

Gobierno de redes asistenciales: evaluación de los Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA) en el contexto de la reforma del sector salud en Chile

Osvaldo Artaza-Barrios, MD, MSc,⁽¹⁾ Olga Toro-Devia, Psic, MSP,⁽²⁾ Alejandra Fuentes-García, Soc, MSc, PhD,⁽²⁾
Alex Alarcón-Hein, Econ, PhD,⁽²⁾ Oscar Arteaga-Herrera, MD, MSc, DrPH.⁽²⁾

Artaza-Barrios O, Toro-Devia O, Fuentes-García A, Alarcón-Hein A, Arteaga-Herrera O.
Gobierno de redes asistenciales: evaluación de los Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA) en el contexto de la reforma del sector salud en Chile.
Salud Pública Mex 2013;55:650-658.

Resumen

Objetivo. Este artículo busca evaluar la contribución de los Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA) en mejorar la gobernanza en salud en Chile. **Material y métodos.** Se realizó una revisión de los documentos oficiales asociados con el proceso de constitución y desarrollo de los CIRA; se aplicó un cuestionario *ad hoc* a los 29 CIRA del país y se realizaron 35 entrevistas semiestructuradas en profundidad a participantes de una muestra de seis CIRA. **Resultados.** Los CIRA se han constituido en una herramienta de integración funcional y un espacio valorado de diálogo, cooperación y aprendizaje por parte de los actores de las redes asistenciales públicas chilenas. **Conclusiones.** Se concluye que hay un espacio de mejora con respecto a su rol en la gobernanza de la red en la medida en que desarrollan facultades relacionadas con las inversiones en infraestructura, tecnología y recursos humanos, así como con las decisiones que corresponden a las asignaciones presupuestarias en la red.

Palabras clave: investigación sobre servicios de salud; reforma de la atención de salud; prestación integrada de atención en salud; creación de capacidad; Chile

Artaza-Barrios O, Toro-Devia O, Fuentes-García A, Alarcón-Hein A, Arteaga-Herrera O.
Governance of health care networks: Assessment of the health care integrating councils in the context of the health sector reform in Chile.
Salud Publica Mex 2013;55:650-658.

Abstract

Objective. This paper aims at assessing the contribution of Chile's Health Care Integrating Councils (CIRA, Spanish acronym) to strengthening governance in health. **Materials and methods.** A literature review on the official documents related to the process of creation and development of CIRA was carried out; an *ad hoc* questionnaire was applied to all 29 health services of the country; finally, 35 semi-structure in-depth interviews were carried on a sample of six CIRA. **Results.** The CIRAs have become a tool for functional integration and a valuable space for dialogue, cooperation and learning for all of the actors of the Chilean public health network. **Conclusions.** In this study, we conclude that there is room for improvements of CIRA's role regarding governance of the health care network as long as CIRA is authorized to deal with strategic topics, such as investment in infrastructure, technology and human resources, and budgeting.

Key words: health services research; health care reform; integrated health care systems; capacity building; Chile

(1) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. México.

(2) Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Santiago, Chile

Fecha de recibido: 7 de enero de 2013 • Fecha de aceptado: 15 de julio de 2013
Autor de correspondencia: Dr. Oscar Arteaga. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
Av. Independencia 939, Santiago de Chile.
Correo electrónico: oarteaga@med.uchile.cl

Los sistemas de salud en América Latina se caracterizan por su segmentación y fragmentación,¹ lo que se traduce en inequidades en el acceso y reduce la eficiencia en la atención.^{2,3} La Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve el fortalecimiento de redes integradas de servicios de salud (RISS).⁴ Estas RISS tendrían atributos en cuatro ámbitos: modelo asistencial; gobernanza y estrategia; organización y gestión y; asignación de incentivos. Adicionalmente, la OPS sugiere un sistema de gobernanza único para toda la red, participación social amplia, así como acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

En América Latina, salvo escasas excepciones como Cuba y Costa Rica, que tienen servicios unificados de salud, y Brasil que ha ido avanzando significativamente en esa dirección,^{5,6} las redes de atención se constituyen de modo paralelo para grupos segregados de población. Otros países han hecho importantes esfuerzos para fortalecer la articulación de sus sistemas de salud, pero sin superar la segmentación interinstitucional. En Uruguay, la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) ha buscado incorporar progresivamente a la población al Seguro Nacional de Salud y garantizar un Plan Integral de Atención a la Salud.⁷ En Perú, se han planteado exigencias de articulación para la implementación de la ley marco de Aseguramiento Universal en Salud.⁸ En Venezuela, la Misión Barrio Adentro ha buscado superar la exclusión social en salud y recuperar un enfoque integral y comunitario.⁹

En Chile, la fragmentación del Servicio Nacional de Salud entre 1979 y 1981 dejó la atención hospitalaria en manos de 29 servicios descentralizados y la atención de primer nivel bajo la administración municipal. En 2002, en el contexto de la reforma de salud, se propuso la creación de Consejos de Integración de Redes Asistenciales (CIRA), esfuerzo de articulación interinstitucional similar al que se ha venido desarrollando en México con la creación de los Consejos Estatales de Salud, instancias que al igual que los CIRA son de naturaleza consultiva.¹⁰

En Chile, la organización del sistema público de salud descansa en una estructura de base geográfica, los 29 servicios de salud, que en conjunto contemplan 178 hospitales (59 de alta complejidad y 119 de menor complejidad), con un total de 26 239 camas (2 por mil beneficiarios del sistema público), las que generan 1 682 056 egresos anuales, es decir 127 egresos por mil habitantes.¹¹ El nivel primario de atención está conformado por 2 179 centros de atención, que dependen administrativamente de los municipios (345 en el país). Los servicios de salud corresponden a redes territoriales que articulan a los hospitales y centros ambulatorios públicos de su territorio, así como

a centros privados que prestan servicios a las redes públicas mediante convenios de compra de servicios.

La búsqueda de una mayor articulación e integración del sistema prestador se convirtió en uno de los fundamentos de la reforma chilena al sistema de salud,¹² fundamentos que también consideraron enfoques de derecho,¹³ equidad,¹⁴ aspectos éticos,¹⁵ de eficiencia¹² y cuestionamientos ciudadanos respecto al desempeño del sector salud.¹⁶ Las leyes aprobadas por el Congreso en 2004 contemplaron dos ejes: 1) creación de un régimen de garantías explícitas para toda la población y 2) fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional y regional, a la vez que generación de condiciones administrativas para una gestión más flexible a nivel hospitalario.¹⁷

En salud, el concepto de gobernanza ha sido utilizado desde el ámbito clínico a lo global.¹⁸ En términos prácticos corresponde a la capacidad de un sistema organizacional para gobernarse a sí mismo, resolviendo adecuadamente los conflictos entre sus partes, en el contexto de otros sistemas más amplios.¹⁹⁻²²

Entre los principios de una buena gobernanza se considera la rendición de cuentas (*accountability*), transparencia, participación de la comunidad, sustentabilidad, justicia distributiva y respeto hacia los distintos grupos de la comunidad.²³ Buscando operacionalizar el concepto de buen gobierno en organizaciones de salud, tanto públicas como privadas, se han creado estructuras de gobierno corporativo (GC), que han surgido como consecuencia de necesidades de información de los mandantes, que exigen conocer el estado de sus inversiones y demandan rendición de cuentas. La creación de GC ha facilitado la diferenciación de gobernanza (función de gobernar de la cual surgen las estructuras, normas y estrategias de la organización), respecto a gestionar (ejecución de las responsabilidades diarias y rendición de cuentas de gestión al órgano de gobierno corporativo). Los principios de buen gobierno antes identificados son aplicables también al gobierno corporativo. Los elementos básicos de un buen gobierno corporativo serían:²³ a) órgano colegiado de gobierno (consejo), diferente de la dirección ejecutiva (órgano gestor); b) consejos compuestos por miembros independientes y sin poder ejecutivo; c) dirección ejecutiva de la organización seleccionada mediante procesos transparentes y con retribución por desempeño; d) funcionamiento del consejo y dirección ejecutiva de acuerdo a códigos de buen gobierno y buena gestión.

En Chile, la reforma de salud separó las funciones de rectoría, aseguramiento y prestación de servicios, dejando la función de gestor de la red asistencial como responsabilidad del director del servicio de salud.¹⁷ Para facilitar el rol articulador del gestor de la red asis-

tencial y con el propósito de propiciar condiciones para un buen gobierno, la reforma consideró la constitución de un consejo de carácter asesor y consultivo, el CIRA, conformado por los directivos de los establecimientos prestadores de la red asistencial del servicio de salud. El objetivo del presente artículo es analizar la contribución de estos consejos para mejorar la gobernanza en salud.

Material y métodos

Nuestro estudio usó una combinación metodológica cuali-cuantitativa para alcanzar sus objetivos. El componente cuantitativo correspondió a un estudio transversal orientado a caracterizar a los CIRA de todo el país mediante un cuestionario *ad hoc* respondido por la dirección de los servicios de salud. El componente cualitativo descansó en la realización de entrevistas semiestructuradas a integrantes de una muestra intencionada de CIRA y en una revisión de los documentos oficiales que se vinculan con estos consejos.

Todos los CIRA existentes en el país fueron incluidos en el componente cuantitativo del estudio. A través de la revisión de los instrumentos formales de su constitución y del cuestionario *ad hoc*, se recogió información de los CIRA de cada uno de los 29 servicios de salud del país, lo que permitió caracterizarlos en función de su nivel de constitución, integrantes y funcionamiento formal.

En el componente cualitativo del estudio, las entrevistas semiestructuradas se desarrollaron con integrantes de una muestra intencionada de seis CIRA, considerando criterios de variabilidad geográfica del país, variabilidad de constitución de las redes asistenciales y nivel de desarrollo del consejo. De este modo, se incluyó un servicio de salud de la Región Metropolitana de Santiago, dos servicios ubicados al norte de Santiago (Coquimbo, y Aconcagua) y tres de la zona sur del país (Ñuble, Chiloé y Magallanes).

En cada uno de los CIRA seleccionados, se entrevistó a actores relevantes que integraban o habían integrado el consejo en un número suficiente para alcanzar saturación. En total se realizaron 35 entrevistas. Las entrevistas fueron grabadas, previa autorización por parte de los entrevistados y suscripción por parte de éstos del respectivo consentimiento informado. Las grabaciones fueron transcritas *verbatim*.

Resultados

La Ley Autoridad Sanitaria N° 19.937 y Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud crea los CIRA con carácter asesor y consultivo para el Gestor de Red (di-

rector del Servicio de Salud), presidido por él mismo y constituido por representantes de los prestadores de atención de la red asistencial de salud de un territorio asignado. Tres instrumentos de gestión del Ministerio de Salud incorporaron estrategias de apoyo a la implementación del CIRA: a) Compromisos de gestión (contratos de desempeño que vinculan metas de gestión y presupuesto); b) Programación en red (modelo para determinar actividades asistenciales del servicio de salud con base en las necesidades de su población con participación de los distintos actores que conforman la red asistencial), y; c) Sistema de Evaluación de Establecimiento Autogestionado (sistema de evaluación anual que posibilita a los hospitales de mayor complejidad ser nominados, o mantenerse, en la categoría de Establecimientos Autogestionados en Red, con sus correspondientes incentivos).

En los documentos oficiales revisados se mandata al CIRA a ser garante de la equidad en la distribución de los recursos para salud, debiendo este hacer el diagnóstico de brechas de atención de médicos de especialidad (listas de espera) y generar planes de mejora o intervención. Se limita la representatividad en el CIRA a las instituciones prestadoras de atención, públicas y aquellas del sector privado en convenio con el servicio de salud. Los documentos no mencionan la participación de la comunidad, de los usuarios organizados ni de las organizaciones de los trabajadores de la salud. Adicionalmente, los instrumentos describen las relaciones entre niveles asistenciales de diferente complejidad para complementar la cartera de servicios. Se indica también que tanto los establecimientos integrantes del CIRA como los servicios de salud deben desarrollar planes estratégicos, sin hacer referencia a procesos de planificación propias del CIRA, otorgándose a estos consejos un papel validador de procesos asistenciales (protocolos, normas de referencia, etcétera).

Los instrumentos analizados son básicamente orientaciones que apuntan al análisis y cierre de brechas en procesos asistenciales y definen objetivos, metas e indicadores sólo para las direcciones de los servicios y, por separado, para establecimientos de primer nivel y para hospitales. No hay metas e indicadores específicos en relación al CIRA o algún tema vinculado al funcionamiento del consejo. Tampoco se expresan estrategias vinculadas a la implementación del CIRA que sean medibles o exigibles a los establecimientos, salvo el instrumento evaluador de los hospitales de autogestión, que verifica la formalidad de la asistencia del director del hospital a las reuniones del consejo.

El cuadro I resume los principales hallazgos por tipo de técnica de investigación y dimensiones de gobernanza en salud. Las dimensiones de la columna de la izquierda

Cuadro I

RESUMEN DE PRINCIPALES HALLAZGOS POR TIPO DE TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN Y DIMENSIONES DE GOBERNANZA EN SALUD

Dimensiones de gobernanza en salud	Principales hallazgos según técnica de investigación		
	Análisis documental	Cuestionario cuantitativo	Entrevistas semiestructuradas
Justicia distributiva	CIRA debe velar y ser garante por la equidad en la distribución de los recursos para salud. CIRA debe hacer diagnóstico de brechas de atención de especialidad (listas de espera) y generar planes de mejora o intervención.		Las temáticas del CIRA se limitan a los temas del proceso asistencial, se excluyen los temas asociados a definición, distribución y asignación de recursos. Aunque se reconoce que no está entre los principales logros del CIRA, algunos entrevistados destacan aquellos que dicen relación con equidad: mayor solidaridad; predisposición a la colaboración y a la complementariedad; menor sentido de autosuficiencia; mayor cobertura y oportunidad de la atención.
Toma de decisión respecto de la asignación y distribución de los recursos de inversión, humanos y financieros	No se le asigna presupuesto al CIRA ni facultades para asignación de recursos.		La gestión de los recursos de inversión, financieros y humanos sigue, cada uno, una norma o marco de gestión específicos que no involucran al CIRA. Se percibe al CIRA como un consejo asesor con incapacidad de influir en la distribución y asignación de los recursos. Se valora la inclusión de encargados de gestión administrativa (como jefes de finanzas o subdirectores administrativos) en las reuniones del CIRA. Se expresa como logro que impacta en el uso de recursos el desarrollo de protocolos y como instancia para que las políticas que se estén implementando se vean desarrolladas de mejor forma.
Decencia y respeto			No hay referencia hacia el entorno. Hay referencia hacia la forma de relación al interior de los CIRA, entre sus integrantes. Buenas relaciones, aunque también presencia de conflictos que afectan el clima y dificultan los consensos.
Rendición de cuentas	Se generan instrumentos de gestión que incentivan u obligan a cada integrante institucional del CIRA a realizar cuenta pública anual, y a cumplir con la normativa de la Ley de Transparencia. No existe ese marco normativo para el CIRA como órgano conjunto.		Se valora la independencia política del Gestor de Redes y de las decisiones que oriente el CIRA.
Transparencia	La constitución misma del CIRA es una política que busca transparentar y compartir la información respecto del desempeño de las instituciones representadas, al crear un espacio formal de encuentro.	Se establece que los temas abordados y los acuerdos se formalizan en actas de reunión que los integrantes firman y son conocidos por todos.	Alta valoración del conocimiento personal de los integrantes; genera confianza en el trabajo debido a la relación cara a cara. Se manifiesta como obstaculizador que los representantes del CIRA no difunden la información a nivel local.

(Continúa)

(Continuación)

Participación social	No existe mención a la participación social ni al rol de la comunidad o los usuarios organizados. Se limita la representatividad en el CIRA de instituciones prestadoras de atención, públicas y privadas en convenio.	Se detecta inclusión de organizaciones sociales en algunas redes asistenciales (sobre el 4% de los integrantes). Se detecta inclusión de representantes de gremios de la salud.	Heterogeneidad de las opiniones respecto de la inclusión de los usuarios en este espacio. No hay consenso. Se manifiesta que existe ambigüedad en las políticas de salud actual en este sentido. No es explícita la relación entre la política de gestión de redes y la política de participación social del sector. Se manifiesta como obstaculizador el lenguaje excesivamente técnico, que resulta incomprendible para la comunidad. Se advierte la importancia de garantizar cobertura de aspectos logísticos para asegurar representatividad efectiva de la comunidad (ejemplo, superar barreras de acceso geográfico a las reuniones).
Liderazgo y relaciones de poder	Describe las relaciones de intercambio entre niveles de complejidad y complementariedad de cartera de servicios limitado al ámbito asistencial.	La representatividad de la Dirección de Servicios de Salud ha permanecido estable, siendo ésta el mayor número relativo de representantes. Los establecimientos de atención primaria han aumentado de 14.1 a 16.8%. Si estos últimos se suman a los directores de departamentos de salud municipal o comunal, se obtiene que el 44,6% de los directores que participan en el CIRA representan al nivel primario de atención de salud. Un 36.8% de directores provienen de establecimientos hospitalarios, en igual proporción para aquellos de mayor complejidad y de menor complejidad (18.2 y 18.6% respectivamente).	Se valora la institucionalización del CIRA a través de la ley. El liderazgo formal reconocido es del director de Servicios de Salud. Se manifiesta la distinción entre los líderes formales y los naturales. Se destaca la relevancia del estilo de liderazgo para el logro de la conducción de las redes: jerárquico vs democrático, siendo la tendencia el desear este último tipo. Se destaca como obstaculizador el proceso de decisión, aludiendo a que la toma de decisiones no es democrática: definición de temas impuesta por la Dirección; no se genera discusión; pareciera haber temor a que la expresión de distintas posturas políticas y técnicas genere conflictos. Se manifiesta el mayor poder de los hospitales, sobre la atención primaria en la definición de los procesos asistenciales. Algunos planteamientos se centran más bien en la calidad temática, distinguiéndose aquí temas centrados en el hospital, como contrapuestos a temas centrados en atención primaria. Se evalúa la participación de los propios directivos como proactiva en algunos y muy pasiva en otros que descansan en niveles de autoridad superiores. Se cuestiona el número de participantes como obstaculizador para realizar reuniones focalizadas y con resultado. Se cuestiona el asambleísmo.

(Continúa)

(Continuación)

Gestión estratégica	Se indica que tanto los establecimientos integrantes del CIRA como los servicios de salud deben desarrollar planes estratégicos. No hay referencia a procesos de planificación propias del CIRA. Se le otorga al CIRA rol validador de procesos asistenciales con énfasis en: -Diagnósticos de listas de espera y su priorización. -Programación de la producción para cerrar brechas (listas de espera). -Protocolos de referencia y contra referencia. -Cartera de servicios. Las temáticas que aborda el CIRA son dados por el nivel central, y se asumen como prioritarias, se remiten al proceso asistencial, y se suponen estratégicas para el sector. Se crea instrumento de evaluación de los hospitales que obliga a su participación en el CIRA, no hay instrumentos similares para los establecimientos de APS.	Sólo se exploran aspectos formales de funcionamiento: En 69% de los casos el modo de funcionamiento es reuniones mensuales, otro 14% lo hace bimensualmente. En 66% de los casos esa reunión sólo se realiza en dependencias de las Direcciones de Servicios de salud. En 34% de los casos se alternan es instalaciones de los integrantes.	Se manifiesta que el rol validador del proceso asistencial por parte del CIRA es más formal que estratégico. Se destacan logros con impacto en la comunidad, con iniciativas como integración de los presupuestos participativos decididos en el CIRA, como caso aislado. Se manifiesta que las temáticas asistenciales vienen dadas por el nivel del MINSAL, con escaso margen de gestión local (indicadores y metas definidas centralmente): cartera de prestaciones de los hospitales; listas de esperas, protocolos para referencia y contra-referencia de pacientes; presupuesto y red de urgencia. Se cuestiona la falta de métodos de trabajo efectivos para el CIRA, como un vacío para el que se deben desarrollar soluciones.
----------------------------	--	--	---

recogen las categorías derivadas de los principios de buen gobierno,²³ así como otras categorías que emergieron inductivamente en el procesamiento de la información cualitativa que se recogió en nuestro estudio.

En las entrevistas en profundidad, los entrevistados señalan que las temáticas del CIRA se limitan a los temas del proceso asistencial, excluyéndose aquellos asociados a definición, distribución y asignación de recursos, por lo que la gestión de los recursos de inversión, financieros y de recursos humanos sigue las normas o marcos de gestión específicos para cada uno de dichos ámbitos, sin involucrar al CIRA. Así, este es percibido como un consejo asesor sin capacidad de influir en la distribución y asignación de los recursos.

El liderazgo formal reconocido es el del director de Servicios de Salud y se destaca la relevancia del estilo de liderazgo para el logro de la conducción de las redes. Se reconocen diferencias en los estilos de dirección, se identifican estilos jerárquicos y democráticos, aunque existe una tendencia a desear este último. No es explícita la relación entre la política de gestión de redes y la política de participación social del sector.

Aunque en la composición de los integrantes del CIRA existe importante presencia del primer nivel de atención, persiste el mayor poder de los hospitales sobre la atención primaria, lo que se expresa en el tratamiento

temático al interior de los consejos. En efecto, el grueso de los temas se centraría en problemáticas de los hospitales y en la forma en que se definen los procesos asistenciales.

Los entrevistados señalan, además, que los temas puestos en la orden del día o agenda de la reunión del CIRA corresponden principalmente a lo que definen como “externos”, entendiéndose estos como aquellos tópicos que le interesan al nivel central del Ministerio de Salud y que éste quiere validar, legitimar o facilitar en su implementación. Los temas que a juicio de los entrevistados parecieran ser más “internos” (cartera de prestaciones de los hospitales, listas de esperas, protocolos para referencia y contrarreferencia de pacientes, presupuesto y red de atención de urgencia), guardan directa relación con los compromisos de gestión que la dirección del servicio tiene con el nivel central del ministerio. Lo anterior hace pensar a los entrevistados que los CIRA se ha utilizado como un espacio de socialización y comunicación de aspectos que interesan al ministerio, más que como un espacio dialógico para la generación participativa de estrategias y propuestas “desde abajo hacia arriba”.

Más allá de las distintas visiones críticas que existen del CIRA, es visto como una institución relevante en el contexto del sistema de atención de salud chileno por posibilitar un espacio de participación e integración de

diferentes niveles de la red. A pesar de sus limitaciones, se le valora como espacio de diálogo, participación y comunicación, que posibilita la cooperación, la articulación, el aprendizaje y el compartir buenas prácticas.

Discusión

El diagnóstico que subyace a la creación de los CIRA es que la red está fragmentada o desarticulada, entre los niveles de atención primaria y los niveles de atención hospitalaria,¹² por lo que se crea esta instancia para organizar a los prestadores de atención a la salud.

Los instrumentos de gestión que creó la autoridad sanitaria focalizaron la implementación de los CIRA en un rol socializador y validador de aquellos procesos considerados relevantes o estratégicos para la autoridad central. Desde su creación, los CIRA chilenos excluyeron procesos de coordinación en el ámbito de decisiones en inversión en infraestructura, tecnología, recursos financieros y recursos humanos, lo que sin duda les resta capacidad de articulación real.

La ley que creó los CIRA en Chile definió que los integrantes de los consejos debían ser representantes de establecimientos prestadores de salud y no consideró a estos como instancias para fortalecer procesos de participación social. Sin embargo, a pesar de que no estaba contemplado en el marco jurídico, algunos servicios de salud incorporaron a representantes de la comunidad, lo que ha sido bien valorado por sus integrantes y puede ser el germen de procesos posteriores que contribuyan a disminuir el déficit de participación social en el sistema de salud chileno que ha sido identificado por algunos autores.²⁴ De igual modo, hay servicios de salud que integraron a representantes de gremios de trabajadores de la salud y otros que, en busca de una mejor coordinación interinstitucional, convocaron a otras autoridades de salud (autoridad sanitaria regional, Superintendencia de Salud y oficinas regionales del seguro público). La participación de los prestadores privados ha sido escasa y no se contempló la participación de representantes territoriales de instituciones del intersector tales como educación o vivienda.

La estructura que representan los CIRA es de carácter consultivo y no corresponde a un órgano de gobierno colegiado, como podrían ser los directorios, consejos o juntas de gobierno de las instituciones públicas que tienen poder de decisión en los ámbitos de gobierno y que separan la función de dirección de aquella propia de la gerencia.²³ En este sentido, los CIRA no difieren de la mayoría de las experiencias en América Latina, las cuales se circunscriben a la participación de actores intragubernamentales; sólo se incluyen actores no gubernamentales en instancias donde estos pueden partici-

par con voz pero no con voto.²⁵ En el caso de México, de acuerdo a Hevia y colaboradores,²⁵ la normatividad federal obliga a la creación de 409 instituciones colegiadas de deliberación en los distintos sectores del gobierno, pero la gran mayoría son sólo instancias consultivas. En Uruguay, la ley que crea el SNIS en 2007 establece que los prestadores de salud que lo integren (públicos y privados) cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios.⁷ Debido a esta característica, los CIRA se alejan de otras experiencias latinoamericanas como los sistemas locales de atención integral de salud (SILAI) en Nicaragua²⁶ o las CLAS (Comunidad Local de Administración en Salud) en Perú,²⁷ que corresponden a instancias con altos niveles de participación que involucran a representantes de organizaciones sociales y comunitarias en los procesos de decisión estratégica. El caso más desarrollado es el de Brasil que, con la creación de consejos gestores y conferencias nacionales en los sistemas únicos de seguridad social (salud, educación, entre otros), representa el ejemplo más avanzado de inclusión ciudadana con atribuciones decisionales.^{6,28}

Los hallazgos de nuestra investigación muestran que los entrevistados desearían que el CIRA fuera un espacio más resolutivo, mirando esta instancia desde una perspectiva de construcción de políticas públicas desde la base. Esto coincide con las experiencias exitosas de participación deliberativa, que comparten la característica de funcionar “desde abajo hacia arriba”, y que fueron creadas en virtud de presiones de la sociedad hacia el gobierno.²⁵

El debate que se abre en Chile y otros países de América Latina es justamente cómo avanzar en la integración de sistemas de salud fragmentados. Para países que, por razones políticas o técnicas, no pueden avanzar a soluciones de integración estructural o funcional más radicales, pudiera ser un camino conveniente el generar estructuras formales, con sustrato legal, que en el ámbito de un territorio / población determinado mandate a las organizaciones de salud y les entregue competencias para dialogar, consensuar y cooperar sobre tópicos de interés común con fuerte liderazgo rector de la autoridad sanitaria. Esto puede representar un primer paso de avance hacia la integración funcional. Las redes modernas no están basadas en jerarquías, pues es una ilusión pretender que un actor ejerza un mando directivo de “control comando” tradicional sobre otro. Las redes exitosas descansan en la necesidad de interdependencia y en los requerimientos horizontales y no burocráticos de colaboración y cooperación que permiten que se logren objetivos compartidos.

En el contexto de las redes, las relaciones organizacionales se conciben como sistemas complejos que

giran en torno a decisiones que se construyen entre los diferentes actores de la red.²⁹ La habilidad de gestionar una red no reside en buscar la disciplina de corto plazo sino la confianza en la capacidad de obtener logros de mediano y largo plazo. Por esta razón, uno de los aspectos esenciales en los países latinoamericanos es la generación de contextos legales y normativos para la cooperación e incentivos y mecanismos de asignación presupuestaria alineados con lo anterior.

Los resultados de este estudio nos permiten concluir que el CIRA ha contribuido a una integración funcional y se ha constituido en un espacio de diálogo, cooperación y aprendizaje por parte de los actores de las redes asistenciales públicas chilenas. Sin embargo, más allá de potenciales mejoras del CIRA, la naturaleza de órgano consultivo con que fue creado restringe sus posibilidades de funcionar como verdadero instrumento de integración de servicios territoriales de salud. Cambiar la naturaleza del CIRA significaría su ampliación hacia facultades legales que le permitan expresarse en decisiones sobre temas estratégicos como inversiones en infraestructura, tecnología, recursos humanos y asignaciones presupuestarias en la red. Aún en un escenario así, en Chile quedarán pendientes decisiones respecto a la instalación de estructuras colegiadas de dirección en las redes públicas que superen la fragmentación entre distintas instituciones o subsistemas y cumplan con los elementos básicos de los estándares de buen gobierno corporativo.²³

A pesar de sus evidentes limitaciones, el camino asumido en Chile a través del CIRA puede servir como experiencia para alimentar procesos de cambio en otros países de la región de América Latina y el Caribe en el difícil desafío de construir sistemas de salud integrados, equitativos y universales.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón A, Silva MRF, de Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica* 2009; 26(4):360-367.
2. WHO. Integrated health services: What and why?. Technical brief no.1, May 2008 [documento en internet]. Geneva: World Health Organization, 2008 [Consultado 2012 diciembre 9]. Disponible en: http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf
3. OPS/OMS. Salud en las Américas 2012. Publicación Científica y Técnica No. 636 de la Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: OPS/OMS, 2012.
4. OPS/OMS. Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, DC: OPS/OMS, 2010.
5. ISAGS. Sistema de Salud en Brasil. En: Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S. (orgs.). *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR). Rio de Janeiro: ISAGS, 2012: 230-296.
6. Fleury S. Salud y Democracia en Brasil: Valor Público y Capital Institucional en el Sistema Único de Salud. *Salud Colectiva*, Buenos Aires 2007; 3(2): 147-157.
7. ISAGS. Sistema de Salud en Uruguay. En: Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S. (orgs.). *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR). Rio de Janeiro: ISAGS, 2012:728-776.
8. Wilson L, Velásquez A, Ponce C. La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2009; 26(2): 207-217.
9. ISAGS. Sistema de salud en Venezuela. En: Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S. (orgs.). *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR). Rio de Janeiro: ISAGS, 2012:778-829.
10. Orden Jurídico Nacional [sitio de internet]. Secretaría de Gobernación de México [Consultado 2012 abril 30]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Estatal/QUERETARO/Reglamentos/QROREG15.pdf>
11. Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) [sitio de internet]. Ministerio de Salud de Chile [Consultado 2012 noviembre 30]. Disponible en <http://www.deis.cl/todas-las-categorias/>
12. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Historia de la Ley N° 19.966, pág. 14 [documento en internet] [Consultado 2012 noviembre 26]. Disponible en <http://www.bcn.cl/histley/lfs/hdl-19966/HL%2019966.pdf>
13. Drago M. La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Serie Políticas sociales N° 121. Santiago de Chile: CEPAL, 2006.
14. Frenz P. Desafíos en salud pública de la reforma, equidad y determinantes sociales de la salud. *Rev Chil Salud Pública* 2005; 9(2):103-110.
15. Zúñiga A. Sistemas sanitarios y reforma AUGÉ en Chile. *Acta bioeth [serie en internet]* 2007; 13(2): 237-245.
16. Artaza O, Sacoto F, Yglesias A, Yáñez L, Martínez y col. [libro en internet]. Reformas y financiamiento de sistemas de salud de la subregión andina. ORAS-CONHU, Lima, Perú, 2004. [Consultado 2012 diciembre 10]. Disponible en: <http://www.orasconhu.org/publicaciones/reformas-y-financiamiento-de-sistemas-de-salud-de-la-subregi%C3%B3n-andina>
17. Arteaga O. Desde el diseño a la implementación de políticas públicas: el caso de la reforma de salud en Chile. En: Espinosa B, Waters W, ed. *Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina*. Quito: Serie 50 años de Flacso, Flacso, 2008: 121-142.
18. Dodgson R, Lee K, Drager N. Global health governance. A conceptual review: Discussion Paper N° 1 [documento en internet]. WHO and London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2002 [Consultado diciembre 2012]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd050853/dodgson.pdf>
19. Hufty M. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2006;22 suppl: S35-S45
20. Bazzani R. Gobernanza y salud: Aportes para la innovación en sistemas de salud. *Rev Salud Pública Colombia* 2010;12 suppl 1: 1-7
21. Artaza O, Méndez C, Holder M, Suárez J. Redes integradas de servicios de salud: El desafío de los hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011.
22. Ortún V, ed. *El buen gobierno sanitario*. Madrid: Springer Healthcare Communications, 2009.
23. Freire JM, Repullo JR. El buen gobierno de los servicios de salud de producción pública: ideas para avanzar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011;16(6):2733-2742.

24. Méndez CA, Vanegas López JJ. La participación social en salud: el desafío de Chile. *Rev Panam Salud Publica* 2010; 27(2):144-148.
25. Hevia F, Vergara-Lope S, Ávila Landa H. Participación ciudadana en México: consejos consultivos e instancias públicas de deliberación en el gobierno federal. *Perfiles Latinoamericanos* 2011;38:65-88.
26. Jaramillo I. Evaluación de los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud – SILAI. Resultados del taller de expertos; octubre de 2000 [documento en internet]. Fundación Friedrich Ebert de Nicaragua, 2000. [Consultado 2012 diciembre 13]. Disponible en: https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=148&Itemid=235
27. Iwami I, Petchey R. A CLAS Act? Community-based organizations, health service decentralization and primary care development in Peru. *J Public Health Med* 2002;24(4):246-251.
28. Moreira MR, Escorel S. Municipal health councils of Brazil: a debate in the democratization of health in the twenty years of the UHS. *Cien & Saude Colet* 2009;14(3):795-805.
29. Rodríguez D, Arnold M. Sociedad y teoría de sistemas. 4a ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 2007.