

ARTÍCULO ORIGINAL

Gobernanza de enfermería en redes integradas de servicios de salud y su impacto en procesos de atención en el ámbito de equipos del primer nivel de atención

Nursing governance in integrated health service networks and its impact on care processes in the field of primary care teams

Ramona Elizabeth González¹  

¹Ministerio de Salud de la Provincia Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Citar como: González RE. Gobernanza de enfermería en redes integradas de servicios de salud y su impacto en procesos de atención en el ámbito de equipos del primer nivel de atención. Salud Cienc. Tecnol. 2021; 1:37. <https://doi.org/10.56294/saludcyt202137>

RESUMEN

Introducción: la gobernanza profesional constituye los procesos y estructuras que dan a los enfermeros autonomía, control y autoridad acerca de la práctica de enfermería en una organización.

Objetivo: describir la percepción de la gobernanza de enfermería en redes integradas de servicios de salud a partir del proceso de atención de enfermería en el ámbito de Equipos del Primer nivel de atención.

Método: se realizó un estudio descriptivo, transeccional en junio 2020, mixto. Se estudiaron 66 trabajadores de 11 Unidades Sanitarias donde se implementó el programa redes-protector en el municipio de Moreno, Provincia de Buenos Aires. Se utilizaron instrumentos cualitativos y cuantitativos. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: las prácticas de gobernanza percibieron respuestas positivas en: evaluación del riesgo cardiovascular, uso de instrumentos de gestión de redes, en rehabilitación cardiovascular y en la implementación del Programa de atención de enfermería (PAE) dirigido a factores de riesgo cardiovascular ($p < 0,001$). No hay relación entre las variables sociodemográficas y las prácticas relacionadas con la gobernanza de enfermería.

Conclusiones: existen principios constructivistas del MAPEC con prácticas para la gobernanza de enfermería en la estimación de riesgo cardiovascular aplicando el PAE y en el accionar del consultorio de rehabilitación cardiovascular. En cuanto a los conocimientos actitudinales sobre los ejes de la atención a ECNT y riesgo cardiovascular, las prácticas de gobernanza de enfermería son percibidas positivamente en relación con valoración y estimación del riesgo cardiovascular según tablas preestablecidas por la OMS.

Palabras clave: Gobernanza Compartida de Enfermería; Sistemas Nacionales de Salud; Enfermedades no Transmisibles; Prestación Integrada de Atención de Salud.

ABSTRACT

Introduction: professional governance constitutes the processes and structures that give nurses autonomy, control and authority over nursing practice in an organization.

Objective: to describe the perception of nursing governance in integrated health service networks from the nursing care process in the field of Primary Care Teams.

Method: a descriptive, cross-sectional study was carried out in June 2020. Mixed. 66 workers from 11 Health Units where the network-protect program was implemented in the municipality of Moreno, Province of Buenos Aires, were studied. Qualitative and quantitative instruments were used. Descriptive and inferential statistics were used

Results: governance practices perceived positive responses in: cardiovascular risk assessment, use of network management instruments, in cardiovascular rehabilitation and in the implementation of the Nursing Care Program (PAE) aimed at cardiovascular risk factors ($p < 0,001$). There is no relationship between sociodemographic variables and practices related to nursing governance.

Conclusions: there are constructivist principles of MAPEC with practices for nursing governance in the estimation of cardiovascular risk applying the PAE and in the actions of the cardiovascular rehabilitation office. Regarding attitudinal knowledge about the axes of care for NCDs and cardiovascular risk, nursing

governance practices are positively perceived in relation to the assessment and estimation of cardiovascular risk according to tables pre-established by the WHO.

Keywords: Shared Governance, Nursing; National Health Systems; Noncommunicable Diseases; Delivery of Health Care, Integrated.

INTRODUCCIÓN

El concepto de gobernanza está estrechamente relacionado con cambios en los diferentes campos de las ciencias sociales. En el campo de la salud se la concibe como un modelo que permite el desarrollo de iniciativas participativas entre el Estado y la sociedad, tanto en su esfera pública como privada, que interactúan con diversos roles entre sectores involucrados para resolver problemas en la prestación del servicio de salud.⁽¹⁾

La participación de las enfermeras en los diferentes niveles de la gobernanza: clínica, política y compartida, es esencial si consideramos el papel protagonista que la enfermería tiene, pues en poco tiempo ha logrado mostrar la contribución que hace a la resolución de problemas de la salud-enfermedad de las naciones, a través del cuidado que oferta.⁽²⁾

Las redes de servicios de salud, involucran a la red compuesta por cada uno de los efectores que brinda servicios de salud a lo largo de los distintos niveles de atención (primario, secundario y terciario; por ejemplo, respectivamente: postas sanitarias o centros de atención primaria de la salud, clínicas, centros de alta complejidad).⁽³⁾

Una red integrada de servicios de salud (RISS) es “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.^(3,4)

Las RISS hacen referencia a un sistema de interacción entre los distintos efectores que atienden a una población determinada en los tres niveles de atención del sistema de salud. Por lo tanto, se hace necesario la coordinación, referencia y contra referencia de los prestadores de este servicio integrado. Para el adecuado seguimiento de las Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se necesita tener organización de la atención a la salud, sistema de provisión de los servicios, sistema de información clínica, apoyo a la toma de decisiones, apoyo al automanejo y recursos comunitarios.^(5,6,7,8,9)

Los enfermeros que forman parte del sistema público de salud, representan un eslabón indispensable en la aplicación de estos programas de control de ECNT y de los usos de las RISS. La gobernanza de enfermería tiene el deber de la “toma de decisiones en la organización sanitaria y responde a las necesidades de los grupos de interés”.^(10,11,12)

El objetivo principal de este trabajo fue identificar la percepción de la gobernanza en la práctica profesional del enfermero en el ámbito de un equipo del primer nivel de atención y su relación con redes integradas de servicios de salud para enfermedades crónicas no transmisibles en el municipio de Moreno, Provincia de Buenos Aires.

METODO

Se realizó una investigación no experimental mixta, cuantitativa descriptiva, transeccional período de junio 2020 y cualitativa de principios constructivistas de modelo de MAPEC tomando como base la información contenida en la línea de base inicial del estado de la red de servicios y del Programa Redes-Proteger de la Provincia de Buenos Aires.

Se estudiaron 66 trabajadores de las 11 Unidades Sanitarias donde se implementó el Programa Proteger y Redes. Muestreo guiado por propósito de triangulación. Como criterio de inclusión se tuvo: enfermeras, médicos clínicos, médicos generalistas, pediatras, promotor de salud y director. Criterios de exclusión: resto de las unidades sanitarias donde no se implementó el programa Proteger-Redes.

Se aplicó un cuestionario de opinión semi-estructurado, auto administrado por formulario de Google. Para la validación de consistencia interna se realizó un cuestionario a una muestra prueba piloto de 13 individuos, con un alfa de Cronbach de 0,79.

El instrumento se estructuró de 28 ítems, los relacionados con conocimientos actitudinales y prácticas, usando una escala de Likert con puntuación del 1 al 5 para los términos de acuerdo y frecuencia, evaluando las respuestas de “positivas” (puntaje de 4-5) y “negativas” (puntaje 1 al 3).

También se aplicó una Entrevista al referente de Redes-Proteger del municipio de Moreno, en Provincia de Buenos Aires, sobre principios constructivistas en el abordaje integral del modelo MAPEC y análisis FODA de la RISS de marzo 2017.

Esta investigación se llevó a cabo siguiendo las normas de la declaración de Helsinki, todas las encuestas realizadas fueron de carácter anónimo. Las mismas se aplicaron tras la aprobación del consentimiento informado.

Se usó estadística descriptiva a partir de una base de datos en Excel y el programa Medcalc para el procesamiento de los datos y el análisis de distribución de las variables usando el test de Kolmogorov-Smirnov. De acuerdo con este, todas las variables analizadas rechazan la normalidad ($p < 0,001$).

Se usaron frecuencias absolutas y porcentaje, media, desviación estándar y test ANOVA (por correlación de rangos) para determinar la significación estadística de la diferencia de las medias, en las actitudes y prácticas, considerando $p < 0,005$, como estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de la muestra rechazan la normalidad ($p < 0,001$). Se encuestaron 66 trabajadores de salud, de los cuales la mayoría fueron femeninas que cumplen funciones asistenciales (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra			
Indicador	No.	%	Test Kolmogorov -Smirnov
Género			
Femenino	53	80	rechaza normalidad ($p < 0,0001$)
Masculino	13	20	
Rango de edad			
Media	39		rechaza normalidad ($p < 0,0001$)
Mediana	40		
DE	8,1		
Antigüedad en la unidad sanitaria			
Media	10		rechaza normalidad ($p < 0,0001$)
Mediana	8		
DE	7,2		
Ocupación			
Médico clínico	4	6	rechaza normalidad ($p < 0,0001$)
Médico Generalista	5	8	
Nutricionista	6	9	
Enfermera	19	29	
Promotor de salud	21	32	
Administrativo	11	17	
Función			
Con personal a cargo	4	6	rechaza normalidad ($p < 0,0001$)
Sin personal a cargo	62	94	
Nivel de formación de las/os enfermeras/os			
Auxiliar	3	16	rechaza normalidad ($p < 0,0001$)
Licenciada/o	4	21	
Profesionales	12	63	

En la primera parte de la investigación se buscó información con el referente de redes- proteger quien aportó los principios constructivistas a tener en cuenta para el seguimiento de ECNT, desde la perspectiva de la gobernanza de enfermería (tabla 2).

Sobre las percepciones de la gobernanza de enfermería sobre las redes integradas de servicios de salud y el modelo de atención de personas con enfermedades crónicas, prevalecieron las respuestas positivas sobre los conocimientos actitudinales sobre los ejes de la atención a ECNT y riesgo cardiovascular ($p < 0,001$).

Por igual, predominaron las respuestas positivas sobre las prácticas de gobernanza de Enfermería en lo relacionado con: valoración del riesgo cardiovascular, estimación del riesgo cardiovascular según tablas preestablecidas OMS, evaluación del RCV, PAE, estimar el RCVG, utilización de los instrumentos de gestión, sobre factores de riesgo en el consultorio de RCV, acciones en el consultorio de rehabilitación cardiovascular. ($p < 0,001$) (tabla 3).

Tabla 2. Principios constructivistas del modelo de atención de personas con enfermedades crónicas (MAPEC) vistos desde la Gobernanza de Enfermería

Categoría	Dimensiones
1. Gobernanza de enfermería en los procesos de atención y cuidados del paciente con riesgo cardiovascular (RCV)	1. Apoyo al automanejo. 2. Apoyo en la toma de decisiones. 3. Sistema de provisión de cuidados. 4. Sistema de información clínica.
2. Gobernanza de enfermería para estimar el riesgo cardiovascular global (RCVG).	1. Intervenciones terapéuticas a todas las personas entre 40 y 79 años con diagnóstico de hipertensión arterial o Diabetes mellitus.
3. Gobernanza de enfermería en utilización de los instrumentos de gestión de la red de servicios para ECNT del municipio.	1. Historia clínica del adulto. 2. Ficha referencia y contrareferencia. 3. Criterios de derivación de primer nivel a segundo nivel.
4. Gobernanza de enfermería en consultorio de riesgo cardiovascular.	1. Tablas sin o con determinación del colesterol por el profesional médico. 2. Mensuraciones de toma de tensión arterial (TA) y antropometría (cintura abdominal, peso, talla, Índice de masa muscular (IMC).
5. Liderazgo en el Proceso de atención de enfermería (PAE) para hacer una valoración del riesgo cardiovascular que permita su estimación.	Existen 4 grupos de riesgo: • Bajo (< 10 %) • Moderado (entre 10 y 20 %) • Alto (entre el 20 % y el 30 %) • Muy alto (> 30 %)
6. El PAE en las actividades del consultorio de riesgo cardiovascular están enmarcadas dentro del Equipo a tratar de mitigar factores de riesgo como:	Obesidad, sedentarismo, dislipemia, alimentación con elevado contenido de sodio y grasa, tabaquismo, stress, diabetes mellitus, edad y sexo (Varones >45 años y Mujeres > de 40 años). Raza. Antecedentes familiares de hipertensión arterial (HTA).
7. Gobernanza de enfermería en consultorio de rehabilitación cardiovascular.	1. Actividades del consultorio de riesgo cardiovascular están enmarcadas en la rutina de ejercicios y entrenamiento es significativo. Si se tiene en cuenta de que: La evaluación por parte del médico clínico y/o cardiólogo no es constante.

Tabla 3. Conocimientos, actitudinales y prácticas en relación a las redes integradas de Servicio de Salud y modelo de atención de personas con enfermedades crónicas

Dimensiones de las actitudes sobre RISS y MAPEC	Positivas		Negativas		p valor
	No	%	No	%	
Actitud frente a los ejes de la atención a ECNT	64	97	2	3	< 0,001
Concepto de riesgo cardiovascular	56	85	10	15	< 0,001
Actitud ante la mirada integral sobre riesgo cardiovascular	64	97	2	3	< 0,001
Prácticas frente a la valoración del riesgo cardiovascular en: bajo (<10%), moderado (entre 10 y 20%), alto (entre 20 y 30%) muy alto >30%, en el PAE.	63	95	3	5	< 0,001
Prácticas ante la estimación del riesgo cardiovascular según tablas preestablecidas OMS.	47	71	19	29	< 0,001
Prácticas de liderazgo en la evaluación del RCV, enfermería programa y asesora la actividad de los pacientes en vista de la reinserción laboral y social.	54	82	12	18	< 0,001
Prácticas de la gobernanza de enfermería en los procesos de atención y cuidados.	62	94	4	6	< 0,001
Práctica de gobernanza de enfermería para estimar el riesgo cardiovascular global (RCVG)	54	82	12	18	< 0,001
Práctica de la gobernanza de enfermería en utilización de los instrumentos de gestión.	63	95	3	5	< 0,001
Práctica de la gobernanza de enfermería sobre factores de riesgo en el consultorio de RCV.	64	97	2	3	< 0,001
Gobernanza de enfermería en acciones en el consultorio de rehabilitación cardiovascular.	50	76	16	24	< 0,001

Se encontró sobre el nivel de relación entre las distintas variables de la investigación, que no depende la percepción de las variables relacionadas con los procesos de atención y cuidados y de estimación de riesgos cardiovasculares con el género, ocupación y función de los integrantes del equipo de salud (variables sociodemográficas) (tabla 4).

Tabla 4. Relación entre variables sociodemográficas y las dimensiones estudiadas

Variables	Procesos de atención y cuidados		Estimación del RCVG		Utilización de los instrumentos de gestión de la red		Actuaciones de enfermería sobre los FR en el CRCV		Acciones de enfermería en el consultorio de RCV		Integral ME
	ME	p valor	ME	p valor	ME	p valor	ME	p valor	ME	p valor	
Género											
Femenino	4,3	0,408	4,1	0,673	4,7	0,622	4,4	0,480	3,7	0,347	0,674
Masculino	4,5		4		4,8		4,3		3,3		
Ocupación											
Médico clínico	3,5		4		5		4,7		3,8		
Médico Generalista	4,6		4,4		5		4,8		4,4		
Nutricionista	4,3		4,5		5		4		4,1		
Auxiliar de enfermería	4		4,7		4,3		4,7		3		
Licenciada/o de enfermería	4,3	0,173	4,5	0,652	4,3	0,347	4,7	0,305	3,2	0,413	0,304
Enfermeros profesionales	4,6		4,2		4,8		4,4		3,4		
Promotor de salud	4,1		3,9		4,5		4,3		3,4		
Administrativo	4,5		3,18		4,8		4,4		3,6		
Función											
Con personal a cargo	4,5	0,599	4,8	0,260	4,2	0,209	4,5	0,814	3	0,314	0,924
Sin personal a cargo	4,2		4,1		4,7		4,4		3,6		

DISCUSIÓN

La situación actual con el aumento de la expectativa de vida, lo que conlleva al envejecimiento de la población y la prevalencia de enfermedades crónicas demandan del sistema de salud acciones equitativas e integrales.⁽⁹⁾

Es por eso que establecer un sistema de redes integradas de salud impulsado por la OMS y basado en la atención primaria de salud, que además abarque todo el territorio nacional se hizo imprescindible.⁽³⁾

Determinar los avances de la implementación del programa redes no es un trabajo sencillo, dado todos los ángulos que se deben tener en cuenta, cada región sanitaria debe establecer las pautas a tener en cuenta para esta evaluación.

En el caso de Argentina ha basado la misma en un modelo informal de comunicación, donde predomina la información entre colegas. En la evaluación nacional del programa se obtuvo que en general se han ido incorporando acciones de promoción y prevención, sistema de turnos programados, acciones con perspectiva de género y diversidad sexual.^(13,14)

La mayor cantidad del personal encuestado en este estudio correspondió a promotores de salud y enfermería. Usualmente son el personal que mejor relacionado está con la Gobernanza de enfermería, así como también el personal administrativo colabora desde su lugar con el sistema REDES, por lo tanto, su capacitación y entrenamiento es vital.

Encontramos cierta deficiencia en la forma de comunicar los propósitos del programa, usualmente los cambios de paradigmas generan resistencia, tanto en las autoridades como en los trabajadores, los cuales pueden sentirse inseguros ante los mismos.

El establecimiento de estrategias de convencimiento, con argumentos sólidos y a la vez la realización de capacitaciones a todo el personal involucrado en el programa favorece familiarizarse con los sistemas nuevos, con la visión de la atención centrada en los pacientes y no en las enfermedades.

La atención integral por su parte implica la atención y seguimiento de los pacientes, con acciones discretas pero sostenidas, coherentes y conectadas, además en concordancia con las necesidades y preferencias en salud.⁽¹⁵⁾

El trabajo en equipo juega un papel fundamental en la atención integral. El perfeccionamiento de la comunicación entre los sectores estatal, seguridad social y privado es un desafío para el desarrollo del programa REDES.⁽¹⁶⁾

Los efectores no dimensionan el alcance del proyecto, lo cual puede deberse al complejo sistema de salud que convive en la provincia de Buenos Aires y en la Argentina en General, los tres subsectores existentes condicionan que las responsabilidades se repartan entre Estado Nacional y Gobiernos provinciales.⁽¹⁶⁾

Por otro lado, cabe mencionar a los efectores que conforman el subsector privado, lo cual afirma la fragmentación de las prestaciones. Los servicios de redes han mejorado la interacción entre los establecimientos estatales, donde se puede llegar a articular recursos necesarios para el programa, sin embargo, hay pobre relación con las instituciones privadas.⁽¹⁶⁾

La comunicación insuficiente sobre la importancia de cambiar los paradigmas de atención de una medicina biologicista a una integral, tomando como referencia al individuo y su entorno. Las autoridades de la región responsables de la implementación y desarrollo del programa deben realizar permanentes capacitaciones en donde además del personal operativo asistencial participen autoridades regionales con capacidad de decisión y responsabilidades en los centros que forman parte de las redes de salud.

En Ecuador se demostró que usualmente las capacitaciones son dirigidas a quienes operan en el área de la salud, sin embargo, tienen poco alcance en las autoridades regionales, quienes son los responsables de la toma de decisiones, por lo que desfavorece el compromiso de autoridades en la implementación de estos programas.⁽¹⁷⁾

Por lo que se deduce que el compromiso de los efectores partes de la comprensión de la propuesta y la disposición a formar parte del proyecto. Las acciones participativas son una forma de generar el compromiso de las autoridades de los centros y del personal de salud en su implementación.⁽¹⁵⁾

El establecimiento de guías clínicas prácticas obedece a un intento de unificar criterios para la toma de decisiones, sin dejar de lado el criterio personal del profesional, por lo tanto, entender que el correcto diagnóstico de la situación de salud de una población también depende de los criterios establecidos en dichas guías.

La incorporación de recursos y nuevas metodologías trabajo, que además implique la adquisición de nuevas estrategias en el campo de la salud, necesita la accesibilidad a cursos de capacitación obligatorios, con disponibilidad de horarios y recursos puestos a disposición de los trabajadores.

Hay estudios que plantean la desmotivación del personal que lleva estos programas como es el caso de la dirección de redes integradas de salud de Lima Sur donde se evidenció desmotivación de personal administrativo fundamentalmente.^(18,19)

La integralidad de la atención de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, en el que se trabaje con un enfoque biopsicosocial, con una mirada hacia el paciente, el entorno, contexto social y cultural, a través de la participación de múltiples profesionales con responsabilidades definidas pero que realicen un trabajo en conjunto, es vital.⁽¹³⁾

Todas las respuestas resultaron satisfactorias sobre la práctica de la esencia del seguimiento de los pacientes con riesgo cardiovascular, el uso de los instrumentos de gestión de la red de servicios para la atención de ECNT, la importancia del aporte de enfermería en la atención segura, control, seguimiento y tratamiento de los pacientes con RCV.

CONCLUSIONES

Existen principios constructivistas del MAPEC con prácticas claves que demuestran la gobernanza de enfermería en esta red de cuidados. La estrategia se implementó en 11 Unidades sanitarias, con equipos multidisciplinarios con una antigüedad en las instituciones promedio de 10 años. Predominan las percepciones positivas en relación a los conocimientos actitudinales sobre los ejes de la atención a ECNT y riesgo cardiovascular. Las prácticas de gobernanza de Enfermería son percibidas positivas en relación a valoración y estimación del riesgo cardiovascular según tablas preestablecidas por la OMS. Se percibe el PAE positivamente para estimar el RCV y la utilización de los instrumentos de gestión en el consultorio de riesgo cardiovascular y rehabilitación. Las percepciones de las variables relacionadas con los procesos de atención y cuidados y de estimación de riesgos cardiovasculares no dependen del género, ocupación y función de los integrantes del equipo de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García MM, Hurtado C del PT, Osorio MFG. Gobernanza, enfermería, seguridad del paciente en una empresa social del estado colombiano. *Revista Venezolana de Gerencia* 2019;2:628-43.
2. Morán Peña L. Enfermería y gobernanza en salud. Los retos y algunos caminos por recorrer. *Rev iberoam educ invest enferm(Internet)* 2016:4-8.
3. Palmer K, Monaco A, Kivipelto M, Onder G, Maggi S, Michel J-P, et al. The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. *Aging Clin Exp Res* 2020;32:1189-94. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01601-4>.
4. Hayashida KY, Bernardes A, Maziero VG, Gabriel CS. Decision-making of the nursing team after the revitalization of a decentralized management model. *Texto Contexto - Enferm* 2014;23:286-93. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014001190013>.
5. Watson TJ. Organização e trabalho em transição: da lógica «sistêmico-controladora» à lógica «processual-relacional». *Rev adm empres* 2005;45:14-23. <https://doi.org/10.1590/S0034-75902005000100003>.
6. Caveião C, Hey AP, Montezeli JH. Administração em enfermagem: um olhar na perspectiva do pensamento complexo. *Revista de Enfermagem da UFSM* 2013;3:79-85. <https://doi.org/10.5902/217976927176>.
7. Lange P, Driessen PPJ, Sauer A, Bornemann B, Burger P. Governing Towards Sustainability—Conceptualizing Modes of Governance. *Journal of Environmental Policy & Planning* 2013;15:403-25. <https://doi.org/10.1080/1523908X.2013.769414>.
8. Dieleman M, Shaw DM, Zwanikken P. Improving the implementation of health workforce policies through governance: a review of case studies. *Hum Resour Health* 2011;9:10. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-9-10>.
9. López Puig P, Morales Suárez I del R, Lara Menchaca S, Martínez Trujillo N, Lau López S, Soler Cárdenas SF. Las Redes Integradas de Servicios de Salud desde la realidad cubana. *Rev cub salud pública* 2009;35:34-43. <https://doi.org/10.1590/S0864-34662009000400005>.
10. Redes de Salud. Argentina.gob.ar 2020. <https://www.argentina.gob.ar/salud/redes>.
11. Tripodoro VA, Rynkiewicz MC, Llanos V, Padova S, De Lellis S, De Simone G. Atención paliativa en personas con enfermedades crónicas avanzadas. *Medicina (Buenos Aires)* 2016;76:139-47.
12. Rodó Cobo M, Rodó Cobo M. La Gobernanza Enfermera y su impacto en la calidad en la organización sociosanitaria en Catalunya. *Enfermería Global* 2017;16:384-407. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267741>.
13. Rojas García P, Antoñanzas Villar F. Los contratos de riesgo compartido en el sistema nacional de salud: percepciones de los profesionales sanitarios. *Rev Esp Salud Publica* 2020;92:e201807041.
14. Demaio AR, Nielsen KK, Tersbøl BP, Kallestrup P, Meyrowitsch DW. Primary Health Care: a strategic framework for the prevention and control of chronic non-communicable disease. *Global Health Action* 2014;7:24504. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.24504>.
15. Salud presentó los resultados del relevamiento de Redes Integradas de Servicios de Salud en más de 3.000 centros sanitarios de todo el país. Argentina.gob.ar 2021. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-presento-los-resultados-del-relevamiento-de-redes-integradas-de-servicios-de-salud-en>.
16. Milton SR. Procedimiento para evaluar el desempeño de redes integradas de servicios públicos de salud. Montevideo 2012 - 2015. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, 2018.
17. Carmona R, Maceira V, Cyunel V, Esmerado A, Ariovich A, Barsky A, et al. El conurbano bonaerense en pandemia : alcances y desafíos desde una perspectiva multidimensional 2021.

18. Ubillús P, Patricia O. Experiencia en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2018;64:375-82. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2100>.

19. Medina Torres JA. Programa de motivación al personal administrativo de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Sur- 2021. Repositorio Institucional - UCV 2021.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

No existen.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Ramona Elizabeth González.

Curación de datos: Ramona Elizabeth González.

Análisis formal: Ramona Elizabeth González.

Adquisición de fondos: Ramona Elizabeth González.

Investigación: Ramona Elizabeth González.

Metodología: Ramona Elizabeth González.

Administración del proyecto: Ramona Elizabeth González.

Recursos: Ramona Elizabeth González.

Validación: Ramona Elizabeth González.

Visualización: Ramona Elizabeth González.

Redacción-borrador original: Ramona Elizabeth González.

Redacción-revisión y edición: Ramona Elizabeth González.