



CONSULTORÍA PARA LA EVALUACIÓN DE RISS EN YARUQUI Y PASCUALES- MONTE SINAÍ EN ECUADOR.

Producto III

Dra. Angélica Verdugo Sobral
Consultora
angelica.verdugo@usach.cl

INFORME PRODUCTO III

OBJETIVOS

El Objetivo General de la Consultoría encargada es “Prestar asesoría y apoyo técnico institucional por parte de la OPS/OMS al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con el fin de desarrollar dos experiencias demostrativas para el fortalecimiento de la operación de las Redes Públicas Integradas de Salud, con énfasis en la Atención Primaria de Salud (APS), en las redes de servicios de salud de Yaruquí, y Pascuales-Monte Sinaí”.

Los objetivos específicos del Producto III, están indicados en los acápites 6 y 7 del Contrato, y son los correspondientes a este tercer Informe:

6. Realizar dos jornadas presenciales para la validación de las propuestas de hojas de ruta elaboradas en base al diagnóstico, para lo cual se desarrollará una segunda misión, de acuerdo con la metodología acordada con los equipos de Yaruquí, y Pascuales-Monte Sinaí; con la participación del equipo MSP/VGS-VAIS.

7. Analizar los posibles indicadores que permitan el mejoramiento de la rectoría sectorial RISS, acorde con los marcos técnicos, legales, administrativos, y financieros que rigen la operación de las RISS en el Ecuador, y considerando las metas previstas en el Plan Decenal de Salud 2022-2031. Considerando los diagnósticos obtenidos en las experiencias demostrativas RISS, y el plan de mejora acordados en las respectivas hojas de ruta, realizar una jornada de trabajo con el equipo del MSP/VGS-VAIS.

ANTECEDENTES

La segunda misión a Ecuador se efectúa entre los días 6 al 11 de agosto (ver agenda en anexo1), previo a lo cual se había entregado los resultados de la primera Misión y los Informes de valoración de la RISS de Pascuales-Monte Sinaí y Yaruquí al Ministerio de Salud Pública (MSP).

En el presente informe se entregan los resultados de la jornada presencial de difusión de los resultados de valoración de las redes y la propuesta de hojas de ruta para el mejoramiento de las RISS en Yaruquí y Pascuales-Monte Sinaí (misión a Guayaquil y

Quito). además de los resultados de la reunión de alto nivel con el equipo del MSP/VGS-VAIS, para analizar las estrategias tendientes a fortalecer la rectoría del MSP, en lo que respecta a las RISS.

DESARROLLO

Durante la segunda Misión al Ecuador, se efectuaron diversas reuniones para lograr el objetivo central, que consistía en efectuar la presentación y discusión de los resultados de la valoración de las redes y la validación de las Hojas de Ruta, con los equipos gerenciales de las RISS, además de contribuir a fortalecer la rectoría del MSP en lo que respecta a las RISS.

Para estos efectos, se efectuaron dos reuniones gerenciales, con los equipos de Pascuales-Monte Sinaí y Yaruquí.

Es así que el día lunes 7 de agosto, se efectuó la Reunión de la Red de Pascuales-Monte Sinaí, con autoridades del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, del Viceministerio de Atención Integral y de Gobernanza; destacando la presencia de autoridades nacionales, como la Viceministra de Atención Integral en Salud, Dra. Carmen Guerrero; la Dra. Cristina Aldaz, Subsecretaria de Redes Integrales del Primer Nivel; el Dr. Jaime Peralvo, Director Nacional de Atención Integral en Salud; la Dra. Verónica Cazar Ruiz, Directora Nacional de Regulación de Medicamentos y punto focal del Ministerio de Gobernanza para esta Consultoría; el Dr. Carlos Xavier Salgado, punto focal de la Subsecretaria de Redes de Atención Integral para este trabajo.

Las autoridades Zonales y Distritales presentes fueron Jorge Méndez, Coordinador Zona 8; Eduardo Cedeño, Director Distrital, y por parte de la Dirección del Hospital Monte Sinaí, se encontraba el Gerente y el Director médico de este; además del Asesor de Sistemas y Servicios de Salud de la Oficina de la OPS/OMS en Ecuador y otras profesionales asesoras de OPS, junto a otros participantes (ver anexo 2 participantes). Esta reunión se efectuó en el Hotel Oro verde de Guayaquil, donde se dio a conocer los resultados de la valoración de la RISS, y se presentó la propuesta de Hoja de Ruta, para el debate con los involucrados (ver anexo 3).

De la misma manera, el día martes 8 de agosto, en el Hotel Holiday Inn del aeropuerto en Quito, se efectuó la reunión gerencial con la red de Yaruquí, donde además de las

autoridades del MSP ya mencionadas, participaron los directivos del Hospital Alfredo Cornejo de Yaruquí, representados por su Director Dr. Jorge Cueva; autoridades Zonales, Distritales, y de OPS, para presentar los resultados de la valoración de las RISS y la propuesta de hoja de ruta y debatir sobre estos resultados.

A esta reunión, asistieron también, por convocatoria del MSP, representantes del Instituto de Salud Pública de la Universidad Católica de Ecuador (PUCE), para presentar el proyecto Equity Cáncer, para mejora del diagnóstico temprano de cáncer en las redes de salud. También se presentó una experiencia muy demostrativa de trabajo en red, de un equipo de la región de Cuenca, zona 6. (Ver anexo 2 con participantes a las dos reuniones gerenciales).

Como resultado de estas reuniones, se obtuvo una alta convocatoria y participación de los involucrados, en ambas reuniones gerenciales, con aproximadamente 16 y 24 personas participantes en cada reunión, respectivamente, generándose una conversación en profundidad entre las autoridades ministeriales y los directivos zonales, distritales y de los hospitales, en cuanto a la valoración de la RISS y la hoja de ruta propuesta.

Debido al poco tiempo disponible para la validación de las hojas de ruta, se dispuso que los equipos enviarían, con posterioridad a las reuniones gerenciales, sus aportes y definiciones locales de las hojas de ruta, para concluir el trabajo. Estos documentos serían enviados al MSP, al Dr. Carlos Xavier Salgado, para su entrega posterior a OPS.

En cuanto al fortalecimiento de la rectoría del MSP en lo que respecta a las RISS, se desarrollaron dos reuniones relevantes con el Ministerio de Salud Pública.

La primera de ellas se efectuó el día martes 8 de agosto a las 14 hrs. con el Ministro de Salud Dr. José Ruales y el equipo directivo superior del MSP, con el representante de OPS en Ecuador, Dr. Oscar Barreneche y su equipo, para conversar acerca de los avances de la cooperación con el MSP, en el desarrollo de dos experiencias demostrativas, para la implementación y el desarrollo de Redes Integradas de Servicios de Salud –RISS- en Yaruquí (Pichincha), y Monte Sinaí (Guayas). En dicha reunión se expuso al Sr. Ministro los resultados de la valoración de las redes mencionadas y los avances para efectuar la VCE en los establecimientos del primer nivel de atención. Se le presentó, además, los acuerdos para avanzar en las hojas de ruta propuestas, además del aporte que OPS efectuaría en torno a la construcción de indicadores para el fortalecimiento de la rectoría.

La segunda reunión se efectuó el día jueves 10 de agosto en el MSP, con la Viceministra de Atención Integral en Salud, Dra. Carmen Guerrero y el equipo del Viceministerio, con el objeto de compartir un modelo de evaluación de las Redes Asistenciales, a partir de la experiencia en Chile, a través de Acuerdos o Compromisos de Gestión e Indicadores de evaluación, presentación y antecedentes que quedaron a disposición del Ministerio. (ver anexo 4).

Finalmente, el día jueves en la tarde se efectuó una reunión de evaluación de la misión, con el representante de OPS en Ecuador.

ANEXOS

Anexo 1: Agenda de la Misión.



**AGENDA MISION
ANGELICA VERDUGO
6 AL 10 AGOSTO
VALIDACION PLANES DE MEJORA RISS
PASCUALES-MONTE SINAI, Y YARUQUI**

PARTICIPANTES	<p>MSP. Contrapartes Viceministerio de Gobernanza, coordinados por Dra. Verónica Cazar Contrapartes Viceministerio de Atención Integral en Salud, coordinados por Carlos Xavier Salgado</p> <p>RISS PASCUALES – MONTE SINAI Equipo técnico participante reunión 3 de julio</p> <p>RISS YARUQUI Equipo técnico participante reunión 5 de julio</p> <p>OPS. Contrapartes OPS Ecuador, coordinados por Dr. Javier Uribe</p>
----------------------	--

Dia	Actividad	Responsable
Domingo 6 de agosto	Arribo a Guayaquil.	Equipos técnicos MSP, OPS, y consultora Dra. Angelica Verdugo
Lunes 7 de agosto Mañana	Validación ¹ propuesta de hoja de ruta, para intervenciones tendientes a fortalecer el accionar de la RISS Pascuales-Monte Sinaí. Lugar por definir	Equipos técnicos Pascuales – Monte Sinaí, MSP, OPS, y consultora Dra. Angelica Verdugo
Lunes 7 de agosto Tarde	Viaje a Quito	Equipos técnicos MSP, OPS, y consultora Dra. Angelica Verdugo
Martes 8 de agosto Mañana	Validación ² propuesta de hoja de ruta, para intervenciones tendientes a fortalecer el accionar de la RISS Yaruqui. Lugar por definir	Equipos técnicos Yaruqui, MSP, OPS, y consultora Dra. Angelica Verdugo Equipos técnicos MSP y OPS/OMS
Martes 8 de agosto Tarde	Ajuste propuestas intervenciones previstas en hojas de ruta para las RISS Pascuales – Monte Sinaí, y Yaruqui	Dra. Angelica Verdugo, consultora externa OPS/OMS Ecuador
Miércoles 9 de agosto Mañana	Presentación diagnósticos RISS Pascuales – Monte Sinaí, y Yaruqui, y propuesta intervenciones a ser desarrolladas en las respectivas hojas de ruta	Viceministras de Gobernanza y Atención Integral en Salud MSP, y sus respectivos equipos técnicos. Representante OPS/OMS y equipo técnico PWR.

¹ Durante el mes de julio, la consultora realizara consultas de validación preliminares con los equipos técnicos de MSP y OPS.

² Durante el mes de julio, la consultora realizara consultas de validación preliminares con los equipos técnicos de MSP y OPS.

		Dra. Angelica Verdugo Dra. Angelica Verdugo, consultora externa OPS/OMS Ecuador
Miércoles 9 de agosto Tarde	Reunión Ministro de Salud, Dr. José Ruales. Presentación de resultados preliminares proyecto experiencias demostrativas RISS en Ecuador MSP – OPS/OMS POR CONFIRMAR	Viceministras de Gobernanza y Atención Integral en Salud MSP, y sus respectivos equipos técnicos. Representante OPS/OMS y equipo técnico PWR. Dra. Angelica Verdugo Dra. Angelica Verdugo, consultora externa OPS/OMS Ecuador
Jueves 10 de agosto Todo el día	Jornada técnica para validación propuesta ³ de indicadores para fortalecer la rectoría del MSP en RISS.	Equipo técnico INTERPROGRAMATICO MSP y equipo OPS/OMS Ecuador
Jueves 10 de agosto Tarde	Reunión final de misión con Representante OPS/OMS Ecuador	Representante OPS/OMS y equipo técnico PWR. Dra. Angelica Verdugo Dra. Angelica Verdugo, consultora externa OPS/OMS Ecuador

Anexo 2:

Participantes Reuniones Gerenciales Red Pascuales-Monte Sinaí, Guayaquil.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
REPRESENTACION EN EL ECUADOR

EVENTO: EVALUACION RISS - GUAYAQUIL

Anexo 2

*LISTA DE ASISTENCIA

FECHA:

Día: 7 Mes: 08 Año: 2023

No	NOMBRES COMPLETOS	CARGO/ INSTITUCION	No. TELF. Y CELULAR	No. CEDULA /PASAPORTE	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Ricardo Yepes R.	Coord Rx H671	0986962530	092202345	ricardoyepes@gub.ec	
2	Eduardo Pederni	Director Distrital 09 DOP	0995526175	1311702722	eduardopederni@guil.gub.ec	
3	Joseph David Blanchón Avila	Implementaci de Redes	0996529572	0930456866	jdiba_2@hotmail.com	
4	Cindy Paola Conzco Pineda	MSP/Rep. GIZURAS	0990312016	1722543939	cindy.conzco@salud- zona.gub.ec	
5	Angélica Verdugo	Consultora ext.	079992660	011485646	angelicav.verdugo@ wirednet.com	
6	Carole Harris	VANS	058461446	17087387	Carole.jam@usf.edu	
7	Cristine Alcaz	Subsecretaria SRADPN/ MSP	098078855	116695550	cristine.alcaz@msp.gub.ec	
8	Carla Salgado	SRADPN	09825546	124616800	carla.salgado@msp.gub.ec	
9	Jorge Mendez V	Coordinador MSP- Zona 8	097485990	1716489133	jorge.mendez@saludzonagub.ec	
10	Jorge Mendez	Residente Hospital Monte Sinaí				
11	Miguel San Mateo	Director Medico Monte Sinaí	043810400	1545382371	miguel.sanmateo@gub.ec	
12	Ricardo Yepes	Hospital Monte Sinaí	0986962530	092202345	ricardoyepes@hms.gub.ec	
13						
14						
15						

*Se presentará una lista por día de la actividad



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
REPRESENTACION EN EL ECUADOR

Anexo 2

EVENTO: EVALUACION RISS - GUAYAQUIL

*LISTA DE ASISTENCIA

FECHA:

Día: 7 Mes: 08 Año: 2023

No	NOMBRES COMPLETOS	CARGO/ INSTITUCION	No. TELF. Y CELULAR	No. CEDULA /PASAPORTE	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Wendy Gaito Uscay	MSP Equip. Implement	0958882548	092182944	wendygaito.msp@gmail.com	
2	Georgeta Pizarro A	OPS/OMS	0458835169	130142936	georgeta.pizarro@paho.org	
3	Milda Villares	OPS/OMS	0499828964	1203367001	villaresmilda@paho.org	
4	Javier Uribe	OPS/OMS ECU		98148	uribejavi@paho.org	
5	Wendy Garcia	MSP	095883548		wendygarcia@paho.org	
6	Romy Morales	Hospital Monte Sinaí	0987236119	090205267	romy.morales@paho.org	
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

*Se presentará una lista por día de la actividad

Participantes Reuniones Gerenciales Quito-Red Yaruquí.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
REPRESENTACION EN EL ECUADOR

EVENTO: EVALUACION RISS - YARUQUI-QUITO

Anexo 2

*LISTA DE ASISTENCIA

FECHA:

Día: 8 Mes: 08 Año: 2023

No	NOMBRES COMPLETOS	CARGO/ INSTITUCION	No. TELF. Y CELULAR	No. CEDULA /PASAPORTE	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Martha Gordon R.	Coordinación Z9	0994927911	1712051117	martha.gordon@msp29.gob.ec	
2	Jorge Cueva A	DIRECTOR/HACC	0987571530	170190927	jorgecueva@hacc.gob.ec	
3	PAULINA GUINACUZA - E	ANALISTA PROVISION	0958812827	1710899559	paullina.guinacuzae@msp29.gob.ec	
4	JENNY FUENTES	RESPONSABLE PROVISION	0992789492	1715541905	jenny.fuentes@msp29.gob.ec	
5	Diana Almeida	especialista calidad	0981577642	1714818239	diana.almeida@msp29.gob.ec	
6	Johana Piza	responsable provision HACC	097900741	1711822564	johana.piza@hacc.gob.ec	
7	Carla Pizarro	NSP	0984697945	1710893577	carla.pizarro@hacc.gob.ec	
8	Fabiano Coronel	ISE/PUCE	0984644000	1412841820	fabiano@puce.edu.ec	
9	Nilda Villacís	OPS/OMS ECU	099782964	170336701	villacisnil@pato.gob.ec	
10	Gabriela Parthuz	OPS/OMS	097885169	1307942926	parthuzmaria@hacc.gob.ec	
11	Ana Luisa Amosa	OPS/OMS	0996455348	1710606347	amysam@pato.gob.ec	
12	Carina Maldonado	HACC / Delegada	0995237923	0201776952	carinamaldonado@hacc.gob.ec	
13						
14						
15						

*Se presentará una lista por día de la actividad



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
REPRESENTACION EN EL ECUADOR

EVENTO: EVALUACION RISS - YARUQUI-QUITO

Anexo 2

*LISTA DE ASISTENCIA

FECHA:

Día: 8 Mes: 08 Año: 2023

No	NOMBRES COMPLETOS	CARGO/ INSTITUCION	No. TELF. Y CELULAR	No. CEDULA /PASAPORTE	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Ana Lucía Torres	Directora Inst. Salud Pùb. PUCZ	1706916358 0999716478	1706916358	atorres331@puc-ecu.a	
2	Hugo Pereira	hpereira@ pucel.edu.ec	0991787508	1719843839	hpereira@pucel.edu.ec	
3	Alex Alvear	Especialista DNH	0994928914	1721080362	alex.alvear@msp.gob.ec	
4	Cristina Alcaz	Subsecretaria SRAIDN/HSP	0180870055	1716095550	Cristina.alcaz@msp.gob.ec	
5	Yania Salgado	SRAIDN.	0982725546	174616800	yania.salgado@msp.gob.ec	
6	Fernanda martinez	Médica familiar C26	0994194029	010313361-7	fernanda.martinez@ silvozonab.gob.ec	
7	Polanco Bellón	Analista AS	0996044012	010437492	polanco.bellon@ sdeil.zonab.gob.ec	
8	Rosa Elena Madas	Hospital Alberto Correa Cornejo	0998534049	1706545280	rosa.macias@1706- msp.gob.ec	
9	Emelina Verdugo	Comunicación	919997660	18148664	emelina.verdugo@ un.3c.zonab	
10	JANIN VARELA	OPS/ONS	98148	98148	Janin.varela@ 1706.org	
11	Janeth Yara	Directora Distrito ADOS	0995338072	010114058	janeth.yara@1706- msp.gob.ec	
12	Jose Veintimilla	OPS/ONS	0998215953	172093445-2	veintimilla.jos@ paho.org	
13						
14						
15						

*Se presentará una lista por día de la actividad

Anexo 3: Propuesta de Hoja de Ruta



**PROPUESTA DE “HOJA DE RUTA”
PARA AVANZAR EN EL DESARROLLO DE REDES INTEGRADAS
DE SERVICIOS DE SALUD BASADAS EN ATENCIÓN PRIMARIA
EN LAS REDES DE PASCUALES-MONTE SINAÍ EN GUAYAQUIL,
Y YARUQUÍ EN QUITO, ECUADOR.**

Dra. Angélica Verdugo Sobral

Julio de 2023

INDICE

1. INTRODUCCION	Pág. 3
2. PRIORIDADES DE INTERVENCION SEGÚN AMBITOS	Pág. 4
3. MODELO ASISTENCIAL	Pág. 4
4. GOBERNANZA Y ESTRATEGIAS	Pág. 14
5. ORGANIZACIÓN Y GESTION	Pág. 15
6. ASIGNACIÓN DE RECURSOS E INCENTIVOS	Pág. 16
7. ANEXO 1: RESULTADO DE TALLER DE APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE VALORACIÓN EN LA RED DE PASCUALES-MONTE SINAI SEGÚN CRITERIOS.	Pág. 18
8. ANEXO 2: RESULTADO DE TALLER DE APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE VALORACIÓN EN LA RED DE YARUQUÍ SEGÚN CRITERIOS.	Pág. 28

INTRODUCCIÓN.

En este documento se pone a disposición del Ministerio de Salud Pública y de los Equipos Gerenciales de las redes involucradas, instrumentos y mecanismos para abordar algunos aspectos prioritarios de la evaluación efectuada en las redes de Pascuales-Monte Sinaí y Yaruquí, los días 4 y 6 de julio de 2023, en Guayaquil y Quito, con participación de aproximadamente setenta personas en cada taller, (representantes del MSP, niveles zonales y distritales, directivos de establecimientos del nivel primario y hospitalario, representantes de la comunidad y de la RPIS), con el objetivo de consensuar el diagnóstico del nivel de integración de estas redes, utilizando la herramienta de valoración de las RISS de OPS (ver anexos).

Los aspectos priorizados que se presentan, requieren un esfuerzo de mejora y de fortalecimiento conjunto, entre la Autoridad Sanitaria Nacional, y los equipos responsables de la gestión territorial de las redes - directivos zonales, distritales-, y directores de la instituciones pertenecientes a la red pública de salud. Es relevante señalar que, si bien se integraron algunos actores de la RPIS en la valoración de las redes mencionadas, en esta primera propuesta se busca fortalecer la gestión de la red pública, para obtener un mejor desempeño en la integración de esta red, con el fin de asegurar la continuidad de los cuidados a los usuarios de los servicios de salud y obtener así, un mayor impacto sanitario en la población.

“Los decisores de política, los gestores y los proveedores de servicios de salud disponen de una serie de instrumentos de política pública y de mecanismos institucionales que pueden ayudarlos en la conformación de las RISS basadas en atención primaria. La pertinencia de estos instrumentos y mecanismos dependerá de la viabilidad política, técnica, económica y social de cada situación⁴.

Luego de haber efectuado la valoración de los ambitos y atributos de las RISS de Pascuales-Monte Sinaí y Yaruquí, se han definido algunas prioridades de intervención para superar la fragmentación en las redes mencionadas. No se hace distinción entre las redes, dado que, salvo excepciones que se han mencionado en el Informe de Valoración⁵, ambas redes obtuvieron una evaluación que da cuenta

⁴ Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2010. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4.

⁵ Informe de aplicación de la herramienta de valoración de las redes integradas de servicios de salud -RISS- basadas en atención primaria en 2 redes asistenciales en Ecuador: Pascuales-Monte Sinaí en Guayaquil y Yaruquí en Quito, OPS, julio 2023.

de la fragmentación existente en la mayoría de los ámbitos y atributos, y las prioridades que se presentan son comunes a las dos redes evaluadas.

PRIORIDADES DE INTERVENCIÓN SEGÚN ÁMBITOS

En el ámbito **Modelo Asistencial**, es relevante insistir en que los niveles locales logren el conocimiento de las necesidades y demandas de la población en cuestiones de salud, y comparar esto con la oferta de servicios, para poder determinar las brechas y proceder a hacer un plan de cierre de estas. Por tanto, tener disponibles herramientas de diagnóstico de situación de salud (registros vitales, estudios epidemiológicos, datos de vigilancia, evaluaciones comparativas, etc.) y herramientas para planificar los servicios de salud, en base a necesidades de la población, son instrumentos de política pública que se tornan imprescindibles, especialmente en niveles zonales y distritales, para su determinación y gestión. También, para el funcionamiento de la RPIS, es necesario generar interacciones entre los sistemas de información, para que se pueda compartir información de mapa de población y conocimiento de esta, desde el punto de vista estadístico.

En cuanto al atributo “un primer nivel de atención multidisciplinario”.... que actúa como puerta de entrada al sistema, es importante continuar reforzando el MAIS, con enfoque familiar, comunitario e intercultural, dado que el primer nivel de atención es el mejor evaluado en ambas redes. Pero el principal problema señalado en las redes es de Cobertura y brechas de atención en este nivel. La propuesta de política pública a nivel del MSP, es generar recursos para ampliar la dotación y generar competencias de los RRHH, potenciar la capacidad resolutoria del primer nivel con elementos diagnósticos y terapéuticos apropiados; sin embargo, para mejorar cobertura de manera más oportuna, se propone evaluar la factibilidad de disponer de recursos financieros para generar o ampliar extensiones horarias en estas redes demostrativas, con atención vespertina y atención de días sábado en el primer nivel, e incorporar turnos de urgencia hasta medianoche, en centros de nivel primario que no disponen de esta solución, para aumentar acceso y cobertura y acercar la atención de salud a las personas.

En cuanto a mecanismos institucionales en los niveles intermedios y en lo local, sería plausible generar mejoras en la programación de la utilización del RRHH, e incorporar diversos mecanismos para

enfrentar el déficit de cobertura, como selección de demanda, atención de alto rendimiento para evitar rechazo de atención, disponer de atención de urgencia para médicos, enfermeras, obstetras, etc.

En el atributo “Atención Especializada” también es prioritario enfrentar la baja Cobertura y brechas de atención en este nivel, poniendo el foco en los cuatro programas prioritarios definidos por el MSP: Salud materno-infantil, salud mental, ECNT y cáncer de cérvix.

La experiencia de política pública en otras realidades en latinoamérica, consiste en incorporar dispositivos comunitarios de nivel de especialidad, como órganos intermedios entre el primer nivel de atención y el hospital, en ámbitos como salud mental comunitaria, rehabilitación basada en la comunidad, entre otras especialidades, lo que acerca la atención a la comunidad. Potenciar la capacidad resolutoria del nivel primario, como ya se mencionó, también genera una disminución de la derivación al nivel de especialidades.

En el nivel local, se propone evaluar la factibilidad de incorporar, como vía clínica, tecnologías accesibles que permitan la interacción entre pacientes y profesionales de forma no presencial, en las Redes que son experiencias demostrativas de RISS. Esto requiere coordinar la red entre las especialidades con más listas de espera o problemas de acceso y los médicos de atención primaria, para evitar largas esperas a las personas y generar al mismo tiempo, capacitación a los profesionales del primer nivel, con muy pocos recursos adicionales (un PC, acceso a internet).

En cuanto al atributo “Mecanismos de coordinación asistencial”, para mejorar esta coordinación y la continuidad de los cuidados, es importante que el MSP normalice que el primer nivel de atención sea la puerta de entrada al sistema y el nivel que coordina la atención en la red, lo que no es una práctica en las redes evaluadas. Además, los niveles zonales y distritales, según corresponda, deben Auditar y evaluar el cumplimiento de las Guías de práctica clínica, normas de atención y la referencia y contrareferencia adecuadas, entre otros mecanismos de coordinación existentes. Esto es particularmente relevante en los cuatro programas prioritarios definidos por el MSP: Salud materno-infantil, salud mental, ECNT y cáncer de cérvix.

Se propone incorporar, a nivel de los establecimientos y niveles intermedios, el rol de Directivo Integrador de la Red, profesional responsable de que la necesaria coordinación, para disminuir la fragmentación ocurra, y esto requiere, para cumplir con la estrategia de RISS basadas en atención primaria, de una modificación a nivel de la organización.

En el nivel local, los establecimientos de la red deben utilizar mecanismos existentes y potenciar la referencia y contrareferencia compartidas en la red, generar y potenciar la coordinación en red al producirse un alta hospitalaria según prioridades definidas.

También disponer de rotaciones de personal entre niveles, para capacitación y conocimiento mutuo; Incorporar gestores de casos en los establecimientos del primer y segundo nivel; establecer Enfermería de enlace interniveles; organizar Sesiones clínicas compartidas, según prioridades y Grupos de trabajo interniveles según necesidades clínicas, son mecanismos de coordinación de la red que deben incorporarse en el nivel local, conducidos, coordinados y evaluados desde los niveles gerenciales intermedios.

Las Consultorías, muy utilizadas en la realidad del sistema público en Chile, consisten en generar una interrelación entre especialistas y equipos del nivel primario, para revisar en conjunto, casos clínicos de pacientes y evaluar su manejo en ese nivel o su derivación al nivel secundario. En estas reuniones clínicas, los especialistas capacitan a los generalistas en el manejo de las patologías y se genera un espacio de colaboración mutua, que reduce listas de espera y aumenta satisfacción en los usuarios. Esta estrategia es muy utilizada por los equipos de Salud Mental⁶.

Sin duda, también los mecanismos de conciliación farmacológica deben incorporarse; todos los anteriormente mencionados son mecanismos que no generan mayores costos al sistema, solo se requiere la decisión política de incorporarlos y realizar las gestiones en las redes asistenciales para que ello se genere, evaluando adecuadamente su incorporación.

Los mecanismos de Comunicación en la red, formales e informales, son otro elemento a considerar en los Mecanismos de Coordinación de la Red que están fallando en estas redes evaluadas. Para ello se requiere, desde el nivel superior, generar una intranet para los establecimientos de las redes públicas y la RPIS, que les permita comunicarse y transferir información de manera formal y con respaldo tecnológico. El poder contar con plan de comunicación formal en todos los niveles de la red, evaluado sistemáticamente, facilitaría la comunicación, al igual que disponer de instancias de capacitación en medios de comunicación en las redes, para el personal intermedio y del nivel local.

⁶ <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/OT-CONSULTORIAS-EN-SALUD-MENTAL.pdf>

En los establecimientos, con la indicación de los niveles intermedios, se deben definir las vías de comunicación que se utilizarán para la gestión de los pacientes en la red. Para esto, se deben utilizar los medios disponibles para la comunicación en la RISS, para la gestión integral de los pacientes y transferencia de información y resultados: Correo electrónico, telefonía, whatsapp, intranet de existir. Esto, como otras de las propuestas, tampoco requiere de recursos adicionales.

En cuanto al atributo "Tipo de cuidado centrado en la persona, la familia y la comunidad", para lograr el empoderamiento de las personas y familias, se hace necesario, desde el MSP, generar políticas para Implementar mecanismos sistemáticos de educación para la salud y generar educación a la población sobre sus Derechos y deberes en salud. También es necesario que la población disponga de información sobre servicios de salud, formas de acceder al nivel primario, donde concurrir, como usar los Servicios de Urgencia. En el mismo sentido, y a nivel local, en los establecimientos, se propone orientar y capacitar al personal para generar participación de las personas y familias en la toma de decisiones sobre su salud, el autocuidado y la gestión de los cuidados de las enfermedades.

Incorporar a las personas, familias y comunidades en la evaluación de la red de atención es una acción que requiere de una disposición para el escrutinio de la población.

Se presenta a continuación una tabla con el ámbito Modelo Asistencial y las prioridades de intervención, según niveles de responsabilidad en las Redes de Pascuales Monte Sinaí y Yaruquí.

Tabla n°1: Prioridades en el ámbito de Modelo Asistencial en las RISS, e instrumentos de Política Pública y Mecanismos Institucionales para abordarlas.

AMBITO RISS	PRIORIDAD	INSTRUMENTO DE POLITICA PUBLICA DEL MSP /DIRECCIONES ZONALES Y DISTRITALES	MECANISMOS INSTITUCIONALES DE NIVEL LOCAL
MODELO ASISTENCIAL	DETERMINAR LAS BRECHAS Y HACER UN PLAN DE CIERRE DE ESTAS.	Herramientas de diagnóstico de situación de salud (registros vitales, estudios epidemiológicos, datos de	Disponer de capacidad técnica a nivel local . Efectuar levantamiento de información a nivel local.

		<p>vigilancia, etc.). y herramientas para planificar los servicios de salud, para conocimiento de las necesidades y demandas de la población en cuestiones de salud, y comparar esto con la oferta de servicios.</p> <p>Disponer de capacidad técnica a nivel zonal y distrital para estimar brechas.</p>	
	<p>BAJA COBERTURA Y BRECHAS DE ATENCIÓN EN NIVEL PRIMARIO.</p>	<p>-Disponer recursos para ampliar la dotación y capacitación permanente de RRHH.</p> <p>-Potenciar capacidad resolutoria del primer nivel con elementos diagnósticos y terapéuticos apropiados;</p> <p>-Generar y/o aumentar extensiones horarias en estas redes demostrativas, con atención vespertina y atención de días sábados;</p> <p>-Recursos para disponer turnos de urgencia hasta medianoche.</p> <p>Potenciar rol articulador de direcciones zonales y distritales para mejorar cobertura en atención primaria.</p>	<p>-Fortalecer la asignación de equipos de salud del nivel primario responsables de un grupo poblacional o comunidad definido.</p> <p>-Mejorar programación de horas de RRHH existentes.</p> <p>-Incorporar selección de demanda.</p> <p>-Promover atención de alto rendimiento para evitar rechazo de atención.</p> <p>-Disponer de atención de urgencia por médicos, enfermeras, obstetras, otros profesionales según prioridad.</p> <p>-Capacitar en servicio al RRHH para potenciar su desarrollo y resolutoriedad.</p>

<p>MODELO ASISTENCIAL</p>	<p>BAJA COBERTURA Y BRECHAS DE ATENCIÓN EN NIVEL DE ESPECIALIDADES, CON FOCO EN LOS CUATRO PROGRAMAS PRIORITARIOS DEFINIDOS POR EL MSP.</p>	<p>-Normar Uso de Tecnologías accesibles que permitan la interacción entre pacientes y profesionales de forma no presencial.</p> <p>-Generar dispositivos de atención de especialidades en el territorio: Por ej. Dispositivos comunitarios de salud mental, centros comunitarios de rehabilitación, Dispositivos de atención primaria oftalmológica, entre otras especialidades.</p> <p>-Potenciar capacidad resolutive del nivel Primario para evitar derivaciones poco pertinentes.</p> <p>Potenciar rol articulador de direcciones zonales y distritales para mejorar cobertura⁷ y capacidad resolutive del nivel secundario.</p>	<p>-Incorporar y/o potenciar, como vía clínica, Telemedicina en las experiencias demostrativas de RISS.</p> <p>Esto requiere coordinar la red entre las especialidades, centrándose en los cuatro programas prioritarios definidos por el MSP, y los médicos y otros profesionales de atención primaria, y generando al mismo tiempo, capacitación a los profesionales del primer nivel, con muy pocos recursos adicionales (un PC, acceso a internet).</p> <p>-Aumentar la resolutive del nivel primario.</p> <p>-Priorizar desde el nivel primario, las referencias a especialistas según prioridades.</p>
---------------------------	---	--	--

⁷ En la experiencia chilena, se generan Macroredes, que corresponden a redes de atención que concentran prestaciones de salud en algunos establecimientos, dada la alta complejidad y especificidad de ellas, procurando la instalación de polos de desarrollo en determinados puntos del país donde se concentran los recursos tecnológicos y humanos especializados. Los Servicios de Salud a su vez, se organizan territorialmente en Macrozonas, coordinándose entre ellas para responder a las necesidades de atención de salud de las personas de sus jurisdicciones, compartiendo oferta y generando estrategias para abordar las brechas de infraestructura o de recursos humanos. En este contexto se definen redes de atención que son complementarias a las anteriormente señaladas. <https://auge.minsal.cl/website/doc/redes-ges-y-no-ges-2020.pdf>

	MEJORAR LA COORDINACIÓN DE LA RED Y LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS	<p>-Normalizar que el primer nivel de atención sea la puerta de entrada y el nivel que coordina la atención en la red.</p> <p>-Auditar y evaluar el cumplimiento de las Guías de práctica clínica, normas de atención y la referencia y contrareferencia adecuadas.</p> <p>-Asignar rol de Directivo Integrador en los niveles intermedios de las redes y establecimientos asistenciales.</p>	<p>-Utilizar mecanismos de referencia y contrareferencia compartidos en la red.</p> <p>-Potenciar coordinación en red al alta hospitalaria.</p> <p>-Efectuar Rotaciones de personal entre niveles para capacitación y conocimiento.</p> <p>-Incorporar gestores de casos en los establecimientos del primer y segundo nivel.</p> <p>-Establecer enfermería de enlace interniveles⁸.</p> <p>-Organizar Sesiones clínicas compartidas, según prioridades..</p> <p>-Organizar Grupos de trabajo interniveles⁹ según necesidades clínicas (salud materna e infantil, ECNT,</p>

⁸ Las enfermeras de enlace, también llamadas enfermeras de continuidad asistencial, suponen una importante garantía en cuanto a la continuidad de cuidados entre las redes de Atención Primaria y Especializada, ya que permiten controlar detalladamente todo el proceso de atención al alta hospitalaria, minimizando la transición del paciente del hospital al domicilio y facilitando la coordinación de todo el equipo de salud procurando, de esta forma, una atención más integral y más personalizada.

⁹ Los grupos de trabajo Interniveles se conforman según prioridades sanitarias, en que se reúnen profesionales de atención primaria y nivel de especialidades, para concordar técnicamente las interrelaciones y flujos de derivación según patologías o problema de salud: Ej. patologías del embarazo, diabéticos descompensados, depresión en adolescentes, etc. Cuando el objetivo se ha cumplido, el grupo deja de existir. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000600012

			Salud mental, conciliación farmacológica, entre otros). -Disponer de Consultorías del nivel especializado en la atención primaria ¹⁰
MODELO ASISTENCIAL	MEJORAR COMUNICACIONES FORMALES E INFORMALES EN LA RED PARA LA GESTION DE LOS PACIENTES. EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS, FAMILIAS Y COMUNIDADES	-Generar intranet para los establecimientos de las redes públicas y la RPIS. -Contar con plan de comunicación formal en todos los niveles de la red, evaluado sistemáticamente. Instancias de capacitación en medios de comunicación en las redes. -Educar a la población sobre sus Derechos y deberes en salud.. -Implementar mecanismos sistemáticos de educación para la salud. - Iniciar una activa labor de empoderar a los usuarios en la gestión de su salud con el	-Definir las vías de comunicación para la gestión de los pacientes en la red. -Utilizar medios disponibles para la comunicación en la RISS para la gestión integral de los pacientes y transferencia de información y resultados: Correo electrónico, telefonía, whatsapp, intranet. -Capacitar al personal para generar participación de las personas y familias en la toma de decisiones sobre su salud, el autocuidado, la gestión de los cuidados de las enfermedades. Incorporar a las personas , familias y comunidades en

¹⁰ Las consultorías consisten en la "la actividad conjunta e interactiva entre el equipo de especialidad y el equipo de salud general de Atención Primaria de Salud, con el propósito de potenciar la capacidad resolutoria del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de personas atendidas en ambos niveles de atención, garantizando los cuidados compartidos y la continuidad de cuidados de personas con problemas de salud complejos".

		autocuidado, en especial a los pacientes crónicos. -Disponer de información sobre servicios de salud a la población, formas de acceder al nivel primario, donde concurrir, como usar los Servicios de Urgencia..	la evaluación de la red de atención.
--	--	---	--------------------------------------

Fuente: Elaboración propia en base a la "Matriz de Opciones de Política y Mecanismos Institucionales Para Conformar RISS" de OPS.

En los ámbitos Gobernanza y Estrategias, Organización y Gestión; Asignación de Recursos e Incentivos, se presenta una tabla con las prioridades de intervención, según niveles de responsabilidad en las Redes de Pascuales Monte Sinaí y Yaruquí (tabla n° 2).

Tabla n°2: Prioridades en los ámbitos de Gobernanza y estrategias, Organización y Gestión y Asignación de recursos e incentivos en las RISS, e instrumentos de Política Pública y Mecanismos Institucionales para abordarlas.

AMBITO RISS	PRIORIDAD	INSTRUMENTO DE POLITICA PUBLICA DEL MSP /DIRECCIONES ZONALES Y DISTRITALES	MECANISMOS INSTITUCIONALES DE NIVEL LOCAL
-------------	-----------	--	---

GOBERNANZA Y ESTRATEGIAS	CONTAR CON UN SISTEMA DE GOBERNANZA UNICO PARA TODA LA RED	<p>Generar Organó de Gobernanza de la Red a nivel intermedio (zonal o distrital) que actúe como Gestor de la Red con objetivos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Articular y garantizar que los establecimientos colaboren para la resolución de problemas de personas y comunidades, - -Asegurar que se planifique y evalúe en todos los puntos de la red. -Establecer sistemas modernos y efectivos de derivación entre niveles y establecimientos. -Promover el desarrollo de sistemas de información integrados para la coordinación. -Orientar la red hacia el servicio del paciente, especialmente en lo relativo a flujos. -Velar por la equidad en el territorio. 	<p>Efectuar Planificación Estratégica en Red, para definir sus objetivos estratégicos y la forma de evaluación del cumplimiento.</p> <p>Utilizar un sistema de monitoreo y evaluación del desempeño de la Red en forma sistemática.¹¹.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> -Modular el desarrollo de la red: capacidad resolutive, inversiones. -Crear Consejo participativo, consultivo Ej. Consejo de Integración de la Red- con participación de directivos de la 	

¹¹ En Chile se utilizan los Compromisos de Gestión, que son una herramienta de control de gestión que permiten evaluar el desempeño de los Servicios de Salud y su red de establecimientos, en los distintos ámbitos priorizados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Su formulación responde a conceptos teóricos, legales y metodológicos. Ver en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/03/Orientaciones-Te%CC%81nicas-Compromisos-de-Gestio%CC%81n-An%CC%83o-2023.pdf>

		red, líderes comunitarios, organizaciones de trabajadores, intersector. -Disponer de un sistema de monitoreo y evaluación de los resultados de la RISS.	
GOBERNANZA Y ESTRATEGIAS	PARTICIPACION SOCIAL AMPLIA	Normalizar instancia de participacion en las redes asistenciales, y/o supervisar que se cumpla la normativa cuando existe..	Generar instancias y espacios de participación de la comunidad organizada y el personal sanitario, involucrandolos en la planeación, priorización y evaluación de las acciones de salud.
	ACCION INTERSECTORIAL Y ABORDAJE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD ¹²	Marco jurídico apropiado para fomentar la acción intersectoral que incida en DSS y en Equidad en salud.	Desarrollar acciones priorizadas de trabajo conjunto con el intersector
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	INTEGRACION DE LA GESTIÓN DEL APOYO CLÍNICO	-Establecer norma o protocolos para utilización y funcionamiento integrado de los servicios de apoyo diagnóstico para todos los establecimientos de la red de servicios.	-Coordinar adecuadamente los servicios de apoyo clínico con agenda de atención médica, de manera tal que los exámenes estén vigentes al momento de las consultas agendadas. -Efectuar control de solicitudes exámenes clínicos y radiológicos según normas.

¹² El Plan Decenal de Salud del MSP establece, como primer objetivo la "Equidad en Salud" planteando "Reducir las desigualdades e inequidades que se producen en torno al acceso efectivo, universal y gratuito al derecho a la salud, por medio del abordaje intersectorial de los determinantes sociales y ambientales".

Ecuador. Ministerio de Salud Pública, Plan Decenal de Salud 2022-2031 / por Ministerio de Salud Pública y Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud. Quito: Ministerio de Salud Pública, 2022.

	GESTIÓN DE MEDICAMENTOS DE MANERA EFICIENTE ¹³ .	-Normalizar el arsenal farmacológico que debe estar disponible en los centros de salud y establecimientos hospitalarios del MSP.	-Gestionar programación adecuada de abastecimiento de medicamentos e insumos. Efectuar control clínico de prescripciones.
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	RECURSOS HUMANOS SUFICIENTES Y COMPETENTES	-Gestionar que la formación del RRHH en las Universidades y otras entidades sea coherente con la estrategia de RISS.	-Implementar Programas de Capacitación del personal en forma integrada.
		-Políticas nacionales de formación, retención y gestión del RRHH para trabajo en Red.	-Generar trabajo en equipos multidisciplinarios.
		-Generar políticas de capacitación permanente del RRHH en servicio ¹⁴ . -Efectuar análisis de suficiencia y brechas, para ampliar la dotación.	-Evaluar el personal en servicio para formarlo y/o capacitarlo en áreas falentes.
	SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRADO	Disponer de un Sistema de Información con Historia clínica única electrónica, Identificador único de usuarios, para datos clínicos y administrativos.	Capacitar al personal en su utilización. Obtener reportes de información clínica y administrativo-financiera.

¹³ En la valoración de la RISS se planteó la crítica situación de esta temática, expuesta por los grupos consultados, tanto en la gestión de las unidades de apoyo, con dificultad de acceso y falta de coordinación de estas, lo que incide en ineficiencia y repetición de exámenes, tanto como como la gestión de abastecimiento de medicamentos e insumos, lo que se considera un factor crítico para el desempeño de la RISS.

¹⁴ En la experiencia chilena, existe un sistema de capacitación en servicio, en línea gestionado por el Ministerio de Salud, desde el departamento de Capacitación, que consiste en cápsulas educativas a disposición de todo el personal, en diferentes temáticas, de acceso gratuito, con evaluación en línea, que certifica su resultado y genera puntaje para ascenso de la carrera funcionaria.

		Monitorear desempeño de la RISS.	Implementar sistemas de orientación para decisión clínica.
	EVALUACION DE RESULTADOS EN LA RISS	-Establecer un modelo de gestión basado en resultados, con mecanismos para el monitoreo, evaluación y rendición social de cuentas. -Disponer de un contrato de gestión de la Red y sus instituciones.	-Generar información de resultados clínicos, administrativos, financieros, y de RRHH.
ASIGNACION DE RECURSOS E INCENTIVOS	FINANCIAMIENTO ADECUADO E INCENTIVOS FINANCIEROS ALINEADOS CON LAS METAS DE LA RED	-Desarrollar incentivos financieros para la integración de la Red. -Considerar mayor asignación relativa de recursos al primer nivel de atención. -Análizar la brecha de recursos para adaptar los servicios a las necesidades de la población. -Desarrollar centros de costos.	En el nivel local, garantizar el mejor uso de los recursos disponibles para obtener los mejores resultados posibles; es decir, incorporar la eficiencia en la utilización de los recursos que se les asignan.

Fuente: Elaboración propia en base a la "Matriz de Opciones de Política y Mecanismos Institucionales Para Conformar RISS" de OPS.

Como se puede observar en la tabla precedente, en el ámbito de **Gobernanza y estrategias**, la prioridad es contar con un órgano de Gobernanza unico para toda la red. El instrumento de política

pública que se propone, dice relación con generar un órgano de Gobernanza de la Red a nivel intermedio (zonal o distrital) que actúe como Gestor de la Red con los objetivos de:

- Articular y garantizar que los establecimientos colaboren para la resolución de problemas de personas y comunidades.
- Asegurar que se planifique y evalúe en todos los puntos de la red.
- Establecer sistemas modernos y efectivos de derivación entre niveles y establecimientos.
- Promover el desarrollo de sistemas de información integrados para la coordinación.
- Orientar la red hacia el servicio del paciente, especialmente en lo relativo a flujos.
- Velar por la equidad en el territorio.
- Modular el desarrollo de la red en cuanto a capacidad resolutive e inversiones, entre otros objetivos.

Además, en este mismo nivel, se propone crear un Consejo Directivo Participativo¹⁵, de carácter consultivo - con participación de directivos de la red, líderes comunitarios, organizaciones de trabajadores, intersector- que genere políticas territoriales para superar la fragmentación de la red y aborde los determinantes sociales que están a la base de la inequidad en salud.

También, en el nivel directivo superior, a nivel del MSP o del nivel Zonal o Distrital, se propone disponer de un sistema de monitoreo y evaluación de los resultados de la RISS.

En el nivel local corresponde que los establecimientos efectúen la Planificación Estratégica en Red, para definir sus objetivos estratégicos y la forma de evaluación del cumplimiento, coordinados por el nivel intermedio o Gestor de Red y utilicen el sistema de monitoreo y evaluación del desempeño de la Red en forma sistemática.

15 En Chile, la Ley Autoridad Sanitaria N° 19.937 y Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud crea los Consejos de Integración de la Red Asistencial-CIRA- con carácter asesor y consultivo para el Gestor de Red (director del Servicio de Salud), presidido por él mismo y constituido por representantes de los prestadores de atención de la red asistencial de salud de un territorio asignado y las organizaciones de usuarios. Tres instrumentos de gestión del Ministerio de Salud incorporaron estrategias de apoyo a la implementación del CIRA: a) Compromisos de gestión (contratos de desempeño que vinculan metas de gestión y presupuesto); b) Programación en red (modelo para determinar actividades asistenciales del servicio de salud con base en las necesidades de su población, con participación de los distintos actores que conforman la red asistencial), y; c) Sistema de Evaluación de Establecimiento Autogestionados (sistema de evaluación anual que posibilita a los hospitales de mayor complejidad ser nominados, o mantenerse, en la categoría de Establecimientos Autogestionados en Red, con sus correspondientes incentivos). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001000014

Al respecto, esta consultoría propondrá al MSP, una serie de propuestas de indicadores al respecto, que se validaran con el equipo técnico del MSP.

En cuanto a la estrategia de **Participación Social amplia**, a nivel superior, del MSP, corresponde propender a normalizar las instancias de participación en las redes asistenciales, y de existir esta normativa, supervisar que se cumpla; y en cuanto a mecanismos institucionales del nivel local, corresponde generar instancias y espacios de participación de la comunidad organizada y el personal sanitario, involucrandolos en la planeación, priorización y evaluación de las acciones de salud.

En la estrategia de Trabajo Intersectorial y abordaje de las determinantes sociales de la salud, considerado un objetivo relevante del Plan Decenal de Salud, corresponde al MSP incorporar o fortalecer el marco jurídico apropiado para fomentar la acción intersectorial que incida en DSS y en equidad en salud. A nivel local, los establecimientos deben desarrollar acciones priorizadas de trabajo conjunto con el intersector.

En el ámbito de **Organización y Gestión**, una de las prioridades más relevantes la constituye la integración de la gestión del apoyo clínico y gestión de medicamentos e insumos de manera eficiente. Este punto aparece como factor crítico en la integración de la red, en las opiniones recabadas en el ejercicio de evaluación efectuado. A nivel de la autoridad sanitaria nacional, se propone establecer una normativa o protocolos, para utilización y funcionamiento integrado de los servicios de apoyo diagnóstico para todos los establecimientos de la red de servicios. En cuanto a medicamentos, normalizar el arsenal farmacológico que debe estar disponible en los centros de salud y establecimientos hospitalarios del MSP. A nivel de los establecimientos, la propuesta incorpora la necesidad de coordinar adecuadamente los servicios de apoyo clínico con la agenda de atención médica, de manera tal que los exámenes estén vigentes al momento de que las consultas sean agendadas. Además, se debe efectuar desde la dirección del establecimiento, control de solicitudes de exámenes clínicos y radiológicos según normas y además, gestionar la programación adecuada de abastecimiento de medicamentos e insumos y efectuar un control clínico de prescripciones. Esto, con el objeto de racionalizar su uso y adecuarlo a la normativa vigente.

Un segundo elemento central de la RISS dice relación con los Recursos Humanos, que deben ser suficientes, competentes y valorados por la red. Al respecto, señalar que se propone que desde el MSP, se gestione que la formación del RRHH en las Universidades y otras entidades, sea coherente con la estrategia de RISS y generar o fortalecer políticas nacionales de formación, desarrollo y gestión del RRHH para el trabajo en Red.

Así mismo, se propone generar políticas de capacitación permanente del RRHH en servicio y políticas de retención del personal, que son esenciales para la suficiencia y permanencia en la red pública, se señalo con antelación algunas prácticas existosas en otras latitudes.

A nivel institucional, en lo local, se propone implementar Programas de Capacitación del personal en forma integrada, avanzar en generar trabajo en equipos multidisciplinarios y evaluar al personal en servicio para formarlo y/o capacitarlo en areas falentes.

Otro elemento importante para la integración de la red, en el ámbito de la Organización y Gestión, son los Sistemas de Información Integrados. Se propone, para el nivel de la autoridad sanitaria nacional, disponer de un Sistema de Información que incorpore la Historia clínica única electrónica, con Identificador único de usuarios, para datos clínicos y administrativos. También un sistema integrado debe permitir, entre otros, monitorear el desempeño de la RISS.

A nivel intermedio y en los establecimientos, se propone capacitar al personal en la utilización de sistemas integrados, a nivel de usuario y la obtención de reportes de información clínica y administrativo-financiera. Estos sistemas también deberán disponer de sistemas de orientación para la decisión clínica de los profesionales.

Otro aspecto prioritario en la Organización y gestión de las RISS, es poder contar con un Sistema de Evaluación de Resultados. Se propone, para el nivel del MSP, establecer un modelo de gestión basado en resultados, con mecanismos para el monitoreo, evaluación y rendición social de cuentas. Además, disponer de un contrato de gestión de la Red y sus instituciones, con el nivel central, que comprometa resultados, para monitorear la integración en las redes.

A nivel de los establecimientos, se propone que se encarguen de generar información de resultados clínicos, administrativos, financieros, y de RRHH en red y generar prácticas correctivas cuando estos resultados se desvían de lo esperado.

En el ámbito de **Asignación de Recursos e Incentivos** en la red, la prioridad que surge de la valoración de ambas redes, es contar con financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red. Si bien en la red de Pascuales-Monte Sinaí se valoró de mejor manera la asignación de recursos, como se señalo en el informe de Valoración de las Redes, este es un tema

sensible para los establecimientos de ambas redes. A nivel de la autoridad sanitaria nacional, se plantea evaluar la factibilidad de desarrollar incentivos financieros para la integración de la Red y considerar una mayor asignación relativa de recursos al primer nivel de atención, para asegurar su mejor acceso y cobertura de atención y generar, en los niveles intermedios de decisión, capacidad de análisis de la brecha de recursos para adaptar la cartera de servicios a las necesidades de la población. En este mismo nivel, desarrollar centros de costos para una mejor y más eficiente utilización de recursos, resulta recomendable.

Para los establecimientos de la red, a nivel local, se propone garantizar el mejor uso de los recursos disponibles para obtener los mejores resultados posibles; es decir, incorporar la eficiencia en la utilización de los recursos que se les asignan.

**ANEXO 1: RESULTADO DE APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE VALORACIÓN DE LA RISS
DE PASCUALES MONTE SINÁI EN TALLER DEL 4 DE JULIO DEL 2023**

1. Ambito Modelo Asistencial

ATRIBUTO 1	CRITERIOS DE EVALUACIÓN				OBSERVACIONES	
	1	2	3	4		
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.	1.1 Territorio definido y sectorizado	La red ha construido un mapa de población-territorio que refleja la distribución poblacional, los factores de riesgo, servicios de salud y otros servicios comunitarios.	El mapa de población-territorio de fine sectores (divisiones) basados en criterios demográficos, segmentos electorales, delimitación administrativa u otro mecanismos y asociada a la estructura de la Red de Servicios y áreas de influencia.	Cada sector tiene adscrito uno o varios equipos multidisciplinarios de salud. Los Equipos están adscritos a establecimientos de Primer Nivel de Atención - PNA . Cada sector está asociado a un área de influencia de servicios de salud de atención especializada y hospitalaria.	La Red de Servicios posee un mapa digital con georeferenciación de los sectores, equipos de PNA, servicios de salud especializados y servicios comunitarios, mapa de riesgos etc., disponible para consulta y usado como elemento de gestión y control.	Existen poblaciones de cada uno de los subsistemas, no cuenta la red con un solo mapa, no están identificados los servicios comunitarios
	Condición					
	CALIFICAR	1				
	1.2 Se han desarrollado e implantado sistemas de estratificación de la población, que aportan información útil para la toma de decisiones clínicas y de gestión	La red tiene un departamento de Estadísticas y Registros Médicos que procesa información estratificada de la población y usuarios de los servicios de salud.	Es posible desagregar la información por edad, sexo, grupos vulnerables o de riesgo, y factores medioambientales para cada sector, desagregación de información de salud a nivel de subpoblaciones. Pone a disposición de los actores herramientas de diagnóstico de situación de salud.	La red ha iniciado la integración de un sistema de información epidemiológica, clínica, socio-sanitaria y de gestión. Realiza análisis de situación de salud conjuntamente con otros grupos de interés.	El sistema de información de la Red de Servicios genera información para todas las necesidades en los procesos de toma de decisiones de gestión y planeación de los servicios; permite elaborar proyecciones sobre necesidades, demanda y oferta futura.	los subsistemas tiene sistemas de estadísticas y registros, separados permiten desagregación, en ocasiones comparten la información pero no hay integración en red
	Condición					
	CALIFICAR	1				
	1.3 Brecha Oferta/Demanda	La red ha realizado el análisis de brecha entre la oferta actual de servicios, las necesidades y demandas en salud de la población adscrita a la red.	Al menos el 30 % de los sectores definidos tiene asignado un equipo multidisciplinario de salud y están adscritos a establecimientos de PNA y servicios de atención especializada y hospitalaria.	Al menos el 50 % de los sectores definidos tiene asignado un equipo multidisciplinario de salud y están adscritos a establecimientos de PNA y servicios de atención especializada y hospitalaria.	Al menos el 75 % de los sectores definidos tiene asignado un equipo multidisciplinario de salud y están adscritos a establecimientos de PNA y servicios de atención especializada y hospitalaria.	algunos tienen indicadores, también se han realizado algunos análisis demanda/oferta para algunas especialidades, existe diferencia entre la asignación de equipos de PNA y atención especializada entre los subsistemas.
	Condición					
	CALIFICAR	1				
TOTAL ATRIBUTO 1	3	3	0	0	0	

ATRIBUTO 2		1	2	3	4	
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 de las personas y los servicios de salud pública	2.1 Descripción de la red	La red tiene una descripción de las instalaciones que conforman la red de servicios de Primer Nivel de Atención, atención especializada, salud pública y servicios hospitalarios.	La red tiene una descripción detallada y actualizada de los recursos e instalaciones que conforman la red de servicios que incluye la distribución de los RRHH, las tecnologías médicas y la cartera de servicios de atención integral (que incluye promoción, prevención, atención, servicios paliativos y de rehabilitación), Salud Pública, atención especializada y servicios hospitalarios.	La red de servicios tiene herramientas virtuales (Website, APP) accesibles al público general y grupos de interés que permite acceder a la descripción actualizada de todos los componentes de la red y la descripción de la oferta de servicios.	La estructura de la Red de Servicios y su oferta en primer nivel de atención, atención especializada, salud pública y servicios hospitalarios es reconocida por todos los grupos de interés. Existen mecanismos para identificar fácilmente la estructura de la red de servicios de acuerdo a la necesidad en salud de los usuarios.	Existe información, no es detallada ni accesible, y solo del MSP, no está integrada, existe web site del MSP pero no está la información completa
	Condición					
	CALIFICAR	1				
	2.2 Habilitación de establecimientos	La red tiene un diagnóstico de las condiciones mínimas-esenciales para la prestación de los servicios de todas sus instalaciones según las políticas nacionales o estándares usualmente aceptados. Existen mecanismos de verificación.	80% de los establecimientos de la Red cumplen las normas de habilitación.	El 100% de los establecimientos de la red cumple con la totalidad de las normas de habilitación vigentes en el país.	La Red de Servicios tiene una política de inversiones, planes de desarrollo y mecanismos de verificación que garantiza que todas las instalaciones de salud cumplan con el 100% de las normas de habilitación y Seguridad Hospitalaria.	No están garantizados los recursos para cumplir con las condiciones que solicita la normativa legal vigente.
	Condición					
	CALIFICAR	1				
	2.3 Distribución equitativa de los servicios de la red integrada	La red tiene un plan para garantizar la distribución equitativa de los recursos del primer nivel de atención para la promoción, prevención, detección precoz, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, con condiciones de acceso.	El plan de la red incluye la integración de servicios de Salud Pública y la coordinación de la acción intersectorial necesaria para atender las necesidades y los determinantes sociales de la salud del área adscrita.	El plan de la red considera mecanismos para garantizar la prestación de servicios especializados y hospitalarios en unidades propias o de otras redes para la atención de las necesidades de su población.	La Red de Servicios tiene un primer nivel de atención fortalecido capaz de atender las necesidades de salud de la población, prestar y vigilar la Salud Pública y que coordina la atención especializada de su población y participa de acciones intersectoriales con otras instituciones y estamentos de la comunidad.	
	Condición					
	CALIFICAR	1				
	2.4 Se utilizan tecnologías que permiten la interacción entre pacientes y profesionales de forma no presencial	La red tiene un Plan de Acción para el desarrollo e implementación de tecnologías de comunicación para usuarios internos y externos.	La Red posee herramientas de comunicación (website, APP) de acceso al público en general y mediante identificación/registro a usuarios para información y consulta.	La Red ha implementado Centros de Llamada y tecnologías informáticas para la interacción con los Equipos de Salud, especialistas y servicios de apoyo. Incluye acceso a registros médicos y contenido de expediente clínico.	La Red de Servicios cuenta con programas de telemedicina y tecnologías de comunicación virtual para sus usuarios que permiten la interacción, orientación, asesoría y atención remota de acuerdo a las necesidades de los usuarios. Cobertura en el 100% de los equipos de salud, instituciones de PNA, atención especializada y hospitalaria.	No existe teleconsulta, existen iniciativas.
	Condición					
	CALIFICAR	1				
TOTAL ATRIBUTO 2	4	4	0	0	0	

ATRIBUTO 3		1	2	3	4	
3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca 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.	3.1 Cobertura	La Red tiene plan para garantizar el acceso y la cobertura del 100% de la población en el territorio de responsabilidad a servicios de primer nivel de atención y ha elaborado el diagnóstico de la brecha de cobertura. Actualmente la brecha es mayor al 30%.	La brecha de cobertura es menor del 25%. Existe un plan para la atención de la población por equipos de salud de PNA.	Más del 70% de la población en el territorio está adscrito a un equipo de salud del PNA. Los equipos tienen los recursos humanos y técnicos necesarios para la prestación eficiente de servicios según las necesidades y características de la población.	Más del 90% de la población en el territorio está adscrito a un equipo de salud del PNA multidisciplinario con los recursos humanos y técnicos para la prestación eficiente del servicio y mecanismos de referencia directa a la atención especializada.	No hay integración de los planes, no se puede garantizar el acceso y cobertura con los recursos actuales.
	Condición					
	CALIFICAR	1				
	3.2 Un Primer Nivel de Atención fortalecido	La red cuenta con un primer nivel de atención con equipos de salud que actúan como la puerta de entrada a los servicios de salud. Además brinda atención en horarios extendidos.	El PNA cuenta con equipos multidisciplinarios con capacidad resolutoria para las necesidades y demandas de salud a lo largo del tiempo y durante el curso de la vida.	El PNA brinda servicios especializados de Salud Familiar, Pediatría, Ginecología-Obstetricia, Salud Mental, Odontología entre otros.	El PNA es el punto de coordinación del continuo de servicios, del flujo de información, de la integración operativa de los programas prioritarios y además es capaz de proveer servicios en hogares, escuelas, centros de trabajo y la comunidad en general.	
	Condición					
	CALIFICAR			3		
	3.3 Coordinación y continuidad del cuidado	La red tiene un protocolo de Referencia y Contrarreferencia. Este protocolo ha sido diseminado y discutido a todos los niveles, en todos los establecimientos.	Los protocolos de atención y las guías clínicas especifican cuándo, cómo y a dónde deben ser referidos los usuarios de acuerdo a su condición, patología o necesidad.	El PNA actúa coordinando la atención de las personas en los otros niveles de atención y vela por la continuidad del cuidado de las personas a su cargo.	La Red de Servicios gestiona la coordinación de la atención y continuidad del cuidado (planeación, control y evaluación de resultados) con un PNA protagonista. Evidencia de resultados positivos sostenibles con alto grado de satisfacción del usuario.	
	Condición					
	CALIFICAR	1				
TOTAL ATRIBUTO 3	5	2	0	3	0	

ATRIBUTO 4		1	2	3	4
4. Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios	4.1 Cobertura	La Red tiene un diagnóstico actualizado anualmente de las necesidades de atención especializada de la población en el territorio.	La cartera de servicios especializados es diseñada y desarrollada con base a la identificación de las necesidades en el diagnóstico.	La Red ha disminuido progresivamente el número de hospitalizaciones innecesarias prevenibles por una buena atención de primer nivel.	La Red de Servicios tiene la capacidad y los recursos humanos y técnicos para responder a 85% o más de las necesidades en materia de atención especializada. Evaluaciones sistemáticas de cobertura.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	4.2 Procesos de reingeniería de los hospitales y servicios especializados	La red tiene un plan para la reingeniería de sus hospitales que tiende a su conversión en hospitales para condiciones agudas, cuidados intensivos y cirugía mayor especializada.	Los hospitales avanzan en la adopción de esquemas y programas de cirugía ambulatoria y hospital de día.	La red posee una amplia red de servicios de apoyo social que incluye entre otros, hospicios y hogares de enfermería.	La Red organiza y soporta servicios de cuidados integrales en el hogar, centros ambulatorios de diagnóstico, tratamiento y consultas especializadas. Cobertura de más del 85% de las necesidades de servicios.
	Condición				
	CALIFICAR		2		
	4.3 Referencia / Contrarreferencia	El protocolo de referencia y contrarreferencia indica los procedimientos para la referencia de usuarios a establecimientos fuera de la red en casos donde su necesidad no pueda ser resuelta.	Los especialistas y otros actores participan en la definición de los Protocolos/Normas de Atención y Guías clínicas y se especifican los mecanismos de referencia en la red de servicios.	La Red de Servicios tiene mecanismos de referencia con establecimientos fuera de su red para la atención especializada no ofertada de usuarios bajo su responsabilidad.	Más del 90% de los usuarios referidos a la Atención Especializada retoman a sus Equipos de PNA con información y recomendaciones claras. Se definen planes de manejo integrales con responsabilidades de manejo y condiciones específicas de control y referencia.
	Condición				
	CALIFICAR		2		
	4.4 Brecha Oferta / Demanda	El análisis de la brecha de cobertura de servicios especializados es utilizado para la elaboración de planes de acción.	La red ha iniciado la redistribución de los recursos de atención especializada para proveer cuidados apropiados en el lugar apropiado y preferentemente fuera de los hospitales.	La red atiende la gran mayoría de las necesidades de atención especializada, las condiciones clínicas de mayor demanda y peso en su perfil epidemiológico. Oferta modelos de atención descentralizados.	La Red cuenta con los servicios especializados que demanda su población o ha establecido mecanismos para suplir los déficits. Tiene la capacidad de adaptarse de acuerdo a las necesidades y demanda de servicios. Evaluaciones sistemáticas con tendencias positivas.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
TOTAL ATRIBUTO 4	6	2	4	0	0

ATRIBUTO 5		1	2	3	4
5. Mecanismos de coordinación asistencial	5.1.1 Normalización de Procesos de trabajo	Existe en la Red algún proceso de trabajo normalizado (protocolo, guías de práctica clínica, normas)	Más del 50% de los procesos clave están normalizados. Modelos de procesos de trabajo integrales que consideran el continuo de la atención en toda la red de servicios.	El 75% de los procesos clave está normalizado y se desarrollan mecanismos de evaluación de cumplimiento.	La Red de Servicios cuenta con un programa sistemático de desarrollo y evaluación de protocolos, guías de práctica clínica, manuales y normas basado en las necesidades en salud de la población y la capacidad de respuesta.
	Condición				
	CALIFICAR			3	
	5.1.2 Normalización de Resultados	Existe en la red procesos de normalización de la atención (procesos, protocolos, guías, etc.) y medición de Indicadores vitales como mortalidad, oportunidad de la atención y producción de servicios, entre otros.	Existe en la red mecanismos de evaluación de los procesos de atención mediante Indicadores clave. Se evalúa los resultados en cobertura, acceso, oportunidad, equidad y calidad de los servicios.	Los resultados de los procesos clave asistenciales y financieros forman parte del Contrato de Gestión de la red de servicios y se miden sistemáticamente.	La Red de Servicios cuenta con modelos sistemáticos de normalización de la atención y evaluación de resultados como parte integral de la planeación, la gestión, los mecanismos de contratación y la rendición social de cuentas.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	5.1.3 Se realiza la conciliación farmacológica en las transiciones entre ámbitos asistenciales.	Existe en la red una guía farmacológica común construida por expertos propios y basada en sus necesidades y recursos en salud.	Existe una Comisión de Farmacia única para toda la red de servicios que entre otras funciones construye las guías farmacológicas y listados de medicamentos.	Se evalúa periódicamente el cumplimiento de las guías farmacológicas de la red en todos los establecimientos de la red.	La Red de Servicios cuenta con una gestión integral de medicamentos coordinada por una comisión de farmacia y que soporta los procesos, la evaluación de resultados y la conciliación farmacológica.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	5.2.1 Comunicación formal (Plan Comunicación)	Existe un proceso de elaboración conjunta de un plan de comunicación de la red de servicios.	La red de servicios ha implementado un Plan de Comunicación y se ha capacitado por los menos al 50% de los actores de la red.	El Plan de Comunicación común se ha implementado en toda la red y todos los actores han sido capacitados y conoce el plan y sus respectivas atribuciones. Desarrollo de telesalud.	La Red de Servicios ha desarrollado e implementado un plan de comunicación formal que ha sido desplegado en todos los niveles de la red y es evaluado sistemáticamente en sus necesidades y resultados.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	5.2.2 Comunicación informal (Tf., correo-e, web)	El principal medio de comunicación de la red es la vía telefónica; este medio soporta los procesos de referencia y contrareferencia y la transferencia de información y resultados.	La red de servicios cuenta con vías telefónicas, telefonía celular y acceso a Internet como mecanismos de regulación de pacientes y comunicación de información. Cobertura mayor del 50%.	La red de servicios de cuenta con mecanismos de comunicación propios en Intranet, unificados, que permiten la regulación de los pacientes y la comunicación de información. Cobertura mayor del 90%.	La Red de Servicios ha desarrollado e implementado un modelo de comunicación informal basado en telefonía y uso de Intranet que permite la gestión integral de los pacientes y la comunicación de resultados. Los resultados del modelo y necesidades son evaluados sistemáticamente.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	5.2.3 Dispositivos de enlace (Grupos de trabajo, puestos de enlace, comités, directivo integrador, etc.)	Existen grupos de trabajo comunes a toda la red que contemplan procesos vitales como: 1. Análisis de Referencia / contrareferencia; 2. Análisis de procesos clave; 3. Política Antibiótica, etc.	Además de los grupos de trabajo, existen Comisiones Clínicas o Asesoras comunes a toda la red de servicios, al menos: Farmacia; Infecciones; Bioética; Mortalidad; Docencia; Investigación.	Existen grupos de trabajo y comisiones que informan periódicamente a la dirección de la red de servicios. Existen directivos con función integradora a nivel de atención especializada y primer nivel de atención (gestión de casos).	La Red de Servicios ha desarrollado mecanismos de enlace sustentados en grupos de gestión clínica y comisiones técnicas responsables de audita, evaluar y gestionar los procesos vitales de la red. Estos mecanismos son evaluados sistemáticamente por la dirección de la Red.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	5.2.4 Sistema de información vertical	Existe un sistema de Información de resultados asistenciales de procesos clave.	Existen cuadros de mandos gerenciales (asistencial, económico, financiero, calidad) para la gestión Institucional.	Existen cuadros de mandos gerenciales (asistencial, económico, financiero, calidad) para la gestión Institucional y de la red de servicios, cuenta con espacios de socialización de resultados.	La Red de Servicios ha desarrollado un modelo de medición del desempeño y evaluación de resultados asistenciales, operativos y financieros. El modelo considera ejercicios sistemáticos de rendición de cuentas.
	Condición				
CALIFICAR	1				
TOTAL ATRIBUTO 5	9	6	0	3	0

ATRIBUTO 6		1	2	3	4
6. Tipo de cuidado centrado en la persona, la familia y la comunidad	6.1 Modelo de atención centrado en las personas, familias y comunidades	La red cuenta con un documento que explica el modelo de atención centrado en las personas, familias y comunidades	La red ha desarrollado un modelo de atención con una clara base de derechos, con enfoque intercultural y de género	El modelo ha sido ampliamente discutido con los trabajadores de la salud y grupos de interés; se han realizado capacitaciones para cambios de conducta en todos los niveles	La Red de Servicios ha desarrollado e implementado completamente el modelo de atención en salud. El modelo es evaluado sistemáticamente en su implementación y resultados que son difundidos a los grupos de interés.
	Condición				
	CALIFICAR		2		
	6.2 Cuidado centrado en las persona, familias y comunidades	En la red de servicios cada persona y familia puede identificar un profesional en salud o un equipo de salud como referente de su cuidado.	La red ha desarrollado mecanismos de integración de la historia clínica individual y la historia familiar de forma tal que permita abordar integralmente los problemas del individuo y de la familia.	En la red de servicios las personas y familias identifican sus responsables de cuidado, cuentan con registros en salud integrados y existen mecanismos de participación social para el abordaje y solución de problemas.	La Red de Servicios ha desarrollado mecanismos de integración del cuidado de las personas y la familia con sus equipos multidisciplinarios, con sistemas de registros de salud integrados y espacios sistemáticos de participación social, evaluación de las necesidades y educación en salud.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	6.3. Empoderamiento de las personas y familias	La red ha diseñado mecanismos de información para el usuario, comprensible y de su interés sobre su problema de salud y las alternativas de cuidados.	La red cuenta con mecanismos de participación del usuario en la definición de problemas, en el plan de acción para negociar prioridades y objetivos y en la evaluación de su progreso.	La red cuenta con programas de Educación para la Salud debidamente planificados y conocidos por la población centrados en la participación activa del cuidado y tratamiento.	La Red de Servicios de Salud ha desarrollado e implementado modelos y mecanismos sistemáticos de participación de las personas y familias en la toma de decisiones sobre su salud, el autocuidado, la gestión de los cuidados de las enfermedades. Los resultados son evaluados como parte integral de la aceptación y satisfacción.
	Condición				
CALIFICAR	1				
TOTAL ATRIBUTO 6	4	2	2	0	0

2. Ámbito Gobernanza y estrategias

		CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
ATRIBUTO 7		1	2	3	4
7. Un sistema de gobernanza único para toda la red.	7.1 Está conformado y funciona el órgano de gobernanza de la red integrada de servicios de salud	La red posee un órgano de gobernanza constituido por representantes de la comunidad y de las unidades operativas.	El órgano de gobernanza ha establecido los fines, visión, misión y objetivos estratégicos de la red.	El órgano de gobernanza dentro de sus funciones supervisa la estructura de gestión de la red; asegura el desempeño óptimo de la red; normaliza las funciones clínicas y administrativas; asegura la financiación adecuada, etc.	La Red de Servicios cuenta con un órgano de gobernanza que garantiza la gestión integral: planeación, financiamiento, operación, control, evaluación de resultados y rendición de cuentas. Su funcionamiento es sistemático y permanente dentro de la Red.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
TOTAL ATRIBUTO 7	1	1	0	0	0
ATRIBUTO 8		1	2	3	4
8. Participación social amplia	8.1 La red promueve y asegura una amplia participación social.	La red ha definido algunos mecanismos para que las organizaciones y agentes comunitarios, entidades locales y ciudadanía participen junto a las instituciones sanitarias en el desarrollo de acciones de salud.	Existen mecanismos normados de planificación de las acciones de salud con plena participación de la comunidad y las organizaciones de usuarios.	Los equipos de salud promueven la participación de la comunidad en campañas y movilizaciones en pro de la salud y la solución de problemas generados por las determinantes sociales.	La Red de Servicios ha desarrollado e implementado 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 y evaluación de los resultados.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
TOTAL ATRIBUTO 8	1	1	0	0	0
ATRIBUTO 9		1	2	3	4
9. Atención intersectorial y abordaje de los determinantes de salud y la equidad en salud.	9.1 Colaboración intersectorial y abordaje de las determinantes sociales de la salud	La red ha establecido circuitos de conexión a programas y recursos comunitarios para responder a las necesidades de salud de la población.	Existen mecanismos normados de planificación de las acciones de salud con plena colaboración intersectorial.	La red de servicios promueve y coordina la participación de las instancias intersectoriales y otros actores sociales en acciones en pro de la salud y de abordaje de las determinantes de salud.	La Red de Servicios ha desarrollado e implementado espacios y mecanismos sistemáticos para que las instancias intersectoriales y los actores sociales participen activamente de los mecanismos de monitoreo y evaluación de los servicios de salud y de la planeación de las acciones intersectoriales sobre Determinantes sociales de la salud.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
TOTAL ATRIBUTO 9	1	1	0	0	0
TOTAL AMBITO 2	3				

3. Ámbito Organización y Gestión.

ATRIBUTO 10		1	2	3	4
10. Gestión integrada	10.1 Existe una gestión administrativa para toda la red	La red tiene un plan de desarrollo para la transformación, concertación e integración de la gestión administrativa que toma en cuenta el tamaño de la red (población cubierta, área geográfica, recursos humanos) y su nivel de complejidad (tipo de establecimientos, existencia de centros de referencia regionales o nacionales, existencia de funciones docentes o de investigación).	Existe un aparato de gestión administrativa único (concertado, integrado) para toda la red que integra y centraliza los procesos de los sistemas de apoyo (transporte sanitario, mantenimiento, lavandería, jardinería, seguridad, alimentación)	La red ha integrado (concertado, integrado) la gestión del apoyo clínico y la gestión de medicamentos de manera eficiente.	Existe Gestión administrativa única a todos los niveles de la Red de Servicios de Salud con responsabilidad directa en los soportes logísticos asistenciales y administrativos, incluyendo la gestión de suministros y medicamentos. Con espacios sistemáticos para la evaluación de necesidades, control de los recursos y evaluación de resultados.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	10.2 Existe una gestión de apoyo clínico para toda la red	Están establecidos centros de referencia diagnósticos y existe una central de regulación de citas médicas y procedimientos médicos.	Existen centros de gestión integral de la atención para los servicios de apoyo clínico que cuenta con gestión centralizada de los registros médicos (historia clínica y resultados) que toma en cuenta la sectorización geográfica y necesidades de los usuarios.	La red ha establecido protocolos para el funcionamiento integrado de los servicios de apoyo diagnóstico para todos los establecimientos de la red de servicios. Son gestionados por centros integrales de atención.	La Red de Servicios de Salud garantiza la atención integral y continua mediante centros de gestión de apoyo clínico. Los sistemas de información y registros clínicos permiten la comunicación de necesidades y resultados tanto para profesionales en salud como para los usuarios.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	10.3 Se aplica una gestión basada en resultados en toda la red	Existe un sistema de evaluación de los equipos de salud basado en los resultados obtenidos y de acuerdo al plan de trabajo del sector.	Están definidos claramente los resultados esperados en la RISS (asistenciales, calidad, económicos) en relación al análisis de necesidades y expectativas de la población de responsabilidad	Existe un contrato/acuerdo de Gestión entre el órgano de gobernanza de la red y la autoridad regional o nacional que abarca todas las actividades y servicios de la RISS para un período predeterminado.	Se evalúa el cumplimiento de los contratos de gestión por la Dirección de la RISS y el órgano de gobernanza y se premia el buen desempeño de los centros, equipos y personas.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	10.4 Existe un sistema de evaluación del desempeño único para toda la red	Existen sistemas de evaluación de resultados en algunos ámbitos asistenciales y de gestión.	Existe un sistema de evaluación del desempeño de los equipos de salud y los establecimientos basado en el logro de los acuerdos de gestión y parámetros de excelencia clínica.	Existe un sistema único de evaluación del desempeño implantado para toda la red de servicios que considera la medición de resultados en el cumplimiento de objetivos. Evalúa los niveles de la red.	La red de Servicios cuenta con un modelo de evaluación de desempeño basado en los objetivos de la red que considera parámetros de acceso, cobertura, aceptabilidad, calidad, continuidad, eficiencia y eficacia. Con la capacidad de análisis por niveles y establecimientos. El modelo considera espacios sistemáticos para el análisis de los resultados y planes de intervención para corregir desviaciones.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	4	4	0	0	0

ATRIBUTO 11		1	2	3	4
11. Recursos humanos suficientes y competentes	11.1 Recursos humanos suficientes y competentes	La red ha realizado un análisis de la brecha de Recurso humano y ha definido un plan de acción.	La red de servicios cuenta con procedimientos para el análisis de suficiencia del recurso humano y ha establecido procesos para la selección y contratación de personal.	La red de servicios tiene planes y programas de formación y capacitación permanente para todo el personal, incluyendo el órgano de gobernanza.	La Red de Servicios cuenta con mecanismos sistemáticos para la evaluación de suficiencia del recurso humano, la valoración de necesidades en formación y capacitación permanente. Espacios sistemáticos de evaluación de resultados. Es evidente la suficiencia y competencia de su recurso humano en toda la Red.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
TOTAL ATRIBUTO 11		1	0	0	0
ATRIBUTO 12		1	2	3	4
12. Sistema de Información	12.1 Sistema de Información	La red tiene un plan de acción para la puesta en marcha de un sistema de información integral que integre los subsistemas financieros, clínicos, de apoyo, de recursos humanos, de medicamentos e insumos, etc.	Existe un solo sistema de información para toda la red y se 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.	La red tiene un único sistema de información que se basa en una historia clínica electrónica interoperable entre todos los ámbitos asistenciales y que garantiza la identificación inequívoca de los usuarios. El sistema ha integrado el acceso de los usuarios a su prontuario individual y familiar	La Red de Servicios cuenta con un sistema único de información con subsistemas clínicos, financieros, gestión del integral del paciente, gestión del recurso humano, gestión de medicamentos y suministros. La cobertura del sistema es del 100% de la Red.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
TOTAL ATRIBUTO 12		1	0	0	0
ATRIBUTO 13		1	2	3	4
13. Gestión Basada en Resultados	13.1 Gestión Basada en Resultados	Los establecimientos han iniciado procesos de planificación estratégica en conjunto para abordar las necesidades de la red.	Existe un plan anual de salud con objetivos medibles en los ámbitos relevantes de atención y plasmados en un Contrato de Gestión para toda la red	Se incentiva y evalúa el cumplimiento de objetivos compartidos entre ámbitos y niveles de atención para la atención de determinados problemas de salud (por ejemplo las enfermedades crónicas)	La Red de Servicios ha establecido un modelo de gestión basado en resultados, con mecanismos para el monitoreo, evaluación y rendición social de cuentas. Los objetivos de atención son consensuados y hacen parte del contrato de gestión de la Red y sus instituciones. Considera un plan de incentivos basado en resultados. Se evidencia tendencias positivas en los resultados.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
TOTAL ATRIBUTO 13		0	0	0	0

4. Ámbito Asignación de Recursos e Incentivos

ATRIBUTO 14a		CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
		1	2	3	4
14a. Asignación de recursos financieros	14a.1. Forma de asignación (Histórico-pasiva / Estratégica (Capitación/Riesgo/mixta/))	Histórica pasiva	Combinada con una visión de progresividad hacia asignación estratégica con enfoque de redes	Combinada con mayor peso de la asignación estratégica que la histórico pasiva con visión de redes integradas	Asignación estratégica alineada con alcance de metas sanitarias y de equidad en las redes integradas de servicios de salud
	Condición				
	CALIFICAR		2		
	14a.2 Forma de negociación del financiamiento (Impositivo/Negociado/Negociado en base a costos de producción)	Sin negociación	Negociada	Negociada en base a costos de producción	Negociada en base a costos de producción y referenciales normativos
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	14a.3 Análisis de la brecha de recursos	Sin análisis de brecha para mantener la cartera de servicios	Análisis de brecha para mantener la cartera de servicios	Análisis de brecha para adaptar la cartera de servicios a las necesidades de la población del territorio	Análisis de brecha para adaptar la cartera de servicios a las necesidades de la población del territorio con estrategia activa para negociar y obtener los recursos necesarios
	Condición				
CALIFICAR		2			
TOTAL ATRIBUTO 14a	5	1	4	0	0
ATRIBUTO 14b		1	2	3	4
14b. Incentivos alineados con objetivos explícitos	14b.1 Definición de incentivos (implícitos-pasivos / explícitos-estratégicos)	Incentivos implícitos-pasivos	Incentivos explícitos	Incentivos explícitos estratégicamente alineados con alcance de metas	Incentivos explícitos estratégicamente alineados con alcance de metas con plan de revisión periódico
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	14b.2 Alineación estratégica de incentivos con una especificación para red, para prestadores colectivos y para prestadores individuales	Incentivos alineados con metas para la red	Incentivos alineados con metas para la red y los prestadores colectivos	Incentivos alineados con metas para la red y los prestadores colectivos e individuales	Incentivos alineados con metas para la red y los prestadores colectivos e individuales con plan de revisión periódico
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	14b.1 Definición de incentivos (implícitos-pasivos / explícitos-estratégicos)	Incentivos implícitos-pasivos	Incentivos explícitos	Incentivos explícitos estratégicamente alineados con alcance de metas	Incentivos explícitos estratégicamente alineados con alcance de metas con plan de revisión periódico
	Condición				
CALIFICAR	1				
TOTAL ATRIBUTO 14b	3	3	0	0	0

5.

ANEXO 2: RESULTADO DE APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE VALORACIÓN DE LA RISS DE YARUQUÍ, EN TALLER DEL 6 DE JULIO DEL 2023

1. Ámbito Modelo Asistencial

ATRIBUTO 1		CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
		1	2	3	4
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.	1.1 Territorio definido y sectorizado	La red ha construido un mapa de población-territorio que refleja la distribución poblacional, los factores de riesgo, servicios de salud y otros servicios comunitarios.	El mapa de población-territorio define sectores (divisiones) basados en criterios demográficos, segmentos electorales, delimitación administrativa u otro mecanismos y asociada a la estructura de la Red de Servicios y áreas de influencia.	Cada sector tiene adscrito uno o varios equipos multidisciplinares de salud. Los Equipos están adscritos a establecimientos de Primer Nivel de Atención - PNA . Cada sector está asociado a un área de influencia de servicios de salud de atención especializada y hospitalaria.	La Red de Servicios posee un mapa digital con georreferenciación de los sectores, equipos de PNA, servicios de salud especializados y servicios comunitarios, mapa de riesgos etc., disponible para consulta y usado como elemento de gestión y control.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	1.2 Se han desarrollado e implantado sistemas de estratificación de la población, que aportan información útil para la toma de decisiones clínicas y de gestión	La red tiene un departamento de Estadísticas y Registros Médicos que procesa información estratificada de la población y usuarios de los servicios de salud.	Es posible desagregar la información por edad, sexo, grupos vulnerables o de riesgo, y factores medioambientales para cada sector, desagregación de información de salud a nivel de subpoblaciones. Pone a disposición de los actores herramientas de diagnóstico de situación de salud.	La red ha iniciado la integración de un sistema de información epidemiológica, clínica, socio-sanitaria y de gestión. Realiza análisis de situación de salud conjuntamente con otros grupos de interés.	El sistema de información de la Red de Servicios genera información para todas las necesidades en los procesos de toma de decisiones de gestión y planeación de los servicios; permite elaborar proyecciones sobre necesidades, demanda y oferta futura.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	1.3 Brecha Oferta/Demanda	La red ha realizado el análisis de brecha entre la oferta actual de servicios, las necesidades y demandas en salud de la población adscrita a la red.	Al menos el 30 % de los sectores definidos tiene asignado un equipo multidisciplinario de salud y están adscritos a establecimientos de PNA y servicios de atención especializada y hospitalaria.	Al menos el 50 % de los sectores definidos tiene asignado un equipo multidisciplinario de salud y están adscritos a establecimientos de PNA y servicios de atención especializada y hospitalaria.	Al menos el 75 % de los sectores definidos tiene asignado un equipo multidisciplinario de salud y están adscritos a establecimientos de PNA y servicios de atención especializada y hospitalaria.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
TOTAL ATRIBUTO 1	3		0	0	0

ATRIBUTO 2		1	2	3	4
<p>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 de las personas y los servicios de salud pública</p>	2.1 Descripción de la red	La red tiene una descripción de las instalaciones que conforman la red de servicios de Primer Nivel de Atención, atención especializada, salud pública y servicios hospitalarios.	La red tiene una descripción detallada y actualizada de los recursos e instalaciones que conforman la red de servicios que incluye la distribución de los RRHH, las tecnologías médicas y la cartera de servicios de atención integral (que incluye promoción, prevención, atención, servicios paliativos y de rehabilitación), Salud Pública, atención especializada y servicios hospitalarios.	La red de servicios tiene herramientas virtuales (Website, APP) accesibles al público general y grupos de interés que permite acceder a la descripción actualizada de todos los componentes de la red y la descripción de la oferta de servicios.	La estructura de la Red de Servicios y su oferta en primer nivel de atención, atención especializada, salud pública y servicios hospitalarios es reconocida por todos los grupos de interés. Existen mecanismos para identificar fácilmente la estructura de la red de servicios de acuerdo a la necesidad en salud de los usuarios.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	2.2 Habilitación de establecimientos	La red tiene un diagnóstico de las condiciones mínimas-esenciales para la prestación de los servicios de todas sus instalaciones según las políticas nacionales o estándares usualmente aceptados. Existen mecanismos de verificación.	80 % de los establecimientos de la Red cumplen las normas de habilitación.	El 100 % de los establecimientos de la red cumple con la totalidad de las normas de habilitación vigentes en el país.	La Red de Servicios tiene una política de inversiones, planes de desarrollo y mecanismos de verificación que garantiza que todas las instalaciones de salud cumplan con el 100% de las normas de habilitación y Seguridad Hospitalaria.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	2.3 Distribución equitativa de los servicios de la red integrada	La red tiene un plan para garantizar la distribución equitativa de los recursos del primer nivel de atención para la promoción, prevención, detección precoz, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, con condiciones de acceso.	El plan de la red incluye la integración de servicios de Salud Pública y la coordinación de la acción intersectorial necesaria para atender las necesidades y los determinantes sociales de la salud del área adscrita.	El plan de la red considera mecanismos para garantizar la prestación de servicios especializados y hospitalarios en unidades propias o de otras redes para la atención de las necesidades de su población.	La Red de Servicios tiene un primer nivel de atención fortalecido capaz de atender las necesidades de salud de la población, prestar y vigilar la Salud Pública y que coordina la atención especializada de su población y participa de acciones intersectoriales con otras instituciones y estamentos de la comunidad.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	2.4 Se utilizan tecnologías que permiten la interacción entre pacientes y profesionales de forma no presencial	La red tiene un Plan de Acción para el desarrollo e implementación de tecnologías de comunicación para usuarios internos y externos.	La Red posee herramientas de comunicación (website, APP) de acceso al público en general y mediante identificación/registro a usuarios para información y consulta.	La Red ha implementado Centros de Llamada y tecnologías informáticas para la interacción con los Equipos de Salud, especialistas y servicios de apoyo. Incluye acceso a registros médicos y contenido de expediente clínico.	La Red de Servicios cuenta con programas de telemedicina y tecnologías de comunicación virtual para sus usuarios que permiten la interacción, orientación, asesoría y atención remota de acuerdo a las necesidades de los usuarios. Cobertura en el 100% de los equipos de salud, instituciones de PNA, atención especializada y hospitalaria.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
TOTAL ATRIBUTO 2	4	4	0	0	0

ATRIBUTO 3		1	2	3	4
3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca 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.	3.1 Cobertura	La Red tiene plan para garantizar el acceso y la cobertura del 100% de la población en el territorio de responsabilidad a servicios de primer nivel de atención y ha elaborado el diagnóstico de la brecha de cobertura. Actualmente la brecha es mayor al 30%.	La brecha de cobertura es menor del 25%. Existe un plan para la atención de la población por equipos de salud de PNA.	Más del 70% de la población en el territorio está adscrito a un equipo de salud del PNA. Los equipos tienen los recursos humanos y técnicos necesarios para la prestación eficiente de servicios según las necesidades y características de la población.	Más del 90% de la población en el territorio está adscrito a un equipo de salud del PNA multidisciplinario con los recursos humanos y técnicos para la prestación eficiente del servicio y mecanismos de referencia directa a la atención especializada.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	3.2 Un Primer Nivel de Atención fortalecido	La red cuenta con un primer nivel de atención con equipos de salud que actúan como la puerta de entrada a los servicios de salud. Además brinda atención en horarios extendidos.	El PNA cuenta con equipos multidisciplinarios con capacidad resolutive para las necesidades y demandas de salud a lo largo del tiempo y durante el curso de la vida.	El PNA brinda servicios especializados de Salud Familiar, Pediatría, Ginecología-Obstetricia, Salud Mental, Odontología entre otros.	El PNA es el punto de coordinación del continuo de servicios, del flujo de información, de la integración operativa de los programas prioritarios y además es capaz de proveer servicios en hogares, escuelas, centros de trabajo y la comunidad en general.
	Condición				
	CALIFICAR		2		
	3.3 Coordinación y continuidad del cuidado	La red tiene un protocolo de Referencia y Contrarreferencia. Este protocolo ha sido diseminado y discutido a todos los niveles, en todos los establecimientos.	Los protocolos de atención y las guías clínicas especifican cuándo, cómo y a dónde deben ser referidos los usuarios de acuerdo a su condición, patología o necesidad.	El PNA actúa coordinando la atención de las personas en los otros niveles de atención y vela por la continuidad del cuidado de las personas a su cargo.	La Red de Servicios gestiona la coordinación de la atención y continuidad del cuidado (planeación, control y evaluación de resultados) con un PNA protagonista. Evidencia de resultados positivos sostenibles con alto grado de satisfacción del usuario.
	Condición				
	CALIFICAR			3	
TOTAL ATRIBUTO 3	6	1	2	3	0

ATRIBUTO 4		1	2	3	4
4. Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios	4.1 Cobertura	La Red tiene un diagnóstico actualizado anualmente de las necesidades de atención especializada de la población en el territorio.	La cartera de servicios especializados es diseñada y desarrollada con base a la identificación de las necesidades en el diagnóstico.	La Red ha disminuido progresivamente el número de hospitalizaciones innecesarias prevenibles por una buena atención de primer nivel.	La Red de Servicios tiene la capacidad y los recursos humanos y técnicos para responder a 85% o más de las necesidades en materia de atención especializada. Evaluaciones sistemáticas de cobertura.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	4.2 Procesos de reingeniería de los hospitales y servicios especializados	La red tiene un plan para la reingeniería de sus hospitales que tiende a su conversión en hospitales para condiciones agudas, cuidados intensivos y cirugía mayor especializada.	Los hospitales avanzan en la adopción de esquemas y programas de cirugía ambulatoria y hospital de día.	La red posee una amplia red de servicios de apoyo social que incluye entre otros, hospicios y hogares de enfermería.	La Red organiza y soporta servicios de cuidados integrales en el hogar, centros ambulatorios de diagnóstico, tratamiento y consultas especializadas. Cobertura de más del 85% de las necesidades de servicios.
	Condición				
	CALIFICAR		2		
	4.3 Referencia / Contrareferencia	El protocolo de referencia y contrareferencia indica los procedimientos para la referencia de usuarios a establecimientos fuera de la red en casos donde su necesidad no pueda ser resuelta.	Los especialistas y otros actores participan en la definición de los Protocolos/Normas de Atención y Guías clínicas y se especifican los mecanismos de referencia en la red de servicios.	La Red de Servicios tiene mecanismos de referencia con establecimientos fuera de su red para la atención especializada no ofertada de usuarios bajo su responsabilidad.	Más del 90 % de los usuarios referidos a la Atención Especializada retornan a sus Equipos de PNA con información y recomendaciones claras. Se definen planes de manejo integrales con responsabilidades de manejo y condiciones específicas de control y referencia.
	Condición				
	CALIFICAR		2		
	4.4 Brecha Oferta / Demanda	El análisis de la brecha de cobertura de servicios especializados es utilizado para la elaboración de planes de acción.	La red ha iniciado la redistribución de los recursos de atención especializada para proveer cuidados apropiados en el lugar apropiado y preferentemente fuera de los hospitales.	La red atiende la gran mayoría de las necesidades de atención especializada, las condiciones clínicas de mayor demanda y peso en su perfil epidemiológico. Oferta modelos de atención descentralizados.	La Red cuenta con los servicios especializados que demanda su población o ha establecido mecanismos para suplir los déficits. Tiene la capacidad de adaptarse de acuerdo a las necesidades y demanda de servicios. Evaluaciones sistemáticas con tendencias positivas.
	Condición				
	CALIFICAR		1		
TOTAL ATRIBUTO 4	6	2	4	0	0

ATRIBUTO 5		1	2	3	4
5. Mecanismos de coordinación asistencial	5.1.1 Normalización de Procesos de trabajo	Existe en la Red algún proceso de trabajo normalizado (protocolo, guías de práctica clínica, normas)	Más del 50% de los procesos clave están normalizados. Modelos de procesos de trabajo integrales que consideran el continuo de la atención en toda la red de servicios.	El 75% de los procesos clave está normalizado y se desarrollan mecanismos de evaluación de cumplimiento.	La Red de Servicios cuenta con un programa sistemático de desarrollo y evaluación de protocolos, guías de práctica clínica, manuales y normas basado en las necesidades en salud de la población y la capacidad de respuesta.
	Condición				
	CALIFICAR			3	
	5.1.2 Normalización de Resultados	Existe en la red procesos de normalización de la atención (procesos, protocolos, guías, etc.) y medición de indicadores vitales como mortalidad, oportunidad de la atención y producción de servicios, entre otros.	Existe en la red mecanismos de evaluación de los procesos de atención mediante indicadores clave. Se evalúa los resultados en cobertura, acceso, oportunidad, equidad y calidad de los servicios.	Los resultados de los procesos clave asistenciales y financieros forman parte del Contrato de Gestión de la red de servicios y se miden sistemáticamente.	La Red de Servicios cuenta con modelos sistemáticos de normalización de la atención y evaluación de resultados como parte integral de la planeación, la gestión, los mecanismos de contratación y la rendición social de cuentas.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	5.1.3 Se realiza la conciliación farmacológica en las transiciones entre ámbitos asistenciales.	Existe en la red una guía farmacológica común construida por expertos propios y basada en sus necesidades y recursos en salud.	Existe una Comisión de Farmacia única para toda la red de servicios que entre otras funciones construye las guías farmacológicas y listados de medicamentos.	Se evalúa periódicamente el cumplimiento de las guías farmacológicas de la red en todos los establecimientos de la red.	La Red de Servicios cuenta con una gestión integral de medicamentos coordinada por una comisión de farmacia y que soporta los procesos, la evaluación de resultados y la conciliación farmacológica.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	5.2.1 Comunicación formal (Plan Comunicación)	Existe un proceso de elaboración conjunta de un plan de comunicación de la red de servicios.	La red de servicios ha implementado un Plan de Comunicación y se ha capacitado por los menos al 50% de los actores de la red.	El Plan de Comunicación común se ha implementado en toda la red y todos los actores han sido capacitados y conoce el plan y sus respectivas atribuciones. Desarrollo de tele-salud.	La Red de Servicios ha desarrollado e implementado un plan de comunicación formal que ha sido desplegado en todos los niveles de la red y es evaluado sistemáticamente en sus necesidades y resultados.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	5.2.2 Comunicación informal (TF, correo-e, web)	El principal medio de comunicación de la red es la vía telefónica; este medio soporta los procesos de referencia y contrareferencia y la transferencia de información y resultados.	La red de servicios cuenta con vías telefónicas, telefonía celular y acceso a internet como mecanismos de regulación de pacientes y comunicación de información. Cobertura mayor del 50%.	La red de servicios de cuenta con mecanismos de comunicación propios en intranet, unificados, que permite la regulación de los pacientes y la comunicación de información. Cobertura mayor del 90%.	La Red de Servicios ha desarrollado e implementado un modelo de comunicación informal basado en telefonía y uso de intranet que permite la gestión integral de los pacientes y la comunicación de resultados. Los resultados del modelo y necesidades son evaluados sistemáticamente.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	5.2.3 Dispositivos de enlace (Grupos de trabajo, puestos de enlace, comités, directivo integrador, etc.)	Existen grupos de trabajo comunes a toda la red que contemplan procesos vitales como: 1. Análisis de Referencia / contrareferencia; 2. Análisis de procesos clave; 3. Política Antibiótica, etc.	Además de los grupos de trabajo, existen Comisiones Clínicas o Asesoras comunes a toda la red de servicios, al menos: Farmacia; Infecciones; Bioética; Mortalidad; Docencia; Investigación.	Existen grupos de trabajo y comisiones que informan periódicamente a la dirección de la red de servicios. Existen directivos con función integradora a nivel de atención especializada y primer nivel de atención (gestión de casos).	La Red de Servicios ha desarrollado mecanismos de enlace sustentados en grupos de gestión clínica y comisiones técnicas responsables de auditar, evaluar y gestionar los procesos vitales de la red. Estos mecanismos son evaluados sistemáticamente por la dirección de la Red.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	5.2.4 Sistema de información vertical	Existe un sistema de información de resultados asistenciales de procesos clave.	Existen cuadros de mandos gerenciales (asistencial, económico, financiero, calidad) para la gestión institucional.	Existen cuadros de mandos gerenciales (asistencial, económico, financiero, calidad) para la gestión institucional y de la red de servicios, cuenta con espacios de socialización de resultados.	La Red de Servicios ha desarrollado un modelo de medición del desempeño y evaluación de resultados asistenciales, operativos y financieros. El modelo considera ejercicios sistemáticos de rendición de cuentas.
	Condición				
CALIFICAR	1				
TOTAL ATRIBUTO 5	9	6	0	3	0

ATRIBUTO 6		1	2	3	4
6. Tipo de cuidado centrado en la persona, la familia y la comunidad	6.1 Modelo de atención centrado en las personas, familias y comunidades	La red cuenta con un documento que explica el modelo de atención centrado en las personas, familias y comunidades	La red ha desarrollado un modelo de atención con una clara base de derechos, con enfoque intercultural y de género	El modelo ha sido ampliamente discutido con los trabajadores de la salud y grupos de interés; se han realizado capacitaciones para cambios de conducta en todos los niveles	La Red de Servicios ha desarrollado e implementado completamente el modelo de atención en salud. El modelo es evaluado sistemáticamente en su implementación y resultados que son difundidos a los grupos de interés.
	Condición				
	CALIFICAR		2		
	6.2 Cuidado centrado en las persona, familias y comunidades	En la red de servicios cada persona y familia puede identificar un profesional en salud o un equipo de salud como referente de su cuidado.	La red ha desarrollado mecanismos de integración de la historia clínica individual y la historia familiar de forma tal que permita abordar integralmente los problemas del individuo y de la familia.	En la red de servicios las personas y familias identifican sus responsables de cuidado, cuentan con registros en salud integrados y existen mecanismos de participación social para el abordaje y solución de problemas.	La Red de Servicios ha desarrollado mecanismos de integración del cuidado de las personas y la familia con sus equipos multidisciplinarios, con sistemas de registros de salud integrados y espacios sistemáticos de participación social, evaluación de las necesidades y educación en salud.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	6.3. Empoderamiento de las personas y familias	La red ha diseñado mecanismos de información para el usuario, comprensible y de su interés sobre su problema de salud y las alternativas de cuidados.	La red cuenta con mecanismos de participación del usuario en la definición de problemas, en el plan de acción para negociar prioridades y objetivos y en la evaluación de su progreso.	La red cuenta con programas de Educación para la Salud debidamente planificados y conocidos por la población centrados en la participación activa del cuidado y tratamiento.	La Red de Servicios de Salud ha desarrollado e implementado modelos y mecanismos sistemáticos de participación de las personas y familias en la toma de decisiones sobre su salud, el autocuidado, la gestión de los cuidados de las enfermedades. Los resultados son evaluados como parte integral de la aceptación y satisfacción.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	TOTAL ATRIBUTO 6	2		2	0

2. Ámbito Gobernanza y estrategias

ATRIBUTO 7		1	2	3	4
7. Un sistema de gobernanza único para toda la red.	7.1 Está conformado y funciona el órgano de gobernanza de la red integrada de servicios de salud	La red posee un órgano de gobernanza constituido por representantes de la comunidad y de las unidades operativas.	El órgano de gobernanza ha establecido los fines, visión, misión y objetivos estratégicos de la red.	El órgano de gobernanza dentro de sus funciones supervisa la estructura de gestión de la red; asegura el desempeño óptimo de la red; normaliza las funciones clínicas y administrativas; asegura la financiación adecuada, etc.	La Red de Servicios cuenta con un órgano de gobernanza que garantiza la gestión integral: planeación, financiamiento, operación, control, evaluación de resultados y rendición de cuentas. Su funcionamiento es sistemático y permanente dentro de la Red.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
TOTAL ATRIBUTO 7	1	1	0	0	0
ATRIBUTO 8		1	2	3	4
8. Participación social amplia	8.1 La red promueve y asegura una amplia participación social.	La red ha definido algunos mecanismos para que las organizaciones y agentes comunitarios, entidades locales y ciudadanía participen junto a las instituciones sanitarias en el desarrollo de acciones de salud.	Existen mecanismos normados de planificación de las acciones de salud con plena participación de la comunidad y las organizaciones de usuarios.	Los equipos de salud promueven la participación de la comunidad en campañas y movilizaciones en pro de la salud y la solución de problemas generados por las determinantes sociales.	La Red de Servicios ha desarrollado e implementado 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 y evaluación de los resultados.
	Condición		No es plena participación		
	CALIFICAR	1			
TOTAL ATRIBUTO 8	1	1	0	0	0
ATRIBUTO 9		1	2	3	4
9. Atención intersectorial y abordaje de los determinantes de salud y la equidad en salud.	9.1 Colaboración intersectorial y abordaje de las determinantes sociales de la salud	La red ha establecido circuitos de conexión a programas y recursos comunitarios para responder a las necesidades de salud de la población.	Existen mecanismos normados de planificación de las acciones de salud con plena colaboración intersectorial.	La red de servicios promueve y coordina la participación de las instancias intersectoriales y otros actores sociales en acciones en pro de la salud y de abordaje de las determinantes de salud.	La Red de Servicios ha desarrollado e implementado espacios y mecanismos sistemáticos para que las instancias intersectoriales y los actores sociales participen activamente de los mecanismos de monitoreo y evaluación de los servicios de salud y de la planeación de las acciones intersectoriales sobre Determinantes sociales de la salud.
	Condición		no es plena colaboración		
	CALIFICAR	1			
TOTAL ATRIBUTO 9	1	1	0	0	0
TOTAL AMBITO 2	3				

3. Ámbito Organización y Gestión

ATRIBUTO 10		1	2	3	4
10. Gestión integrada	10.1 Existe una gestión administrativa para toda la red	La red tiene un plan de desarrollo para la transformación, concertación e integración de la gestión administrativa que toma en cuenta el tamaño de la red (población cubierta, área geográfica, recursos humanos) y su nivel de complejidad (tipo de establecimientos, existencia de centros de referencia regionales o nacionales, existencia de funciones docentes o de investigación).	Existe un aparato de gestión administrativa único (concertado, integrado) para toda la red que integra y centraliza los procesos de los sistemas de apoyo (transporte sanitario, mantenimiento, lavandería, jardinería, seguridad, alimentación)	La red ha integrado (concertado, integrado) la gestión del apoyo clínico y la gestión de medicamentos de manera eficiente.	Existe Gestión administrativa única a todos los niveles de la Red de Servicios de Salud con responsabilidad directa en los soportes logísticos asistenciales y administrativos, incluyendo la gestión de suministros y medicamentos. Con espacios sistemáticos para la evaluación de necesidades, control de los recursos y evaluación de resultados.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	10.2 Existe una gestión de apoyo clínico para toda la red	Están establecidos centros de referencia diagnósticos y existe una central de regulación de citas médicas y procedimientos médicos.	Existen centros de gestión integral de la atención para los servicios de apoyo clínico que cuenta con gestión centralizada de los registros médicos (historia clínica y resultados) que toma en cuenta la sectorización geográfica y necesidades de los usuarios.	La red ha establecido protocolos para el funcionamiento integrado de los servicios de apoyo diagnóstico para todos los establecimientos de la red de servicios. Son gestionados por centros integrales de atención.	La Red de Servicios de Salud garantiza la atención integral y continua mediante centros de gestión de apoyo clínico. Los sistemas de información y registros clínicos permiten la comunicación de necesidades y resultados tanto para profesionales en salud como para los usuarios.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
	10.3 Se aplica una gestión basada en resultados en toda la red	Existe un sistema de evaluación de los equipos de salud basado en los resultados obtenidos y de acuerdo al plan de trabajo del sector.	Están definidos claramente los resultados esperados en la RISS (asistenciales, calidad, económicos) en relación al análisis de necesidades y expectativas de la población de responsabilidad	Existe un contrato/acuerdo de Gestión entre el órgano de gobernanza de la red y la autoridad regional o nacional que abarca todas las actividades y servicios de la RISS para un periodo predeterminado.	Se evalúa el cumplimiento de los contratos de gestión por la Dirección de la RISS y el órgano de gobernanza y se premia el buen desempeño de los centros, equipos y personas.
	Condición				
	CALIFICAR		2		
	10.4 Existe un sistema de evaluación del desempeño único para toda la red	Existen sistemas de evaluación de resultados en algunos ámbitos asistenciales y de gestión.	Existe un sistema de evaluación del desempeño de los equipos de salud y los establecimientos basado en el logro de los acuerdos de gestión y parámetros de excelencia clínica.	Existe un sistema único de evaluación del desempeño implantado para toda la red de servicios que considera la medición de resultados en el cumplimiento de objetivos. Evalúa los niveles de la red.	La red de Servicios cuenta con un modelo de evaluación de desempeño basado en los objetivos de la red que considera parámetros de acceso, cobertura, aceptabilidad, calidad, continuidad, eficiencia y eficacia. Con la capacidad de análisis por niveles y establecimientos. El modelo considera espacios sistemáticos para el análisis de los resultados y planes de intervención para corregir desviaciones.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
TOTAL ATRIBUTO 10	5	3	2	0	0

ATRIBUTO 11		1	2	3	4
11. Recursos humanos suficientes y competentes	11.1 Recursos humanos suficientes y competentes	La red ha realizado un análisis de la brecha de Recurso humano y ha definido un plan de acción.	La red de servicios cuenta con procedimientos para el análisis de suficiencia del recurso humano y ha establecido procesos para la selección y contratación de personal.	La red de servicios tiene planes y programas de formación y capacitación permanente para todo el personal, incluyendo el órgano de gobernanza.	La Red de Servicios cuenta con mecanismos sistemáticos para la evaluación de suficiencia del recurso humano, la valoración de necesidades en formación y capacitación permanente. Espacios sistemáticos de evaluación de resultados. Es evidente la suficiencia y competencia de su recurso humano en toda la Red.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
TOTAL ATRIBUTO 11	1	1	0	0	0
ATRIBUTO 12		1	2	3	4
12. Sistema de Información	12.1 Sistema de Información	La red tiene un plan de acción para la puesta en marcha de un sistema de información integral que integre los subsistemas financieros, clínicos, de apoyo, de recursos humanos, de medicamentos e insumos, etc.	Existe un solo sistema de información para toda la red y se 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.	La red tiene un único sistema de información que se basa en una historia clínica electrónica interoperable entre todos los ámbitos asistenciales y que garantiza la identificación inequívoca de los usuarios. El sistema ha integrado el acceso de los usuarios a su prontuario individual y familiar	La Red de Servicios cuenta con un sistema único de información con subsistemas clínicos, financieros, gestión del integral del paciente, gestión del recurso humano, gestión de medicamentos y suministros. La cobertura del sistema es del 100% de la Red.
	Condición				
	CALIFICAR	1			
TOTAL ATRIBUTO 12	1	1	0	0	0
ATRIBUTO 13		1	2	3	4
13. Gestión Basada en Resultados	13.1 Gestión Basada en Resultados	Los establecimientos han iniciado procesos de planificación estratégica en conjunto para abordar las necesidades de la red.	Existe un plan anual de salud con objetivos medibles en los ámbitos relevantes de atención y plasmados en un Contrato de Gestión para toda la red	Se incentiva y evalúa el cumplimiento de objetivos compartidos entre ámbitos y niveles de atención para la atención de determinados problemas de salud (por ejemplo las enfermedades crónicas)	La Red de Servicios ha establecido un modelo de gestión basado en resultados, con mecanismos para el monitoreo, evaluación y rendición social de cuentas. Los objetivos de atención son consensuados y hacen parte del contrato de gestión de la Red y sus instituciones. Considera un plan de incentivos basado en resultados. Se evidencia tendencias positivas en los resultados.
	Condición				
	CALIFICAR		2		
TOTAL ATRIBUTO 13	2	0	2	0	0
TOTAL AMBITO 3	9				

6. **Ámbito Asignación de Recursos e Incentivos.**

	CRITERIOS DE EVALUACIÓN			
	1	2	3	4
14a.1. Forma de asignación (Histórico-pasiva / Estratégica (Capitación/Riesgo/mixta/))	Histórica pasiva	Combinada con una visión de progresividad hacia asignación estratégica con enfoque de redes	Combinada con mayor peso de la asignación estratégica que la histórico pasiva con visión de redes integradas	Asignación estratégica alineada con alcance de metas sanitarias y de equidad en las redes integradas de servicios de salud
Condición				
CALIFICAR	1			
14a.2 Forma de negociación del financiamiento (Impositivo/Negociado/Negociado en base a costos de producción)	Sin negociación	Negociada	Negociada en base a costos de producción	Negociada en base a costos de producción y referenciales normativos
Condición				
CALIFICAR	1			
14a.3 Análisis de la brecha de recursos	Sin análisis de brecha para mantener la cartera de servicios	Análisis de brecha para mantener la cartera de servicios	Análisis de brecha para adaptar la cartera de servicios a las necesidades de la población del territorio	Análisis de brecha para adaptar la cartera de servicios a las necesidades de la población del territorio con estrategia activa para negociar y obtener los recursos necesarios
Condición				
CALIFICAR	1			
3	3	0	0	0
	1	2	3	4
14b.1 Definición de incentivos (implícitos-pasivos / explícitos-estratégicos)	Incentivos implícitos-pasivos	Incentivos explícitos	Incentivos explícitos estratégicamente alineados con alcance de metas	Incentivos explícitos estratégicamente alineados con alcance de metas con plan de revisión periódico
Condición				
CALIFICAR	1			
14b.2 Alineación estratégica de incentivos con una especificación para red, para prestadores colectivos y para prestadores individuales	Incentivos alineados con metas para la red	Incentivos alineados con metas para la red y los prestadores colectivos	Incentivos alineados con metas para la red y los prestadores colectivos e individuales	Incentivos alineados con metas para la red y los prestadores colectivos e individuales con plan de revisión periódico
Condición				
CALIFICAR	1			
2	2	0	0	0
5				

Anexo 4

Presentación Compromisos de Gestión e Indicadores para la Rectoría en RISS

Instrumentos de Control de Gestión e Indicadores



Dra. Angélica Verdugo Sobral
Consultora

Gestión orientada a resultados

- Las RISS, según OPS, debieran tener un enfoque de gestión orientada a resultados, asegurando que los procesos asistenciales de salud individual y salud pública, y los procesos de gestión, contribuyan a lograr que las personas, familias y comunidad del ámbito de la RISS se mantengan saludables.
- En las RISS, la gestión orientada a resultados se debe enmarcar en un proceso de planeación estratégica local, que tribute al Plan Decenal de Salud, definido por el MSP.



Gestión orientada a resultados en las RISS

La RISS aplica la gestión orientada a resultados, a través del siguiente ciclo:

- Definir, en función de los objetivos de la RISS, el **mapa de resultados expresados en prestaciones de salud relacionadas a las actividades integradas** en el nivel asistencial.
- **Reasignar los recursos** presupuestarios para alcanzar los resultados esperados en la RISS.
- Optimizar y **estandarizar los procesos asistenciales** de salud individual y de salud pública y **los procesos de gestión** (procesos estratégicos y procesos de soporte), con el fin de alcanzar los resultados esperados en la RISS.
- **Adecuar la estructura organizacional en la RISS** en base a procesos de producción o "cadena de valor".
- **Establecer indicadores de desempeño** que permitan el monitoreo y evaluación de los resultados esperados en la RISS, cuya información permita la mejora continua de procesos asistenciales y los procesos de gestión.

Gestión orientada a resultados en las RISS

- Los **procedimientos de rendición de cuentas** sobre el desempeño de la RISS deben estar estandarizados. El **Directivo superior de la RISS rinde cuentas al MSP**, sobre los resultados sanitarios, en base al Plan; y sobre el uso de los RHS y recursos tecnológicos en salud utilizados para la prestación de servicios de salud.
 - La **evaluación del desempeño de la RISS se realiza a través de un instrumento de evaluación de desempeño de la RISS**, haciendo uso de indicadores sobre **atención en salud, organización y gestión, financiamiento y gobernanza**, que miden el grado de eficacia y eficiencia con el que la RISS cumple sus objetivos. La medición debiera ser **semestral o anual**.
- Se propone establecer **reuniones macro regionales de evaluación de desempeño** de las RISS organizada por el MSP, con la participación de los Directores de establecimientos, Direcciones distritales, Zonales y el Directivo superior o Jefe de cada RISS.
- La evaluación del grado de integración de la RISS se realiza en forma inicial durante la estructuración de la RISS como Línea de Base y luego la medición puede ser cada 2 años, a través de la herramienta de medición del grado de integración de la RISS.

Gestión Basada en Resultados

ATRIBUTO 13		1	2	3	4
13. Gestión Basada en Resultados	13.1 Gestión Basada en Resultados	Los establecimientos han iniciado procesos de planificación estratégica en conjunto para abordar las necesidades de la red.	Existe un plan anual de salud con objetivos medibles en los ámbitos relevantes de atención y plasmados en un Contrato de Gestión para toda la red	Se incentiva y evalúa el cumplimiento de objetivos compartidos entre ámbitos y niveles de atención para la atención de determinados problemas de salud (por ejemplo las enfermedades crónicas)	Existe un mecanismo establecido para el monitoreo y la evaluación de los resultados en salud, y estos resultados son diseminados o publicados
	CALIFICAR				
TOTAL ATRIBUTO 13	0	0	0	0	0

Compromisos o Contratos de Gestión

- Los **Compromisos de Gestión son una herramienta de control de gestión** que permiten evaluar el desempeño de los servicios de Salud y su red de establecimientos en los distintos ámbitos de la RISS priorizados por el MSP y sus Viceministerios. servicios de Salud, modificando anualmente algunos indicadores, y generando una cultura de evaluación y control desde la autoridad sanitaria nacional.
- Los Compromisos de Gestión en el Marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud, pueden responder, según la experiencia, a un modelo de continuidad en lo que respecta a las metodologías de evaluación del desempeño y control de gestión de los servicios de Salud. Los C de G permiten reafirmar el compromiso del país con el desarrollo del MAIS en la atención primaria y el acceso universal a la salud, reconociendo a la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud como la mejor alternativa para vencer la fragmentación en la entrega de prestaciones de salud en nuestras redes de Servicios de Salud.

Algunas premisas básicas para construir Indicadores

- La Información debe existir, estar disponible de manera simple y al alcance de los equipos de salud.
- Idealmente, debe existir una línea de base desde donde plantearse la mejora; de no existir, el indicador debe plantear construir la línea de base.
- Debe elaborarse una orientación técnica para los equipos de salud, que facilite la comprensión de lo que se quiere medir y por qué y para qué medir.
- Los indicadores pueden variar en el tiempo según las prioridades del MSP.



Ejemplo Propuesta de Indicadores: Modelo Asistencial

1. Establecer Mapa de Derivación actualizado en la red, con participación de los distintos niveles y con referencia a Macroredes, en los 4 programas priorizados por MSP.

1.1. % establecimientos con Difusión del Mapa de derivación de la Red actualizado.

2. Trazabilidad* en la Red Asistencial de Problemas de Salud Evitables Priorizados: Infarto agudo al miocardio (IAM), Cáncer cérvix, amputación pie diabético, neumonía <5 años, pre-eclampsia? Intento suicida en jóvenes. Otras.

2.1. Existencia de plan de cuidados para usuarios del PNA dados de alta hospitalaria por causa de NM, amputaciones por DM2, IAM, ACV, Ca cérvix, intento suicida.

3. Disminuir la proporción de derivación y no pertinencia de las interconsultas desde Nivel Primario a consulta de especialidad.

3.1. Medir y optimizar la derivación de APS a la Consulta médica de especialidad, manteniendo o alcanzando un % igual o menor al 10%

3.2. Disminuir las solicitudes no pertinentes de la Atención Primaria a la consulta médica de especialidad a cifras menores o iguales a 10%.

3.3. Proporción de interconsultas emitidas por el establecimiento, calificadas con alta prioridad y evaluadas antes de 10 días en el nivel secundario.

*Trazabilidad: Procedimiento que permite conocer el conjunto de acciones de salud, recibidas por un usuario, durante su tránsito en la Red asistencial, lo cual permite conocer el registro histórico de la continuidad en la atención en salud.

Propuesta de Indicadores: Modelo Asistencial

4. Aumentar en X% la ambulatorización de las cirugías trazadoras (ej. Hernias umbilicales, inguinales, crurales, línea blanca, colecistectomías por video laparoscopia).

5. Incrementar el % de alta y/o contrarreferencia de pacientes desde nivel de especialidades a nivel primario, en especialidades trazadoras de mayor demanda.

6. Incrementar % de consultas de especialidades telemáticas con equipos de nivel primario, en especialidades trazadoras de mayor demanda.

7. 100% de los establecimientos de nivel primario y secundario con Programación médica y de otros profesionales, realizada según Orientación MSP.

8. 100% de los establecimientos de nivel primario y secundario utilizan mecanismos de coordinación de la red definidos por el Gestor de red: referencia y contrarreferencia, equipos de enlace, gestores de casos, consultorías, grupos de trabajo Interniveles, al menos en 4 programas priorizados (salud materna e infantil, cáncer de cérvix, salud mental, ECNT).

9. Existencia de un Plan de trabajo que establezca acciones de coordinación, mediante flujo de información periódica, de los egresos hospitalarios hacia los establecimientos de atención primaria.

Propuesta de Indicadores: Modelo Asistencial

- % de incremento de Cobertura de vacunación XX en población objetivo XX definida para el año en curso.
- % de Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo (antes 14 s).
- Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años bajo control de regulación de fertilidad.
- Cobertura de Hipertensión Arterial en personas de 15 años y más en NP
- Cobertura de Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 años y más en NP.
- % de evaluación anual del pie, en personas con DM2 bajo control de 15 y más años
- Proporción de niñas y niños menores de 6 años bajo control con estado nutricional normal.
- Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación al nivel secundario).
Meta > 90%.
- Porcentaje de personas de 25 a 64 años con tamizaje para la detección precoz del cáncer de cuello uterino (PAP o Test de VPH vigente).
- xx % de la población del establecimiento se encuentra sectorizada y cuenta con un equipo de cabecera.

UN SISTEMA DE GOBERNANZA ÚNICO PARA LA RED: PARTICIPACION SOCIAL AMPLIA

- 1. Porcentaje de cumplimiento de las acciones establecidas en el Plan de Trabajo que facilita el acceso de la población a una atención ciudadana oportuna, transparente, de calidad y con enfoque de derecho.
 - 1.1. Conformar Comités de Gestión Usuaría en cada establecimiento, con participación de usuarios, para diseñar estrategias de mejora que faciliten el acceso de la población a una atención ciudadana oportuna, transparente, de calidad y con enfoque de derecho.
 - 1.2. Disponer de Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias en establecimientos de la red.
 - 1.3. Aplicación de pauta de evaluación de calidad y oportunidad de las respuestas a solicitudes ciudadanas por parte de los establecimientos de la red.
- 2. Porcentaje de acciones implementadas para alcanzar el 100% de ejecución del plan de difusión de la política de comunicación* de la red para el periodo x.
- 3. Existencia de plan de participación social en salud que contenga elementos de evaluación y construido con la comunidad.

Política de Comunicación sobre los logros y avances de la red, la modalidad de gestión, la cartera de servicios y los procesos para acceder a la atención de salud con enfoque comunitario y pertinencia local para los miembros de la red asistencial y la comunidad.

UN SISTEMA DE GOBERNANZA ÚNICO PARA LA RED

4. Porcentaje de Directivos capacitados en Programa de habilidades directivas para el gobierno de la RISS.
5. Existencia y operación de Órgano de Gobernanza de la Red a nivel intermedio (zonal o distrital) que actúa como Gestor de la Red.
6. % de Redes asistenciales definidas que cuentan con Planificación Estratégica en Red, para definir sus objetivos estratégicos y la evaluación del cumplimiento.



Organización y Gestión

1. Porcentaje de cumplimiento de las acciones del plan de trabajo planteadas para **la red de unidades de apoyo prioritizadas** para el año x.
2. 100% de establecimientos de la red cuentan con **Cartera de prestaciones de las unidades de apoyo clínico: Imagenología y Laboratorio Clínico, actualizadas y difundidas en la red.**
3. 100% de establecimientos de la red cuentan con **abastecimiento de fármacos e insumos según programación.**
4. % de **fármacos trazadores disponibles** en nivel primario.
5. % de establecimientos de nivel primario funcionando **con extensión horaria** (de 8:00 a 20:00 horas de L a V y S 9:00 a 13:00 horas).
6. % de **funcionarios que se capacitan** mediante cápsulas de capacitación en programas prioritizados, de libre acceso, establecidas por el MSP.
7. Porcentaje de cumplimiento, de acciones de formación y capacitación en red, , en 4 programas prioritizados por MSP.
8. Existencia de plataforma informática que permita la coordinación del establecimiento con su red local y/o con la red del Servicio de Salud, con identificador único del paciente.

Asignación de Recursos e Incentivos



- 1.% de Cumplimiento de las instrucciones de gestión financiera impartidas desde el MSP, por parte de las redes de servicios de salud y establecimientos bajo su jurisdicción.
- 2. Nivel en Ranking de cumplimiento de los Compromisos de Gestión según redes asistenciales.
- 3. Definición de Incentivos a las redes con mayor cumplimiento.

PREGUNTAS O COMENTARIOS ?



angelica.verdugo@usach.cl

