

Relatoría sesión 2

Prestación de servicios y retos en la configuración de redes

Link YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=U-1bxx02-s>

Intervención Profesora Julia Isabel Eslava

*Directora del Instituto de Salud Pública
Pontificia Universidad Javeriana*

Bienvenida

Intervención Profesora Claudia Vaca

*Centro de Pensamiento medicamentos, información y poder
Universidad Nacional de Colombia*

Resumen de la jornada anterior y contexto actual del proceso de reforma

Conferencia inaugural

Profesor Julio César Castellanos

Ex Director Hospital Universitario San Ignacio – Presidente de Salud Cien Group

Retos para la prestación y conformación de las redes en el marco de las propuestas de reforma del SGSSS

El país si necesita una reforma del sistema de salud, eso es claro y evidente. Y la reflexión principal que se planteará en la conferencia tiene que ver con cómo construir y proteger el modelo de redes y el modelo de prestación en el nuevo escenario, independientemente de los mecanismos de reforma o ajuste que se utilicen.

En cuanto a las definiciones, un reto es algo difícil, que constituye en sí mismo un estímulo para lograrlo. La fragmentación, por su parte, la vamos a definir como pérdida de la continuidad en la atención.

Las redes ya están definidas desde hace años, la definición vigente del Ministerio de Salud:

Conjunto articulado de prestadores de servicios de salud y organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y

calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud.

Esto es el compromiso, lo que está escrito en el papel. Ahora bien, con base en la experiencia, se evidencian una serie de problemas actuales de la prestación:

1. Incertidumbre
2. Fragmentación de servicios de salud: es muy común que los pacientes sean devueltos, revueltos, idos, traídos.
3. La red en función de las EAPB: no tenemos redes en función de la respuesta a la población.
4. Desabastecimiento y disponibilidad de insumos y medicamentos: esto se ha agravado en Colombia. Complejidad en la atención.
5. Flujo de caja: está disminuido absolutamente entre gobierno y EPS, entre EPS y prestadores e incluso entre IPS, profesionales y proveedores.
6. Insuficiencia de infraestructura y talento humano, en especial, profesionales de enfermería: se necesitan muchos más profesionales de la salud. También hay una insuficiencia de calidad.
7. Estar en “modo supervivencia”: prestar servicios preferentemente al que le da caja, cierre los servicios, disminuya los servicios de alto costo que no le estén pagando. Las citas se corren, los hospitales están cerrando servicios, se presenta dificultad para conseguir medicamentos de uso crónico.

Otra situación real que se está enfrentando en el mundo es que un médico tiene una infinidad de opciones adelante, toda una gama de cosas, e incluso el médico que está en los territorios tiene otra opción que es la medicina tradicional, para las cuales a veces no se encuentra preparado.

La salud como objetivo desde una perspectiva más realista, sería clave pasar de la definición de la O.M.S. (1946) “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” a la definición de Jadao et al. (2011) “La capacidad de adaptarse y manejar los desafíos físicos, emocionales y sociales que se presentan durante la vida”, la cual se acerca más a un equilibrio posible en el que ser humano manifieste bienestar.

El centro del reto es el paciente. Recordando que es una persona que puede estar sana, enferma o lesionada, que el paciente es el consultante más el acompañante. La salud es un servicio público en cuanto al ejercicio de la prestación, pero en cuanto a lo legal es un derecho fundamental en Colombia, y la autonomía médica junto con la comunicación asertiva deberán buscar fidelizar al paciente para lograr adherencia a los cambios y darle un buen servicio al paciente.

El pensamiento en y para la red:

1. La salud implica el paciente en casa, trabajando o estudiando.
2. Cada persona o institución es parte de un todo no el centro principal, con empoderamiento del nivel primario.
3. Los médicos y médicas de cuidado primario y urgencias deben destacarse y empoderarse. Resolutividad primaria superior al 85%.
4. La mejor hospitalización debe ser oportuna, corta y de alta calidad.

El trabajo en equipo y el soporte de TICs:

Respeto por el colega > Crear grupos de trabajo interinstitucionales > Encuentro de profesionales por área de cobertura o especialidad > Reuniones periódicas de evaluación para el mejoramiento ante casos muy exitosos o difíciles > Facilidad para acceder a datos o reportes de exámenes y otros > Interoperabilidad de la Historia Clínica.

Ejes de la reforma: En general, son situaciones deseables. Estamos todos de acuerdo, hay que movernos para trabajar de manera en que esto sea funcional.

1. Garantizar una atención en salud cercana a la población, sin barreras de acceso y sin discriminación.
2. Se cuidará a las personas del territorio nacional con equipos de salud durante todas las etapas vitales, buscando prevenir la enfermedad, predecir desenlaces futuros y responder de manera integral y efectiva a las necesidades de salud en el lugar que sea necesario.
3. Organizar Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud para que todas las personas sean atendidas en el lugar más cercano a su domicilio, de forma continua e integral y sin fragmentaciones.
4. Fortalecer la atención en salud para las poblaciones marginadas, rurales y dispersas.
5. Seguir financiando el sistema de salud con recursos públicos.
6. Pagar oportunamente y con tarifas justas a Clínicas y Hospitales una vez presten los servicios de salud.
7. Brindar condiciones laborales dignas y justas para los trabajadores de la salud.
8. Garantizar la participación ciudadana en la toma de decisiones de políticas públicas y cuidado de los recursos.
9. Fortalecer la autonomía de los profesionales de la salud.
10. Planear la salud basada en la articulación de los diferentes sistemas y fuentes de información.
11. Garantizar que el manejo del dinero será transparente y con múltiples mecanismos de control y seguimiento para su uso eficiente.
12. Fortalecer la red pública hospitalaria.

13. Identificar todos los medicamentos prescritos dentro del sistema: qué se prescribe, dónde, a quién y cuánto vale, lo que permitiría asegurar la disponibilidad de los medicamentos.
14. Crear Instituciones de Salud Itinerantes para la atención de la población que habita en zonas dispersas y de difícil acceso.
15. Avanzar en la soberanía farmacéutica con la producción de vacunas.
16. Desarrollar el modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo, el cual nos permitirá estar más sanos y mejor cuidados.

Redes integradas o redes imaginadas: Son imaginadas porque no hemos logrado que funcionen.

Uno de los riesgos para superar el reto es el vivir más preocupados por los resultados económicos que los resultados en salud. El sistema tiene componentes económicos y efectos económicos pero el eje del sistema no es la economía, son los resultados en salud. Bajarle al economicismo.

Acceso y atención oportuna: en especial, la distribución geográfica, capacidad, las puertas de entrada, equilibrio entre primario y complementario. Mejor red con puerta de entrada distinta.

Continuidad: Pensamiento no de trabajo en equipo, desconfianza y barreras de comunicación.

Resolutividad: Sin guías y protocolos de Red, nivel primario limitado para la demanda, "intoxicación" por Teleconsulta, desconfianza y no Comités de Red. Se nos está volviendo un problema la teleconsulta para resolver la demanda de servicios.

Problema y solución no sectorial para las redes: la forma jurídica de asociación o integración que permita conformarlas, sin que las Instituciones parte pierdan su naturaleza jurídica y no aumente costos administrativos ni carga fiscal y parafiscal.

A manera de conclusiones:

1. Esto está empezando.
2. Humildad y autocrítica con mucho compromiso.
3. Hay que consolidarlas por entorno geográfico y poblacional.
4. Gobierno de Red equitativo y equilibrado entre EAPBs e IPS con participación de los usuarios.
5. Hay que establecer indicadores de seguimiento mensual, semestral y anual de los resultados en salud.
6. Un buen desempeño de la Red significará importantes equilibrios en el gasto médico.

Panel 1 Prestación de servicios, atención primaria y cuidado primario en salud

Moderador: Profesor Jaime Ramírez Moreno

Preguntas orientadoras:

¿Existe una tradición acerca de la APS en Colombia y si se considera que sí, qué aspectos deberíamos rescatar para poner en práctica en las estrategias hacia el futuro?

Teniendo en cuenta las vicisitudes del proceso de reforma, ¿en el futuro hacia espacio para involucrar la atención primaria? ¿cuáles son sus posibilidades reales de desarrollo?

¿Cómo podría desarrollarse un marco de coordinación a nivel territorial entre la prestación, el aseguramiento y la salud pública? ¿Cuál es el papel de las direcciones territoriales en ese marco de coordinación?

Flor Nelly Ante

Gerente del ESE Hospital de El Tambo Cauca

La estrategia en el municipio lleva más de 30 años. El 93% de la población es rural dispersa y se hizo necesario descentralizar los servicios de salud. Mapeo en 5 zonas estratégicas, asignando un equipo multidisciplinario para la atención en salud. 32 auxiliares extramurales y una promotora de salud. Una vez al mes se tienen en cuenta con sabedores ancestrales y parteros. Intercambio de saberes. A través de los años se ha venido trabajando con la comunidad y respetando la interculturalidad. 16 unidades comunitarias que son propiedad de la comunidad que son prestadas para brindar atención en salud. La comunidad tiene un rol activo y empoderado. Desde el 2012 se han construido 8 unidades de atención en salud con aporte de la comunidad, recursos del gobierno local y de la ESE.

¿Qué necesitamos para involucrar en la reforma? Ayuda con el financiamiento, más recursos a través de ellos proyectos, de los equipos básicos en salud para llevar a la Colombia profunda. Se ha evidenciado que la APS es una estrategia costo-efectiva para el sistema de salud. Se destacan resultados en salud como cumplimiento de las coberturas útiles de vacunación, control de enfermedades inmunoprevenibles, disminución de las muertes perinatales (Desde 2012 a 2023, se redujo el indicador de 32 a 19 muertes por 1000 nacidos vivos) pese a las dificultades del municipio. Hay muchos indicadores que han mejorado con esta estrategia, también se ha trabajado en reducir el gasto de bolsillo por parte de las comunidades. En este momento, se está realizando el ejercicio de prevención de la enfermedad y tratamiento en la fase aguda a través de las unidades de atención en salud o a través de las salidas extramurales, que hizo que se tuvieran que cerrar camas de hospitalización porque no se necesitaba el servicio. Se requiere apoyo y recursos para poder sostener la estrategia y brindando servicios de salud a la población. El 20% del presupuesto se va en esta estrategia, pero se está logrando resultados.

Hay municipios en los territorios de Colombia que tienen particularidades como el conflicto armado, la ruralidad dispersa, rutas de sustancias ilícitas. Estos son desafíos adicionales para la articulación y prestación de servicios de salud con calidad. Importante dejar claro las funciones de cada uno de los actores, discusiones participativas para garantizar el cumplimiento de la normatividad y de la satisfacción de las necesidades de los usuarios. Adicionalmente, la estabilidad laboral de las personas que trabajan en la institución permite la continuidad de las estrategias de atención. Planes de mejora con seguimiento por parte del ente territorial y mirar que los planes de acción estén dando los resultados esperados. Planes de choque para cambiar las estrategias que no funcionan.

En cuanto al papel de las direcciones territoriales, se ha visto que hay mucho apoyo desde el ente territorial y municipal, en el plan del 2023 se fue involucrando la estrategia, comenzando por una caracterización de los usuarios para posteriormente elaborar los planes de cuidado. Es muy importante esa responsabilidad para que cada uno cumpla su función y afectar positivamente a las diferentes poblaciones. Es fundamental continuar con el trabajo en equipo para sacar adelante esta estrategia en el futuro. Integralidad, calidad y seguimiento de cumplimiento a las IPS y EPS que no se quede solo en documentación sino en el mejoramiento de los indicadores en salud. Seguir llegando a la Colombia que desconocemos, ir de la mano con la comunidad.

Paula Zuleta

Secretaria de Salud Departamental del Vichada

y

Robinson Hernández

Profesional de la Secretaria de Salud Departamental del Vichada

El departamento del Vichada cuenta con el municipio más grande por dispersión geográfica y poblacional. Tiene una población total de 125.000 habitantes (1.6 habitantes por kilómetro cuadrado. Cuenta con 4 cabeceras municipales). Actualmente, se está llevando a cabo un proceso de reorganización, rediseño y modernización de la red pública, con el hospital departamental ESE San Juan de Dios y sus cuatro sedes en las cabeceras. El departamento cuenta con 23 puestos de salud pendientes por habilitar, están dentro del proceso de reorganización. Asimismo, se cuenta con 3 centros de salud, operados por el nivel primario, médico, enfermera, odontólogo, bacteriólogo.

En relación a la tradición de APS, en Colombia el SGSSS mediante la ley 1438 de 2011 garantiza y quiere profundizar en una atención integral e integrada. Esa articulación se debe generar desde la salud pública, la promoción de la salud, desde el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. El sistema de salud ha venido evolucionando, hoy en día tenemos mucha tecnología y su enfoque apunta a que se genere una estabilidad y bienestar de la población, debido a que el departamento aún cuenta con 8 etnias indígenas, el 90% de la población se encuentra en el área rural y está constituida por comunidades indígenas. En el departamento se ha venido trabajando con el sistema de garantía de brigadas médicas con equipos interinstitucionales, donde cada año se realiza la concertación con todos los actores. La APS se ha venido trabajando a pesar de que la cobertura ha sido difícil, se respeta la cultura

indígena, pero ha sido un trabajo en equipo beneficioso y bonito que ha contado con el acompañamiento de todo el sistema nacional.

En el futuro sí hay un espacio para la APS, este modelo de atención está basado en garantizar la atención efectiva de la población.

Para el marco de coordinación, se debe tener en cuenta que el logro de una atención digna y oportuna se logra con un esfuerzo común y apoyo para construir una base como se indica y como se ha querido. En estos mecanismos de participación deben intervenir procesos acordes a las necesidades específicas en los territorios, estas necesidades llevan a una serie de diagnósticos para poder enfocar las acciones y generar resolutiveidad. Esto no es un trabajo fácil. Con esta serie de acciones y con un compromiso en común, prevenir difundir y orientar al bienestar de la población. Ese marco se puede articular mediante la acción interinstitucional.

La entidad territorial es la líder en cada jurisdicción, debe adoptar y difundir e implementar acciones para después ser evaluadas de acuerdo a la política de prestación de salud. Fortalecer y apoyar los equipos que están llevando a cabo el trabajo en las regiones, ir aportando ideas. Asumir las responsabilidades de acuerdo a las capacidades territoriales, todavía está débil esa resolutiveidad. Se resalta que en la población del Vichada falta información como la identificación de la población indígena y su aseguramiento, no hay vías/carreteras pavimentadas (0,09%), siguen existiendo barreras de acceso para la atención de urgencias.

Conclusiones moderador Jaime Ramírez:

Hay que reconocer la diversidad de la población y la relación con el territorio. Esto implica una relación social más compleja, el subyacente es que, si el territorio es diferente, no podemos homogeneizar demasiado. Siempre habrá un interés por entender la perspectiva de las poblaciones que han construido un conjunto de posibilidades, construye el sistema desde sus propias realidades. Es una direccionalidad muy distinta a la estructura convencional. La estrategia no está predefinida, tal vez la primera parte de la estrategia es como percibe la población el territorio y la segunda es como percibe y se integra la población en el sistema. Todos estos procesos de la APS tienen un proceso inverso al aseguramiento más convencional, nace como una forma de oír la comunidad, ver sus relaciones y configurar a partir de allí las estrategias y las metas. Las instituciones burocráticas deberían ir a aprender con las comunidades. Otro aspecto importante es la distancia urbana vs la distancia rural, que se convierte en un problema para un modelo de atención centrado en lo urbano, el sistema debe ubicarse en el territorio en lugar de esperar por la demanda del bienes y servicios. Las dos participaciones han sido importantes para reflejar estos contrastes.

Panel 2 Redes integrales e integradas de servicios de salud

Moderadora: Profesora Yamileth Ortiz Gómez

Preguntas orientadoras:

¿Qué estrategias se deberían definir para estructurar las redes integrales e integradas de servicios de salud?

¿Cómo sería el modelo de gobernanza frente a las redes?

Paola Páez

Directora Académica Javesalud

Mucho se habla de la resolutiveidad en el primer nivel, pero esta pasa por poder trabajar con el otro, con un propósito común. Diferenciación entre atención básica y especializada que impide ese tránsito eficiente entre los servicios en los que navega el paciente para su atención. También es importante mencionar que no solo un actor responde por la resolutiveidad.

Hay un punto crucial que es el tema de las asimetrías de los actores, que debe resolverse dentro de la gobernanza, definitivamente lo principal son los mecanismos de transparencia frente al ciudadano y frente al sistema de cómo se elige el gobierno de esa red. Cómo se informan las decisiones estratégicas, qué servicios están o no dentro de la red, confianza y complementariedad, y también pasa por la rendición de cuentas de la red donde los resultados son responsabilidad compartida.

Rafael Agreda

Ex Director Hospital La Unión, Nariño

Se ha creído que parte de la solución es cambiar la modalidad de contratación. Se hizo el ejercicio porque parte del freno de la atención integral es el flujo de recursos, pero también se debe entender que la funcionalidad de la red debe ir ligada a una nueva modalidad de contratación. Las EPS intervenidas tienen un techo presupuestal, pero si se exige la prestación de servicios por parte de las IPS.

Los actores con su representatividad, incluyendo a los usuarios en la toma de decisiones en la construcción de las redes. Debe haber una dirección como tal de la red incluyendo cuál es el aporte del sector privado en esa conformación de redes, en muchos lugares no hay servicios ni la capacidad ni la infraestructura para que eso se desarrolle exclusivamente en lo público. Implica la participación de todos. La salud es un derecho, pero también implica unos

deberes y unas responsabilidades por parte de la población. Ese mensaje también debe enviarse. Hay que reevaluar esa parte de la gobernanza y empezar a reorganizar así el modelo de atención en salud.

Julio César Castellanos

Ex Director Hospital Universitario San Ignacio – Presidente de Salud Cien Group

Egresados con competencias adecuadas, hay que empezar a trabajar en ello. Buscar acuerdos de voluntades como se hizo en el distrito para COVID, esto para hacer lo que se pueda. Reforma para decir que las redes son competencia del ente territorial pero que tengan en cuenta la transterritorialidad o regionalización de las redes. La red se instrumenta desde el territorio, pero brinda esa flexibilidad. No se puede pensar que lo que dice la OPS se puede aplicar a rajatabla.

También es importante contar con que el ministerio de gobierno y la DIAN permitan trabajar en red. Las entidades deben estar generosamente listas a firmar esos acuerdos de voluntades en los distintos departamentos.

La red tiene que proyectarse para resolver los temas, en función de las prioridades, maduración de la red. Lo único es que desde las organizaciones de IPS y EPS se muevan para hacer aproximaciones al trabajo en red.

Resaltar que no todas las formas de contratación son ideales para todos los servicios. Paquetes de servicios de APS, resultados en salud. Es un tema complejo en cuanto a la negociación. Pero es importante que los hospitales entiendan que no son farmacias (no pueden seguir ganando dinero por la venta de medicamentos y la colocación de insumos), deben cobrar el valor de la consulta, del talento humano, de la infraestructura, lo que se le da al paciente. A veces las discusiones son los intereses económicos en cuanto a la venta de medicamentos. Las redes deben ir al paciente y no el paciente a la red.

En cuanto a la gobernanza, de acuerdo a los integrantes: prestadores primarios (en sede y domiciliarios), los prestadores de servicios de mediana complejidad y los de alta complejidad, cada grupo elegir a dos representantes, junto con dos representantes de los usuarios, dos de los gestores y mínimo uno del ente territorial. Un órgano de gobierno de 12 o 13 personas, que sea ejecutivo y eficiente. Máximo debería tener 16 miembros y que ese órgano se determine por periodos de 1 año (presidente) y el vicepresidente es el presidente electo. Que la red tenga fuerza de los otros agentes diferentes al gobierno para darle memoria institucional a u proceso en el territorio.

Intervención Libia Esperanza Forero
Directora Prestación de Servicios y Atención Primaria
Ministerio de Salud Pública

En el modelo en red se va hacia la atención centrada en las personas, las familias y las comunidades con los profesionales competentes para poder atenderlos. Infraestructura adecuada de la red pública para las regiones, tecnologías en salud que permitan aprovechar las nuevas formas de atención y diagnóstico. Articulación de lo individual y colectivo en los entornos de vida cotidiana, que la puerta de entrada al sistema no esté en urgencias. Incentivos por resultados en salud y no solamente la venta del medicamento o del examen. Atención en salud que integre los saberes de las poblaciones y de la medicina convencional (cuidado de la naturaleza, agua y la comunidad).

Se plantea un abordaje de gobernabilidad y gobernanza de la salud pública con liderazgo de las entidades territoriales:

1. Conformación de las redes con base en la aplicación de criterios determinantes bajo el liderazgo de las entidades territoriales
2. Implementación de mecanismos para la coordinación y gestión de la operación de las redes en el marco del modelo de APS desarrollado a nivel del territorio reconociendo las diferencias geográficas y culturales
3. Establecimiento de un sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación del desempeño, con incentivos por resultados en salud
4. Desarrollo de capacidades estructurales y organizacionales para el ejercicio de la autoridad sanitaria, la gobernanza y la conformación y organización, operación, monitoreo y evaluación de las redes

Deberían considerarse los siguientes aspectos para establecer un modelo de gobernanza para las redes:

1. Imperativo de que las condiciones y necesidades de la población y las organizaciones posibilitan la intervención positiva de los determinantes de la salud
2. Construcción colectiva para comprender integralmente la salud en el territorio, la redefinición y reorganización de los servicios de salud para la superación de las inequidades y la transformación social para la garantía del derecho a la salud
3. Las redes deben materializar los vínculos en el territorio con una población adscrita a los equipos básicos de salud y una estructura funcional que permita articular las diferentes formas de organización, así como el desarrollo o adaptación de las capacidades de coordinación, comunicación, gestión de la información y gestión clínica
4. El modelo de gestión de las redes lo lidera el Ministerio de Salud como autoridad sanitaria nacional e incorpora a los actores del sistema de salud como los responsables de los resultados de salud esperados, el cual debe conducir a la capacidad resolutoria y a mejorar la eficiencia y eficacia en el uso de los recursos.

Se propone reorientación de los servicios basado en APS, (nivel primario y complementario) con un propósito definido, con criterios que permitan adaptación territorial y poblacional y unos nodos de servicios. Se requiere impulsar la rectoría y gobernanza de la entidad territorial.

Proyecto de resolución de redes:

1. Modifica Resolución 1441 Redes de prestadores y proveedores de las EPS y PTRRM
2. El modelo de atención, los acuerdos de voluntades, los mecanismos de pago y las tarifas serán definidas por el MSPS
3. Conformadas por las ET con prestadores públicos y privados del territorio
4. Habilitadas por el Ministerio, no por la Supersalud
5. Amplía el nivel primario hasta especialidades básicas que pueden variar por ET y los fortalece en la infraestructura y dotación para aumentar resolutiveidad
6. Incluye distribución y entrega de medicamentos en los CAPS

Enrique Peñaloza Quintero

Profesor titular del Instituto de Salud Pública

Pontificia Universidad Javeriana

Cierre de la sesión

Se llama a un diálogo entre los diferentes actores para la construcción colectiva y para entender las respuestas frente a las distintas realidades territoriales. Escuchar las voces del gobierno y de otro actores, preguntas y reflexiones de los académicos que construyan país y construyan soluciones.

Para finalizar la sesión, se hace la lectura del pronunciamiento del grupo de profesores del Seminario Permanente, instando a la adopción urgente de los siguientes mecanismos: 1) gobernanza transitoria, 2) comisión especial de la verdad en salud, y 3) veeduría independiente a las intervenciones y medidas excepcionales.

El documento completo se encuentra disponible en:

<https://www.dropbox.com/scl/fi/y991m11f6r9b5yopttxr0/Pronunciamiento-p-blico-crisis-salud-10-04-2024.pdf?rlkey=tk0h93vd13yxfmv1cq1hamvpm&st=o334rsna&dl=0>

En la siguiente sesión del 8 de mayo de 2024 se abordará el tema de financiamiento: cual es el impacto económico, la suficiencia de los recursos, la infraestructura disponible, entre otros.