

XXVI Escuela Internacional de Verano 2025

Del 6 al 17 de enero

Escuela
de Salud
Pública
DR. SALVADOR ALLENDE
UNIVERSIDAD DE CHILE



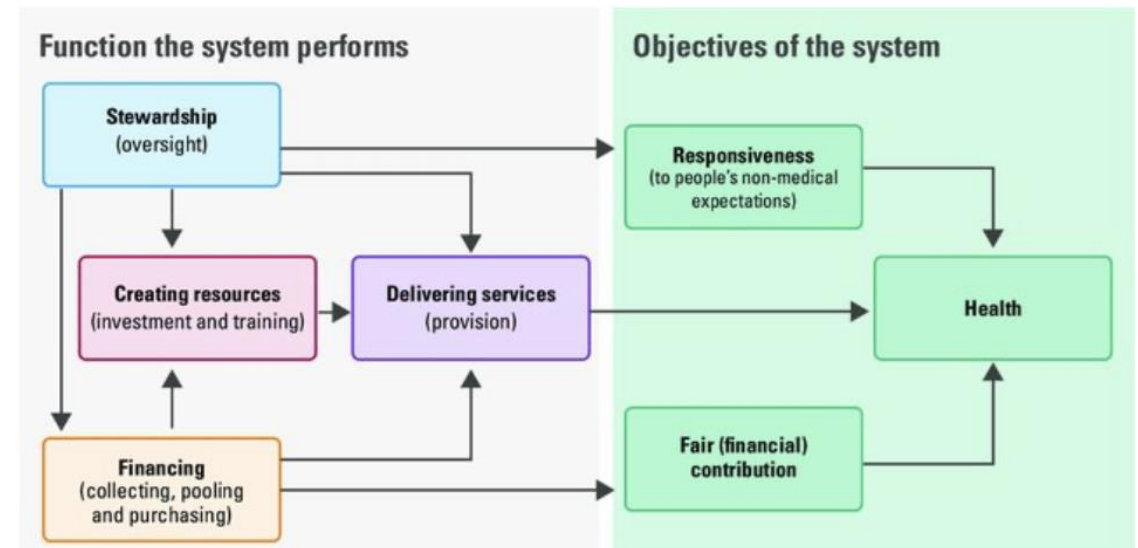
UNIVERSIDAD
DE CHILE

Conceptos esenciales de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) para la gestión

Dr. Cristóbal Cuadrado N.
Profesor Asociado, Escuela de Salud
Pública, Universidad de Chile

Sistemas de salud

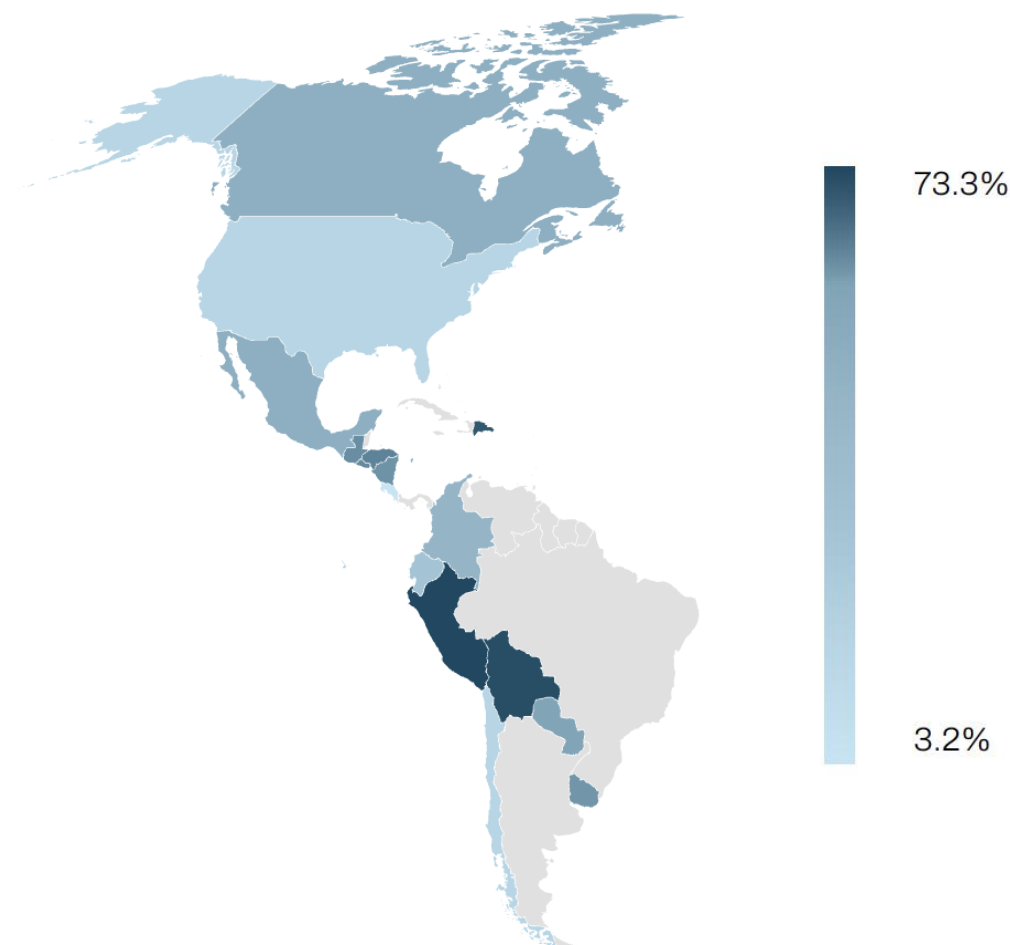
- Un sistema de salud está formado por todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuyo objetivo primario es promover, restaurar o mantener la salud.
- Sus funciones son **gobernanza, financiamiento, generación de recursos y provisión de servicios**, para el logro de sus objetivos: **Salud de la población, responder a las expectativas de las personas y proveer de protección financiera.**



Desafíos persistentes

- Estudios recientes de OPS destacan que un 35% de la población de la Región de las Américas aún enfrenta barreras críticas para acceder a servicios de salud integrados, afectando particularmente a grupos vulnerables como mujeres, niños y comunidades rurales.
- Existen además profundas inequidades entre países y al interior de los mismos.

Figure 2. Unmet healthcare needs by country, last year available



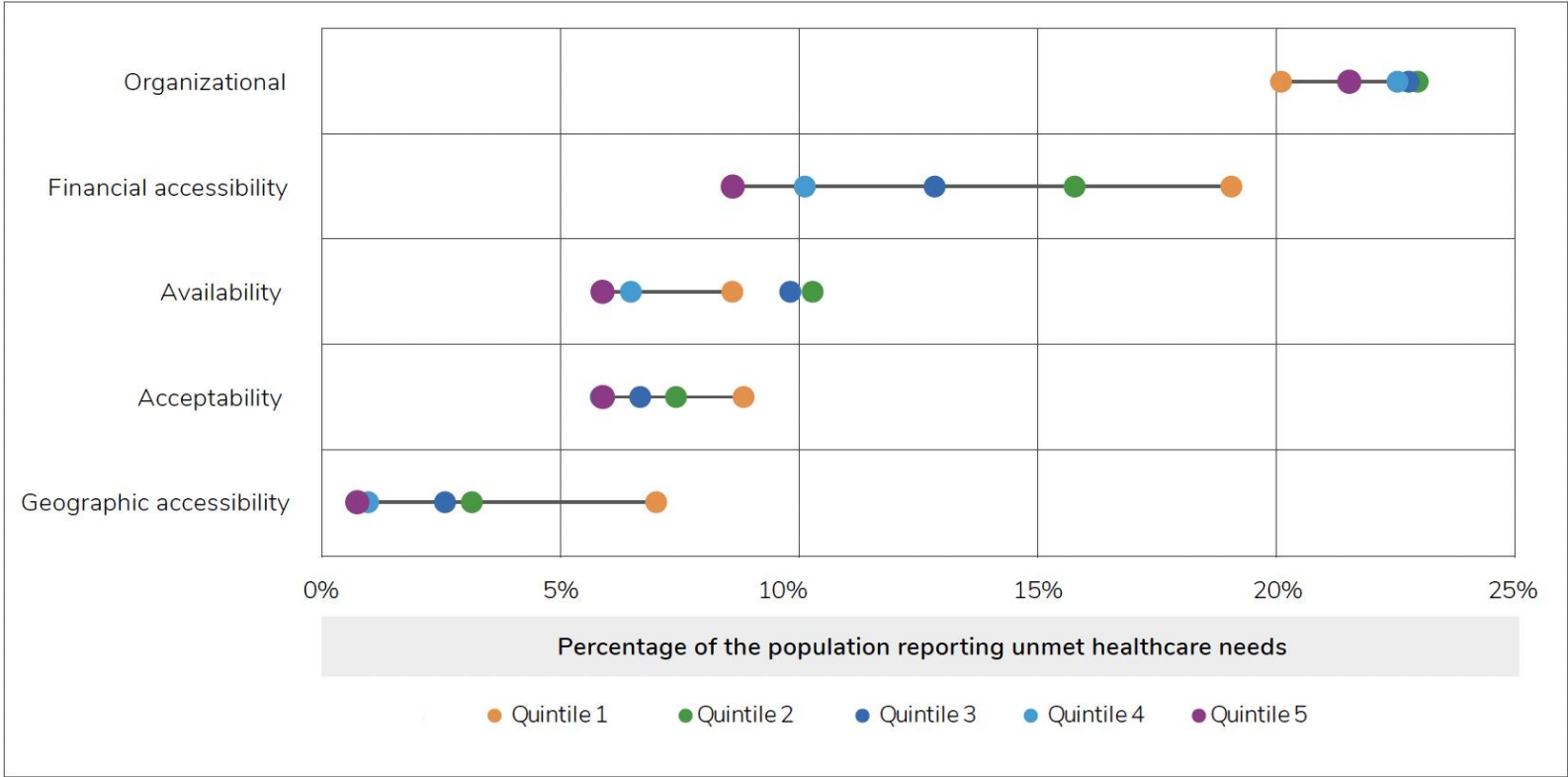
Note: Countries in gray had no data available.

Data source: Household surveys on living conditions and health.

Source: PAHO.

Desafíos persistentes

Figure 5. Inequalities in unmet healthcare needs by type of barriers to access

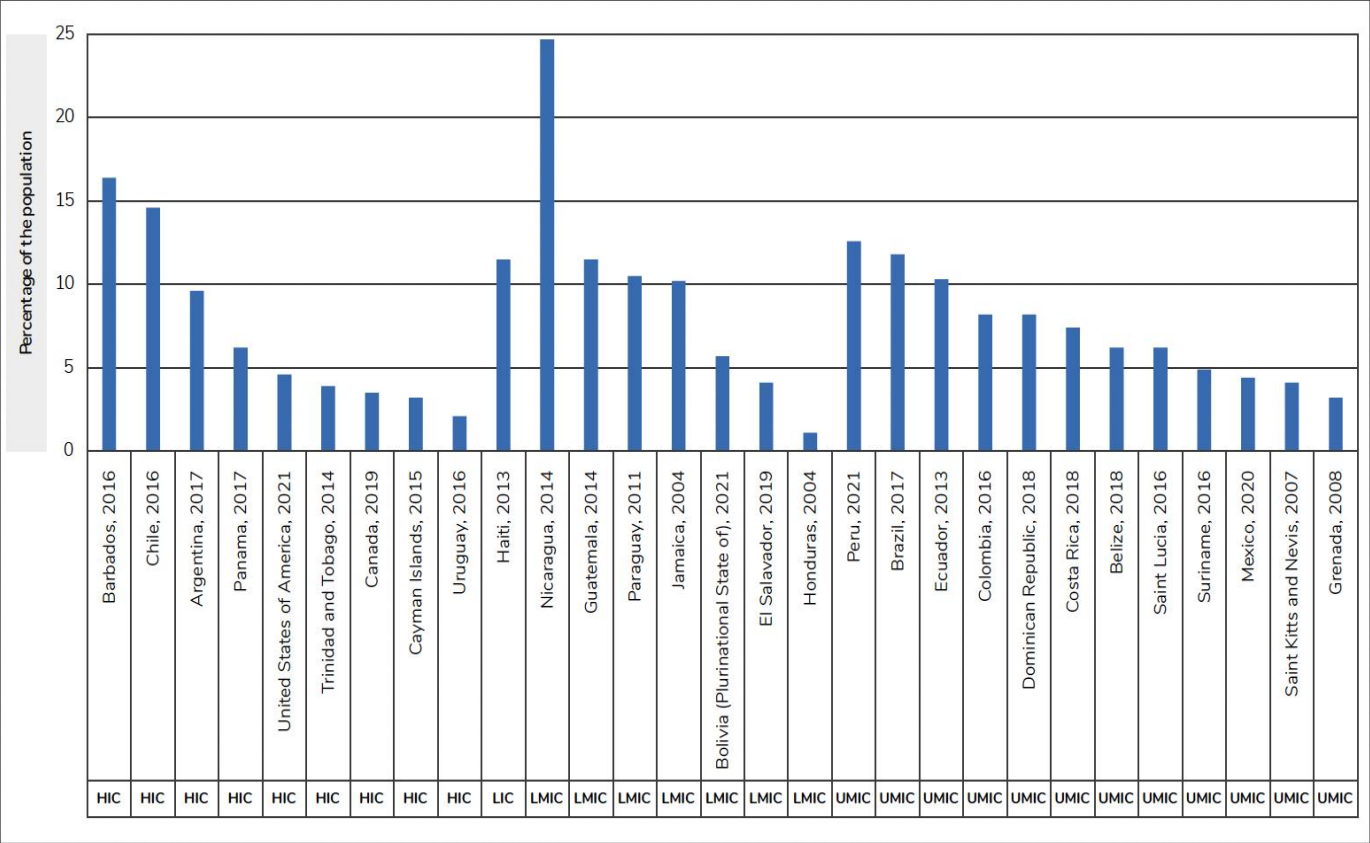


Data source: Compiled from household surveys on living and health conditions.
Source: PAHO.

Desafíos persistentes

- En 2019, los gastos catastróficos en materia de salud afectaron entre el 1,5% y el 7,8% de la población de las Américas, afectando a entre 15 y 79 millones de personas, según el umbral de ingresos utilizado.
- En 2020, el 4,4% de la población de México afrontó esos gastos, mientras que en 2021, las cifras variaron del 5,7% en Bolivia al 12,6% en Perú y el 4,6% en Estados Unidos. Estas cifras ponen de relieve la desigual carga financiera de la atención sanitaria en toda la región.
- **Chile (2016): 14%**

Figure 13. Incidence of catastrophic OOP health spending as tracked by SDG indicator 3.8.2 at the 10% threshold, most recent year, 2004 – 2021



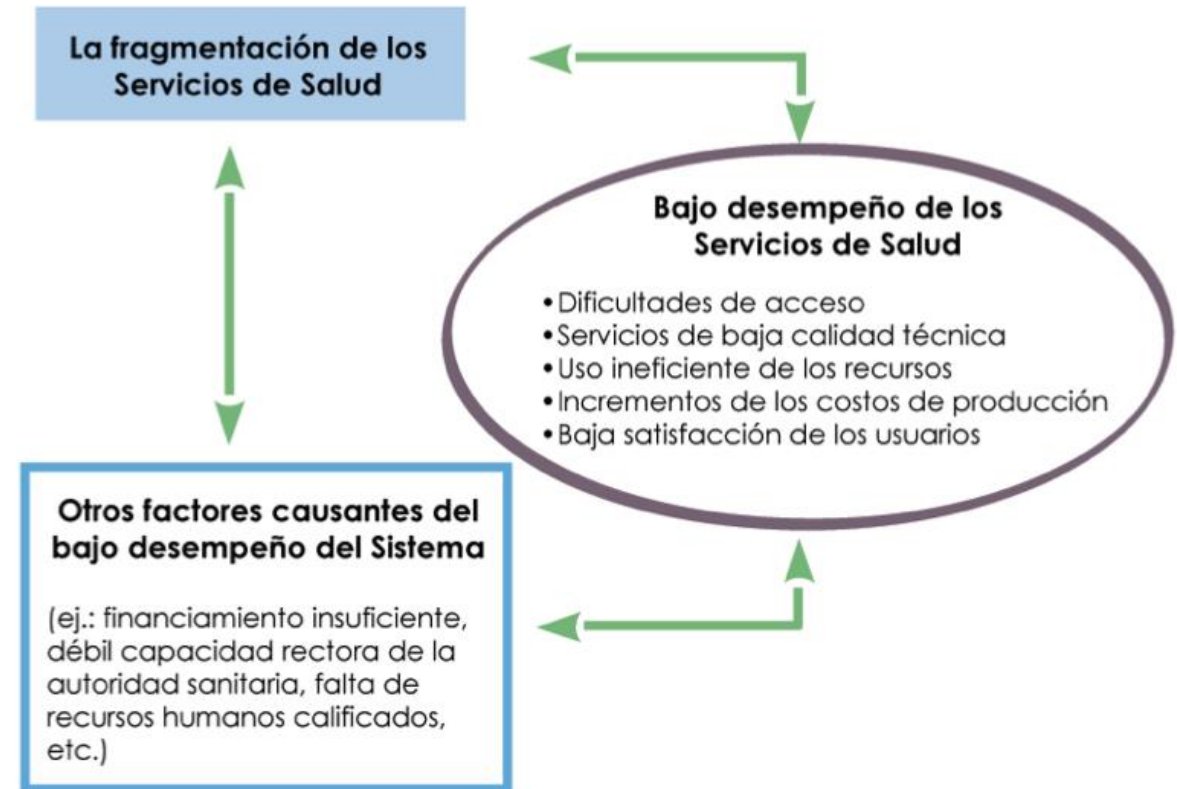
Notes: HIC, high-income country; LIC, low-income country; LMIC, lower-middle-income country; UMIC, upper-middle-income country.

Data source: WHO, based on data from the global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2023 update.

Source: PAHO.

Desafíos persistentes

- Los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de segmentación y fragmentación
- La fragmentación es una causa importante del bajo nivel de desempeño de los servicios y sistemas de salud.
- La fragmentación puede generar por sí misma, o con otros factores, dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, aumento innecesario de los costos de producción y poca satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos



“En un momento en el que el dinero escasea, mi consejo para los países es el siguiente: antes de buscar de dónde recortar el gasto de la asistencia sanitaria, hay que buscar **opciones que mejoren la eficiencia.**”.

**20% - 40% de los gastos sanitarios totales
pueden estar asociados a ineficiencia**

**50% - 65% del gasto público sanitario es
absorbido por la atención hospitalaria**

Informe sobre la salud en el
mundo. WHO. Año 2010.

Siendo los dos tipos de gastos más importantes, a menudo excesivos, el ingreso hospitalario y la duración de la hospitalización.



Concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.

- La **fragmentación** en los sistemas de salud representa un desafío persistente que resulta en duplicidad de esfuerzos, desperdicio de recursos, tiempos de espera prolongados y acceso desigual a servicios de calidad.
- Las RISS emergen como una solución estructuralmente eficiente para enfrentar estos problemas, asegurando la integración y la coordinación continua de servicios desde la atención primaria hasta la especializada.

Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

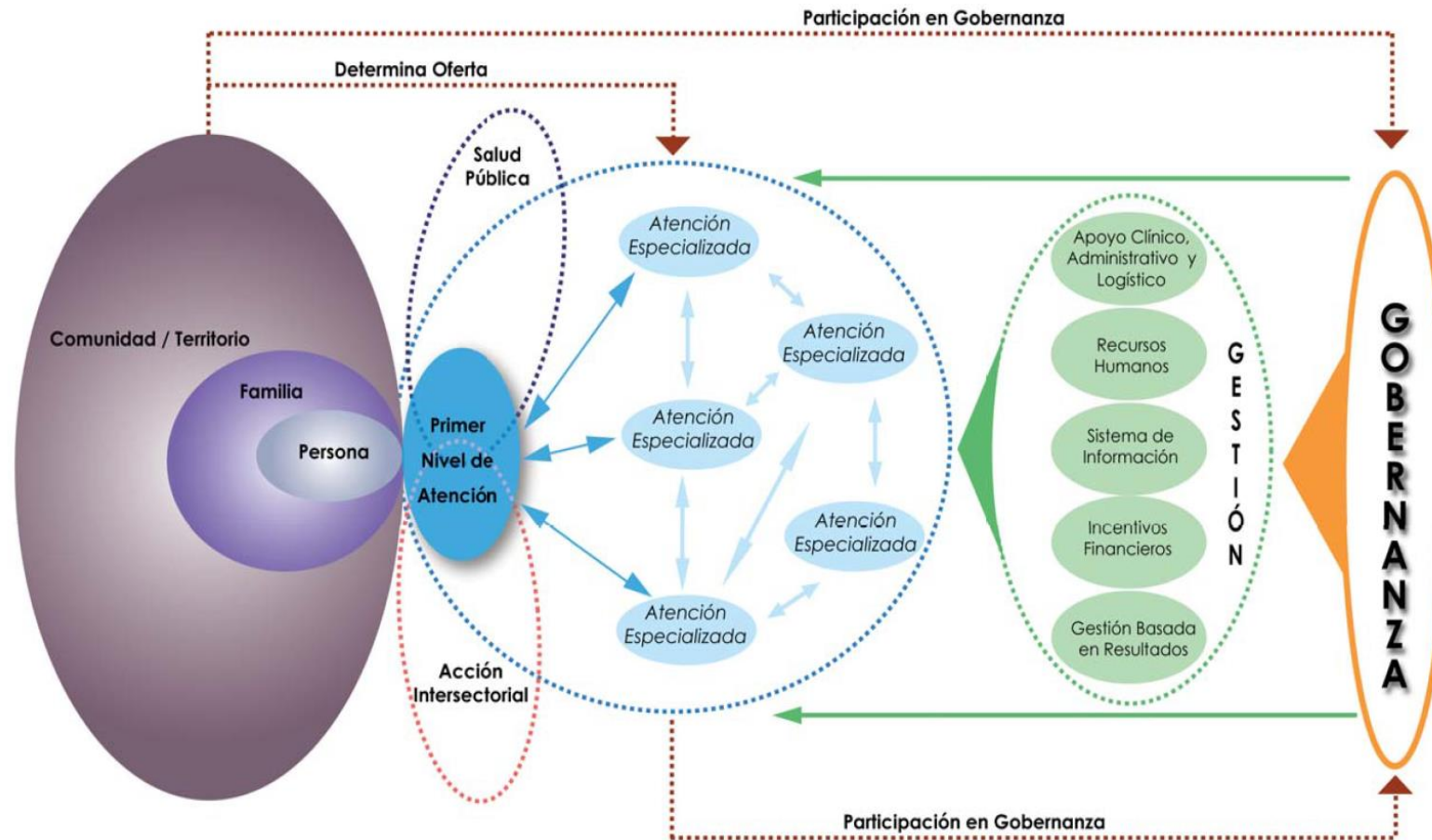
Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) son estructuras diseñadas para **conectar y coordinar** servicios de salud en diferentes **niveles de atención mediante una atención centrada en la persona y su comunidad**. Su objetivo es garantizar atención continua, centrada en las personas, y mejorar resultados en salud a través de un enfoque integral.

Concepto	Definición	Comentarios
Integración horizontal*	La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en la misma fase del proceso de producción de servicios.	Ejemplos de este tipo de integración son las consolidaciones, fusiones y servicios compartidos de un mismo nivel de atención.
Integración vertical*	La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en distintas fases del proceso de producción de servicios.	Ejemplos de este tipo de integración son los vínculos de los hospitales con grupos médicos, centros de cirugía ambulatoria y agencias de cuidados en el hogar. Existe integración vertical hacia adelante, es decir hacia el paciente o el usuario, e integración vertical hacia atrás, es decir hacia suministros tales como compañías de equipamiento médico e insumos. Además, existe la posibilidad de la integración vertical con la aseguradora de la salud.
Integración real**	Es la integración mediante el control y la propiedad directa de todas las partes del sistema (propiedad unificada de los activos).	
Integración virtual**	Integración a través de relaciones, y no la propiedad de los activos, como medio para colaborar dentro de los componentes de un sistema.	Modalidad que utiliza contratos, acuerdos, alianzas estratégicas, afiliaciones, o franquicias, las cuales “simulan” los beneficios de la propiedad de los activos. Este tipo de integración puede coexistir con la propiedad de los activos.

*Shortell SM; Anderson DA; Gillies RR; Mitchell JB; Morgan KL (1993). *Building integrated systems: the holographic organization*. *Healthcare forum journal* 1993;36(2):20-6.

** Satinsky MA (1998). *The foundations of integrated care: facing the challenges of change*. American Hospital Publishing, Inc.

Modelo Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)



Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. No. 4, Redes Integradas de Servicios de Salud, 2010.

Ámbitos

Modelo Atención

Gobernanza y Estrategia

Organización y Gestión

Asignación e Incentivos

Atributos

Modelo Asistencial	1	Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.
	2	Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.
	3	Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
	4	Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.
	5	Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.
	6	Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.
Gobernanza y Estrategia	7	Un sistema de gobernanza único para toda la red.
	8	Participación Amplia.
	9	Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.
Organización y Gestión	10	Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
	11	Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
	12	Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
	13	Gestión basada en resultados.
Asignación e Incentivos	14a	Asignación de recursos financieros
	14b	Incentivos alineados con objetivos explícitos

Modelo de atención

Población y territorio definidos

**Red de unidades de salud centrada en la
atención primaria**

Equipos multidisciplinarios

**Disponibilidad de unidades de atención
especializada**

Coordinación entre niveles de atención

**Atención centrada en la persona, familia
y comunidad**

Gobernanza y estrategia

Sistema único de gobernanza en la Red

Participación social amplia

**Acción intersectorial con base en los
determinantes sociales de la salud**

Organización y gestión

Gestiones clínica, administrativa y logística integradas

Recursos humanos suficientes y con las competencias requeridas

Sistema de información integrado en toda la Red

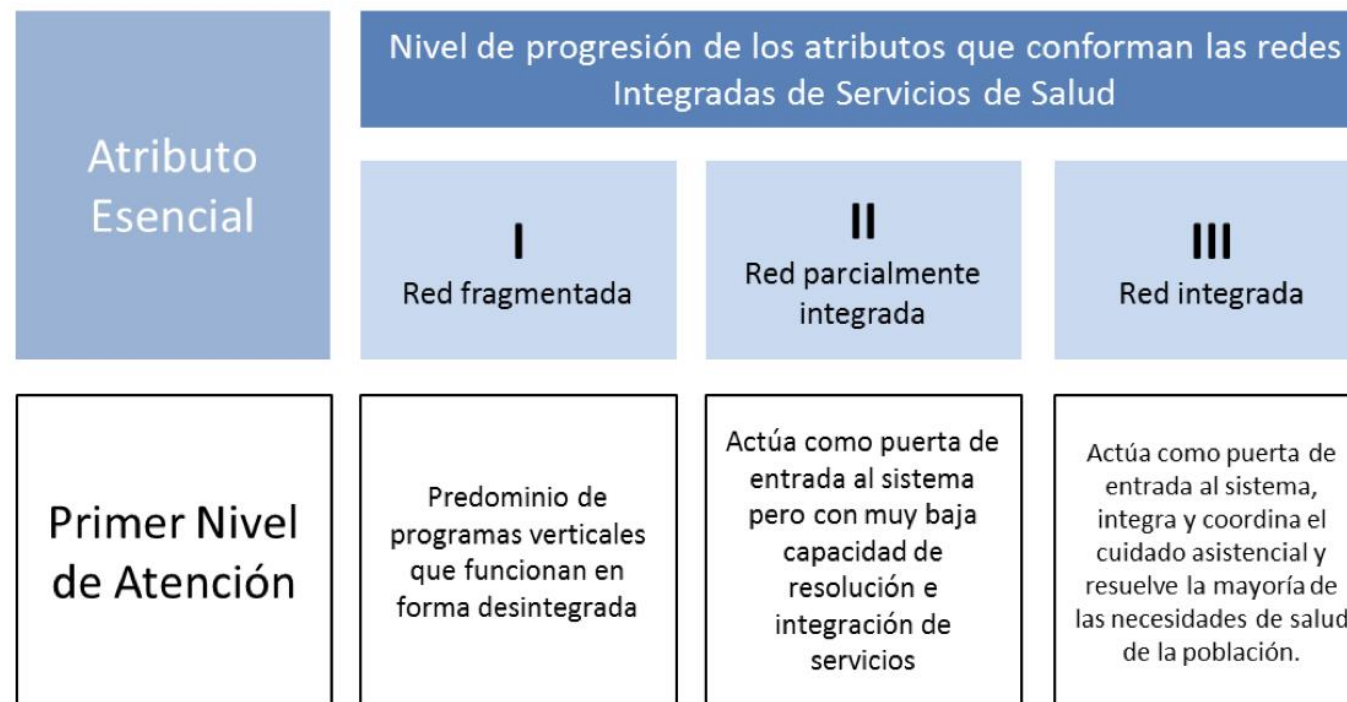
Gestión basada en resultados

Asignación e incentivos

Financiamiento suficiente, oportuno

**Incentivos alineados con las metas de la
Red y basados en desempeño**

Ejemplo de nivel de progresión

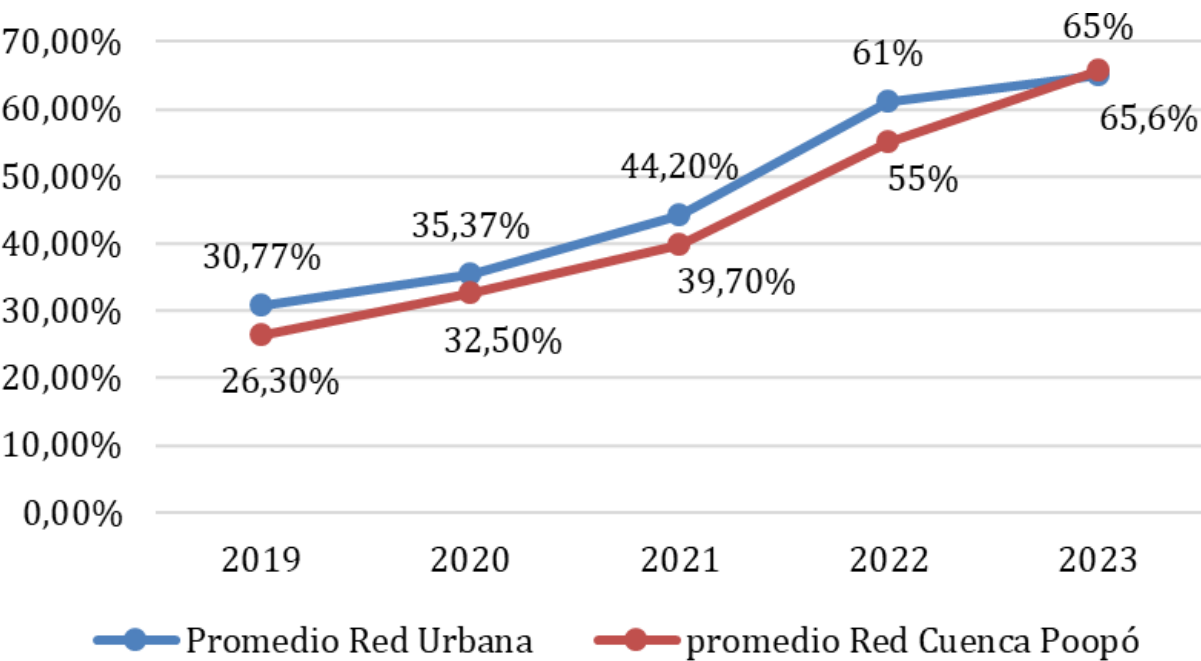


Potencialidades de las RISS

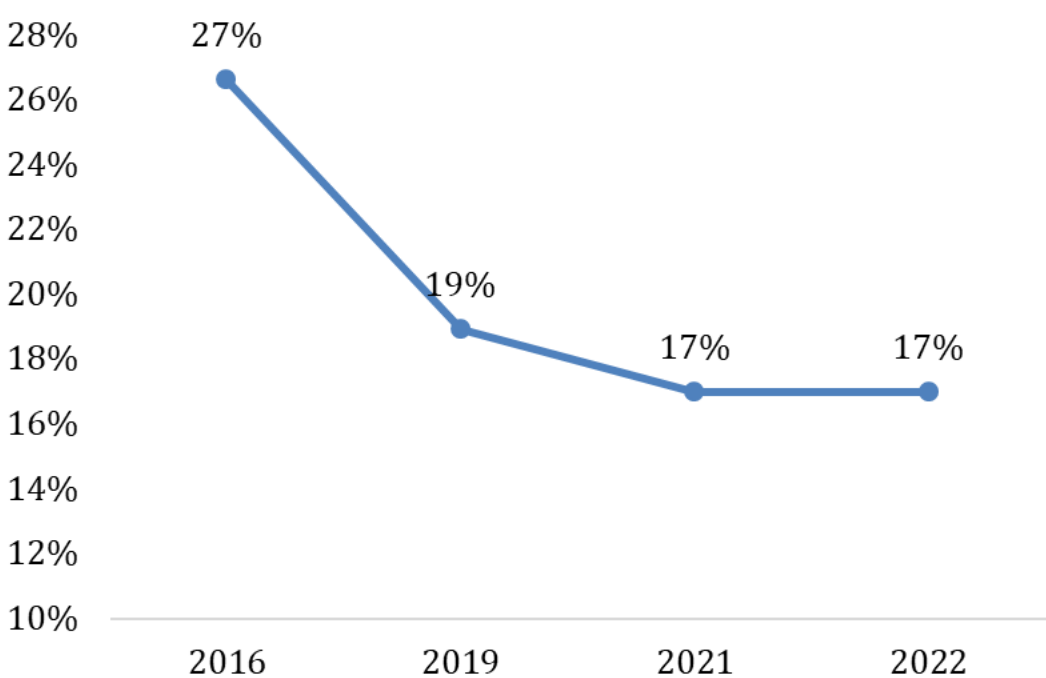
- Mayor accesibilidad y equidad en la provisión de servicios.
- Mejoras de calidad, resultados clínicos y de salud pública, con diagnósticos más tempranos y tratamientos oportunos.
- Reducción de costos operativos al evitar duplicidades y mejorar la eficiencia.
- Incremento en la satisfacción de usuarios y confianza en el sistema de salud.

Caso de Oruro, Bolivia

Nivel de integración de las redes urbana Oruro y Cuenca Poopó

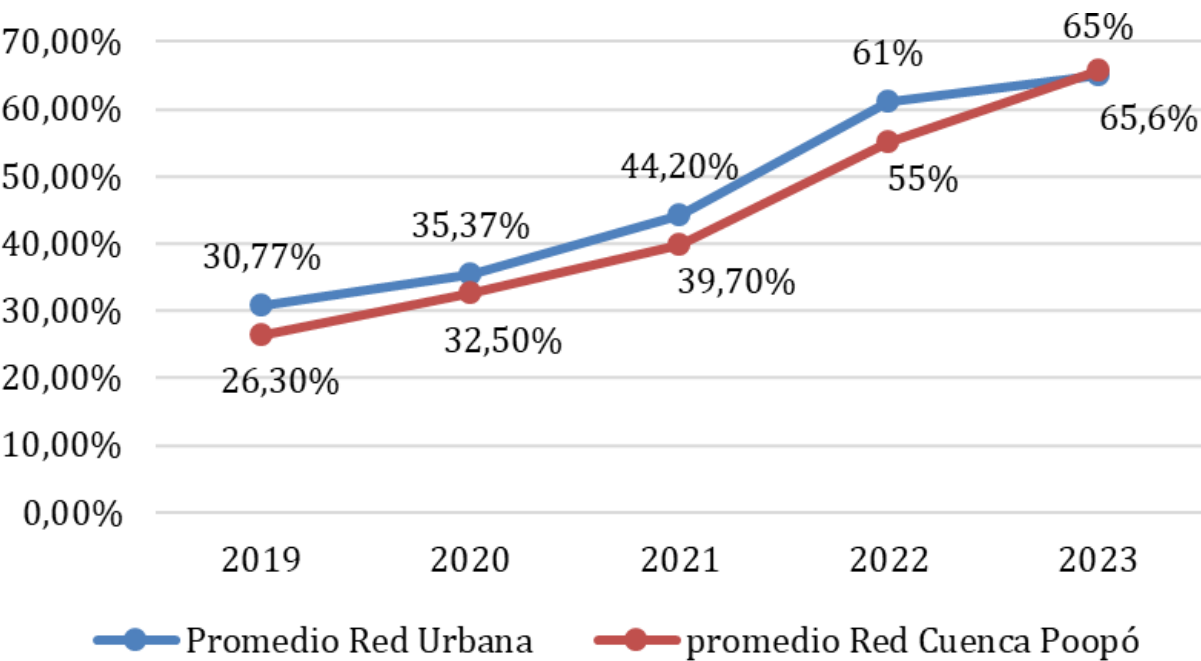


Evolución del Gasto de Bolsillo Servicio Departamental de Oruro 2017-2022

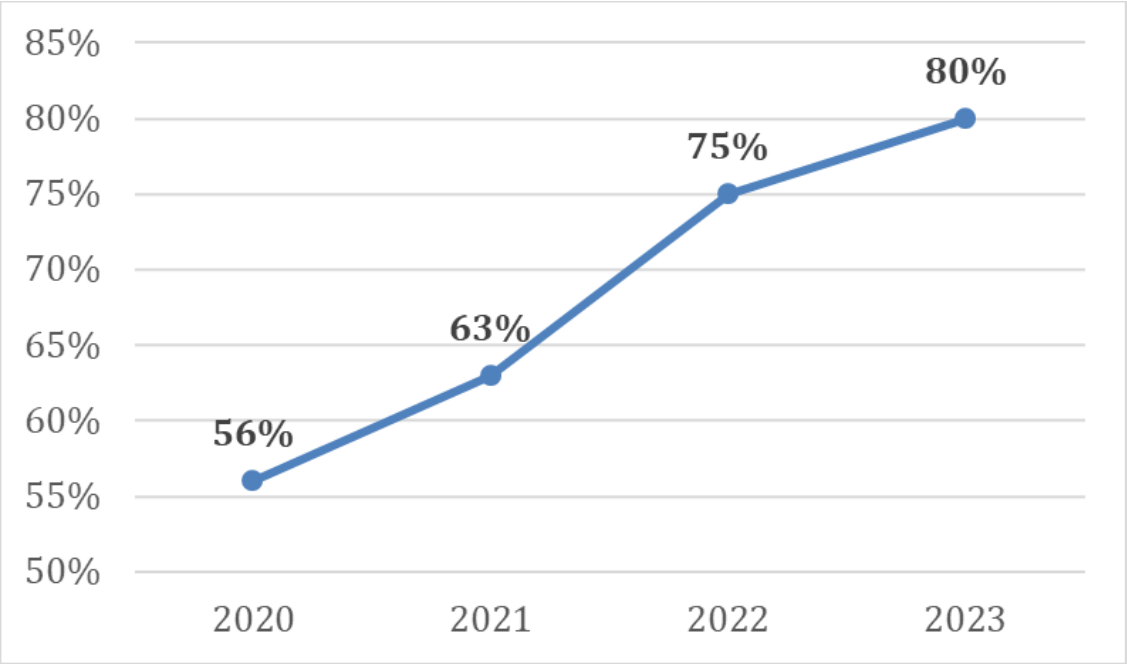


Caso de Oruro, Bolivia

Nivel de integración de las redes urbana Oruro y Cuenca Poopó



Valoración de Condiciones Esenciales (VCE) en el Servicio Departamental de Oruro 2020-2023



Barreras y facilitadores para la implementación de RISS

Barreras

1. Segmentación y debilidad institucional del sistema de salud (rectoría)
2. Reformas privatizadoras de los 80-90s
3. Grupos de intereses opuestos de gran poder
4. Modalidades de financiamiento externo que privilegian programas verticales.
5. Deficiencias de sistemas de información, monitoreo y evaluación.
6. Debilidades de gestión.

Facilitadores

1. Compromiso y apoyo político de alto nivel para el desarrollo de las RISS.
2. Disponibilidad de recursos financieros.
3. Liderazgo de la autoridad sanitaria y los gestores de servicios.
4. Desconcentración y flexibilidad de la gestión local.
5. Incentivos financieros y no financieros alineados con el desarrollo de RISS.
6. Cultura de colaboración y trabajo en equipo.
7. Participación activa de todas las partes interesadas.
8. Gestión basada en resultados.

XXVI Escuela Internacional de Verano 2025

Del 6 al 17 de enero

Escuela
de Salud
Pública
DR. SALVADOR ALLENDE
UNIVERSIDAD DE CHILE



UNIVERSIDAD
DE CHILE

Análisis de la oferta y la demanda en los servicios de salud

Dr. Cristóbal Cuadrado N.
Profesor Asociado, Escuela de Salud
Pública, Universidad de Chile

¿Qué es la demanda?

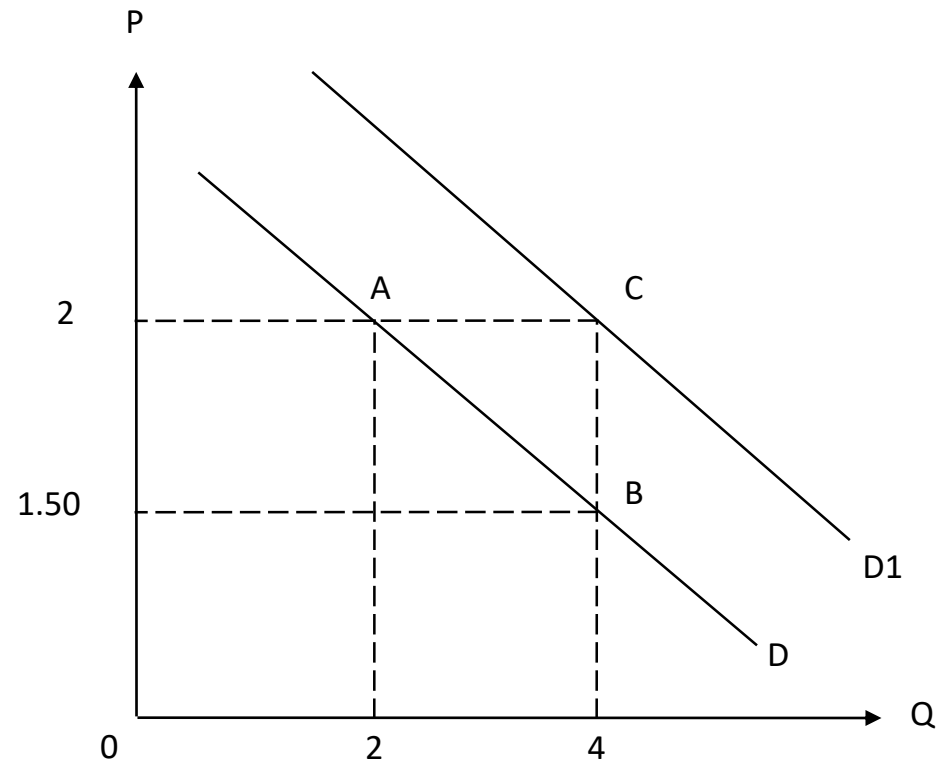
Teoría económica clásica: los consumidores consumen cuantos bienes, dado su disponibilidad de recursos, disponen para maximizar su utilidad.

Demanda: disposición y capacidad para pagar por un bien a un precio y tiempo dado, *ceteris paribus*.

Salud: Es la necesidad percibida o real de servicios de salud por parte de la población, influenciada por factores como morbilidad, ingreso, educación, cobertura de seguros y accesibilidad..

¿Cambios vs movimientos de la curva de demanda?

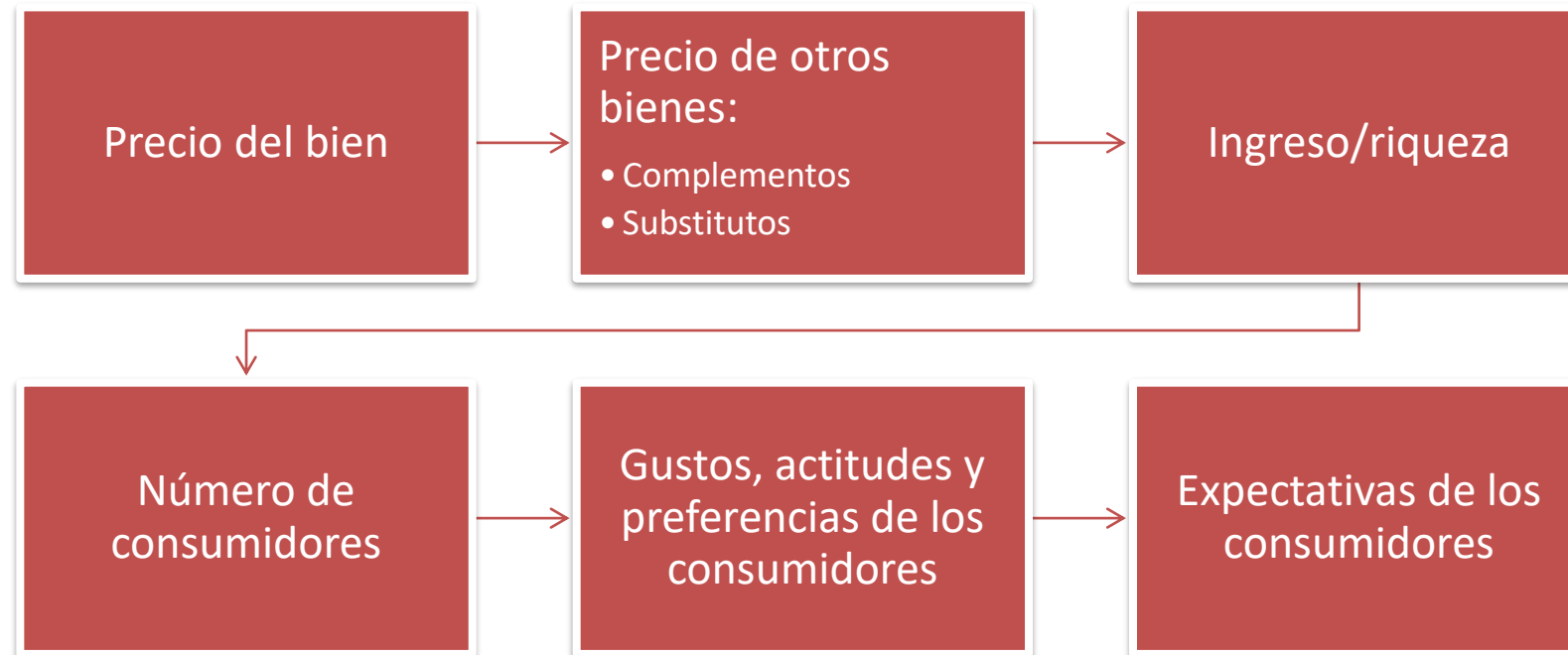
- ¿Qué pasa si el precio aumenta?
- ¿Qué pasa si aumenta el ingreso disponible?



A → B caída del precio
(Δ en Q demanda)

A → C aumento del ingreso
(Δ en curva de demanda – *shift*)

Determinantes de la demanda



¿Qué es la oferta?

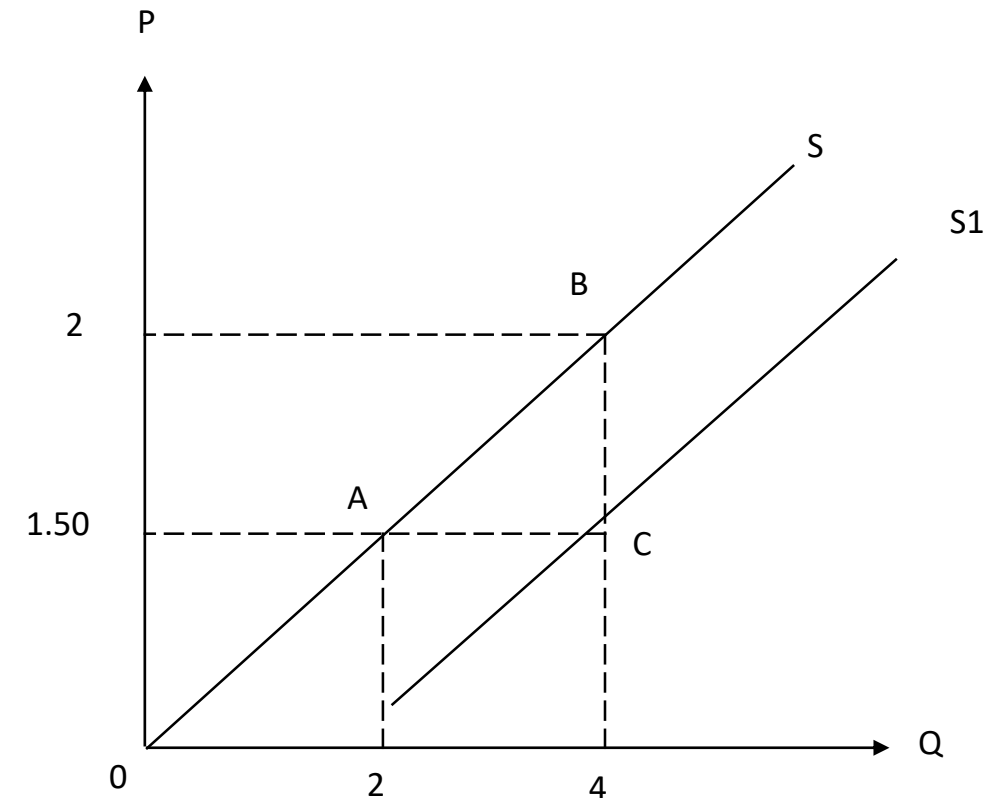
Teoría económica clásica: las firmas producen cuantos bienes son posibles, dada su capacidad productiva, para maximizar su utilidad.

Oferta: disposición y capacidad para vender un bien a un precio y tiempo dado, *ceterus paribus*.

Salud: Es la disponibilidad de servicios de salud ofrecidos por proveedores, como hospitales, clínicas, médicos y otros profesionales de la salud, a diversos costos y niveles de calidad.

¿Cambios vs movimientos de la curva de oferta?

- ¿Qué pasa si el precio aumenta?
- ¿Qué pasa si aumenta el ingreso disponible?



Determinantes de la oferta



Precio del bien



Precio de bienes
relacionados



Número de
productores en el
mercado



Precio de factores
de producción



Tecnología

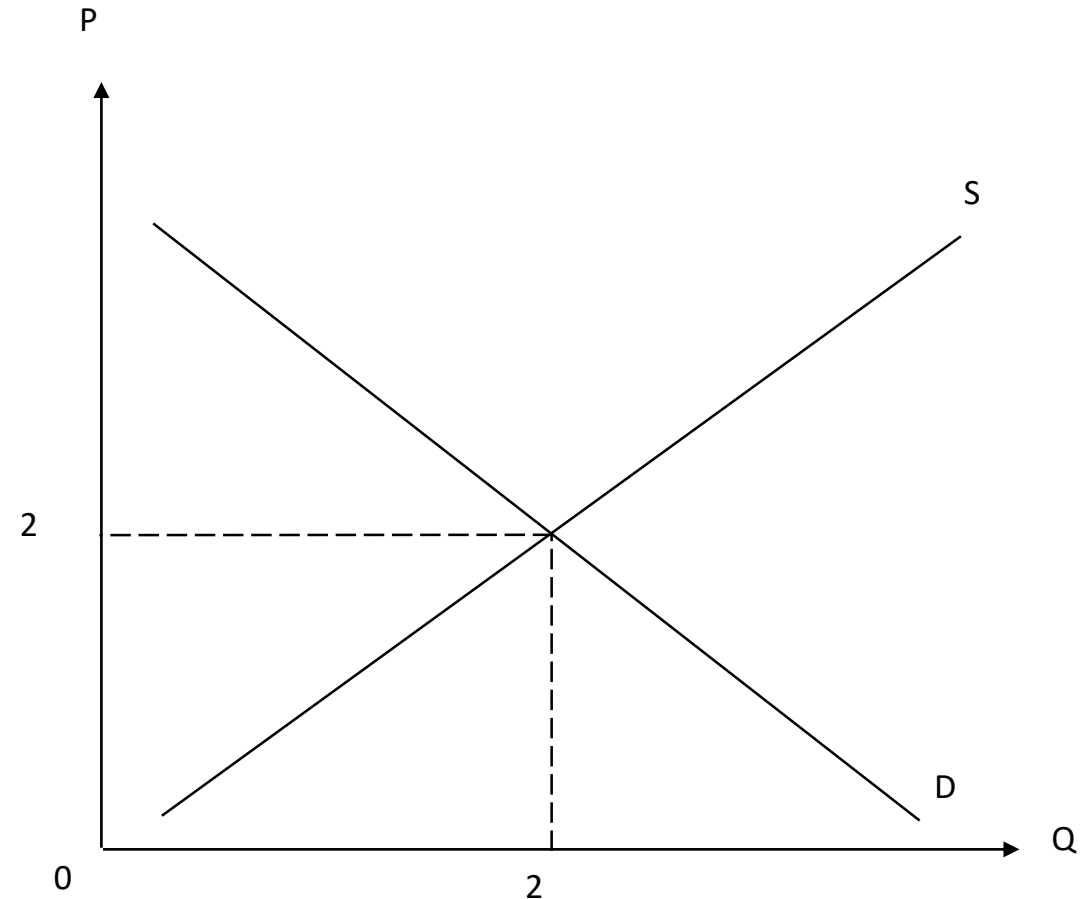


Preferencias y
expectativas de la
compañía

Equilibrio de mercado

Es el punto en el cual la cantidad demandada de un bien o servicio es igual a la cantidad ofrecida, determinando un precio de equilibrio.

Sector salud: el equilibrio es más complejo, ya que depende no solo del precio, sino también de regulaciones gubernamentales, subsidios, capacidad instalada y barreras no monetarias. Por ejemplo, el equilibrio puede ocurrir cuando la oferta de servicios (como consultas médicas) se ajusta para satisfacer la demanda de la población en un marco regulado, como el de un sistema público de salud.



Salud como mercado imperfecto

Mercados perfectos

Información
perfecta

Transacciones
impersonales

Bienes son
privados

No existen
externalidades

Racionalidad
económica

Múltiples
compradores y
vendedores

No existen
barreras de
entrada o salida

Productos
homogéneos

Mercados en el sector salud

- 1. Información asimétrica** (pacientes, proveedores y aseguradores)
 1. Selección adversa
 2. Riesgo moral (consumidores/productores)
- 2. Relaciones basadas en confianza**
- 3. Presencia de bienes públicos y externalidades**
- 4. No todos los actores pueden perseguir interés propio** (agencia, demanda inducida y conflictos de interés)
- 5. Monopolios y monopsonios**
- 6. Barreras de entrada y salida**
- 7. Diferenciación de productos homogéneos**

Demanda en los servicios de salud

Factores que impactan la demanda de servicios:

- Cambios demográficos como el envejecimiento poblacional.
- Incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas.
- Determinantes sociales de la salud, como la educación y el ingreso.
- Comportamiento y expectativas de las personas.
- Protección financiera.
- Eventos exógenos (crisis, pandemias)

Ejemplos de estrategias para gestionar la demanda:

- Fortalecer la atención primaria como puerta de entrada al sistema de salud.
- Programas de autocuidado y educación para reducir la sobrecarga en niveles especializados.

Oferta en los servicios de salud

Factores que impactan la oferta de servicios:

- Recursos humanos (disponibilidad, distribución, capacitación)
- Disponibilidad de infraestructura y equipamiento
- Gestión y gobernanza (modelos de organización y coordinación)
- Financiamiento (presupuesto e inversión)
- Cambios tecnológicos

Ejemplos de estrategias para gestionar la oferta:

- Estrategias de integración y coordinación (gestores de red, agendamiento virtual, interoperabilidad, etc.).
- Análisis de la infraestructura sanitaria disponible, incluyendo instalaciones, equipamiento y personal capacitado.
- Métodos para evaluar la calidad y la distribución equitativa de recursos, utilizando mapas geoespaciales para identificar áreas de mejora.
- Optimización de recursos humanos
- Cambios en el modelo de atención (ej. ambulatorización, cirugía mayor ambulatoria, etc.)

Pregunta

¿Cómo medir las brechas de la oferta y la demanda en el contexto de la gestión de los servicios de salud?

XXVI Escuela Internacional de Verano 2025

Del 6 al 17 de enero

Escuela
de Salud
Pública
DR. SALVADOR ALLENDE
UNIVERSIDAD DE CHILE



UNIVERSIDAD
DE CHILE

Análisis de cobertura en los servicios de salud

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE
Dr. Salvador Allende G.

Dr. Cristóbal Cuadrado N.
Profesor Asociado, Escuela de Salud
Pública, Universidad de Chile

XXVI
Escuela
Internacional
de Verano 2025

Escuela
de Salud
Pública
DR. SALVADOR ALLENDE
UNIVERSIDAD DE CHILE



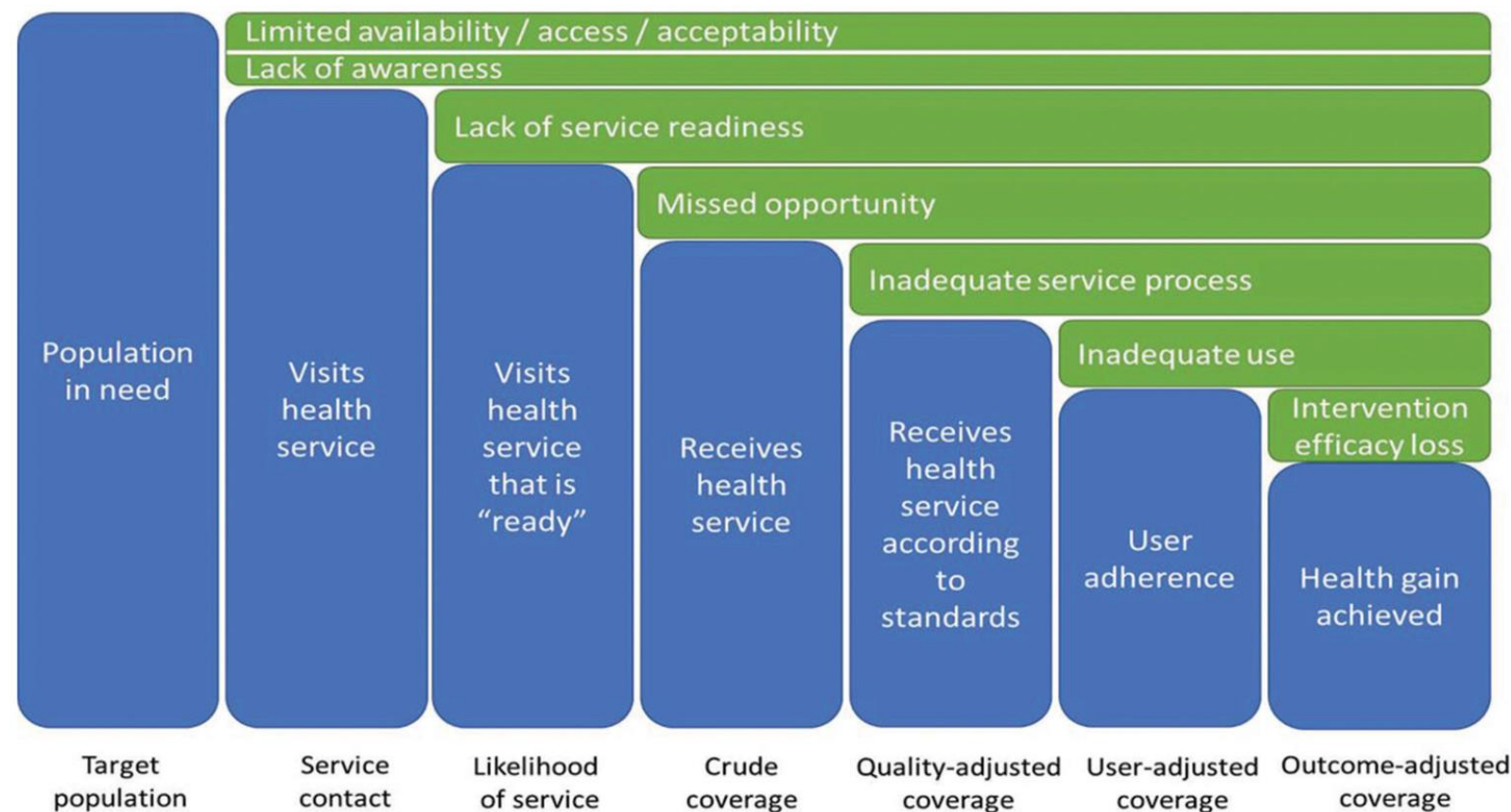
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE
Dr. Salvador Allende G.

Cobertura efectiva

Provee un marco para integrar necesidades de atención de salud (N), la utilización de los servicios de salud (U) y las ganancias de salud (Q):

$$\text{Cobertura Efectiva} = U / N * Q$$

Mediciones de cobertura en población que necesita una intervención de salud



Framework de Tanahashi (1978) para la cobertura efectiva

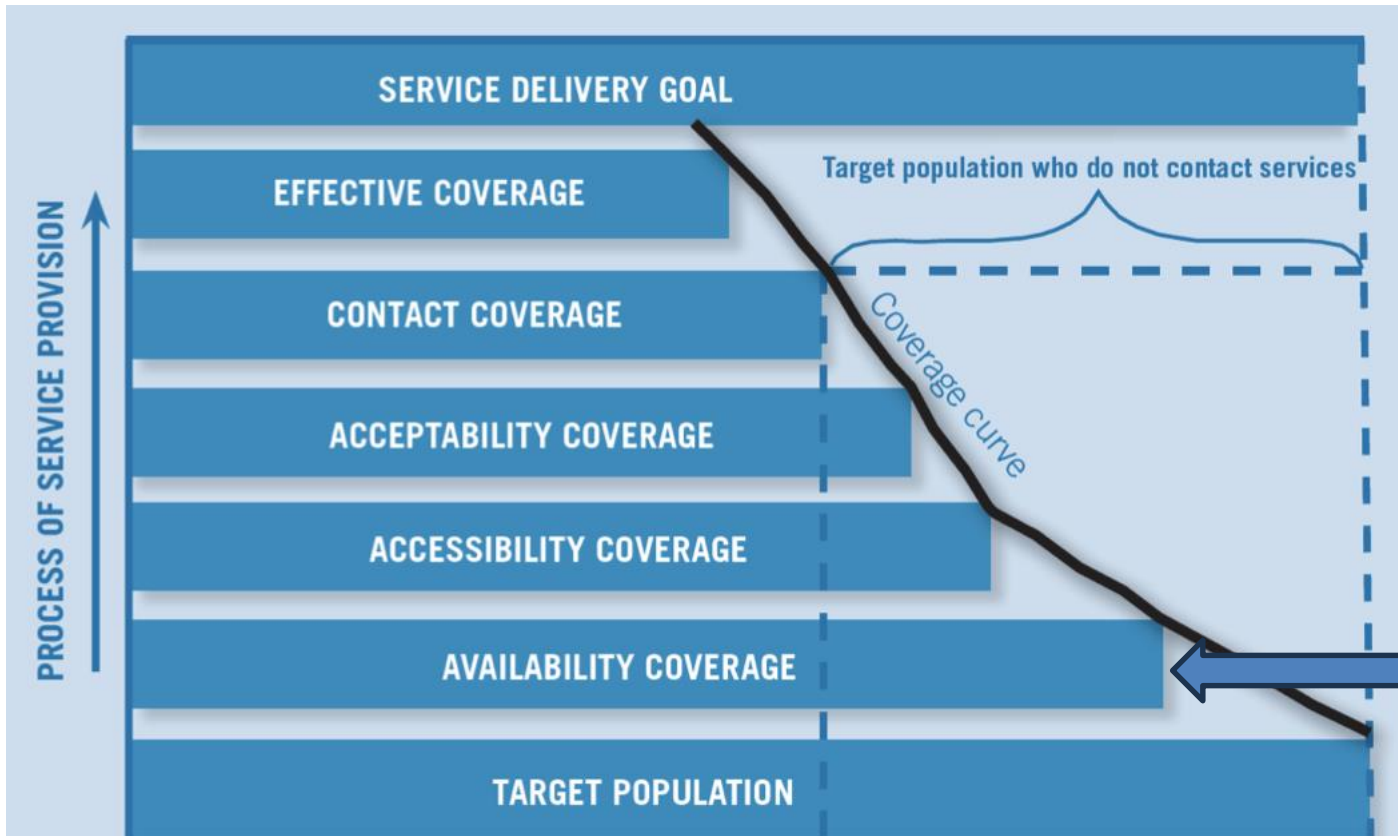


La cobertura efectiva de servicios se define como la proporción de personas que necesitan servicios y que reciben servicios de suficiente calidad para obtener posibles beneficios en materia de salud.

Source: Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ 1978; 56(2): 295-303, with adaptations for barriers experienced by the rural poor laid over by T. Koller based on work on barriers in Mongolia, Moldova, Nigeria, Tanzania, Vietnam, Indonesia and global evidence reviews.

Framework de Tanahashi (1978) para la cobertura efectiva

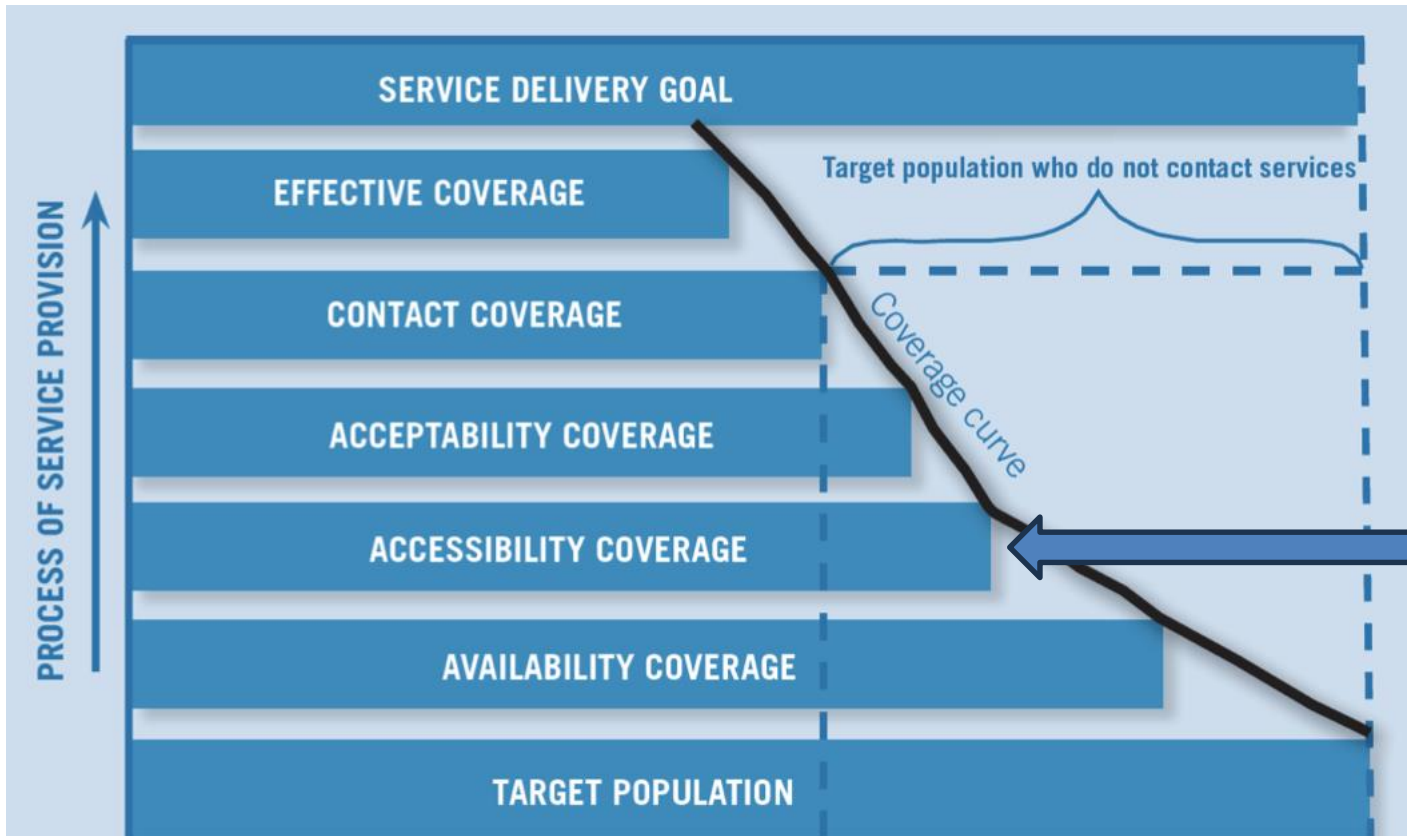
Ejemplos



Red de proveedores y asignación de servicios inadecuada en diferentes niveles, falta de personal suficiente con las habilidades necesarias, falta de equipos y servicios básicos, falta de productos para la salud

Framework de Tanahashi (1978) para la cobertura efectiva

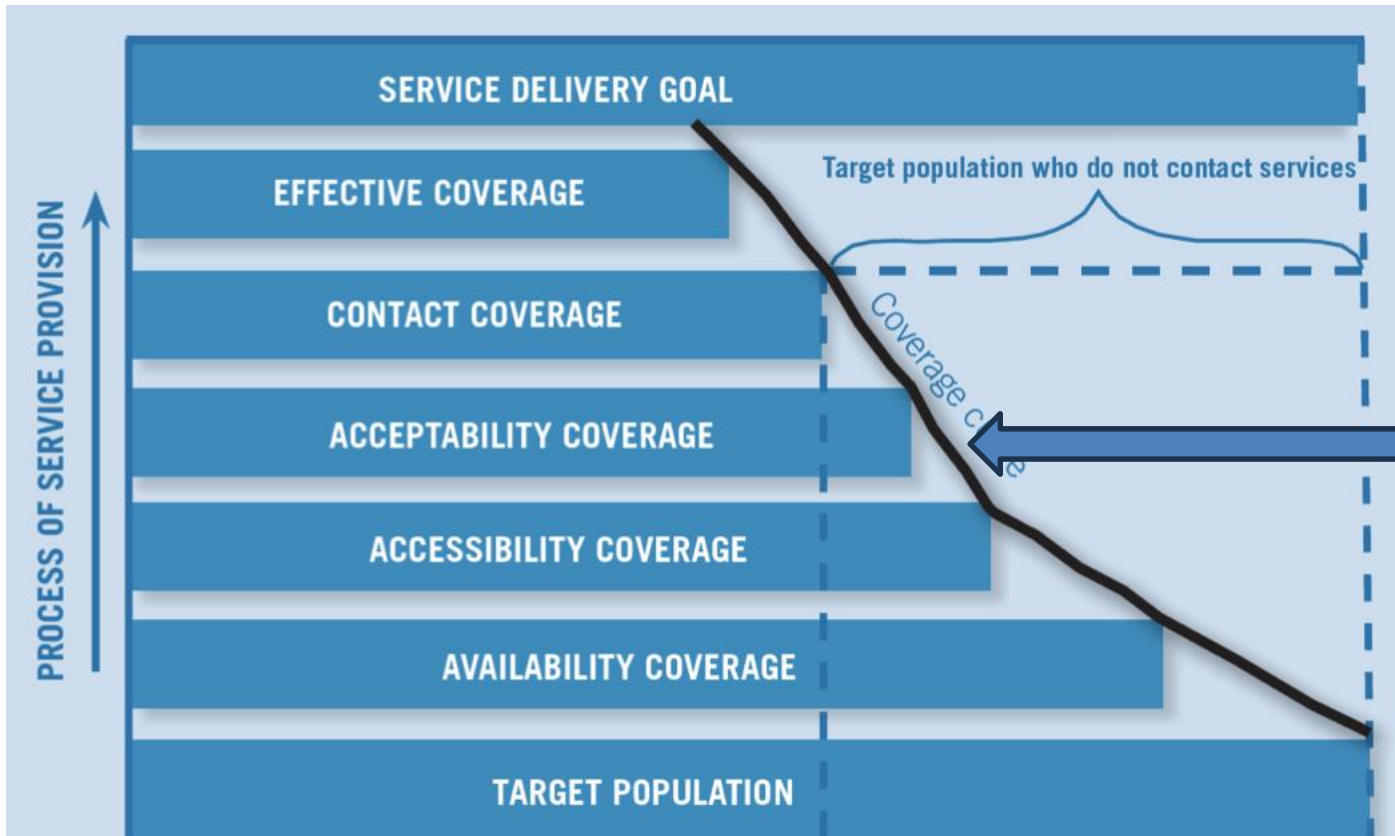
Ejemplos



Distancia y tiempo para llegar a la instalación, medios de transporte inadecuados, seguridad, costos directos de tratamiento, costos indirectos del transporte y alojamiento, costos de oportunidad, horarios de apertura, requisitos administrativos, sobornos

Framework de Tanahashi (1978) para la cobertura efectiva

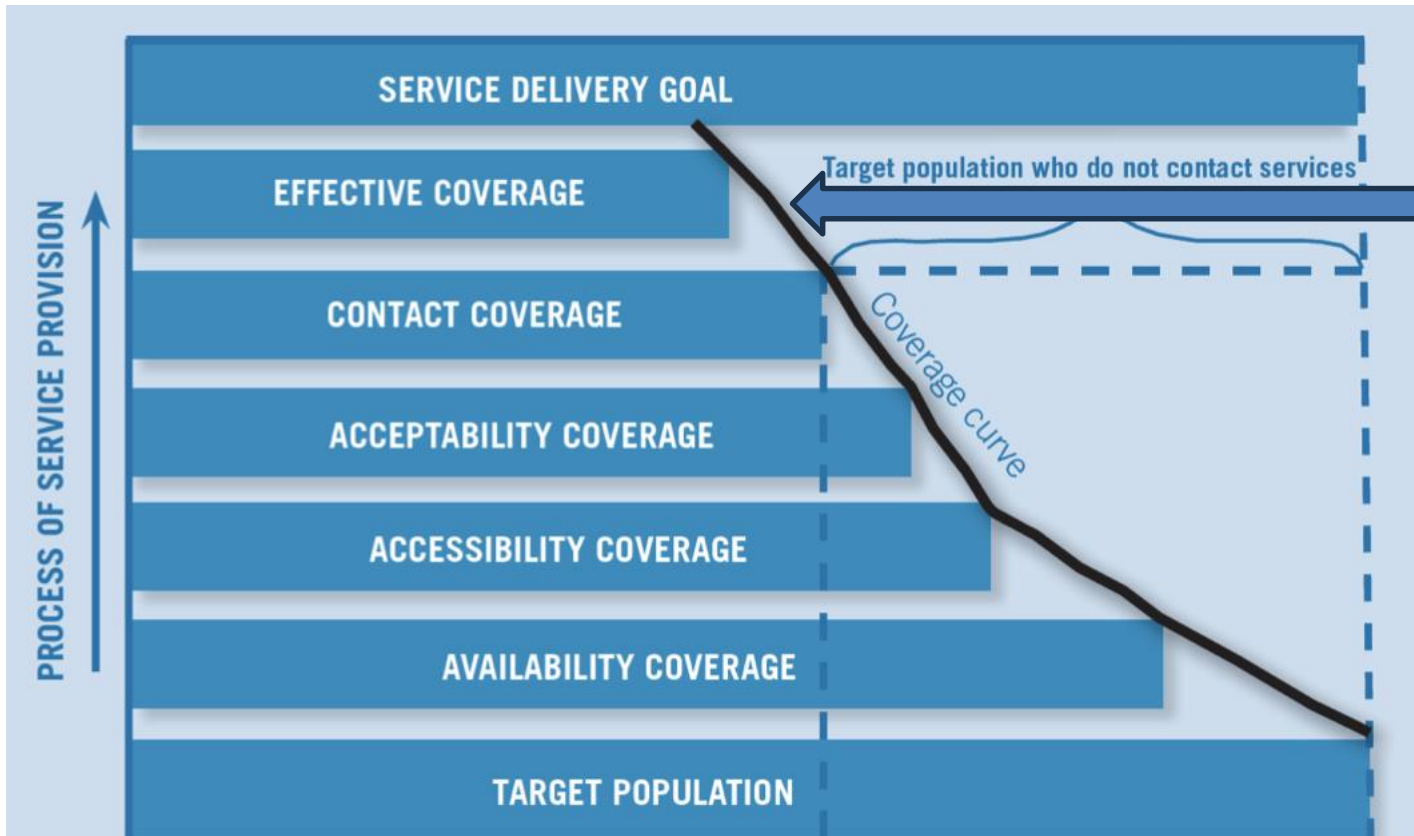
Ejemplos



Factores interrelacionados del lado de la demanda, como normas, roles y relaciones de género, preferencia por medicina tradicionales, percepciones negativas de la calidad del servicio, miedo a la estigmatización o falta de confidencialidad

Framework de Tanahashi (1978) para la cobertura efectiva

Ejemplos



Falta de adherencia al tratamiento, incapacidad para realizar derivaciones oportunas debido a la distancia, los costos, etc., para acceder a la atención secundaria y terciaria, cumplimiento insuficiente del prestador debido a la falta de recursos, inexactitud diagnóstica facilitada por una red de laboratorios débil

XXVI Escuela Internacional de Verano 2025

Del 6 al 17 de enero

Conceptos de planificación en Red

Escuela
de Salud
Pública
DR. SALVADOR ALLENDE
UNIVERSIDAD DE CHILE



UNIVERSIDAD
DE CHILE

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE
Dr. Salvador Allende G.

Programación de Servicios de Salud en Redes

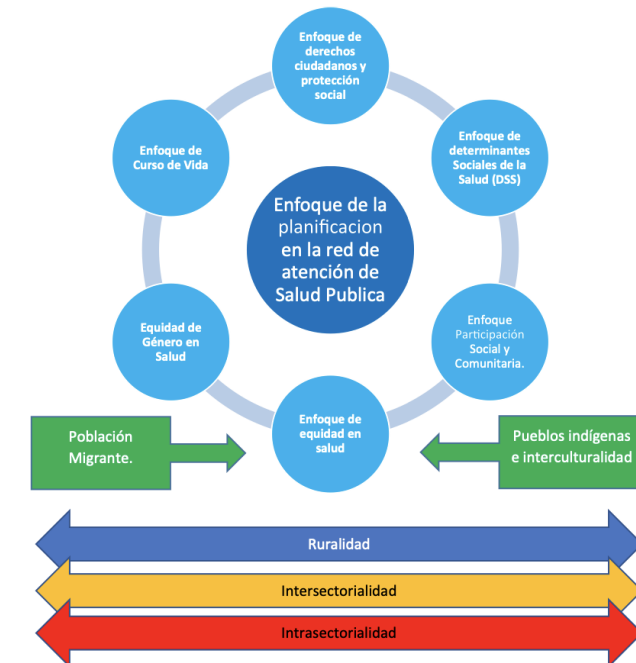
•La programación operativa en redes integradas implica la planificación detallada de los recursos, servicios y estrategias para garantizar una atención eficiente, equitativa y centrada en la persona.

•Programar en red significa coordinar múltiples niveles de atención y actores para lograr un sistema coherente en el contexto de un modelo de atención.

•Objetivos clave:

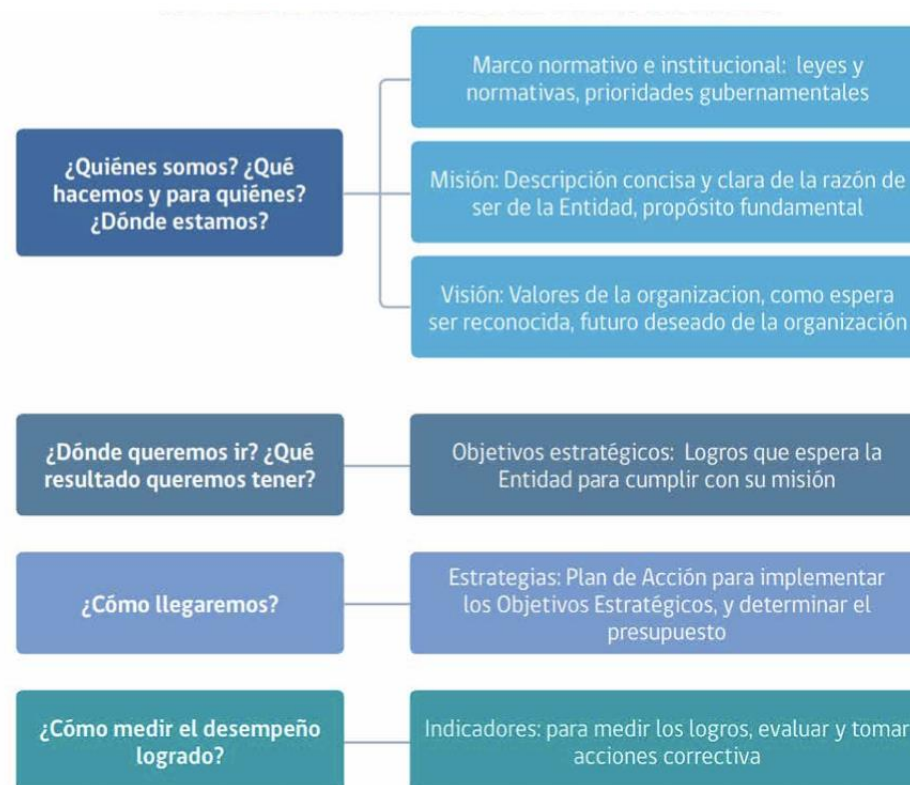
- Asegurar que los servicios estén alineados con las necesidades de la población atendida.
- Optimizar los recursos humanos, financieros y tecnológicos disponibles.

FIGURA N° 1. ENFOQUES DE LA PLANIFICACIÓN EN LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD



Fuente: Departamento Gestión de los Cuidados DIVAP 2021

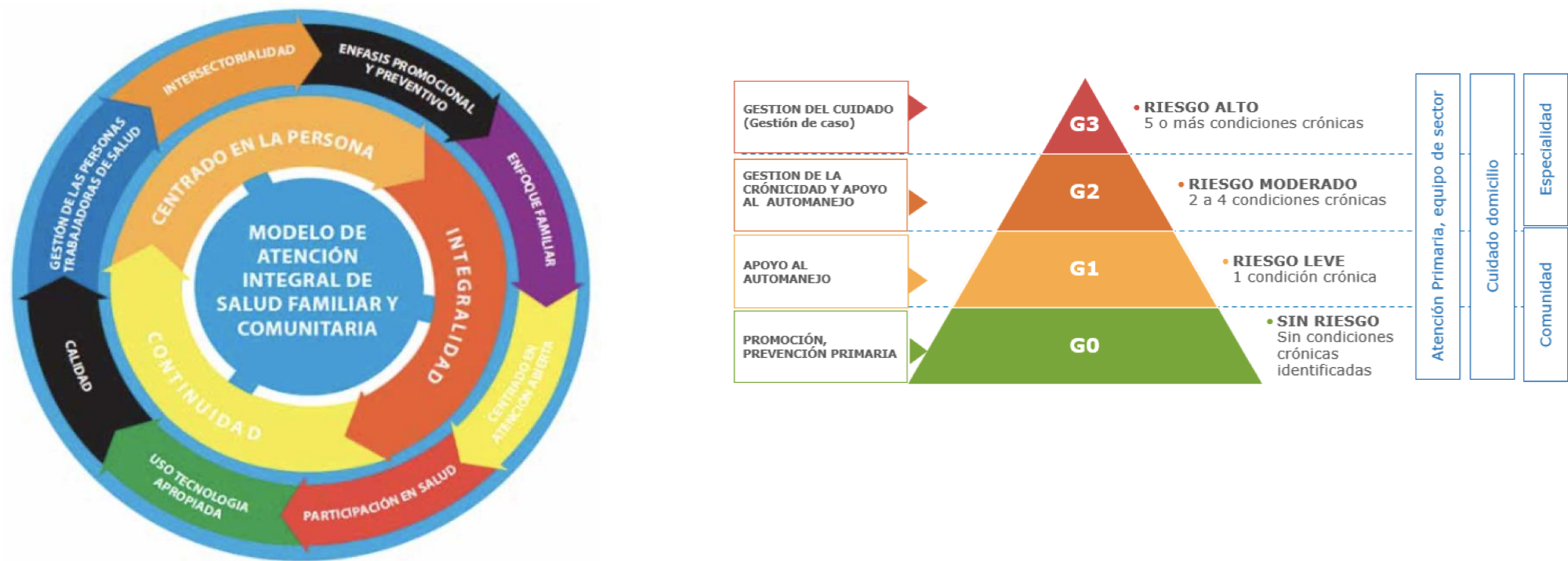
Orientaciones de la planificación



Fuente: Departamento Gestión de los Cuidados DIVAP

Orientaciones a la planificación: modelo de atención

FIGURA N.º 9: MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA



Programación de Servicios de Salud en Redes

La programación es parte integral de un proceso de planificación y requiere de un análisis detallado de las necesidades locales considerando datos demográficos, epidemiológicos y sociales.

•Objetivos clave:

- Asegurar que los servicios estén alineados con las necesidades de la población atendida.
- Optimizar los recursos humanos, financieros y tecnológicos disponibles.



Fuente: Departamento Gestión de los Cuidados DIVAP

Orientaciones de la planificación

- Caracterización de la red asistencial
- Caracterización de la oferta de los servicios de salud
- Caracterización de la demanda de los servicios de salud y sus determinantes
- Identificación de preferencias y expectativas de la comunidad
- Análisis de equilibrio entre oferta y demanda esperada



Programación operativa

- Identificar período de programación, según establecimiento y cartera de servicios (ej. APS 220 días; Urgencia 365 días)
- Identificar la cartera de servicios que la unidad funcional provee (ej. PSF para APS).
- Generar una matriz de programación de actividades en base a objetivos sanitarios, marcos regulatorios y coeficientes técnicos (prestación, grupo objetivo, población, cobertura, concentración por beneficiario, n de actividades, rendimiento, recursos necesarios).
 - Identificación de brechas y plan de acción.
- Gestión de agenda (programación de agenda, gestión de citas y agendamiento)

XXVI Escuela Internacional de Verano 2025

Del 6 al 17 de enero

Escuela
de Salud
Pública
DR. SALVADOR ALLENDE
UNIVERSIDAD DE CHILE



UNIVERSIDAD
DE CHILE

Gestión de servicios de salud basada en la evidencia

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE
Dr. Salvador Allende G.

Dr. Cristóbal Cuadrado N.
Profesor Asociado, Escuela de Salud
Pública, Universidad de Chile



