

Gobernanza y financiamiento de Redes Integradas de Servicios de Salud

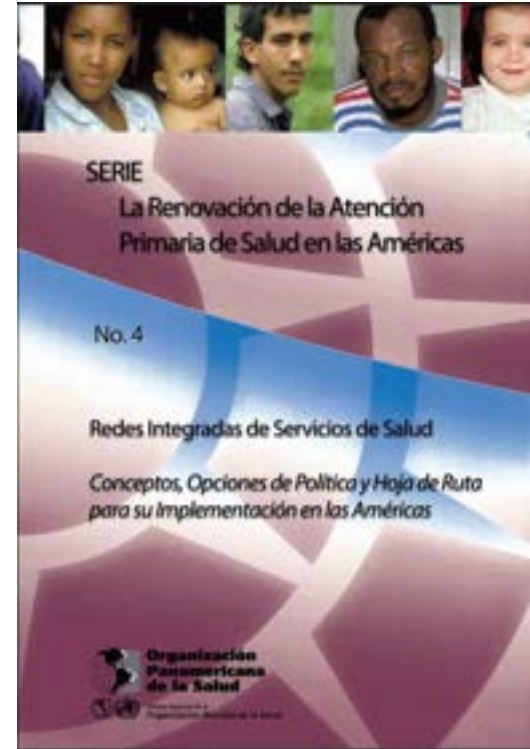
Camilo Cid Pedraza

Coordinador HSS – OPS/OMS Brasil



Contenido

- Qué es una RISS
- Desafíos de gobernanza y contextos
- Déficit en el abordaje de su financiamiento
- Aprendizajes
- Visión estratégica



¿Qué es una RISS?

Red de organizaciones

Una Red Integrada de Servicios de Salud es un conjunto de organizaciones sanitarias que ofrece servicios coordinados a una población definida, en un territorio asignado y que funciona con base en la estrategia de APS.

Responsabilidad compartida:

Asumir conjuntamente la responsabilidad clínica y el riesgo económico por los resultados de salud de la población a la que sirve.

El desafío de la gobernanza

La coordinación puede estructurarse por medio de:

Integración vertical pública:

Control y propiedad directa de todos los niveles de atención.

Integración virtual pública:

Coordinación mediante contratos complejos y alianzas estratégicas entre diversos proveedores independientes.

Descentralización, desconcentración:

Coordinación cruzada por estructuras político administrativas del Sistema de salud y del país.

Pilares de la coordinación

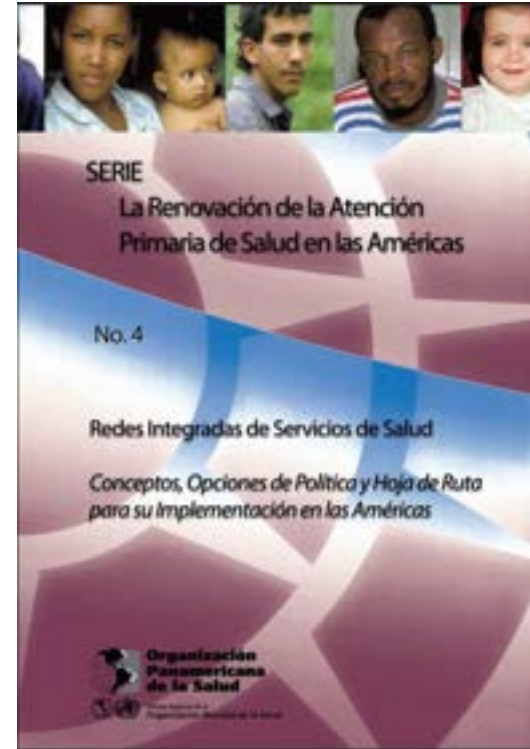
Para garantizar la continuidad de la atención y optimizar los recursos, las redes integradas se sustentan en cuatro pilares fundamentales:

-  **Enfoque poblacional:** orientación prioritaria para satisfacer y responder a las necesidades de salud de la población.
-  **Integración funcional:** coordinación fluida de la gestión asistencial e interconexión de expedientes clínicos unificados.
-  **Alineamiento de incentivos:** estructuras organizacionales y de pago estrechamente alineadas con el cumplimiento de objetivos de salud.
-  **Mejora continua:** capacidad de evaluación periódica de la calidad y de trabajo en alianzas intersectoriales.

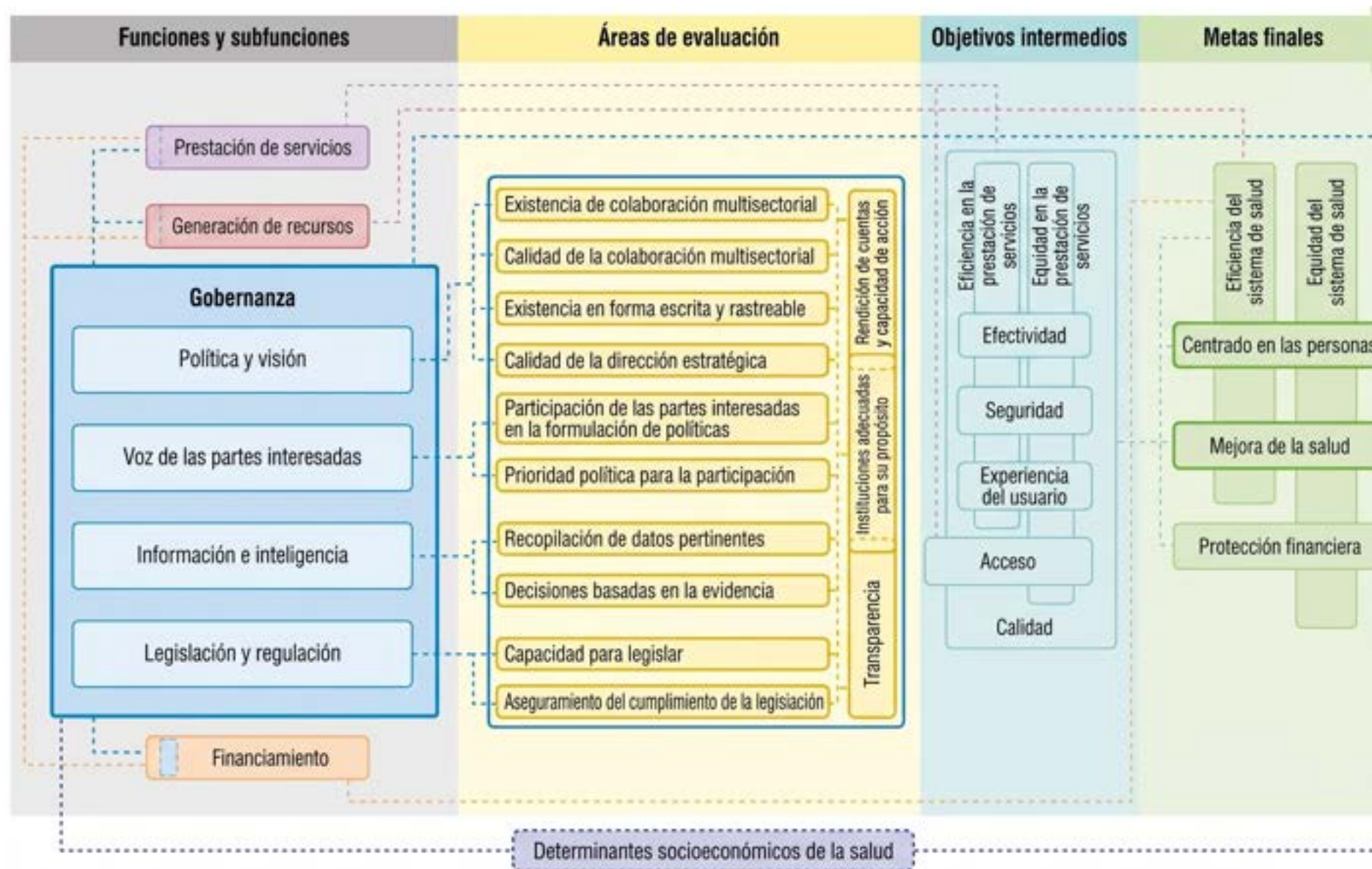


Contenido

- Qué es una RISS
- Desafíos de gobernanza y contextos
- Déficit en el abordaje de su financiamiento
- Aprendizajes
- Visión estratégica



Pilares de la coordinación y función de Gobernanza



Fuente: Compilación de los autores

Matriz de Clasificación: Estructura de Gobernanza Macro de Sistemas de Salud

Modelo de Gestión	Arquitectura Político-Territorial	Países de Referencia	Financiamiento y Flujo de Fondos	Autonomía	Principales Impactos (Sostenibilidad / Riesgo)
CENTRALIZADO	Unitario. Concentración de funciones normativas y financieras en una sola agencia central del Estado.	Cuba (MINSAP), Costa Rica (CCSS), Reino Unido (NHS), Singapur.	Fondo Único Nacional. Impuestos o cotizaciones obligatorias se recaudan e imponen verticalmente.	Estrecho o nulo. Los hospitales actúan como satélites y ejecutan directrices del Ministerio de Salud.	Ventaja: Máximas economías de escala y control estricto de costos. Riesgo: Rigidez y burocracia centralizada.
DESCENTRALIZADO (Devolución)	Federal o Regionalizado. Las competencias sanitarias se transfieren a gobiernos intermedios autónomos.	España, Canadá, Brasil (SUS), Argentina, Australia, EE. UU. (Medicaid).	Fondos Territoriales Independientes. Presupuestos dependen de la riqueza impositiva de cada región.	Amplio. Regiones deciden infraestructura, carteras de servicios y financiamiento de la APS.	Ventaja: Alta adaptación comunitaria y cultural. Riesgo: Iniquidad territorial
DESCONCENTRADO (Delegación)	Unitario Desconcentrado. El nivel central delega la ejecución administrativa pero retiene el poder político.	Francia, Japón, Perú (MINSA), Italia, Portugal.	Presupuesto Central Etiquetado. Los fondos pertenecen a la capital pero se transfieren para gasto operativo local.	Moderado / Regulado. Oficinas regionales administran la caja diaria sin alterar metas ni leyes.	Ventaja: Descongestión burocrática y agilidad en trámites locales. Riesgo: lentitud o parálisis si las normas chocan entre sí.
HÍBRIDO / MIXTO	Unitario Combinado. Modelos que separan las funciones para mitigar extremos puros.	Chile (FONASA/SS/Municipios), Uruguay (SNIS), Colombia (ADRES).	Fondo Único con Distribución Territorial. Centralización del riesgo (recaudación) y dispersión local del gasto.	Asimétrico / Dual. Amplio espacio de decisión en primer nivel (APS) y estrecho en alta complejidad.	Ventaja: Protege la equidad del financiamiento nacional permitiendo flexibilidad operativa. Riesgo: Complejidad técnica extrema.

ESTRUCTURA TERRITORIAL DE LA SALUD EN ESPAÑA EN CUATRO CC.AA.

Organización por Comunidades Autónomas (CCAA) divididas en Regiones o Áreas Sanitarias

ANDALUCÍA

Modelo: Distritos y Áreas

Se organiza en 6 Regiones de Salud que agrupan a más de 30 Distritos de Atención Primaria y Áreas de Gestión Integrada.

CATALUÑA

Modelo: Regiones Sanitarias

Estructurada en 7 Regiones Sanitarias oficiales (SISCAT) subdivididas en 30 Áreas Integradas de Salud (AIS).

COM. MADRID

Modelo: Direcciones Asistenciales

Superada la antigua división de 11 Áreas, hoy unifica la gestión hospitalaria y tiene 7 Direcciones Asistenciales de Primaria.

COM. VALENCIANA

Modelo: Departamentos de Salud

Dividida de forma muy descentralizada en 24 Departamentos de Salud, cada uno con un hospital de referencia y su red de CAPs.

Nota metodológica general de España (Ley General de Sanidad):

Cada una de las 17 CCAA gestiona de forma autónoma sus competencias de salud. La ley exige estructurar el territorio en Áreas de Salud (unidades básicas que vinculan atención comunitaria y hospitalaria con una cobertura de población aprox. de entre 200.000 y 250.000 habitantes), las cuales a su vez se atomizan en Zonas Básicas de Salud (ZBS) donde operan los Centros de Atención Primaria (CAP).

Sistema de Salud de Cataluña (SISCAT)

Organización territorial en 7 Regiones Sanitarias

Mapa Conceptual: 7 Regiones Sanitarias



- **Alt Pirineu i Aran:** Alta dispersión geográfica, baja densidad poblacional.
- **Lleida:** Cubre las comarcas del llano y el poniente catalán.
- **Cataluña Central:** Zonas de interior con fuerte arraigo de atención rural.
- **Girona:** Conecta el Pirineo oriental con toda la Costa Brava.
- **Barcelona:** La de mayor densidad (subdividida en 3 grandes ámbitos).
- **Tarragona:** Eje asistencial enfocado en el Camp de Tarragona.
- **Terres de l'Ebre:** Área meridional articulada en torno al río Ebro.

Nota: En 2026, el Departament de Salut introdujo 30 Áreas Integradas (AIS) integradas dentro de esta red.

Modelos de gestión territorial: regiones de salud en Canadá

Análisis comparativo de la descentralización sanitaria en tres provincias

ONTARIO (6 Regiones)

Esquema Geográfico

- ▲ Norte (Vasto y Disperso)
- ▼ Sur (Eje Toronto - Urbano)

- Gestionado centralmente por la agencia estatal Ontario Health.
- Regiones Sur: Toronto, Central, West y East (90% de la población).
- Regiones Norte: North East y North West (Alta dispersión geográfica).
- Ejecución Local: Se apoya operativamente en los Ontario Health Teams (OHT).

QUEBEC (18 Regiones)

Esquema Geográfico

- Núcleos Urbanos (Montréal)
- ▲ Costa y Territorios del Norte

- Coordinación macro a cargo de la agencia central Santé Québec.
- Red Urbana: Centros integrados universitarios (CIUSSS) en Montreal.
- Red Periférica: Laurentides, Lanaudière, Mauricie, Estrie, Bas-Saint-Laurent.
- Red Ártica: Nord-du-Québec y Nunavik enfocadas en comunidades autóctonas.

ALBERTA (5 Zonas)

Esquema Geográfico

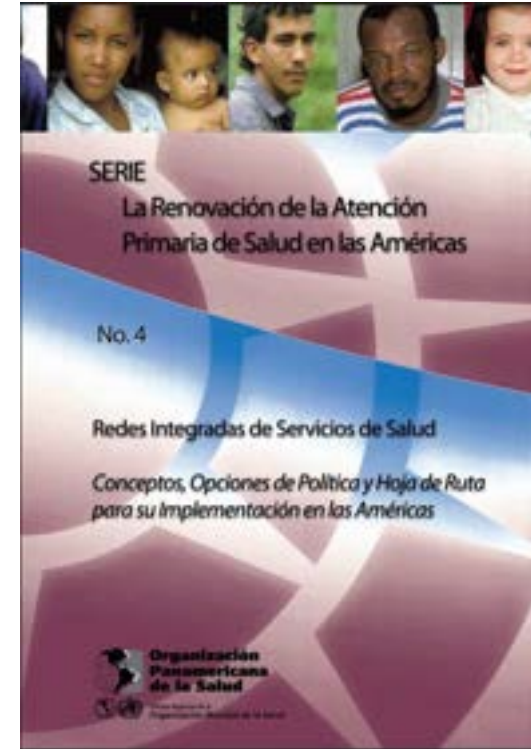
- ↑ Eje Lineal Norte-Sur (Edmonton ↔ Calgary)

- Modelo unificado bajo la entidad única Alberta Health Services (AHS).
- 5 Zonas Operativas: North, Edmonton, Central, Calgary y South.
- Gobernanza Moderna: Transición estratégica hacia 4 agencias especializadas.
- Enfoque: Separación de atención primaria, agudos, salud mental y continuidad.

Nota de Contexto Federal: Canadá no posee un sistema de salud unificado. La Ley de Salud establece pautas financieras, pero cada provincia goza de soberanía absoluta para diseñar, trazar y fragmentar sus mapas asistenciales de acuerdo a sus retos demográficos.

Contenido

- Qué es una RISS
- Desafíos de gobernanza y contextos
- Déficit en el abordaje de su financiamiento
- Aprendizajes
- Visión estratégica



Brecha en la literatura sobre financiamiento de Redes

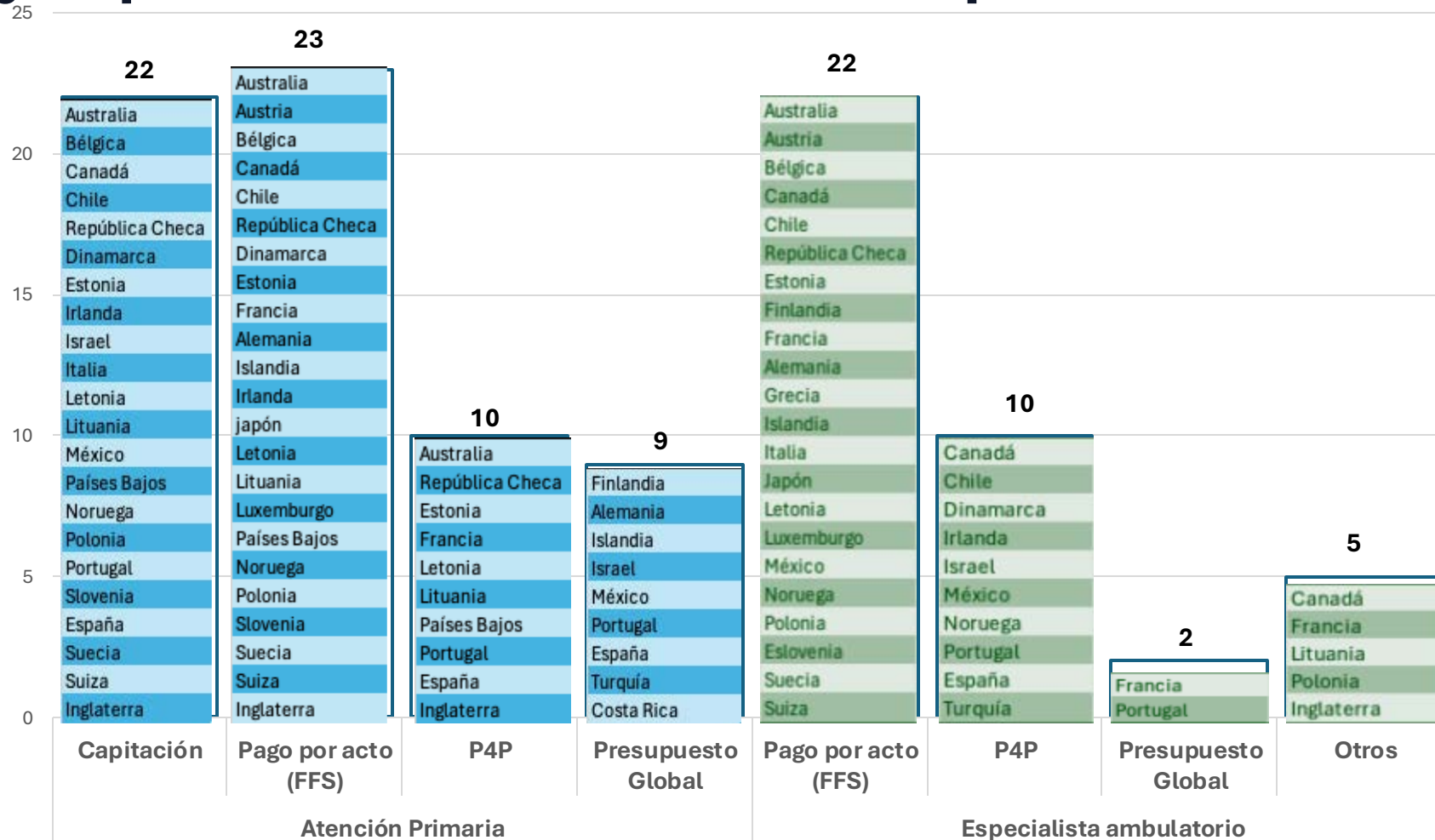
Tratamiento de pagos específicos a Redes/RISS en manuales globales de políticas públicas de salud:

Editor del Manual	Atención Primaria (APS)	Hospitales	Ambulatorio Especialidad	Redes Integradas (RISS)
Observatorio Europeo/OMS (2005)	+ Tratamiento bajo +	++ Moderado ++	+ Tratamiento bajo +	- Totalmente Ausente -
Banco Mundial (2007)	+ Tratamiento bajo +	+ Tratamiento bajo +	- Ausente -	- Totalmente Ausente -
Banco Mundial (2009)	+++ Exhaustivo +++	+++ Exhaustivo +++	- Ausente -	- Totalmente Ausente -
Observatorio Europeo/OMS (2011)	- Ausente -	+++ Exhaustivo +++	- Ausente -	- Totalmente Ausente -
Observatorio Europeo/OMS (2014)	+++ Exhaustivo +++	++ Moderado ++	+ Tratamiento bajo +	- Totalmente Ausente -
Organización de la Salud (OMS, 2015)	- Ausente -	+++ Exhaustivo +++	- Ausente -	- Totalmente Ausente -
Organización OCDE (2016)	++ Moderado ++	++ Moderado ++	+ Tratamiento bajo +	++ Tratamiento RISS ++

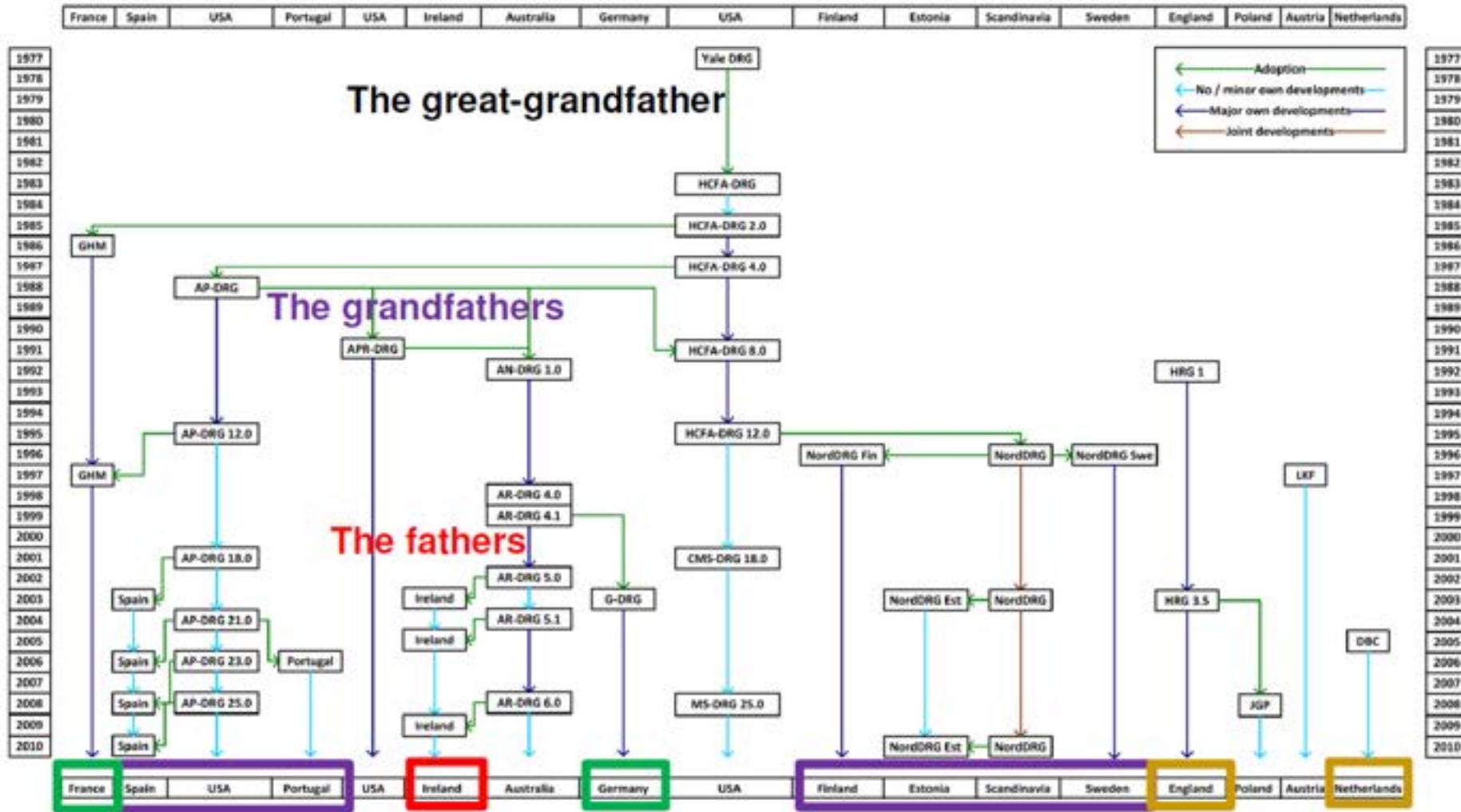


Nota: (+) Tratado de forma básica/baja; (++) Tratamiento moderado; (+++) Tratamiento con alto nivel de desarrollo; (-) Ausente del texto.

Sistemas de pago en Atención Primaria (primer nivel) y Especializada Ambulatoria en países de la OCDE



Pagos via GRD a atención hospitalaria en países OECD



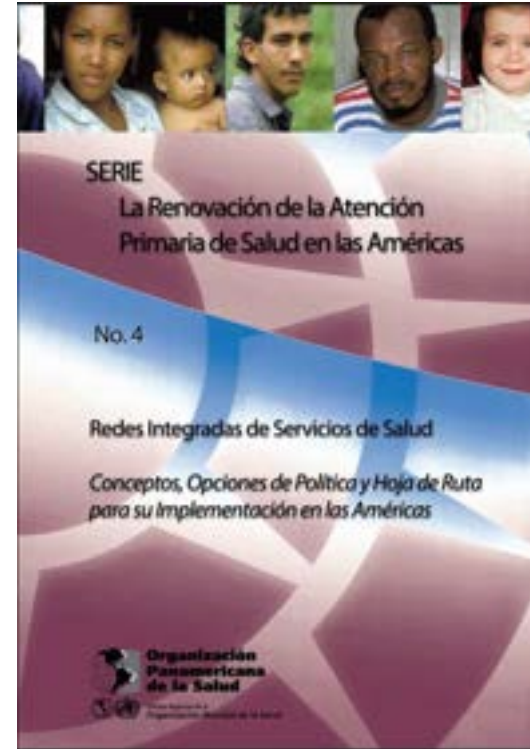
Sistemas de pago: tres conceptos básicos

Comparativa de mecanismos tradicionales frente a su impacto financiero y asistencial:

Tipo de Mecanismo	Características Centrales del Incentivo	Ejemplos Comunes de Aplicación
Pagos Prospectivos	Promueven alta eficiencia en el gasto del proveedor. No obstante, incrementan el riesgo latente de selección de pacientes o exclusión de prestaciones de alta complejidad.	• Capitación general al primer nivel (APS) • Pagos globales predeterminados por convenios o contratos estructurados.
Pagos Retrospectivos	Los proveedores deciden libremente el volumen y complejidad de las prestaciones. No se asume el riesgo ni las consecuencias financieras del sobrediseño clínico.	• Pago por acto (Fee-for-Service) • Reembolsos tradicionales basados en costos históricos o día cama de hospitalización.
Pagos Mixtos	Logran equilibrar los incentivos opuestos. Minimizan la sub-provisión y selección de pacientes del área prospectiva al tiempo que controlan el costo total.	• Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD) • Capitación ajustada por riesgo combinada con metas de desempeño clínico.

Contenido

- Qué es una RISS
- Desafíos de gobernanza y contextos
- Déficit en el abordaje de su financiamiento
- Aprendizajes
- Visión estratégica



Sistemas de pago a redes integradas en la práctica



El pago per cápita es el más usado al analizar pago a poblaciones y/o zonas geográficas



Los encontramos directos a la APS o intermediados por una zona o dirección geográfica de salud



El proveedor final en análisis es:

Médicos en práctica privada trabajando asociados o
Centros públicos de APS
Redes de atención



Los ajustes de riesgo tienden a representar el componente prospectivo, de un mecanismo de pago mixto

País	Sistema de pago a proveedores (médicos) de APS	Tipo de práctica médica en APS (principal y secundaria)	¿Sistema de pago per-cápita* geográfico/establecimiento?
Sistemas Nacionales de Salud			
Australia	FFS	Privada grupal	Si. A 17 áreas sanitarias
Canadá	FFS	Privada grupal, privada individual	Si. En algunas provincias. En total 17 autoridades regionales de salud
Nueva Zelandia	Capitación+FFS	Privada grupal	Si. 4 regiones sanitarias
Dinamarca	Capitación + FFS	Privada grupal	Si. 4 regiones de salud
Finlandia	Salario, capitación + FFS	Centros públicos, Privada grupal	Si. 452 municipios
Italia	Capitación+FFS	Centros públicos	Si. 21 gobiernos regionales
Noruega	Salario, capitación+FFS	Privada individual	Si. 19 gobiernos regionales
Portugal	Salario, presupuesto	Centros públicos	Si. Por regiones/sectores
España	Salario+proporción per-cápita (15%)	Centros públicos	Si. Por regiones/sectores (CCAA)
Suecia	Salario	Centros públicos	Si. Diferentes Servicios de salud, por regiones/sectores
Reino Unido	Capitación+asignación+FFS	Privada grupal	Si. Para diferentes servicios de salud, por regiones/sectores: 303 Trusts de APS.
Irlanda	Capitación	Privada individual	No. Costo histórico por área de salud

Fuente: Cid C, 2012

Ajustando la cápita para la equidad del financiamiento

Una cápita uniforme sin ajuste induce la selección de riesgo (evitar pacientes crónicos). La redistribución por criterios específicos es vital:

Demográficos (básicos)

Edad y sexo: compensan la altísima variabilidad del consumo habitual en los extremos de la vida y el consumo obstétrico/ginecológico.

Geográficos / aislamiento

Densidad e insularidad: corrigen el sobre costo fijo y logístico de brindar cobertura en zonas remotas, de montaña o rurales de baja población.

Socioeconómicos / pobreza

Índices de privación: neutralizan barreras sociales y asumen que la población vulnerable tiene mayor comorbilidad acumulada.

Morbilidad / estado de salud

Presencia de enfermedades crónicas: redistribuye los recursos en función de la carga real de enfermedad, no de la infraestructura instalada.

Ejemplo de per cápita corregido por equidad considerando demografía y pobreza de la población a cargo

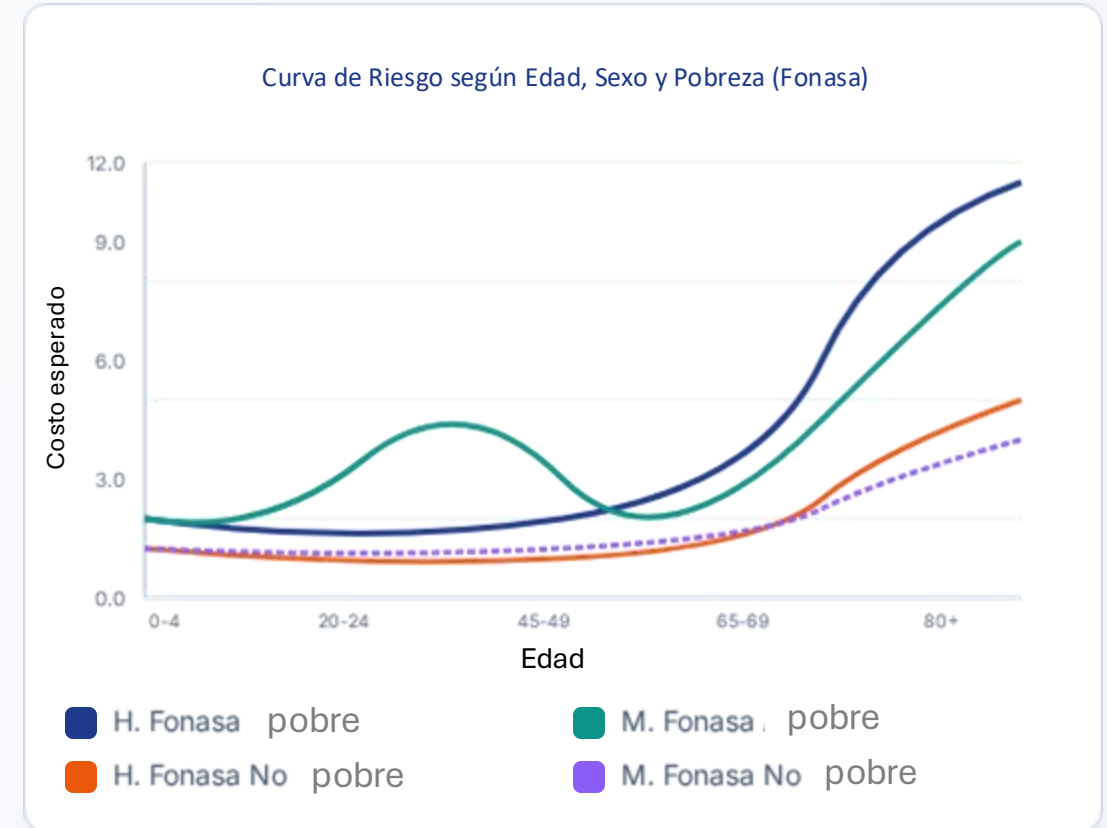
Ajuste Demográfico y por Pobreza del Pago a Redes

Pobreza: La evidencia demuestra que el costo esperado se multiplica en todo rago de sexo y edad al considerar la vulnerabilidad socioeconomica.

Como indica la curva, el costo basal de um usuario se dispara a partir de los 65 anos de edad, sobretudo en contextos de pobreza.

$$\text{Ajuste Teórico Necesario:}$$
$$\text{Gasto}_{\text{esperado}} = f(\text{Edad}, \text{Sexo}, \text{Pobreza})$$

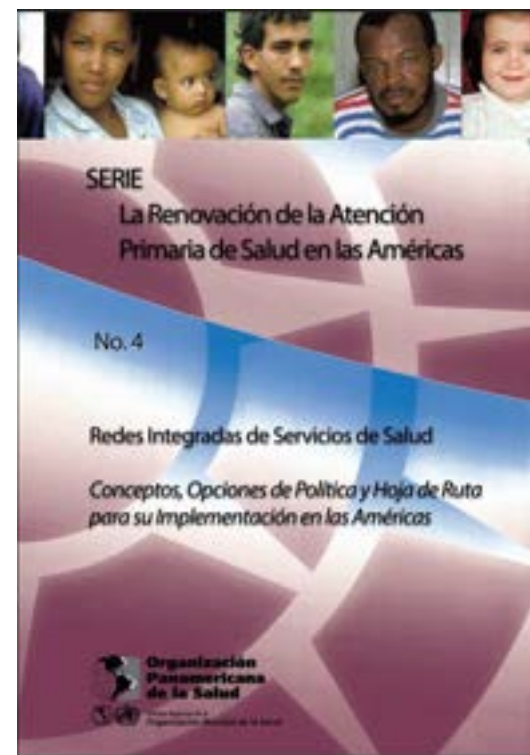
La aplicación de estos modelos de ajuste necesariamente implica una política redistributiva y de mayor equidad entre territories y poblaciones.



Fuente: Elaboración propia original, estilizado com IA

Contenido

- Qué es una RISS
- Desafíos de gobernanza y contextos
- Déficit en el abordaje de su financiamiento
- Aprendizajes
- Visión estratégica



Marco conceptual y operacional de RISS

Domínio 1

Organização do cuidado e da atenção com enfoque territorial

Este domínio centra-se na estruturação da oferta e prestação de serviços de saúde, com base no conhecimento das necessidades e expectativas de uma população adstrita a um determinado território..

Atributos

- 1 Território e população atribuída.
- 2 Cuidados de saúde focado nas pessoas, famílias e comunidades ao longo do ciclo de vida.
- 3 Mecanismos eficazes de coordenação de cuidados e atenção
- 4 Oferta de serviços de saúde com qualidade e resposta oportuna

Eixos de desenvolvimento associados:

- Integração dos cuidados de saúde
- Integração de programas de saúde
- Integração de ações de saúde pública

Domínio 2

Gestão integrada de recursos, transformação digital e processos estratégicos

Este domínio refere-se à capacidade de planejar, organizar, coordenar, otimizar e direcionar de forma integrada os recursos e processos do RISS, com o propósito de apoiar efetivamente seus objetivos e resultados.

Atributos

- 5 Infraestrutura e tecnologia adaptadas às necessidades de saúde
- 6 Gestão de recursos humanos para saúde.
- 7 Gestão de medicamentos e outras tecnologias de saúde.
- 8 Gestão de serviços de apoio administrativo e logístico
- 9 Transformação digital do setor da saúde

Eixos de desenvolvimento associados:

- Integração dos cuidados de saúde
- Integração de programas de saúde
- Integração de ações de saúde pública

Domínio 3

Governança, participação social e ação intersectorial

Governança está relacionada aos arranjos institucionais que regulam os principais atores e recursos que afetam a disponibilidade e o acesso aos serviços de saúde.

Atributos

- 10 Governança das RISS
- 11 Gestão territorial das RISS
- 12 Participação social efetiva.
- 13 Gestão baseada em resultados.
- 14 Monitoramento e sistema de informação em saúde
- 15 Gestão de mudanças.

Eixos de desenvolvimento associados:

- Integração dos cuidados de saúde
- Integração de ações de saúde pública
- Integrar a ação intersectorial para abordar os DSS

Domínio 4

Financiamento adequado e sustentável

Financiamento sustentável refere-se à capacidade de garantir e gerir recursos financeiros de forma eficiente para garantir a operação do RISS.

Atributos

- 16 Financiamento adequado e integrado
- 17 Alocação de recursos e sistemas de pagamento
- 18 Investimento para desenvolvimento das RISS.

Eixos de desenvolvimento associados:

- Integração dos cuidados de saúde
- Integração de ações de saúde pública
- Integrar a ação intersectorial para abordar os DSS

Abordaje estratégico de la gobernanza y el financiamiento de RISS

La gobernanza precisa dar cuenta de la responsabilidad por la población a cargo, con capacidades de planificación y gestión de la red

Vincular los pagos a la información sobre el desempeño de los prestadores y a las necesidades de salud de la población.

Compromiso activo y basado en la evidencia en la definición de la combinación de servicios y del volumen, en la selección de la combinación de prestadores y en la decisión sobre cómo financiar.

Gestión de los recursos mediante métodos de pago y tarifas que creen incentivos para que los prestadores sean más eficientes y se concentren en la producción y la calidad.

Generar capacidad y gobernanza para alinear fondos e incentivos con los servicios prometidos, asegurando que sean provistos con calidad y equidad.