



Revista de Salud Pública  
ISSN: 0124-0064  
Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina -  
Universidad Nacional de Colombia

## Atención especializada en regiones de salud: desafíos para garantizar el cuidado integral en Brasil

**dos Santos, Adriano Maia; de Almeida, Patty Fidélis**

Atención especializada en regiones de salud: desafíos para garantizar el cuidado integral en Brasil

Revista de Salud Pública, vol. 20, núm. 3, 2018

Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia

**Disponible en:** <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42258458005>

**DOI:** 10.15446/rsap.V20n3.61392

# Atención especializada en regiones de salud: desafíos para garantizar el cuidado integral en Brasil

Specialized care in health regions: challenges to ensure comprehensive health care in Brazil

Adriano Maia dos Santos <sup>1</sup> maiaufba@ufba.br  
*Universidade Federal da Bahia, Brazil*

Patty Fidélis de Almeida <sup>2</sup> pattyfidelis@id.uff.br  
*Universidade Federal Fluminense, Brazil*

## RESUMEN

**Objetivos :** Analizar aspectos de la provisión de asistencia especializada en el contexto de incipiente integración regional y barreras para la oferta de atención integral en salud.

**Materiales y Métodos :** Estudios de caso en tres municipios sedes de regiones de salud del estado de Bahía, Brasil, con realización de 31 entrevistas semiestructuradas con gestores de salud, encuestas a 201 médicos y enfermeros de EqSF y 1 590 usuarios.

**Resultados :** Hubo convergencia en cuanto a la escasez de retaguardia terapéutica, considerando las limitaciones que sufre el planeamiento local por el bajo financiamiento público y las dificultades para atraer especialistas. Un porcentaje expresivo de usuarios busca servicios especializados directamente en el sector privado.

**Conclusiones :** La oferta de atención integral en salud enfrenta, además del desafío de fortalecer la APS en sus atributos esenciales, escasez de oferta en especialidades, fragmentación entre diferentes puntos de la red y desarticulación comunicacional entre niveles del sistema de salud.

**Palabras Clave:** Atención integral de salud++ regionalización++ accesibilidad a los servicios de salud (fuente: DeCS, BIREME).

## ABSTRACT

**Objective :** To analyze aspects of specialized health care provision in the context of incipient regional integration, as well as barriers to offering comprehensive health care.

**Materials and Methods :** Case studies in three municipal seats of health regions in the state of Bahia, Brazil. 31 semi-structured interviews were conducted with health managers and surveys were applied to 201 physicians and nurses of family health care teams and 1 590 users.

**Results :** The participants agreed on the lack of the specialized health care, considering limitations in regional planning due to low public funding and difficulties to attract specialized physicians. A significant percentage of users seek specialized health care directly in private services.

**Conclusions :** The provision of comprehensive health care faces not only the challenge of strengthening the essential characteristics of primary health care (PHC), but also the lack of specialists, the fragmentation between different points of the network and communicational disarticulation between levels of the health system.

**Key Words:** Comprehensive health care, regional health planning, health services accessibility (source: MeSH, NLM).

En respuesta a los efectos adversos de la fragmentación asistencial, estudios indican la necesidad de desarrollo de redes integradas de atención a la salud centradas en la Atención Primaria de Salud (APS)<sup>(1,2)</sup>. En

Revista de Salud Pública, vol. 20, núm. 3, 2018

Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia

Recepción: 03 Diciembre 2016  
Recibido del documento revisado: 23 Junio 2017  
Aprobación: 22 Febrero 2018

DOI: 10.15446/rsap.V20n3.61392

CC BY

América del Sur, en el contexto de la segmentación histórica de la protección social en salud, la APS se confronta también con la fuerte competencia de los servicios de urgencia y de los servicios privados como primer contacto, a pesar de que el tema de la integración asistencial y la definición de puerta de entrada preferencial a través de la APS esté en la agenda de los policy makers <sup>3</sup>.

En el contexto brasileño, la Constitución reconoce la salud como un derecho del ciudadano y un deber del Estado, además de establecer el Sistema Único de Saúde (Sistema Único de Salud, SUS) como modelo de protección social a la salud fundamentado en la universalidad de la cobertura y la integralidad en la oferta de servicios, estableciendo la APS como puerta de entrada. Sin embargo, se mantiene la segmentación de la prestación de servicios de salud por medio de seguros privados, desembolso directo y combinaciones público-privadas, sobre todo en la oferta de atención especializada, incluso en el interior del sus <sup>4</sup>.

Para la conformación del sistema nacional de salud, el sus reproduce la estructura federativa brasileña con la existencia de tres esferas autónomas de gobierno (federal, de los estados y municipal) responsables por la gestión de acciones y servicios de salud, lo que compone un federalismo sanitario <sup>5</sup>. Se trata, por lo tanto, de un sistema complejo con gestión autónoma de la APS en 5 570 municipios, o sea, la estructura institucional del sistema de salud brasileño requiere una integración entre entes federados distintos (en las regiones de salud), entre niveles asistenciales (en las redes de atención) y entre proveedores públicos y privados <sup>6</sup>.

Desde 2006, la integración asistencial por medio de las Redes de Atenção à Saúde (Redes de Atención a la Salud, RAS) ocupa un lugar central en la agenda gubernamental brasileña <sup>7</sup>, con énfasis en la regionalización, la creación de regiones de salud y mecanismos de gobernanza regional para coordinar y resolver tensiones federativas e intereses conflictivos entre financiadores, proveedores y usuarios <sup>8</sup>.

El amplio debate promovido con respecto a las ras, con énfasis en el carácter regional, defiende la necesidad de fortalecimiento de la APS en la coordinación del cuidado en las regiones de salud <sup>9,10</sup>. Si, por un lado, los estudios, especialmente en el contexto europeo, asocian mejores resultados en salud a sistemas fuertemente basados en la APS (il), por otro, en el ámbito del sus hay que considerar problemas estructurales que mitigan la función coordinadora de la APS y la provisión de atención integral en salud <sup>12</sup>.

Entre los requisitos para la constitución de las regiones de salud, los servicios de APS deben capilarizarse en el territorio, minimizar las barreras de acceso y servir de lugar de búsqueda regular. Por su parte, la atención especializada debe planearse en la lógica de los recursos compartidos entre diferentes municipios, con escala y alcance adecuados, para asegurar la racionalidad socioeconómica y, especialmente, la calidad y la resolutivez del cuidado <sup>10,13</sup>.

En tal sentido, este artículo analiza aspectos de la provisión de asistencia especializada en el contexto de la incipiente integración regional y los

desafíos para la garantía del cuidado integral en salud. Para esa finalidad, aborda la experiencia de uso y la satisfacción de las familias y la percepción de los profesionales de los Equipos de Saúde da Família (Equipos de Salud de la Familia, EqsF) con relación al acceso y utilización de los servicios especializados, así como también las percepciones y la forma como los gestores manejan la organización y la oferta de los servicios para la constitución de una red regionalizada.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de estudios de caso realizados en tres municipios, respectivamente, sedes de las regiones de salud de Vitória da Conquista (VCA), Santo Antônio de Jesus (SAJ) y Feira de Santana (FSA), en el estado de Bahía, Brasil. Se combinaron abordajes cualitativos y cuantitativos, "métodos mixtos"<sup>14</sup>, con utilización de entrevistas semiestructuradas y encuestas.

El análisis cualitativo se realizó a partir de 31 entrevistas semiestructuradas con gestores del SUS, que actuaban en las esferas municipales, regionales y de los estados, en 2012.

Se realizó una encuesta domiciliaria con la aplicación de un cuestionario a una muestra representativa de familias registradas en los EqsF de cada municipio. Se entrevistó a los informantes familiares en sus domicilios. El cuestionario domiciliar se adaptó de Giovanella et al.<sup>15</sup>. Para el cálculo de la muestra de familias, se consideró el porcentual de cobertura poblacional de los EqsF, según un documento del Ministerio de Salud<sup>16</sup>, considerando un nivel de confianza del 95% y una precisión del 4%. El número de domicilios, suponiendo una muestra aleatoria simple, fue de 576, 430 y 596 para VCA, SAJ y FSA, respectivamente, totalizando una muestra de 1602 domicilios.

Los domicilios se seleccionaron por medio de muestreo por conglomerados en tres etapas. En la primera, se seleccionó el número de usuarios que serían entrevistados en cada EqsF, dividiendo la muestra de cada municipio por el número de equipos existentes en octubre de 2012. En la segunda etapa, por muestreo aleatorio simple, se seleccionó un Agente Comunitário de Saúde (Agente Comunitario de Salud, ACS) para cada EqsF. Finalmente, se sortearon las familias acompañadas por los ACS seleccionados en cada EqsF, en los respectivos municipios. La aplicación de los cuestionarios se realizó entre noviembre de 2012 y febrero de 2013. Se aplicaron efectivamente 590 cuestionarios.

También se realizó una encuesta con cuestionarios autoaplicables al universo de médicos y enfermeros de los EqsF en los tres municipios. Se analizaron las percepciones sobre el acceso y la disponibilidad de servicios especializados para las familias registradas. En octubre de 2012 había 38 EqsF en VCA, 21 en SAJ y 84 en FSA, con una cobertura poblacional estimada de 41%, 79% y 52%, respectivamente. Se aplicaron 64 cuestionarios en VCA, 31 en SAJ y 106 en FSA, o sea, 201 de los 286 cuestionarios previstos.

Los resultados cualitativos provenientes de las entrevistas semiestructuradas se presentan en conjunto como síntesis narrativa de los casos. Los datos cuantitativos se codificaron y se computaron en Epidata y, para el análisis descriptivo, se utilizó Epidata Stat. Las informaciones de ambos métodos se triangularon<sup>17</sup>, buscando articular la perspectiva de los gestores, los profesionales y el informante familiar, además de trazar un análisis comparado entre los casos.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Faculdade Maria Milza (Dictamen n°323/2011) y autorizado por las Secretarías de Salud de cada municipio.

## RESULTADOS

Para los gestores, el acceso de los usuarios de las regiones de salud a los servicios especializados se realizaba, en menor proporción, mediante puntos de atención totalmente públicos o, en su defecto, que tienen convenios con el SUS, ubicados esencialmente en los municipios sede y compartidos mediante cuotas acordadas entre los municipios.

Hubo convergencia en las entrevistas de los gestores en cuanto a la escasez de retaguardia terapéutica para el conjunto de los municipios en las regiones de salud, considerando las limitaciones que sufre el planeamiento local debido al bajo financiamiento público. La insuficiencia en la oferta de servicios especializados planteaba a los profesionales y gestores dilemas éticos para establecer prioridades.

Las entrevistas también fueron convergentes con los cuestionarios aplicados a los profesionales de los EqsF de los tres municipios sede. En tal sentido, médicos y enfermeros (Tabla 1) afirmaron que el mayor problema para la resolutiveidad del cuidado radicaba en la insuficiencia de servicios especializados para garantizar el seguimiento en tiempo oportuno (VCA - 89%, SAJ - 81%; FSA - 89% ).

Tabla 1

Acceso a los servicios de atención especializada según médicos y enfermeros de los EqSF  
- Vitória da Conquista, Santo Antônio de Jesus y Feira de Santana, Bahía, Brasil, 2013

	Vitória da Conquista		Santo Antônio de Jesus		Feira de Santana	
	n=64	%	n=31	%	n=106	%
La USF es accesible para toda la población registrada	50	78	30	97	91	86
Con la USF, la población acude menos a los servicios hospitalarios	53	83	29	94	86	81
La población acude primero a la USF cuando necesita de atención a la salud	57	89	30	97	97	92
CMC en el municipio	62	97	29	94	98	92
Formularios para transferencia de información clínica	48	75	28	90	81	76
Llenado de la referencia	59	92	30	97	99	93
Recibimiento de la contrarreferencia	3	5	3	9	14	13
Programación de consulta especializada	39	61	20	64,5	72	68
Programación de pruebas especializadas	47	73	18	58	63	59
Tiempo promedio de espera:						
Neurólogo						
Hasta 30	0	0	3	9,6	22	21
30-90	11	17	18	58	39	37
>90	46	72	8	26	28	26
Cardiólogo						
Hasta 30	4	6	6	19	40	38
30-90	19	30	16	52	38	36
>90	35	55	8	26	13	12
Endocrinólogo						
Hasta 30	2	3	6	19	32	30
30-90	14	22	16	52	37	35
>90	45	70	8	19	22	21
Consideran que el principal problema de la red es la insuficiencia en la oferta de servicios especializados	57	89	25	81	94	89

Según la evaluación de los gestores, el acceso a la atención especializada era realizado de manera predominante por medio de referencias de los EqsF y se identificaron *Centrais de Marcação de Consultas* (Centrales de Programación de Consultas, CMC) en los tres municipios sede, con flujos y rutinas diferenciados para responder a la demanda interna (del propio municipio) y la proveniente de los demás municipios de la región de salud. Tal cuestión fue confirmada entre profesionales que indicaron conocer la existencia de las CMC (>92% en los tres municipios).

En los tres municipios sede, según la encuesta realizada entre usuarios (Tabla 2), las referencias para la atención especializada eran realizadas principalmente en las Unidades de Saúde da Família (USF), situación en la que se destacaron FSA (72%) y VCA (85%). En general, en estos casos el ACS informaba posteriormente las fechas y horarios de las consultas a los usuarios. De manera diferente, SAJ presentó una parte importante de las familias (24%) que BUSCABAN referencia para la atención especializada directamente en la CMC o por otros medios sin regulación asistencial (34%). Los datos de las encuestas con usuarios convergieron y reafirmaron los flujos más comunes en la red, con predominancia de la programación en la propia USF (VCA - 85%; FSA - 72%) y, también, señalaron la discrepancia en SAJ (39%). En este aspecto, SAJ fue el único municipio que presentó programación de consulta directamente en la CMC (24%) o directamente en el prestador (18%), ya que en las demás ciudades este fue un dato residual (Tabla 1).



Tabla 2

Utilización de servicios de atención especializada según los usuarios/familias registrados  
- Vitória da Conquista, Santo Antônio de Jesus y Feira de Santana, Bahía, Brasil, 2013

Indicadores seleccionados	Vitória da Conquista		Santo Antônio de Jesus		Feira de Santana	
	572		430		588	
	n(N)	%	n(N)	%	n(N)	%
Búsqueda de especialistas en los últimos 12 meses	232(428)	56	212 (412)	51,5	295(578)	51
Naturaleza del establecimiento de salud al que se acudió para la consulta especializada						
Público	122 (232)	53	91 (212)	43	140 (295)	45
Privado	110(232)	47	121(212)	57	159(295)	55
Derivación realizada por un profesional de la USF	92(232)	40	65(212)	30	136(292)	47
Logró ser atendido por el especialista	84(92)	91	55(65)	85	128(138)	94
Tiempo de espera para ser atendido por el especialista						
Hasta 30 días	53(84)	62	26 (55)	47	106(128)	83
Entre 31 y 90 días	12 (84)	14	21 (55)	38	19 (128)	15
Más de 3 meses	20(84)	24	8(55)	14	4(128)	2
Necesidad de pruebas especializadas en los últimos 12 meses	137(428)	32	126(412)	31	248(578)	43
Logró realizar pruebas especializadas	111(137)	81	74(126)	59	206(248)	83
Tiempo de espera para realizar las pruebas						
Hasta 30 días	61(111)	55	37(74)	50	167(206)	81
Entre 31 y 90 días	29(111)	26	24(74)	33	25(206)	12
Más de 3 meses	21(111)	19	16(74)	17	16(206)	7
Programación de consultas para acceso al especialista						
Logró programar en la misma USF	94(111)	85	29(74)	39	148(206)	72
Tuvo que programar en la Central de Programación de Consultas	1(111)	0,1	18(74)	24	5(206)	0,3
Otras formas, sin regulación	15(111)	14	25(74)	34	22(206)	11

Para los casos prioritarios existía la posibilidad de contacto directo con la CMC para obtener consultas más allá de las cuotas. En SAJ, se instituyeron protocolos de acceso a la atención especializada. Sin embargo, para casos que no se encuadraban en la regulación del protocolo y eran urgentes, se solicitaba información clínica adicional.

El conocimiento sobre la población atendida y el perfil de los profesionales que actuaban en la ESF facilitaba el planeamiento de la oferta de atención especializada en los municipios, a pesar de que los gestores entrevistados destacaron que no todos los profesionales, sobre todo los médicos, se preocupaban en analizar las prioridades clínicas y referenciar de acuerdo con el flujo establecido, lo que comprometía gravemente la organización de la red especializada, cuya oferta era reconocidamente insuficiente.

El flujo de información fue bastante criticado en las encuestas a profesionales de los EqsF en los tres municipios sede, ya que los médicos y enfermeros (Tabla 1) afirmaban que había formularios específicos para compartir información clínica entre profesionales (VCA - 75%; SAJ - 90%; FSA - 76%) y que realizaban las derivaciones regularmente por medio de referencias para las especialidades (VCA - 92%; SAJ - 97%; FSA - 93%). Por su parte, casi por unanimidad, los mismos profesionales dijeron que no recibían la contrarreferencia clínica (VCA - 5%; SAJ - 9%; FSA - 13%).

En convergencia, la inadecuación de las referencias, según los gestores entrevistados, agravaba considerablemente el acceso a la retaguardia terapéutica en las tres regiones. Como el sistema de referencia y contrarreferencia estaba viciado, sobre todo en lo que se refiere al intercambio de información clínica entre médicos especialistas y médicos de los EqsF, muchas veces la responsabilidad del intercambio de

información entre profesionales quedaba a cargo del paciente. En consecuencia, la duplicación y la sobreutilización de exámenes se convertían en prácticas constantes en la red asistencial.

Las dificultades para la provisión y acceso a la atención especializada se reflejaron de manera contundente en la evaluación de los pacientes, en convergencia con datos presentados por los profesionales. Casi la mitad de los usuarios relató la necesidad de consulta con un especialista solicitado por los EqsF en los últimos 12 meses que antecedieron a la realización de la entrevista, y la mitad de estos últimos la realizó en la red privada (Tabla 2). Dichos resultados convergieron con la evaluación de las entrevistas a gestores sobre las dificultades para la provisión pública de atención especializada. Por su parte, había baja cobertura de seguros privados entre las familias entrevistadas en los tres municipios sede, respectivamente, 22% en FSA, 16% en SAJ y 18% en VCA, lo que sugiere un desembolso directo para acceder a los servicios especializados.

Incluso entre los usuarios encaminados al especialista mediante los EqsF, había también un porcentaje que no lograba concretar la atención, sobre todo por el largo tiempo de espera. Para aquellos que fueron atendidos, los tiempos de espera fueron de hasta 30 días para la mayoría en FSA (81%) y VCA (55%). Para los gestores entrevistados, los tiempos de espera variaban en función de la disponibilidad de médicos en las regiones. En el momento de la investigación, había filas de espera para neurología y ortopedia en FSA, mientras en SAJ se mencionaron dificultades con dermatología, cardiología y oftalmología, y en VCA con neurología y endocrinología. De manera complementaria, las encuestas con profesionales destacaron también dificultades en relación con la oferta y los tiempos de espera para atención en algunas especialidades seleccionadas (Tabla 1).

De acuerdo con los gestores entrevistados, la insuficiente oferta de atención especializada creaba también tensiones en las relaciones con los demás municipios de las regiones, por el incumplimiento de lo pactado.

En las regiones de salud investigadas, la mayoría de los servicios especializados, según las entrevistas con los gestores, era cubierto a través del sector privado, preferentemente por medio de licitaciones para compra de procedimientos, para las cuales no siempre había interesados. Cuando la lista de espera alcanzaba índices críticos, la principal medida para enfrentar esta situación eran las campañas para atender grandes números de pacientes o la devolución de las listas a los EqsF para la reclasificación de prioridades.

Cuando la contratación de servicios privados era realizada para el cumplimiento de las cuotas pactadas para la región, muchas veces el municipio contratante ofrecía una cantidad menor que la pactada con los demás municipios de la región en función de lo que era posible "negociar" en términos de valores con los prestadores privados. Para los gestores municipales, los valores pagados por la tabla del sus estaban por debajo de los valores de mercado y esto repercutía de manera más grave en los pequeños municipios en función de la insuficiencia de profesionales.



## DISCUSIÓN

Con relación a la oferta de establecimientos de salud necesarios para la prestación de la atención integral, había insuficiencia de atención especializada en las tres regiones de salud. Ese problema, común en diferentes estudios, se debe a la escasez de oferta de especialidades en el SUS<sup>18</sup>, a la fragmentación entre los diferentes puntos de la red y a la desarticulación de la comunicación con la APS<sup>19</sup>.

Llama la atención el hecho de que el cuidado especializado se obtenga, en los casos estudiados, por medio de la compra de procedimientos, sin vinculación con el proyecto de integración en redes regionales. Por la necesidad de escala y el alcance para garantizar la viabilidad técnica y económica, los servicios especializados necesitan un "territorio más extenso", que agregue un contingente poblacional, como en el caso de las regiones de salud.

Frente a los escenarios analizados, en las regiones de salud constituidas por pequeños municipios con baja o ninguna capacidad de prestación de servicios especializados surge la pregunta: ¿cuál sería el modelo de incorporación de especialistas para superar o minimizar la fragmentación de la red? En grandes centros urbanos, experiencias evaluadas demuestran que la creación de servicios propios especializados fue una solución encontrada para superar la dependencia privada y garantizar una oferta de servicios adecuada<sup>20</sup>.

Considerando el camino que debe construirse, en las regiones estudiadas, cualquier iniciativa encontrará límites frente a los históricos vacíos asistenciales en el SUS, la dificultad de atracción de médicos especialistas en el interior del país, la falta de interés de los médicos especialistas en ser empleados públicos, además del alto poder de negociación que tienen algunas especialidades y la mercantilización del sector salud. Así, se ratifica la importancia de las políticas gubernamentales de atracción de médicos (brasileños o no), como el Programa Mais Médicos (Programa Más Médicos), tanto para enfrentar los desafíos de la formación médica, como para reducir las desigualdades distributivas de estos profesionales en el territorio nacional<sup>21</sup>.

Otro componente fundamental de las redes regionalizadas es la constitución de un sistema de gobernanza único, con definición de autoridad capaz de asumir la responsabilidad sanitaria<sup>22</sup>. Las evidencias reafirman que los problemas para garantizar la atención integral superan la capacidad presupuestaria y técnica de los municipios de manera aislada, lo que exige soluciones compartidas entre los gestores. La pulverización de poderes en la conformación político-institucional del Estado brasileño aumenta las tensiones y desafía la constitución de las regiones de salud, ya que no hay un gestor regional institucionalizado en la condición de autoridad sanitaria.


Además, las funciones que el médico de APS debe desempeñar son más complejas hoy que hace veinte años, lo que coloca en segundo plano la ejecución de actividades de coordinación para las cuales, la

mayoría de las veces, no hay remuneración adicional <sup>23</sup>. En tal sentido, se necesitan movimientos más contundentes y contrahegemónicos, como ampliar y fortalecer las atribuciones clínicas de profesionales no médicos <sup>24</sup>, expandir los equipos de salud bucal, los equipos de apoyo matricial y la incorporación de terapias complementarias, para que el cuidado en los territorios esté menos centrado en las enfermedades y sea menos dependiente del acto médico.

Además del alcance de las acciones propuestas, los EqsF se deparan con un sistema de salud que funciona con apoyo comunicacional deficiente y que todavía no logró integración entre sus sistemas de información en salud, lo que aumenta la sobrecarga de los profesionales y los gestores, incluso con desinformación clínica, comprometiendo el seguimiento terapéutico de los pacientes. Esas cuestiones implican, además, itinerarios asistenciales que tienen a los EqsF como primera búsqueda, pero que, ante la falta de una respuesta oportuna y adecuada o de resolubilidad para los problemas presentados por la población, se ramifican hacia otras unidades con mayor densidad tecnológica <sup>19,25</sup>.

De manera concomitante, los tradicionales instrumentos de referencia y contrarreferencia entre los niveles asistenciales se muestran insuficientes para la organización de redes integradas con continuidad del cuidado y coordinación de los EqsF, particularmente para los pacientes con condiciones crónicas <sup>9</sup>. A pesar de esto, en un escenario de incipiente disponibilidad de recursos tecnológicos de información, la propuesta de referencia y contrarreferencia, incluso siendo conservadora y burocrática, podría ser un apoyo comunicacional para la gestión de la clínica. Sin embargo, ni siquiera esto encontraba adhesión en el proceso de trabajo de los profesionales en la región de salud.

Una de las evidencias, y al mismo tiempo un límite de esta investigación, es señalar que la observación de las regiones de salud exige preguntas de investigación capaces de abordar esta dinámica compleja. Para evaluar la constitución de las redes en las regiones de salud, las tradicionales preguntas de investigación centradas en captar las dinámicas municipales son insuficientes: ¿cuál es el modelo esperado para la provisión de APS y de retaguardia especializada desde una perspectiva regional?

Entre tantos desafíos, no parece ser viable la constitución de redes regionalizadas sin la coordinación del cuidado entre las unidades que la constituyen, que sigue formando parte de la retórica gerencial en el sus <sup>18,19</sup>. Así, incluso frente a la ampliación de la oferta de servicios en un determinado territorio, la coordinación del cuidado es un atributo esencial para viabilizar la atención continua y la integración asistencial, lo que requiere, más que nunca, una fuerte base de APS .

## REFERENCIAS

1. Vargas I, Mogollon-Pérez AS, De Paepe P, Silva MRF, Unger JP, Vazquez ML. Barriers to healthcare coordination in market based and decentralized

- public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy and Planning*. 2016; 1-13.
2. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Pierson R, Applebaum S. New 2011 Survey Of Patients With Complex Care Needs In Eleven Countries Finds That Care Is Often Poorly Coordinated. *Health Affairs*. 2011; 30(12):2437-48.
  3. Giovanella L, Almeida PF, Ferreira GR, Romero RV, Oliveira S, Silva HT. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde Debate*. 2015; 39(105):300-2.
  4. Santos MAB, Gerschman S. Segmentations of health service supply in Brazil - institutional arrangements, creditors, payers and providers. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(3):795-806.
  5. Dourado DA, Elias PEM. Regionalization and political dynamics of Brazilian health federalismo. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(1):204-11.
  6. Miranda AS. Intergovernmental health policy decisions in Brazil: cooperation strategies for political mediation. *Health Policy and Planning*. 2007; 22(3):186-92.
  7. Lima LD, Queiroz LFN, Machado CV, Viana ALA. Decentralization and regionalization: dynamics and conditioning factors for the implementation of the Health Pact in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(7):1903-14.
  8. Machado CV, Lima LD, Viana ALA, Oliveira RG, Iozzi FL, Albuquerque MV et al. Federalism and health policy: the intergovernmental committees in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(4):642-650.
  9. Mendes EV. Health care networks. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(5):2297-305.
  10. Almeida PF, Santos AM, Souza MKB. Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde. Salvador: Edufba, 2015. 309p.
  11. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract*. 2013; 63(616):e742-50.
  12. Santos AM, Giovanella L. Gestión del cuidado integral: estudio de caso en una región sanitaria de Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(3):e00172214.
  13. Mendes A, Louvison MCP, Ianni AMZ, Leite MG, Feuerwerker LCM, Tanaka OU et al. The process of building up regional health management in the State of São Paulo: subsidies for analysis. *Saúde Soc*. 2015; 24(2):423-7.
  14. Greene JC. Mixed methods in social inquiry. San Francisco: Wiley Imprint; 2007.
  15. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Estudo de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. Relatório Final. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
  16. Brasil. Ministério da Saúde. Diretoria de Atenção Básica. Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica. (citado 2012 out 1) Disponível em: [Disponível em: https://goo.gl/Sg76hz](https://goo.gl/Sg76hz).
  17. Pla M. El rigor en la investigación cualitativa. *Atención Primaria*. 1999; 24(5):295-300.

18. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Júnior GD, Albuquerque PC. From normative aspects to the reality of the Unified Health System: revealing barriers that curtail access to the health care network. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(4):1283-93.
19. Aguilera SLVU, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ. Articulation between levels of healthcare services in the Curitiba Metropolitan Area: challenges for managers. *Rev. Adm. Pública*. 2013; 47(4):1021-39.
20. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Challenges for healthcare coordination: strategies for integrating levels of care in large cities. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(2):286-98.
21. Girardi SN, Van Stralen ACS, Cella JN, Wan Der Maas L, Carvalho CL, Faria EO. Impact of the Mais Médicos (More Doctors) Program in reducing physician shortage in Brazilian Primary Healthcare. *Ciênc Saude Coletiva*. 2016; 21(9):2673-82.
22. Artaza-Barrios O, Toro-Devia O, Fuentes-García A, Alarcón-Hein A, Econ, 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. *Rev Salud Pública de México*. 2013; 55(6):650-8.
23. Bodenheimer T. Coordinating Care - A Perilous Journey through the Health Care System. *N Engl J Med*. 2008; 358(10):1064-71.
24. Dower C, Moore J, Langelier M. It is time to restructure health professions scope-of-practice regulations to remove barriers to care. *Health Aff. (Millwood)* 2013; 32(11):1971-6.
25. Xavier RB, Bonan C, Silva KS, Nakano AR. Healthcare itineraries of women with histories of hypertensive syndromes during pregnancy. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1109-20.