

**GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS REDES
INTEGRADAS E INTEGRALES DE SERVICIOS DE
SALUD (RIISS) EN EL PARAGUAY**

| MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

AUTORIDADES

DR. ANTONIO BARRIOS

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

DRA. MARIA TERESA BARAN WASILCHUK

Vice-Ministra de Salud

MS.QUIM. PATRICIA A. GIMENEZ LEÓN

Dirección General de Planificación y Evaluación

Dependencias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud

Dirección de Hospitales Especializados

Dirección General de Gabinete

Dirección de Coordinación de Regiones Sanitarias

Dirección de SEME

Dirección del Sistema Integrado de Emergencias

Dirección General de Atención Primaria de Salud

Dirección General de Administración y Finanzas

Dirección General de la Dirección General Operativa de Contrataciones

Dirección General de Asesoría Jurídica

Dirección General de Auditoría Interna

Dirección General de Comunicación en Salud

Dirección General de Descentralización

Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud

Dirección General de Información Estratégica en Salud

Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud

Dirección General de Instituto de Bienestar Social

Dirección General del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición

Dirección General del Instituto Nacional de Salud

Dirección General del Laboratorio Central de Salud Pública

Dirección General de Programas de Salud

Dirección General de Promoción de la Salud

Dirección General de Recursos Humanos

Dirección General Unidad Técnica de Relaciones Internacionales

Dirección General de Salud Ambiental

Dirección General del Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENASA)

Dirección General del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA)

Dirección General de Vigilancia de la Salud

Dirección de la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria

Superintendencia de Salud

I Región Sanitaria- CONCEPCIÓN

II Región Sanitaria- SAN PEDRO

III Región Sanitaria- CORDILLERA

IV Región Sanitaria- GUAIRÁ

V Región Sanitaria- CAAGUAZÚ

VI Región Sanitaria- CAAZAPÁ

VII Región Sanitaria- ITAPÚA

VIII Región Sanitaria- MISIONES

IX Región Sanitaria- PARAGUARI

X Región Sanitaria- ALTO PARANÁ

XI Región Sanitaria- CENTRAL

XII Región Sanitaria- ÑEEMBUCÚ

XIII Región Sanitaria- AMAMBAY

XIV Región Sanitaria- CANINDEYÚ

XV Región Sanitaria- PTE. HAYES

XVI Región Sanitaria- BOQUERÓN

XVII Región Sanitaria- ALTO PARAGUAY

XVIII Región Sanitaria- ASUNCIÓN

Hospital Regional de Luque

Hospital General Barrio Obrero

Hospital Materno Infantil de Loma Pytâ

Hospital Materno Infantil de Fernando de la Mora

Hospital Materno Infantil de Limpio

Hospital Materno Infantil de Trinidad

Hospital Materno Infantil San Pablo

Hospital Materno Infantil de San Lorenzo

Hospital Materno Infantil de Capiatá

Hospital Distrital de Itauguá

Hospital Distrital de Lambaré

Hospital Distrital de Ñemby

Hospital Distrital de Itá

Hospital Distrital de Villeta

Hospital Distrital de Villa Elisa

Hospital Distrital de Mariano Roque Alonso

Instituto de Medicina Tropical

Hospital del Indígena

Centro de Emergencias Médicas

Centro Nacional del Quemado

Centro Médico Nacional

Instituto Nacional del Cáncer

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM) "Juan Max Boettner"

Hospital Psiquiátrico

Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñú"

Centro de Adicciones

Hospital San Jorge

Hospital General San Pedro Paraguay Corea

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

Dr. Carlos Castillo Solórzano (Representante de la OPS/OMS en Paraguay)

Dr. Hernán Rodríguez (Asesor de Sistemas y Servicios de Salud en Paraguay)

Colaboradores:

Dr. Julio Suarez (Consultor Externo de la OPS/OMS)

Dra. Lidia Campodónico (Consultor Externo de la OPS/OMS)

Dr. Gerardo Alfaro (Asesor de Sistemas y Servicios de Salud en Brasil)

Equipo de redacción:

Dirección General de Planificación y Evaluación

- Ms. Quim. Patricia Alejandra Giménez León, Directora General de Planificación y Evaluación
- Lic. María del Pilar Roa Mascaró, Directora de la Dirección de Formulación y Monitoreo de Proyectos.
- Lic. María Teresa Fariña, Directora de la Dirección de Gestión para Resultados.
- Lic. Delcy Doninelli, Jefa del Departamento de Gestión y Administración de Proyectos.

Dirección General de Atención Primaria de la Salud

Dra. Celeste Pavón, Directora de Gestión Social y Territorialización

Dirección General de Desarrollo de Redes y Servicios de Salud

Dr. Carlos Quevedo, Director de la Coordinación de Regiones Sanitarias

Otros colaboradores

- Dr. Carlos María Romero
- Dr. Wesley Schmidt

INDICE

CONTENIDO	PAG.
Presentación	8
Abreviaturas	11
Glosario de términos	12
1. Introducción	17
2. Objetivo	20
3. Marco político de las RIISS	21
4. Sistema Nacional de Salud	28
5. Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS)	34
5.1. Modelo de Atención	36
5.2. Modelo de Gestión	37
5.3. Gobernanza	38
5.4. Financiamiento	38
5.5. Organización de las Redes	39
6. Plan de implementación	45
Anexo	49
Bibliografía	51

PRESENTACIÓN

La salud es un derecho individual, un bien común, un elemento fundamental de la seguridad humana, lo cual implica generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esto significa, disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos.

La población del país, se merece la mejor atención posible a su salud, esto significa desarrollar las mejores acciones en promoción de la salud, prevención de las enfermedades, diagnóstico y tratamientos oportunos, y rehabilitación, requiriendo para ello, un número suficiente de establecimientos, recursos humanos competentes, tecnologías sanitarias adecuadas y suministros en los servicios públicos y privados de salud para prestar servicios a las personas, familias y comunidades. También se necesita de un modelo de atención que garantice integralidad, atención oportuna y continua, de calidad y humanizada. La articulación de las instituciones en redes integradas, compartiendo mecanismos de gestión y sistemas de información, contribuye a garantizar el abastecimiento, la eficiencia de los servicios de apoyo, la optimización de los recursos y la eficacia de las acciones en salud.

El Paraguay vive los efectos de varios contextos demográficos, epidemiológicos y nutricionales, los cuales son condicionados por nuevos matices. Una población que ha ido envejeciendo (aunque más del 60% es joven), una migración interna hacia las ciudades que se acompaña de una urbanización intensa y desordenada, que genera nuevas situaciones de riesgo para la salud, un crecimiento económico que ha sido lento e inestable, con reactivación positiva en los últimos 6 años, pero en el marco de una crisis económica y financiera internacional. Todo lo anterior, se acompaña del incremento de la economía informal, daños al medio-ambiente y una situación de desigualdades sociales, que aumentan las condiciones de vulnerabilidad de los habitantes de nuestro país.

Entender la salud como el producto social resultante de la interacción de estos factores sociales, económicos, culturales y ambientales, exige acciones orientadas a la transformación de los determinantes sociales de la salud de la población: pobreza, desempleo, vivienda, seguridad ciudadana, etnicidad, ruralidad y medio ambiente, entre otros.

Ante este escenario, la salud de la población es afectada no solo por enfermedades infecciosas, nutricionales y materno-infantiles, sumándose además, otros problemas de mayor complejidad y de alto costo, como el VIH/SIDA, enfermedades cardiovasculares, obesidad, cáncer, diabetes, trastornos mentales, drogadicción y violencia.

Para enfrentar estos escenarios y contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, es necesario iniciar un proceso de cambio estableciendo objetivos y estrategias apropiadas, con el propósito de obtener mayores beneficios, reducir riesgos y optimizar el logro de los resultados en concordancia con recursos necesarios, constituyéndose en un reto que trasciende períodos de gobierno y se convierte en un desafío de la nación con el propósito de que alcancemos los mayores beneficios en salud para los habitantes de este país.

La salud y la vida deben encararse hoy como una finalidad esencial, como un bien a favor del cual hay que actuar de manera explícita y programada.

Una de las líneas estratégicas de acción, para dar respuesta a la situación descrita precedentemente, es la construcción de Redes de servicios de salud, que garantice los derechos universales de la salud, con equidad, calidad y humanismo, que se fundamente en un contrato social para la salud a nivel nacional pero con énfasis primordial a nivel local para fortalecer la gestión territorial de salud.

La búsqueda del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud en el marco de garantizar el ejercicio del derecho a la salud se debe caracterizar por crear condiciones para:

a. Mejorar e incrementar la disponibilidad de recursos y servicios públicos de salud, así como de integrar programas específicos dirigidos a atender la comunidad, la familia y las personas, de acuerdo con las necesidades y prioridades identificadas.

b. Crear condiciones de accesibilidad a servicios de salud a todos y todas sin discriminación alguna, reduciendo progresivamente las barreras geográficas, económicas, administrativas, y culturales, cumpliendo con el mandato constitucional y del código sanitario, de gratuidad de los servicios, y proporcionando a la población la información necesaria para el cuidado de su salud y la elegibilidad de los servicios que requiera.

c. Aceptabilidad de servicios de salud, los cuales deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del enfoque de género y el curso de vida.

d. Establecimientos y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de óptima calidad, garantizando un trato digno, tratamientos adecuados y resolución oportuna de los problemas de salud.

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud, decide impulsar la creación e implementación de las REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD, basadas en la estrategia de APS, para contribuir en el avance hacia el acceso universal y la cobertura universal de salud de la población a los servicios, en el marco del derecho humano, mediante la implementación de mecanismos para orientar el ordenamiento territorial, la reorganización de los servicios, la articulación y el desarrollo de las Redes, el fortalecimiento del Recurso Humano, los procesos de gestión y el financiamiento institucional.

Dr. Antonio Barrios
Ministro de Salud

ABREVIATURAS

AUS	Atención Universal a la Salud
ACS	Agentes Comunitarios de Salud
APS	Atención Primaria de Salud
CUS	Cobertura Universal de Salud
ESF	Equipo de Salud Familiar
MR	Micro Red
MSPyBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RIISS	Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud del Paraguay
USF	Unidades de Salud de la Familia
USF-A	Unidades de Salud de la Familia Ampliada
CONE	Cuidados obstetricos y neonatales esenciales
CEON	Centro de especialidades obstétricas y neonatales
IPS	Instituto de Previsión Social
OMS	Organización Mundial de la Salud

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Acceso Universal a la Salud: Se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género. El acceso universal se logra a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional, de manera equitativa.

Agentes comunitarios de la salud (ACS): Son el complemento necesario para fortalecer el vínculo entre el equipo de salud de la familia y la comunidad, con responsabilidad sobre una determinada área geográfica del territorio social (micro territorio). Realizan acciones educativas, de promoción, prevención, y vigilancia de acuerdo con la planificación del Equipo de Salud de la Familia. Constituyen un elemento clave e imprescindible para instalar el cuidado de la salud desde una perspectiva territorial y promocional.

Atención de Salud: Es la actividad desarrollada tendiente a promover la salud, prevenir la enfermedad, curar, recuperar y rehabilitar al individuo, la familia, la comunidad.

Calidad de la atención: Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y en coherencia con los conocimientos científicos y profesionales del momento.

Cobertura Universal de Salud: Capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, la cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento para que las personas puedan mejorar, conservar y recuperar su salud. Implica que los mecanismos de organización y financiación sean suficientes para cubrir a toda la población. La cobertura universal no es suficiente por sí sola para asegurar la salud, el bienestar y la equidad en salud, pero sienta los fundamentos necesarios.

Complejidad de los Servicios de Salud: Se entiende como complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento. El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos

necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización.

Fragmentación (de servicios de salud):

coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial, que no se ajustan a las necesidades de las personas.

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.

Modelo de atención: Es el conjunto de normas y procedimientos basados en valores y principios fundamentales que permitan orientar la entrega de los servicios de salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos) integrando el uso de las tecnología disponible y adecuada, la gestión del conocimiento, la forma en que los recursos pueden ser utilizados, las formas de participación social y de gobierno en función de las necesidades y expectativas en salud de la población.

Nivel de atención: Se define como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población¹. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino como los problemas de salud que se resuelven. Clásicamente se distinguen tres niveles de atención: **El primer nivel** es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto o la puerta de entrada al sistema. En el **segundo nivel** de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y cirugía general. El **tercer Nivel** se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

Red Integrada e Integral de Servicios de

Salud (RIISS): La RIISS denominada “TESAI PYAHURA PARAGUAY” es un conjunto de servicios de salud vinculados entre sí por su misión única, por objetivos comunes y funcionamiento cooperativo e interdependiente, que permiten ofrecer atención continua e integral a la

¹ Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna 2011; XXXIII (1)

población, de forma humanizada, segura y con equidad.

Segmentación (de sistemas de salud):

Sistemas de salud caracterizados por la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos ‘especializado’ en diferentes estratos de la población de acuerdo con su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago y posición social.

Seguridad del paciente¹: es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

Servicios de salud y los programas de salud:

Los servicios de salud, su organización y administración comprenden también a los programas de salud; es decir, la organización de los servicios orientados a resolver un determinado problema de salud

o a la inversa, los programas de salud al ejecutarse comprenden y hacen parte de los servicios de salud. Esta concepción de salud integral tendrá importancia en el momento de considerar los aspectos operativos de la organización de los servicios y en la programación y evaluación de los mismos.

Sistema de Salud: Conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud.

Sistema de Salud Basado en APS²: está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles.

¹ Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. OMS, 2009

² Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, © 2007

Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad.

Unidad de Salud de la Familia Estándar: Es aquella Unidad con ubicación fija en la cual trabaja un Equipo de Salud de la Familia compuesta por un/a médico/a, un licenciada/o en enfermería/obstetricia, un auxiliar-técnico en salud, agentes comunitarios de salud o promotores de salud, un odontólogo (un odontólogo por cada dos USF) y un polivalente (múltiples funciones administrativas) en un territorio social determinado con una población adscripta de 3500 a 5000.

Unidad de Salud de la Familia Satélite: Es la Unidad dependiente de la USF Móvil o una Estándar con atención móvil a comunidades alejadas, debe articular sus actividades y estar en debida comunicación con estas para realizar la atención planificada, su función principal será dar atención dentro de su competencia a la comunidad, hacer la vigilancia de la salud y notificar debidamente según sea inmediata

o no inmediata; realizar la referencia de pacientes a la USF cabecera cuando así lo amerite. En las comunidades en donde llega de manera planificada la USF Estándar con atención móvil, y existe un puesto de salud con una encargada; esta podría ser técnica en enfermería, técnica en obstetricia, licenciada en enfermería o licenciada en obstetricia, se considera USF Satélite.

Unidad de Salud de la Familia Móvil: Es aquella que no tiene un lugar fijo de atención como la estándar: tiene bajo su responsabilidad sanitaria comunidades con difícil acceso a un servicio de salud pública. La atención estará calendarizada con vehículo y combustible. La USF móvil se constituye por un/a médico/a, un licenciado/a en enfermería/obstetricia, un polivalente, un auxiliar técnico en enfermería/obstetricia, cinco agentes comunitarios de salud o promotores de salud y un odontólogo y otros profesionales que se asignan según necesidad.

Unidad de Salud de la Familia Estándar con atención móvil a comunidades alejadas: Esta Unidad es de composición mixta, funciona en un lugar fijo como la estándar y planifica su llegada a comunidades como la móvil, a las USF

Satélites. La atención estará calendarizada con vehículo y combustible. Está compuesta por un/a médico/a, un/a licenciado/a en enfermería/obstetricia, un auxiliar administrativo, un auxiliar o técnico en enfermería/obstetricia, cinco agentes comunitarios en salud o promotores de salud, polivalente y un odontólogo.

Unidad de Salud de la Familia Ampliada:

Es una Unidad que además de los Servicios ofertados en la Estándar, brinda servicios asistenciales adicionales.

Estos servicios adicionales se refieren a la realización de Partos vaginales sin factores de riesgo, remisión oportuna del embarazo de alto Riesgo y la capacidad de diagnosticar, compensar, y derivar las Emergencias Obstétricas en forma adecuada. Está compuesta, por licenciados en obstetricia, auxiliares técnicos en enfermería/obstetricia, un odontólogo, y se asignan otros profesionales según necesidad

(Ejemplo: territorios Sociales con necesidades de disminuir partos domiciliarios o con complicaciones evitables, que pudiesen tener resolución con una prestación oportuna y adecuada de un profesional en Obstetricia, asignando horarios complementarios).

Hospital Distrital: son los establecimientos en los cuales se materializan servicios hospitalarios básicos a nivel del Área de Salud. Cuentan además de la internación, con servicios de consulta externa y de urgencias.

Hospital Regional: es el establecimiento de salud responsable de satisfacer la demanda de aquellos servicios de mayor complejidad que el Hospital Distrital y constituye la referencia de los demás establecimientos de la Región.

1.- INTRODUCCION

Recientemente, en el 53° Consejo Directivo de la OPS/OMS (2014), se aprobó la “Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”, en el cual insta a todos los países miembros, que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad. Se los exhorta, además, a abordar los determinantes sociales de la salud a través de un enfoque intersectorial y a fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar.

En este sentido, Paraguay ha mostrado avances hacia el acceso y la cobertura universal, mediante la conformación y puesta en marcha de las Unidades de Salud de la Familia (USF), incrementándose la cobertura de la atención de la población, principalmente de aquella que vive en zonas distantes y vulnerables. En el periodo 2008-2012 se aumentaron las atenciones ambulatorias, principalmente por dos factores: por la conformación de más de 750 USF⁴ y por la liberación de aranceles a toda la población. No obstante, al igual que en otros países, el sistema sufre los efectos de la excesiva fragmentación de la provisión de servicios y la segmentación de la población según su capacidad de pago, condiciones que producen barreras de acceso, exclusión social en salud y baja calidad en la atención. Ambas, se constituyen en desafíos importantes para lograr un acceso más equitativo de los ciudadanos paraguayos a los servicios de salud. La iniciativa de las Redes integradas e integrales de servicios de salud (RIISS) del MSPBS basadas en la estrategia de APS, apunta esencialmente a la disminución y superación de estos problemas.

Por otra parte, existe un marco constitucional, legal y regulatorio que sustenta la integración de las Redes. En la Constitución del 92, en su artículo 69 se enuncia que *“se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que*

⁴ Datos obtenidos de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud

posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de recursos del sector público y privado". Posteriormente, con la Ley Nº 1032/1996, se crea el Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de "distribuir de manera equitativa y justa los recursos nacionales en el Sector Salud, y de establecer a través del mismo conexiones intersectoriales e intrasectoriales concertadas e incorporar a todas las instituciones que fueron creadas con la finalidad específica de participar en las actividades de promoción de la salud, recuperación y rehabilitación de la salud y prevención de la enfermedad de individuos y comunidades".

Hay que reconocer que la realidad social paraguaya es compleja y de muchas dimensiones, lo que exige propuestas y acciones múltiples, sistémicas y sistemáticas, con una visión de mediano y largo plazo, que comprometan al gobierno y a la sociedad en su conjunto, hacia una nación que viabilice el ejercicio y goce de los derechos para una mejor calidad de vida de la población en general. En esta perspectiva, la organización del Sistema Nacional de Salud, en Redes integradas e integrales de servicios de salud, lo que busca es garantizar el acceso y la universalidad en la atención con equidad, integralidad y la participación social.

En la práctica, los modelos de atención no están centrados en los usuarios de los sistemas y en sus demandas, sino que se enfocan en la recuperación de la enfermedad, desde una mirada excesivamente medicalizada y bajo las presiones de la industria de la salud por generar mayor consumo de tecnología. En los sistemas de salud el poder se centra al interior de los hospitales y los procesos de asistencia médica están fragmentados al interior de los propios establecimientos y no se integran con otros niveles de atención, generando pérdida de continuidad, de calidad y de economías de escala.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social ha definido su nuevo rol y funciones estratégicas para dar respuestas al Sistema Nacional de Salud, y para ello los ámbitos de responsabilidad, control y ejecución del mismo, se harán a través, de seis áreas específicas de acción: conducción de la política de salud y el ambiente humano, regulación y atención sanitaria, promoción de la salud, vigilancia de la salud y del ambiente, bienestar social y desarrollo de la investigación de salud. Por consiguiente, pretende dar un cambio fundamental en los mecanismos de la entrega de los servicios de salud, del uso de la tecnología disponible, de la producción y administración del conocimiento, así como la utilización de los recursos y la forma de participación social organizada a través de los

Consejos Nacional, Regionales y Locales de Salud, entendiendo que esto llevará a una mayor cobertura y equidad.

Como parte de dicho proceso se elabora este documento de orientaciones técnicas que contiene la organización y funcionamiento de los servicios de salud en el marco de la Ley 1032. Específicamente, se desarrolla lo relacionado con el Ministerio de Salud para Unidades de Salud de la Familia (USF), Hospitales Distritales, Regionales y Especializados, incluyendo a otros prestadores como el IPS, Sanidad Militar, Sanidad Policial, privados entre otros. Se propone una estructura uniforme pero flexible, de organización y entrega de estos servicios; siendo esto lo novedoso y fundamental de la propuesta, ya que no existe, una fórmula única de resolver los problemas de atención de la salud, pero si una estrategia global orientada al desarrollo local, a la participación y a la búsqueda de mayor equidad, eficacia y eficiencia, dependiendo de las condiciones especiales de cada área geográfica determinada.

De esta forma se espera que este modelo organizacional de atención se implemente en todo el país, respondiendo a las necesidades humanas, universales y a las exigencias de su contexto social, económico y epidemiológico, local y nacional.

2.- OBJETIVO

Este documento orientador tiene como objetivo:

Proporcionar los insumos técnicos necesarios, que contribuyan a la creación e implementación de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS), basadas en la estrategia de APS en las Regiones Sanitarias, para fortalecer el desempeño en la prestación de los servicios de salud públicos y privados, de manera integral y equitativa, beneficiando a todos los habitantes de la República del Paraguay.

3.- MARCO POLITICO REFERENCIAL DE LAS REDES

En consonancia con lo enunciado en capítulos anteriores, en la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, se señala explícitamente que *“cada país debe definir, tomando en cuenta su contexto nacional, histórico, económico y social, la manera más eficiente de organizar su sistema de salud y utilizar sus recursos para asegurar que todas las personas tengan acceso a servicios integrales de salud cuando los necesitan”*.

En el marco del Plan Nacional de Desarrollo Social y Económico 2030, cuyo principal propósito es el de establecer acciones individuales y colectivas, con la participación de todos los sectores de la sociedad, que lleven a mejorar las condiciones de salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad. Se proponen 10 ejes de acción con sus respectivas acciones específicas, uno de ellos es la instalación y fortalecimiento de las redes de atención, destacando entre otros:

- Fortalecimiento de la Unidad de Salud Familiar (USFs) y articulación con la Red, Clínicas móviles.
- Fortalecimiento de los servicios de salud, para la atención de personas con discapacidad.
- Incorporación de tecnología: TELESALUD
- Fortalecimiento de las alianzas público-privadas, especialmente convenios con el IPS.

Conforme a lo anterior, esta administración tiene como fin, la creación e implementación de las RIIS. Es por ello que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, siguiendo los lineamientos del Gobierno Nacional, elaboró el Plan Estratégico Institucional 2013-2018, aprobado por Resolución S.G.Nº 52 de febrero del 2014, basándose en el derecho a la salud como derecho humano fundamental, ya instituido en el art. Nº 68 de la Constitución Nacional, lo cual implica:

- **Derecho a la asistencia sanitaria con universalidad, equidad e integralidad.** Esto es, acceso a los servicios de salud en igualdad de oportunidades para todos, independientemente de las condiciones socioeconómicas, políticas, religiosas y étnicas.

- **Derecho al bienestar teniendo las oportunidades necesarias para tener una vida plena.** Es decir, el derecho a gozar de una vida plena teniendo las oportunidades necesarias para ello, como son empleo con condiciones laborales dignas, vivienda confortable, acceso a la educación, alimentación, a las oportunidades de ocio, diversión y culturales. Garantizar el derecho al bienestar supone eliminar los determinantes sociales y económicos de la salud y por tanto exige la coordinación de todas las instituciones públicas que intervienen en estos condicionantes.
- **Derecho a la participación como ejercicio pleno de ciudadanía.** Esto supone crear los mecanismos necesarios para una participación ciudadana con poder de decisión para el control y la transparencia de la gestión del Estado.

Los ejes estratégicos de este Plan corresponden a: Fortalecimiento de las funciones de rectoría y conducción, Fortalecimiento en la prestación de servicios (promoción, prevención, atención y rehabilitación) de salud con enfoque de derecho, equidad, género e interculturalidad y en Garantizar la transparencia, eficiencia, la participación ciudadana y la calidad en la gestión.

Posteriormente, se avanzó en la Política Nacional de Salud, con un planteamiento de construcción de una Política de Estado, la cual se fue discutida y validada por diferentes actores y sectores, definiéndose cinco estrategias, siendo una de ellas el “**Fortalecimiento de la atención primaria de la salud articulada en Redes integradas**”. Las líneas de acción contempladas en dicha estrategia se enmarcan en:

- ✓ Aumentar la resolutiveidad en el primer nivel de atención (infraestructura, equipamiento, recursos humanos, telemedicina, medicamentos e insumos) con énfasis en problemas prioritarios.
- ✓ Reorganizar e incrementar el número de unidades de salud de la familia articulándolas en redes.
- ✓ Desarrollar e implementar las redes integradas e integrales de servicios de salud basadas en la estrategia de APS.
- ✓ Desarrollar los modelos de atención, gestión y gobernanza para asegurar la Atención Integral e Integrada centrada en la persona, la familia y la comunidad.
- ✓ Promover la participación comunitaria en la identificación y solución de las necesidades de salud.

- ✓ Avanzar en la disponibilidad de medicamentos y tecnologías sanitarias en toda la Red, de acuerdo a las necesidades de salud y con apego a la evidencia.

Finalmente, este documento de orientaciones técnicas se sostiene en los valores y principios fundamentales, definidos en la Política Nacional de Salud 2030.

Valores

Derecho a la salud.

La carta fundacional de la OMS establece que “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Este derecho se expresa en muchas constituciones nacionales incluyendo la de Paraguay y se articula en tratados internacionales. Ello implica derechos legalmente definidos de los ciudadanos y responsabilidades del Estado y de otros implicados. Es uno de los valores fundantes de la acción en salud en diversas culturas.

Equidad.

La equidad en salud “se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a servicios de salud integrales, oportunos, y de calidad, en la contribución financiera, y en el acceso a entornos saludables”. “La equidad es una piedra angular de los valores sociales: la forma en que una sociedad trata a sus miembros menos favorecidos refleja el valor que confiere a la vida humana, ya sea de manera explícita o implícita”. Incluye consideraciones sociales, de género, generacionales, territoriales, étnicas y culturales.

Solidaridad.

La solidaridad es “el grado en el que los miembros de una sociedad trabajan conjuntamente para definir y conseguir el bien común”. Los documentos de OPS señalan que “la solidaridad social es uno de los medios por el cual la acción colectiva puede superar problemas comunes” y que “los sistemas de salud y de seguridad social son mecanismos mediante los cuales puede expresarse la solidaridad entre individuos de distintas clases y generaciones al interior de una sociedad”.

Respeto a la diversidad

Valorar la diversidad y respetarla, es admitir las diferencias que existen entre todas las personas y considerarlas un aporte enriquecedor y positivo para el conjunto. Cuando se respeta la diversidad, se asume que diversos somos todos y que debemos convivir y lograr la unidad en el marco de esta realidad. Esto conlleva un cambio de mirada donde no hay “diferentes” y “normales”, sino que nos enriquecemos más cuanto más entendemos que somos diferentes unos de otros, nos respetemos y aprovechemos esas diferencias.

Figura 1. Valores de las Redes integradas e integrales de servicios de salud



Fuente: MSPBS- Dirección General de Planificación y Evaluación. Elaboración propia

Principios

Universalidad. El principio de Universalidad señala que todos los habitantes de un país deben ser alcanzados por el Sistema de Salud. Todas las personas sin discriminación alguna, deben participar de los beneficios del sistema.

Calidad, calidez y humanización en los programas y servicios. La humanización de los servicios de salud busca orientar la actuación del personal de la salud hacia el servicio a la

población, considerando a este en su globalidad personal, ofreciéndole una asistencia integral que incluya una relación empática centrada en la persona y favorezca el buen trato mutuo entre todos.

Eficiencia. Es la relación óptima entre los recursos utilizados y a obtención de buenos resultados en salud y en calidad de vida de la población. Por eficiencia habría que entender la extracción del máximo provecho a los recursos disponibles. En términos sociales, eficiencia significa la maximización del bienestar social.

Responsabilidad y rendición de cuentas. Mediante este principio se asegura que los derechos sociales se garanticen y apliquen, y que los ciudadanos estén protegidos ante todo daño. La rendición de cuentas requiere de políticas reguladoras y de procedimientos legales y específicos que permitan a los ciudadanos hacer exigibles sus derechos en caso de que no se respeten.

Transparencia en la gestión. Se refiere al uso responsable y claro de los recursos que se le han encomendado, eliminando cualquier discrecionalidad indebida en su utilización y garantizando el acceso a la información de los usuarios y ciudadanos en general.

Integralidad. Este principio implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, y apoyo para el autocuidado.

Sostenibilidad. Este principio apunta a que los avances deben ser estables en el tiempo y garantizar que se mantengan para futuras generaciones. La sostenibilidad del sistema de salud exige de planificación estratégica y compromiso a largo plazo.

Participación social. El principio de participación convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas. Implica reconocer que “todos somos parte” comprometida en el buen funcionamiento del sistema.

Intersectorialidad. En materia de salud este principio significa que el sector de la salud debe trabajar con diferentes sectores y actores para velar por que las políticas públicas se alineen con el fin de maximizar su potencial contribución a la salud y al desarrollo humano. Para ello es necesario que el sector de la salud participe cuando se tomen decisiones acerca de las políticas de desarrollo y contribuir con los objetivos de los demás sectores.

Figura 2. Principios de las Redes integradas e integrales de servicios de salud.



Fuente: Elaboración propia. Dirección General de Planificación y Evaluación-MSPBS

Las RIIS se enmarcan también en la **“Estrategia de promoción de la equidad en calidad de vida y salud”**, definida como el conjunto de acciones individuales y colectivas dirigidas a promover la autonomía de las personas, el desarrollo pleno y digno de las mismas en los ámbitos social, político y económico, mediante la superación de la determinación social de la enfermedad, basándose en los siguientes cambios de paradigmas:

- Del Enfoque curativo al Preventivo
- Del Enfoque biomédico al Biopsicosocial
- Del Enfoque asistencialista al Promocional

- Del Enfoque Hospitalario al Comunitario
- Del Enfoque de niveles a la Organización en Redes Integradas de Servicios

Por último, las RIISS se orientan bajo la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), lo que implica, abordar la salud en su entorno ambiental, socio-económico y cultural, considerando los determinantes sociales de la salud, estudiando las características demográficas, epidemiológicas, sociales y culturales de la población a cargo y realizando acciones integrales de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

4.- DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Para dar cumplimiento al mandato constitucional, la Ley 1032/96 creó el Sistema Nacional de Salud de Paraguay, disponiendo en el artículo 4to. su actuación mediante la oferta de servicios de salud de los subsectores público y privado.

El Sistema tiene el objetivo de distribuir de manera equitativa y justa los recursos nacionales en el sector Salud, y a través del mismo se establecen conexiones intersectoriales e intrasectoriales concertadas e incorpora a todas las instituciones que fueron creadas con la finalidad específica de participar en las actividades de promoción y protección de la salud, recuperación y rehabilitación de la enfermedad de individuos, familias y comunidades dentro del territorio de la República.

En el Artículo 8º (inciso f), se resaltan *“las estrategias y programas de atención primaria de la salud, como base fundamental de extensión de cobertura a toda la población urbana y rural”*, entre los instrumentos a ser implementados para dar plena vigencia al derecho a la salud mediante la extensión de cobertura, facilitando la accesibilidad, eficiencia y calidad, sin discriminaciones.

El Sistema de Salud de Paraguay es segmentado y fragmentado, integrado por dos subsistemas: el subsistema público y el subsistema privado. El subsistema público está conformado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; el Instituto de Previsión Social (IPS); los hospitales dependientes de las Fuerzas Públicas (Hospital de la Armada, Hospital Militar, Hospital de Policía); las dependencias de Gobernaciones y Municipalidades que prestan servicios en el sector salud; y por los hospitales dependientes de la Universidad Nacional de Asunción (Hospital de Clínicas y Centro Materno Infantil). El subsistema privado está integrado por entidades con fines de lucro y otras sin fines de lucro⁵. Entre las entidades con fines de lucro se encuentran empresas aseguradoras de medicina pre paga, sanatorios, clínicas, institutos, laboratorios privados, otras entidades que prestan servicios de salud y profesionales independientes. Entre estas últimas, existen más de 150 Instituciones

⁵ Ley 1032/1996. Que crea el Sistema Nacional de Salud

prestadoras de servicios de salud (centros médicos, sanatorios, hospitales) y más de 70 empresas de medicina pre-paga.

Estos subsistemas funcionan con diferentes modalidades de financiamiento, dan cobertura a distintos grupos poblacionales según su condición de empleo, posición social o simplemente según su capacidad de pago. Los servicios que proveen son variados y cada grupo poblacional recibe diferentes beneficios y con calidad diferente, los cuales se producen a través de procesos que no son homogéneos.

El Decreto N° 21376/1998, establece la nueva organización y estructura institucional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con la conformación de 18 Regiones Sanitarias, por niveles de complejidad y de atención distribuidos en Puestos de Salud, Centros de Salud, Hospitales Distritales y Hospitales Regionales.

4.1. Las funciones del Sistema Nacional de Salud

4.1.1. Función de rectoría

Los enunciados de la Ley No. 1032, estipulan la conformación de tres núcleos de gestión a nivel nacional, regional y local y definen las estructuras necesarias para la conducción bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS).

Así establece en el nivel Nacional, el Consejo Nacional de Salud (CNS), con una Mesa Directiva y el Comité Ejecutivo del Sistema, que organice el funcionamiento de las siguientes instancias, Direcciones Generales del Sistema:

Fondo Nacional de Salud (FONSALUD): a partir de su creación cumplirá la función financiera y perceptora, encargado de desarrollar la política de financiamiento del sector y la organización y administración del seguro médico nacional. Al momento actual aún no ha iniciado su funcionamiento.

Superintendencia de Salud (SUPSALUD): tiene función fiscalizadora reglamentada por el Decreto No. 20553/1998, como autoridad responsable del control de las entidades prestadoras de servicios de salud del país; de acreditación y categorización de entidades

prestadoras de servicios de salud; de fiscalización del cumplimiento de Leyes y reglamentos sanitarios”. Su desarrollo aún es limitado.

“El Consejo Nacional de Salud (CNS), los Consejos Regionales (CRS) y Locales (CLS) de Salud se instituyen como organismos de coordinación, consenso y participación inter-institucional del sector público y privado de la salud”.

4.1.2. Función de Financiamiento

a. Presupuesto Público:

El gasto público en salud, incluyendo el presupuesto del MSPyBS y las prestaciones médicas del IPS, evidencia una fuerte expansión a lo largo del periodo 2003 – 2011. El presupuesto público en salud expresado en valores constantes se cuadruplicó. El crecimiento en dólares del presupuesto público de salud es aún más pronunciado, aunque probablemente esta recuperación responda en gran medida a la apreciación de la moneda respecto del dólar. El gasto pasa de 127 millones de dólares en 2003 a 737 millones en 2011. En términos per cápita se quintuplica al pasar de 22 dólares en 2003 a 116 en 2011 y de 160 en el 2013.

b. Gasto de los hogares:

Desde 2008, en forma secuencial se fueron eliminados los copagos para las consultas externas y las urgencias (septiembre 2008), e internaciones hospitalarias (octubre 2008). En diciembre de 2009, se decreta la abolición completa de copagos en los servicios públicos de salud.

Estas medidas incrementaron el porcentaje de personas que se atienden en establecimientos públicos (según EPH 2007/2010 la consulta en el sector público pasó del 36% al 40%)⁶. La información disponible resulta consistente con el resultado de que los gastos de bolsillo en salud se mantuvieron constantes en términos reales entre 2007 y 2010.

c. Cooperación Internacional:

En la República de Paraguay históricamente han operado las principales agencias de cooperación internacional. En salud, estas agencias participan activamente en el desarrollo y

⁶ DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares. 2007-2010.

fortalecimiento institucional del MSPyBS para la mejora de la equidad y calidad de los servicios de salud. Los proyectos abarcan desde la construcción de instituciones hasta la capacitación del personal de enfermería de atención primaria. Existen proyectos con diversas modalidades de ejecución y de cooperación: préstamos y donaciones, asistencia técnica y financiera no reembolsable y donaciones de bienes.

Estos fondos son coordinados desde la Dirección General de Relaciones Internacionales del MSPyBS, creada en 2008, en el marco de una agenda estratégica de cooperación. Son importantes en Paraguay los proyectos de cooperación internacional de la Unión Europea, el MERCOSUR y los proyectos de cooperación bilateral (AECID, JICA, KOICA, USAID, CIDA/CANADA); el Programa Iberoamericano de Fortalecimiento de la Cooperación Sur-Sur, a través de la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB) y el Fondo de Convergencia Estructural del MERCOSUR (FOCEM).

En el caso de las iniciativas de cooperación sur-sur los proyectos constituyen una vía para transferir capacidades, generar instancias de colaboración y articulación entre los países e impulsar la integración regional. Brasil, Argentina, Chile y Paraguay participan activamente en este tipo de iniciativas.

4.1.3. Función de Provisión de Servicios

En 2013 el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social contaba con: 17 Hospitales Regionales; 37 Hospitales Distritales; 9 Hospitales Especializados y 4 Centros Especializados; 11 Hospitales Materno Infantiles; 90 Centros de Salud; 400 Puestos de Salud; 49 Dispensarios y, 754 Unidades de Salud de la Familia (USF)⁷.

Las USF representan una innovación dentro del sistema de salud paraguayo: efectores de salud basados en la Atención Primaria de la Salud orientados a cambiar el modelo hospitalocéntrico vigente a un modelo de atención descentralizada y más focalizado en el individuo, la familia y la comunidad; y concebidos para integrar una Red de atención. Estas unidades cubren hoy a una población objetivo de más de 2.4 millones de personas en todos los departamentos del país (35% de cobertura poblacional).

⁷ MSPBS. Dirección General de Desarrollo de Redes y Servicios de Salud. 2013

El IPS cuenta con un hospital general y especializado, 10 hospitales regionales, cinco clínicas periféricas y 60 unidades de primer nivel. Asimismo, tiene acuerdos de cooperación con otras instituciones prestadoras de servicios y formadoras de recursos humanos en salud⁸.

La Sanidad Policial y la Militar cubren a menos de 1% de la población. La atención más compleja se realiza en el Policlínico Policial de Asunción con 80 camas.

La Universidad Nacional de Asunción dispone de un hospital escuela de la Facultad de Medicina, que atiende principalmente a sectores de escasos recursos.

El sector privado sin fines de lucro cuenta con 30 establecimientos de primer nivel. El sector privado con fines de lucro está compuesto por empresas prepagas y de seguros, hospitales y sanatorios (153 establecimientos), clínicas, centros e institutos (425 establecimientos), consultorios (474 establecimientos), 342 laboratorios, 15 servicios de emergencias y 1.965 farmacias.

Paraguay, cuenta con 49 servicios de bancos de sangre o centros de hemoterapia, públicos y privados (23 del MSPyBS, 6 del IPS y 20 en el resto del sistema). El sistema de adquisición de sangre vigente que predomina es el denominado “por reposición”.

La situación en la atención hospitalaria indica un bajo índice de ocupación de camas disponibles; una estancia relativamente prolongada en algunos hospitales; un débil sistema de referencia y contra referencia de pacientes y escasa capacidad resolutive del sistema de urgencias. Resulta manifiesta la desigual distribución territorial de recursos y la concentración de los mismos en el Departamento Central.

La Ley Nº 3007/2006, se centra en el manejo de recursos de los Consejos Regionales y Locales. Para consolidar la participación en el accionar sanitario de los actores del Sistema, se crearon los Consejos Nacional, Regionales y Locales; así como la propuesta y elaboración de planes y programas estratégicos.

⁸ Falta actualizar datos e incorporar la fuente

Los fines de los Consejos son principalmente: Impulsar el Sistema, mediante la concertación y coordinación interinstitucional de planes, programas y proyectos de interés nacional, regional y local, en directa relación con las autoridades detectadas de las diversas áreas de acción sanitaria y asegurar a toda la población la atención integral y solidaria en calidad y equidad. Igualmente, participar en la formulación de los lineamientos de la Política y Estrategia Nacional, Regional y Local de Salud, y formular las recomendaciones pertinentes al Comité Ejecutivo, realizar en las instancias pertinentes, propuestas para que los demás sectores del país, adecuen sus actividades a la política y estrategias nacionales de salud y bienestar social.

Por último, considerar y fiscalizar el cumplimiento de los Planes: Nacional, Regionales y Locales de Salud y su ejecución presupuestaria.

Los Comités Ejecutivos son organismos dependientes de los Consejos Nacional, Regional y Local (según el caso) de Salud, y tienen la responsabilidad de conducir, orientar, decidir, normalizar y controlar el funcionamiento del Sistema, implementar los planes nacionales, regionales y locales (según el caso) y sus presupuestos correspondientes.

5.- REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD (RIISS)

La RIISS denominada “TESAI PYAHURA PARAGUAY” es un conjunto de servicios de salud vinculados entre sí por su misión única, por objetivos comunes y funcionamiento cooperativo e interdependiente, que permiten ofrecer atención continua e integral a la población, de forma humanizada, segura y con equidad.

Al interior de cada Región Sanitaria se organizarán Micro-Redes (redes locales, redes distritales) y la Red Regional acorde a las necesidades de salud de la población y a la oferta de servicios existente, las cuales estarán articuladas con la Macro Red o Red Nacional.

Cada una de estas redes, tendrá asignada un territorio y una población, de cuya atención a la salud será responsable.

En la Capital y la Región Central, dada la gran densidad poblacional y la concentración de servicios de salud de alta complejidad, se podrá considerar una organización especial.

En el caso del Chaco, por su baja densidad poblacional y gran extensión territorial también se podrá considerar una organización especial.

Las RIISS deberán articular las unidades del MSPyBS a otras instituciones prestadoras de servicios de salud públicos y privados, como por ejemplo: con los servicios del Instituto de Previsión Social (IPS), Sanidad Policial, Sanidad Militar, Municipios y Gobernaciones, entre otras; para lo cual establecerán acuerdos, convenios, alianzas.

Tabla 1. Redes integradas e integrales de servicios de salud.

Instancias.	Complejidad	Nivel de Atención	Correspondencia Operativa.
Atención Individual, Familiar y Comunitaria.	Baja Complejidad	Primer Nivel	USF (ESF) 3 tipos: USF satélite, USF Estándar, USF Móvil
Atención Hospitalaria	Baja Complejidad	Primer Nivel	USF Ampliada
	Mediana Complejidad	Segundo Nivel	Hospitales Distritales
	Alta Complejidad	Tercer Nivel	Hospitales Regionales
	Alta complejidad	Tercer Nivel	Hospitales Nacionales. Hospitales Generales Hospitales Especializados Institutos Otros (Hospital Central del IPS,)
Sistema Logístico			Sistema de Acceso Regulado (SEME, ASANED) Sistema Informático en Salud (online) Registro electrónico en salud (citas médicas) Sistema de Transporte en Salud (SEME) MOVILES DE SALUD: terrestre, acuático y aéreo.
Sistemas de Apoyo.			Sistemas de Apoyo Diagnóstico, Terapéutico y Biomédicos Sistema de Asistencia Farmacéutica Tele-asistencia/ Telemedicina. Sistema de Información en Salud. Servicios Ambientales: SENASA, SENEPA, DIGESA, etc. Sistema de laboratorios de análisis clínicos y bacteriológicos. Sistema de diagnósticos por imágenes.

Fuente: MSPBS - Dirección General de Planificación y Evaluación.

5.1.- Modelo de atención

El modelo de atención de las RIIS se basa en la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), que propone el abordaje de la salud en su entorno ambiental, socio-económico y cultural, considerar los determinantes sociales de la salud, estudiar las características demográficas, epidemiológicas, sociales y culturales de la población a cargo y realizar acciones integrales de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos centrados en las personas, familias y comunidades.

En este modelo de atención, los equipos de las USFs deben coordinar y acompañar los cuidados de la población de su área de competencia a lo largo de la Red, para garantizar la continuidad de la atención. Los atributos principales del modelo de atención basado en la APS son:

1. **Acceso y primer contacto:** las USFs son la puerta de entrada priorizada al sistema nacional de salud y tendrá una población definida para brindar cuidados a cada nuevo problema o nuevo episodio de un mismo problema de salud, con excepción de verdaderas emergencias y urgencias médicas.
2. **Integralidad:** los servicios de salud realizan acciones de promoción, prevención, cura y rehabilitación, incluyendo las referencias para especialidades médicas y hospitales.
3. **Longitudinalidad:** la atención se brinda a lo largo del tiempo y se establece un vínculo fuerte y sostenido entre la población y los equipos de salud.
4. **Coordinación de la atención:** continuidad de la atención a lo largo de la red, por parte del equipo de la USF a través de contactos profesionales con los demás niveles de atención y con el apoyo de la historia clínica.

Para efectivizar el modelo de atención, se implementarán los siguientes instrumentos:

- ✓ Sistema de referencia y contrareferencia
- ✓ Utilización de protocolos clínicos para los principales problemas de salud
- ✓ Historia clínica electrónica única para toda la red
- ✓ Modelo de diagnóstico de salud comunitaria

5.2.- Modelo de Gestión

En las RIISS se implementara un modelo de gestión, que apoye el cumplimiento de los objetivos de la red y sustente al modelo de atención integral basado en la Atención Primaria de la Salud.

Este modelo comprende la gestión de los recursos humanos, tecnológicos, el sistema de información y evaluación, el sistema de apoyo, el sistema de logística y el sistema de transporte sanitario.

En relación con la gestión de recursos humanos, cada región sanitaria realizará un análisis técnico con respecto al RRHH (especializado y no especializado), los vínculos existentes, su distribución actual, los ingresos salariales y otros factores, con el fin de regular mecanismos que favorezcan la desconcentración del mismo, contando con un personal adecuado, competente, motivado, promoviendo incentivos de índole académica y de bienestar.

En las redes regionales se establecerán procesos de capacitación permanente, adecuados sistemas de reclutamiento, formación y desplazamiento de las personas a zonas dispersas.

El sistema de información estará alineado con los objetivos y el sistema de evaluación de la red. Debe proporcionar datos sobre la situación de salud de la población asignada (incluida información sobre los determinantes de la salud), la demanda y la utilización de los servicios; información operacional sobre la trayectoria del paciente independiente del sitio de atención (admisión, alta, derivación); información clínica; información sobre la satisfacción de los usuarios; e información económica (tipo de afiliación, costos para pacientes atendidos de la Red privada, etc.). Todas las unidades operativas afiliadas a la Red deben estar vinculadas con el sistema de información.

El sistema de información de la RIISS tendrá un identificador común y único para cada persona/paciente; una definición común de términos y definiciones de estándares; y una base de datos accesible para todos los miembros de la Red que preserve la confidencialidad de la información y evite duplicaciones en la información referente a la historia clínica.

5.3.- Gobernanza

La gobernanza de las RIIS será ejercida en cada región por el conjunto de representantes de las Instituciones que integran la red y los consejos de salud. El ejercicio de la gobernanza se ejerce a través de sesiones periódicas convocadas por el coordinador de la red regional y nacional.

Las funciones y competencias del gobierno de la Red:

- Establecer la visión, misión y objetivos estratégicos de la red.
- Coordinar acciones entre las instituciones que integran la red.
- Establecer objetivos y metas de la red alineados a la Política Nacional de Salud y al Plan Estratégico Institucional.
- Constituir una instancia para la concertación y participación social.
- Proponer acciones para movilizar recursos en función de los intereses de la red.
- Constituir el espacio fundamental de deliberación y propuestas para la toma de decisiones.
- Servir como instancia de evaluación de la funcionalidad de la red.
- Facilitar la coordinación inter sectorial de la red.
- Rendición de cuenta.

5.4.- Financiamiento

El modelo de financiamiento y gasto en salud que actualmente maneja el MSPySP se mantendrá, pero se debe avanzar en el corto plazo con estudios que identifiquen nuevos mecanismos de financiamiento así como la realización de los costos de la cartera de servicios. También se debe generar un sistema de incentivos y rendición de cuentas que promuevan la integración de la Red como un todo, el tratamiento de los problemas de salud en el lugar más apropiado del continuo asistencial, y la promoción y preservación de la salud de las personas y del medioambiente.

5.5. Organización de las Redes:

A continuación, se describen los distintos tipos de redes que se organizarán en el país:

5.5.1. Tipo de micro redes: local y distrital

5.5.1.1. La Micro Red Local:

Definición: se define como la organización de establecimientos de salud en un territorio definido, con criterios de accesibilidad geográfica, que funciona como puerta de entrada al Sistema.

Propósito: Atender integralmente a la población, con servicios de primer nivel de atención a través de la complementación de competencias y recursos dentro de la red para resolver en forma conjunta los problemas de salud que se presentan a nivel comunitario del territorio de la red.

Estructura: estará conformada por las USF estándar, USF satélite, USF móvil y la USF ampliada. Para que se conforme la red local, deberá contar minimamente con una USF-A como cabecera.

Coordinador de la red: sera ejercido por el jefe de la USF A y sus funciones:

- Coordinar la elaboración del diagnóstico de salud del territorio de la red y plan de trabajo.
- Velar por la implementación del modelo de atención basada en la Atención Primaria de la Salud.
- Mantener canales directos de comunicación con las USFs.
- Desarrollar reuniones periódicas para coordinar, monitorear y evaluar las acciones realizadas.
- Promover y coordinar actividades de capacitaciones conjunta, para el desarrollo de las competencias de los integrantes de la red.
- Mantener enlaces con el coordinador de red distrital en la que esta integrada la red local.
- Vigilar la tendencia de los principales indicadores de resultados e impacto de salud.
- Proponer medidas administrativas y de gestión para mejorar el desempeño de la red local.
- Implementar los registros e instrumentos para la atención y la gestión, definidos por el MSPBS para las USFs.

Cartera de servicios: Se tendrá en cuenta lo definido en los manuales de funciones y procedimientos para las Unidades de Salud de la Familia.

Criterios de evaluación de la Red (indicadores de proceso y resultado, medidos en valores absolutos):

Diagnóstico Local de salud

Plan de trabajo

Informe anual de prestaciones de servicios

Informe de tendencia de indicadores sanitarios

5.5.1.2. La Micro Red Distrital o Municipal:

Definición: son las redes conformadas a nivel distrital o municipal, que incorporan las redes locales conformadas dentro del territorio.

Propósito: Atender integralmente las necesidades de salud de la población del distrito, brindando servicios del 1er y 2do nivel de atención.

Estructura: estará conformada por las micro redes locales (centros y puestos de salud que deben reconvertirse en USF según el tipo que corresponda), hogares de espera materna y el Hospital Distrital. Las cabeceras de esta micro red serán USF ampliadas u Hospital Distrital.

Coordinador: será designado por la Dirección de la Región Sanitaria

Sus funciones son:

- Coordinar la elaboración del diagnóstico de salud del territorio de la red y plan de trabajo.
- Velar por la implementación del modelo de atención basada en la Atención Primaria de la Salud.
- Mantener canales directos de comunicación con los establecimientos que componen la red.
- Desarrollar reuniones periódicas para coordinar, monitorear y evaluar las acciones realizadas.
- Promover y coordinar actividades de capacitaciones conjunta, para el desarrollo de las competencias de los integrantes de la red.
- Mantener la coordinación con el Director Regional de salud o quien él designe para supervisar la red distrital.
- Vigilar la tendencia de los principales indicadores de resultados e impacto de salud.

- Proponer medidas administrativas y de gestión para mejorar el desempeño de la red distrital.
- Analizar periódicamente la cartera de servicios de la red distrital y tomar medidas para mejorarla.
- Implementar los registros e instrumentos para la atención y la gestión, definidos por el MSPBS y velar por su implementación en las redes locales.

Cartera de servicios: definidos para el 1er nivel y 2do nivel de atención.

Criterios de evaluación de la Red Distrital (indicadores de proceso y resultado, medidos en valores absolutos y relativos):

Diagnóstico distrital de salud

Plan de trabajo

Informe anual de prestaciones de servicios

Informe de tendencia de indicadores sanitarios

5.5.2. Redes:

5.5.2.1. Red Regional o departamental:

Definición: son las redes conformadas a nivel regional o departamental, que incorporan las redes distritales conformadas dentro del territorio.

En los casos en que se identifique la necesidad de complementar las capacidades resolutivas de dos o más redes distritales, se conformarán redes interdistritales, que actuarán en el territorio de su área de competencia, para la atención de los problemas de salud de la población afectada.

Propósito: Satisfacer las necesidades de salud de la población a través de la prestación coordinada de servicios de salud pública y atenciones del 1er, 2do y 3er nivel.

Estructura: la conforman todas las redes distritales y los establecimientos de salud hospitalarios y extrahospitalarios propios de la Región Sanitaria.

Coordinador: El Director Regional con el apoyo del Director de las Redes Integradas e Integrales de los Servicios de Salud. **Sus funciones:**

- Conducción y regulación de la red.
- Identificar problemas comunes a las redes distritales y definir estrategias articuladas para dar respuesta.

- Velar por la implementación del modelo de atención basada en la Atención Primaria de la Salud.
- Articular en la red regional la participación del sistema de apoyo y logística.
- Evaluación de desempeño de la red.
- Gestión intersectorial de la red.
- Desarrollar alianzas y convenios con otras instituciones del sector salud.
- La elaboración del diagnóstico de salud del territorio de la red y plan de trabajo.
- Gestionar los recursos humanos, financieros, tecnológicos.
- Desarrollar reuniones periódicas para coordinar, monitorear y evaluar las acciones realizadas.
- Mantener canales directos de comunicación con los establecimientos que componen la red.
- Promover y coordinar actividades de capacitaciones conjunta, para el desarrollo de las competencias de los integrantes de la red.
- Vigilar la tendencia de los principales indicadores de resultados e impacto de salud.
- Proponer medidas administrativas y de gestión para mejorar el desempeño de la red regional.
- Analizar periódicamente la cartera de servicios de la red regional y tomar medidas para mejorarla.
- Implementar los registros e instrumentos para la atención y la gestión, definidos por el MSPBS y velar por la implementación de los mismos en las micro redes de su ámbito de competencia.
- Mantener la coordinación con la Red Nacional.
- Presentar informes periódicos sobre el funcionamiento de las RIIS y sus indicadores a las autoridades.

Cartera de servicios: las definidas para el 1er, 2do y 3er nivel de atención.

Criterios de evaluación de la Red (indicadores de proceso y resultado):

Diagnóstico regional de salud.

Plan de trabajo.

Informe anual de prestaciones de servicios.

Informe de tendencia de indicadores sanitarios.

Informe de gestión de la red.

5.5.3.2. Red Nacional

Definición: es la red conformada a nivel nacional, con todos los recursos y presta todos los servicios de salud con que cuenta el Sistema Nacional de Salud.

En los casos, en que se identifique la necesidad de complementar las capacidades resolutivas de dos o más redes regionales, se conformaran redes interregionales, que actuarán en el territorio de su área de competencia, para la atención de los problemas de salud de la población afectada.

Propósito: Satisfacer las necesidades de salud de la población a través de la prestación coordinada de servicios de salud pública y atenciones del 1er, 2do, 3er nivel y de referencia nacional.

Estructura: la conforman todas las redes regionales y los establecimientos de salud hospitalarios y extrahospitalarios del país.

Coordinación: El Viceministerio de Salud Pública a través de sus Direcciones Generales. **Sus funciones:**

- Conducción y regulación de la red.
- Identificar problemas comunes a las redes regionales y definir estrategias articuladas para dar respuesta.
- Articular en la red nacional la participación de los centros de referencia nacional y los especializados.
- Articular en la red nacional la participación del sistema de apoyo y logística.
- Velar por la implementación del modelo de atención basada en la Atención Primaria de la Salud.
- Evaluación de desempeño de la red.
- Gestión intersectorial de la red.
- Desarrollar alianzas y convenios con otras instituciones del sector salud.
- La elaboración del diagnóstico nacional de salud y el plan nacional.
- Gestionar los recursos humanos, financieros, tecnológicos.
- Desarrollar reuniones periódicas para coordinar, monitorear y evaluar las acciones realizadas.
- Mantener canales directos de comunicación con los establecimientos que componen la red.

- Promover y coordinar actividades de capacitaciones conjunta, para el desarrollo de las competencias de los integrantes de la red.
- Vigilar la tendencia de los principales indicadores de resultados e impacto de salud.
- Proponer medidas administrativas y de gestión para mejorar el desempeño de la red nacional.
- Analizar periodicamente la cartera de servicios de la red nacional y tomar medidas para mejorarla.
- Participar en el proceso de aprobación de los registros e instrumentos para la atención y la gestión, definidos por el MSPBS y velar por la implementación de los mismos en las redes regionales y micro redes.
- Presentar informes periodicos sobre el funcionamiento de las RIIS y sus indicadores a las autoridades.
- Elaborar y presentar propuestas a las autoridades, para la conformación de redes internacionales interfronterizas.

Cartera de servicios: las definidas para el 1er, 2do, 3er nivel y los servicios de referencia nacional y de especialidades.

Criterios de evaluacion de la Red (indicadores de proceso y resultado):

Diagnóstico nacional de salud.

Plan de trabajo.

Informe anual de prestaciones de servicios.

Informe de tendencia de indicadores sanitarios.

Informe de Gestión de la red.

5.5.3.3. Red Internacional o de fronteras:

Son las redes conformadas por los establecimientos de salud nacionales e internacionales ubicadas en zonas de fronteras.

En la zona de fronteras y cuando se justifique, se podra proponer la conformacion de redes internacionales integradas por establecimientos o servicios de salud entre 2 o mas paises que tienen frontera con el Paraguay. Estas redes, seguiran para su organización y funcionamiento la misma logica de las redes nacionales, adaptadas a la legislacion y normativas de los paises participantes.

5.5.3.4. Redes temáticas

Son redes priorizadas, que tendran en cuenta temas especificos y requieren la definicion de protocolos de atencion con enfoque de red, en cada nivel de atencion.

Se identifican las siguientes redes temáticas: Materno Infantil, Adultos Mayores, Discapacidad/Rehabilitación, Salud Mental y Adicciones, Violencia, Urgencia y emergencia entre otras.

En el apartado del anexo, se puede encontrar a manera de ejemplo, el modelo de desarrollo de la red temática de Materno Infantil y el de la urgencia y emergencia.

6.- PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

La implementación de las RIISS busca el fortalecimiento de la gestión territorial de la salud, por lo que se desarrollará a nivel local y regional, ejerciendo de esta manera influencia en el nivel nacional e internacionales.

El proceso de implementación se realizará en forma progresiva de acuerdo a los recursos disponibles y a las prioridades establecidas. La implementación requiere 2 momentos previos y 5 fases. Se determinará bajo consenso, la creación e implementación de las RIISS en una o dos regiones sanitarias de Paraguay inicialmente y avanzar progresivamente a otras Regiones Sanitarias.

6.1. Momentos previos:

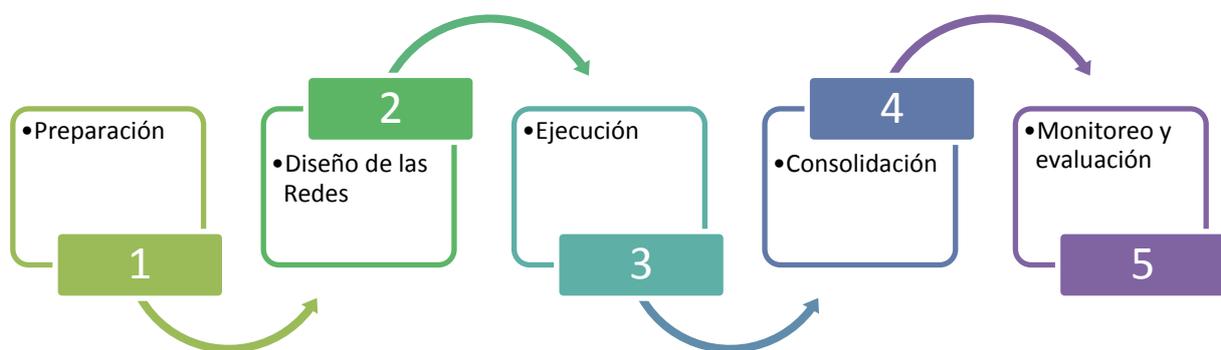
6.1.1. Validación y Socialización del Documento Técnico sobre las RIISS: La propuesta técnica requiere del consenso de las Direcciones responsables del MSPyBS, así como de los Directores Regionales y otros actores en salud, para luego socializarlo en los diferentes niveles en un escenario de participación, confianza y aceptación sobre la creación e implementación de las RIISS, que coadyuven a favorecer mejores condiciones de salud tanto para el individuo, como para la familia y la comunidad.

6.1.2. Apropiación del Documento Técnico: Es preciso que el personal de las dependencias involucradas, se identifique con los valores, principios y elementos estructurales del documento técnico sobre las RIIS para garantizar su permanencia y sostenibilidad. Este proceso es complejo, el cual demandará de los RRHH mucha voluntad y creatividad para traducir las motivaciones generales, en personales y para constituirse en actor protagónico.

6.2. Fases de implementación:

Para implementar esta guía, se ha diseñado una Estrategia de aproximaciones sucesivas, la cual abre espacios a diferentes actores para: a) Socializar su contenido estimulando una actitud receptiva, de crítica constructiva y consenso; y, b) Motivar un comportamiento individual y colectivo de apoyo durante su implementación.

Figura N° 3. Fases para la creación e implementación de las Redes integradas e integrales de servicios de salud



Fuente: elaboración propia de la Dirección General de Planificación y Evaluación. MSPBS

6.2.1. Fase de preparación

- Selección de una o dos regiones sanitarias mediante criterios técnicos y operativos y posteriormente avanzar en otras regiones sanitarias en forma progresiva.
- Conformación del equipo técnico de implementación de la RIIS del MSPyBS con representantes de las siguientes Direcciones: Desarrollo de Servicios y Redes de Salud, APS, Planificación y Evaluación, Vigilancia de la Salud, Programas, Vigilancia Sanitaria, Insumos Estratégicos, DIGIES, DNERHS, Recursos Humanos, SEME, Directores Regionales, coordinadores de APS de las Regiones sanitarias escogidas. La

Dirección de Desarrollo de Servicios y la de Planificación y Evaluación liderarán este proceso.

- Establecer los roles y funciones de cada Dirección.
- Definición de los criterios técnicos que correspondan a cada región sanitaria, para la elaboración de las normas que caractericen a cada region o grupo de regiones.

6.2.2 Fase de diseño de las Redes

- Priorización de las Micro-Redes y redes en la región o regiones definidas.
- Población y territorios que corresponderá a cada Micro-Redes.
- Analizar la situación de morbi-mortalidad y los determinantes sociales que afectan a la salud.
- Los directores regionales realizarán la propuesta sobre la estructura y funcionalidad de las redes de su ámbito de competencia. En esa propuesta se definirán las USFs, hospitales y otros establecimientos de salud públicos y privados, que pertenecerán a las Micro-Redes y Redes, cuya implementación se realizará en forma gradual.
- Identificar las condiciones de infraestructura, equipamiento, RRHH, cartera de servicios de los establecimientos de salud para establecer brechas y definir estrategias de solución.
- Identificar la existencia y uso de protocolos y guías clínicas basadas en evidencia.
- Identificar las necesidades de otras normativas, que regulen las intervenciones en los diferentes niveles, de los componentes de la Red.
- Conocer los sistemas de información en salud que actualmente se están utilizando para determinar cobertura, conectividad, equipamiento, gestión, etc. y de esta manera establecer brechas.
- Identificar los sistemas de apoyo diagnóstico, terapéutico, de referencia y contrareferencia existentes.
- Conocer el financiamiento y gasto en salud de las regiones sanitarias.
- Elaborar Plan de Acción con actividades, tiempos, responsables, etc.
- Aprobación por la autoridad competente, del Plan de Acción así como de los instrumentos que se aplicarán en el nivel regional.

6.2.3. Fase de ejecución

- Reuniones con autoridades y referentes del nivel local y regional, para la presentación de la guía de implementación de las RIIS.

- Talleres de sensibilización y capacitación de RRHH, para la implementación de las RIISS.
- Implementar el Plan de Acción definido, priorizando las actividades inmediatas y de mediano plazo.
- Fortalecer en primera instancia: cartera de servicios (con costos), RRHH, sistemas de información (citas, identificación de usuarios, hospitales cabeceras), referencia y contrareferencia, gobernanza de las Micro-Redes, acuerdos con otras entidades (IPS, instituciones de salud Privadas), convenios fronterizos, gestión basada en resultados entre otros.

6.2.4. Fase de consolidación

- Evaluación de la ejecución del Plan de Implementación.
- Ajuste de procesos.
- Socialización, comunicación e intercambio de experiencias entre las regiones seleccionadas.
- Sistematización de procesos.

6.2.5. Fase de monitoreo y evaluación

- Esta se desarrollará durante toda la implementación de las RIISS. Se establecerán los tiempos (trimestrales y semestrales) según prioridades definidas.

A manera de modelo para el desarrollo de las redes temáticas, se presenta la de Materno Infantil y la de Urgencias y Emergencias:

El desarrollo de la red temática Materno Infantil se basa en Identificar, Compensar, Tratar/Trasladar (ICT) las emergencias, y tiene como finalidad mejorar la calidad de atención en la asistencia al binomio madre hijo.

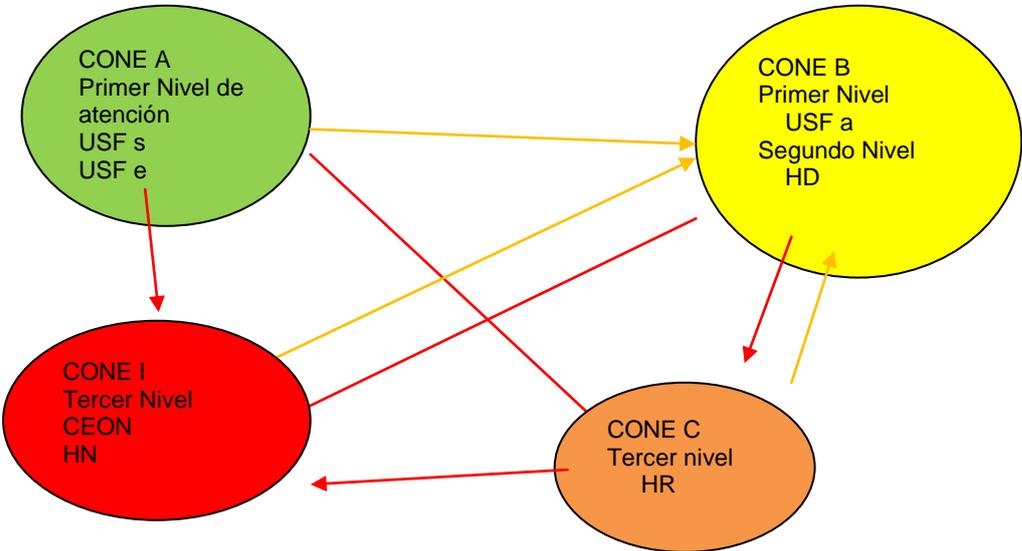
El modelo de atención será el de Maternidad segura centrada en la familia y la comunidad, y en la regionalización materno neonatal, como respuesta local para apoyo a la reducción de la morbi mortalidad del binomio madre/ hijo.

El instrumento de llenado obligatorio para la identificación de la emergencia obstétrica neonatal, es la hoja de alerta precoz, y para la derivación de manera adecuada (compensada) y oportuna, se basará en la Guía para la organización de los cuidados Obstétricos y Neonatales CONE aprobada por Resolución 461/14 y de esta manera conformar la Regionalización materno neonatal.

La Regionalización materno neonatal se dará de la siguiente manera: de acuerdo a la estrategia código rojo obstétrico neonatal (Manual operativo aprobado por Resolución numero 410/15), el nivel de instancia atención individual, familiar y comunitaria y Atención Hospitalaria correspondiente al primer y segundo nivel de atención respectivamente (CONE A- CONE B) con su correspondencia operativa, una vez Identificada la Emergencia, deberá Compensar y Trasladar oportunamente a la atención hospitalaria de tercer nivel (CONE C- CONE I) para su resolución definitiva, mediante la intervención del centro regulador del SEME. Aquellas situaciones que no fueran identificadas como Emergencia Obstetrica/neonatal:

- deberán ser trasladadas y tratadas en el Primer o segundo nivel de atención (CONE B)
- O una vez resueltas en el tercer nivel de atención (CONE C – CONE I) remitir al segundo nivel de atención (CONE B)

Con respecto a las brechas, deben ser definidas de acuerdo a la Guía para la organización de los cuidados Obstétricos y neonatales CONE, e implementando un sistema de Georreferenciación (SIG) en cada región sanitaria para su plan de acción y ejecución gradual según necesidades, gestión y administración.



Emergencias Obstétricas →
 No Emergencias Obstétricas →

Urgencias y Emergencias

El sistema de Atención Prehospitalaria (APH) de referencia y contrareferencia se encuentra a cargo del Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalarias (SEME), cuya misión es la de llegar al lugar donde exista riesgo para la salud en el menor tiempo posible, y brindar la atención de emergencias a fin de salvaguardar la vida hasta la llegada al hospital de referencia, así como brindar los soportes necesarios a las víctimas de accidentes de todo tipo y de personas con problemas de salud. Se tiene previsto en el corto plazo, implementar la APH de referencia y contra referencia en seis cabeceras departamentales: Alto Paraná, Itapúa, Caaguazú, Misiones, San Pedro y Región occidental o Chaco. Esto último permitirá que las Redes se organicen con el SEME y con los servicios de ambulancia prestados por las gobernaciones o intendencias, así como con el IPS y la Red Privada.

Bibliografía

1. Mendes, E. Las redes de atención de salud: resumen / Eugênio Vilaça Mendes. – Brasília: Organización Panamericana de la Salud, 2013.
2. Artaza Barrios, Osvaldo; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; Reynaldo; Suárez Jiménez, Julio Manuel. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD: EL DESAFIO DE LOS HOSPITALES. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011.
3. Starfield, Barbara. Atención primaria, equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Ed. MASSON. 2004
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
5. Temes JL, Parra B. Gestión clínica. Ed. Mc Graw Hill. 2000.
6. Temes JL. La gestión clínica. Capítulo del libro Gestión Sanitaria. 4ª Edición. Ed. Mc Graw Hill. 2007.
7. Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud: documento de trabajo. OMS, 2011
8. Estrategia de de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud, CD53/5, Rev. 2, 2 de octubre del 2014.
9. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, © 2007.
10. Gaete, R. Consideraciones sobre el financiamiento y gasto en salud y el proceso de toma de decisiones para la incorporación de tecnología sanitaria en el Paraguay. News Across Latin America. 2014. Vol. 2, (4).