Lee S, Alexander J, Bazzoli J. Whom do they serve? Community responsiveness among hospitals affiliated with systems and networks. *Med Care.* 2003;41(1):165-74.

4. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Ferreira da Silva MR, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: A qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Pol Plann.* 2016;31(6):736-48.

5. Herrera Vázquez MM, Rodríguez AN, Nebot AC, Montenegro H. A network to promote health systems based on primary health care in the Region of the Americas. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;21(5):261-73.

6. Vilaça Mendes E. Health Care Networks. Brasilia DF: Organização Pan-Americana de Saúde, Conselho Nacional de Secretarios de Saúde; 2011.

7. Ramagem C, Urrutia S, Griffith T, Cruz M, Fabrega M, Holder R, et al. Combating health care fragmentation through integrated health service delivery networks in the Americas: lessons learned. *Int J Integr Care.* 2011;1(Suppl):5-16.

8. López P, Alonso C, García A, Fernández I. Presencia de los atributos para la integración de las redes de servicios de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2009; 25(4):86-97.

9. 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 Publica.* 2015;41(3):510-31.

10. Organización Panamericana de la

Salud. Redes integradas de servicios de salud: herramienta de valoración del proceso de integración de redes de servicios. Washington, DC: OPS; 2016.

11. Secretaría de Salud. Serie de guías técnicas para la implementación del MNS: Guía para la configuración y delimitación de redes integradas de servicios de salud. Tegucigalpa: SESAL; 2015.

12. Secretaría de Salud. Gobernanza de las redes integradas de servicios de salud: Lineamientos para su organización y funcionamiento. Tegucigalpa: SESAL; 2017.

13. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Referencia y Respuesta (SINARR): Lineamientos para su organización y funcionamiento en las Redes Integradas de Servicios de Salud. Tegucigalpa: SESAL; 2016.

14. Organización Panamericana de la Salud. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas. Diplomado de Atención Primaria en Salud dirigido a Equipos de Salud Familiar. Tegucigalpa: OPS, UNAH, FCM; 2017.

15. Secretaría de Salud. Diplomado de Planificación de Recursos Humanos para la Salud Universal 2016: Propuesta de Intervención: Censo de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. Tegucigalpa: SESAL; 2017.

16. Secretaría de Salud. Modelo Nacional de Salud: Por una Honduras Saludable. Tegucigalpa: SESAL; 2013.

17. Carmenate L, Herrera A, Ramos D. Situación del Sistema de Salud en Honduras y el nuevo modelo de salud propuesto. *Arch Med.* 2016;12(4):1-10.

18. Mejía I, Orozco M. Situación organizacional de la atención de salud en la red de servicios, Municipio de Lamani, Comayagua, Honduras, 2010. [Tesis de Máster en Salud Pública.] Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud; 2011.

19. Martínez E, Orozco M. Reordenamiento hospitalario en la gestión de 4 hospitales regionales de la Secretaria de Salud de Honduras en el primer semestre del 2011. [Tesis de Máster en Salud Pública.] Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud; 2011.

20. Vásquez ML, Vargas L. Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución

o problema? Rev Ciencias Salud. 2006;4(1):5-9.

21. Pinillos M, Antoñanzas F. La atención primaria de salud: descentralización y eficiencia. Gac Sanit. 2002;16(5):401-7.

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 IGO, que permite su uso, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el trabajo original se cite de la manera adecuada. No se permiten modificaciones a los artículos ni su uso comercial. Al reproducir un artículo no debe haber ningún indicio de que la OPS o el artículo avalan a una organización o un producto específico. El uso del logo de la OPS no está permitido. Esta leyenda debe conservarse, junto con la URL original del artículo.

Forma de citar 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 Publica. 2018;42:e135. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.135>