

Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud*

Healthcare systems and models, their impact on integrated networks of health services

Sistemas e modelos de saúde, a sua incidência nas redes integradas de serviços de saúde

Fecha de recepción: 29-01-13 Fecha de aceptación: 25-02-13
SICI: 1657-7027(201301)12:24<114:SMSIRS>2.0.TX;2-R

María Victoria Ocampo-Rodríguez**
Víctor Fernando Betancourt-Urrutia***
Jennifer Paola Montoya-Rojas****
Diana Carolina Bautista-Botton*****

* Artículo de revisión, resultado parcial del proyecto de investigación “Aplicabilidad de las Redes Integradas de Servicios de Salud - RISS”, realizado y financiado por el Área de Posgrados en Gestión de Salud y Seguridad Social de la Universidad Jorge Tadeo Lozano, que inició en noviembre de 2012 y termina en junio de 2013.

** OD, MBA, directora del Área de Posgrados en Salud, Universidad Jorge Tadeo Lozano. Calle 23 No. 3-19, oficina 301, Universidad Jorge Tadeo Lozano, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: maria.ocampo@utadeo.edu.co

*** MD, M.Sc., docente de cátedra del Área de Postgrados en Salud, Universidad Jorge Tadeo Lozano.

**** Estudiante de la Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad, Universidad Jorge Tadeo Lozano.

***** Estudiante de la Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad, Universidad Jorge Tadeo Lozano



Resumen

Este artículo hace una revisión sistemática de la literatura, que aporta elementos para encontrar las relaciones existentes entre: sistemas, modelos de salud y redes integradas de servicios de salud, con el propósito de evidenciar las condiciones externas que hacen posible la conformación y la viabilidad de una red de salud. Lo anterior teniendo como premisa fundamental que la disociación existente entre aseguramiento y prestación de servicios de salud puede ser la causa de la fragmentación del sistema, dando como resultado problemas de integralidad y continuidad de la atención al usuario. En esta revisión se obtienen como resultados: que existe una relación directa y en doble vía entre las redes integradas de servicios de salud y los sistemas y modelos de salud, la cual puede constituirse en un elemento atenuador de la problemática planteada; y además, que el hospital debe adoptar un nuevo papel, como parte integral de la red.

Palabras clave: integración vertical y horizontal, niveles de atención, sistemas fragmentados, organizaciones sanitarias integradas (OSI), hospitales

Palabras clave descriptor: sistemas de salud, atención hospitalaria, servicios de salud, administración de los servicios de salud, administración hospitalaria, organizaciones sanitarias integradas, prestación integrada de atención de salud

Abstract

This paper makes a systematic review of the literature, which provides elements to find the relationships between: systems, health models and integrated networks of health services, with the purpose of showing the external conditions that make possible the creation and viability of a healthcare network. This keeping always in mind that the dissociation between insurance and a healthcare provision of services may be the cause of the fragmentation of the system, resulting in problems of integrality and continuity on attention to user. In this review, we obtained the following results: that there is a direct relationship in double track between the integrated networks of health services and the systems and models of health care, which can become an attenuating element of the problem raised, and also that the hospital must adopt a new role, as an integral part of the network.

Keywords: vertical and horizontal integration, levels of care, fragmented systems, integrated healthcare organizations (OSI), hospitals

Keywords plus: Health systems, hospital care, health services, health services administration, hospital administration, integrated delivery of health care, integrated delivery of health care

Resumo

Este artigo faz revisão sistemática da literatura que aporta elementos para encontrar as relações existentes entre: sistemas, modelos de saúde e redes integradas de serviços de saúde, com o propósito de evidenciar as condições externas que fazem possível a conformação e viabilidade de uma rede de saúde. Isto tendo como premissa fundamental que a dissociação existente entre seguridade e prestação de serviços de saúde pode ser a causa da fragmentação do sistema, resultando em problemas de integralidade e continuidade da atenção ao usuário. Nesta revisão obtiveram-se como resultados: que existe relação direta e em mão dupla entre as redes integradas de serviços de saúde e os sistemas e modelos de saúde, a qual pode se constituir em elemento atenuador da problemática esboçada; além, do que o hospital deve adotar um novo papel, como parte integral da rede.

Palavras chave: integração vertical e horizontal, níveis de atenção, sistemas fragmentados, organizações sanitárias integradas (OSI), hospitais

Palavras chave descritores: sistemas de saúde, cuidados hospitalares, gestão de serviços de saúde, serviços de saúde, gestão hospitalar, sistemas de entrega integrados, prestação integrada de cuidados de saúde

Introducción

Cuando un sistema de salud no puede brindar a sus usuarios atención continua e integral, puede ser un producto de la fragmentación entre el aseguramiento y la prestación de los servicios. Es así como las redes integradas de servicios de salud (RISS) se presentan como una estrategia para superar esta fragmentación. Con esta premisa el grupo de investigación del Área de Posgrados en Gestión de Salud y Seguridad Social de la Universidad Jorge Tadeo Lozano trabaja en el proyecto “Aplicabilidad de las Redes Integradas de Servicios de Salud-RISS”. Así, se ha planteado la siguiente pregunta de investigación: ¿Bajo qué condiciones es viable la conformación de RISS de origen público para la prestación de servicios de salud en el sistema de seguridad social? Y se ha propuesto el objetivo de “Establecer las condiciones necesarias para hacer viable la conformación de una RISS de origen público para la prestación de servicios de salud de calidad en la región norte del departamento de Cundinamarca, Colombia. Para el desarrollo de este objetivo general se plantearon los siguientes objetivos específicos: (i) construir el concepto de RISS, aplicado a nuestro entorno; (ii) definir las condiciones externas e internas para hacer viable la conformación de una RISS; (iii) evaluar si existen las condiciones para la conformación de una RISS en la región norte del departamento de Cundinamarca; y (iv) presentar una propuesta de posible funcionamiento, en el caso de determinar su viabilidad.

En cuatro elementos fundamentales se centra la revisión: si la conformación de las RISS es un fin fundamental dentro de la constitución de un sistema o modelo de salud; si las RISS garantizan la integralidad y la continuidad de los servicios de salud; si se consiguen economías de escala; y si las redes pueden ser una estrategia para la lograr integralidad y continuidad en la prestación

de servicios de salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, se presentan los siguientes factores que tener en cuenta dentro del análisis sistemas de salud-RISS:

- En todas las latitudes se hacen esfuerzos para solucionar los problemas de los sobrecostos de la salud, la garantía de la accesibilidad y, por supuesto, el logro de la integralidad y la continuidad en el proceso de atención a los usuarios. Todo en la búsqueda permanente de mejorar las condiciones de sanidad de las poblaciones.
- En general, los problemas de los sistemas y los modelos son comunes: una prestación de servicios excesivamente hospitalaria, inaceptable funcionamiento de la atención primaria, descoordinación entre los niveles de atención, fragmentación de los servicios de salud, excesivo uso de los especialistas y de la tecnología; lo que ha llevado a niveles inesperados de sobrecostos en la entrega de los servicios (1).
- Esta fragmentación se manifiesta en los sistemas de salud de América Latina como la falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales. En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios (2).
- Las críticas a las políticas de salud, a los sistemas y a los modelos que las operativizan son incisivas y mordaces, pero realmente no hay muchos aportes para la solución de los problemas. Desde finales



del siglo pasado y comienzos del presente se han hecho propuestas basadas en RISS por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), además de algunos autores e investigadores independientes, que muestran cómo pueden ser una solución integral en la estrategia de resolución de los sistemas de salud y el ordenamiento de los modelos de prestación y aseguramiento, pero hasta ahora no han tenido la aceptación ni el desarrollo esperados. Muchos países lo han intentado en nuestra región pero en ninguno se observan resultados evidentes ni repetibles. Ya desde 1978 la declaración de Alma-Ata en su artículo VII sostiene que la Atención Primaria de Salud (APS) “debe mantenerse mediante un sistema integrado, funcional y de sistemas de referencia [...], conduciendo al mejoramiento progresivo y comprensivo de la atención sanitaria integral para todos y asignando prioridad a los más necesitados” (3).

- La integración vertical y la integración horizontal para servicios de salud, lejos de verse como alternativas, son también fuertemente criticadas. Los estudios revisados no muestran conclusiones contundentes sobre sus resultados, solo se muestran percepciones y sesgos personales y de tendencias, pero no análisis y conclusiones que muestren en la realidad las bondades o desventajas de estas estrategias (4).
- La Ley 1438 del 19 de enero de 2011, “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, en su capítulo II abre, de manera formal, las puertas para la implementación de RISS en Colombia; las define, les da un ámbito de aplicación y expresa criterios para su conformación. Pero la ley y sus componentes aún están por ser reglamentados.

Con base en las anteriores consideraciones, este artículo realiza una revisión de la conceptualización existente y la manera como los sistemas y los modelos inciden en la operativización de las redes, buscando evidenciar cómo estas pueden impactar positivamente los sistemas y modelos de salud, sin desconocer la complejidad para su constitución. La revisión es parte del objetivo específico (ii) y para ello pretende: revisar experiencias de conformación de RISS nacionales e internacionales; determinar las condiciones externas e internas claves de éxito en las experiencias de conformación de RISS analizadas; identificar las condiciones externas e internas claves del éxito pertinentes para la conformación de RISS en el contexto colombiano; y seleccionar las condiciones externas e internas claves del éxito pertinentes para la conformación de RISS, de acuerdo con las especificidades de la región norte del departamento de Cundinamarca.

Materiales y métodos

Esta revisión se realizó a través de la búsqueda en las bases de datos Medline, Scielo, Pubmed, Science Direct y Ovid, utilizando las palabras claves: integración vertical y horizontal, niveles de atención, sistemas fragmentados, organizaciones sanitarias integradas (OSI) y hospitales en red.

Como criterios de inclusión se consideraron los elementos de los sistemas y los modelos de salud que afectan en doble vía y de manera directa e indirectamente las RISS. Para el concepto de redes y el hospital como parte integral de ellas, se tuvieron en cuenta elementos de la nueva concepción del hospital, no como elemento aislado, sino como parte de la integralidad y continuidad del servicio. Todo ello con el fin de dilucidar las relaciones existentes entre estos conceptos; razón por la cual se excluyeron definiciones que hacían referencia al funcionamiento

de sistemas y modelos, en donde las redes no hacen parte de ellos y los hospitales funcionan sin ninguna integración.

Base conceptual

Sistemas de salud y RISS

Para la OMS (5) un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y que sean justos desde el punto de vista financiero. El principal responsable del desempeño global del sistema de salud de un país es el Gobierno Nacional, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias.

La concepción de un sistema de salud puede llevarse a cabo desde varias perspectivas; Macinco, Montenegro, Nebot y Etienne (6) nos proponen dos esquemas esenciales: uno basado en la Atención Primaria en Salud (APS), que es una estrategia de organización integral cuya meta principal es alcanzar el derecho universal a la salud con la mayor equidad y solidaridad; sus acciones básicas se proyectan hacia el compromiso de dar respuesta a las necesidades básicas de salud de la población, la orientación a la calidad, la responsabilidad, la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad. La otra perspectiva, según los mismos autores, son los sistemas de salud centrados en la atención individual, los enfoques curativos y el tratamiento de la enfermedad. Pero incluso estos deben incluir

acciones encaminadas hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y las intervenciones basadas en la población, para lograr la atención integral e integrada. Situación que poco se cumple en la realidad.

Starfiel (7) define la atención primaria, no como un nivel asistencial, sino como un modelo de atención en sí mismo. Insiste en que fortalecer la atención primaria no es establecer una determinada reforma en el primer nivel de un sistema basado en el fortalecimiento de dicha atención (accesibilidad, continuidad, longitudinalidad, globalidad o integralidad, coordinación), sino que es la reconceptualización de un modelo integral que resuelve efectivamente gran parte de la problemática de salud de los individuos y mantiene las claves para la gestión de un modelo de salud eficiente. Su éxito radica en promover una adecuada política de sustitución de tecnologías, profesionales y niveles de atención. El 2 de octubre del 2009, durante el 49º Consejo Directivo de la OPS se aprobó la Resolución CD49.R22 sobre RISS Basadas en la Atención Primaria de Salud (8), que busca integrar estos dos conceptos — atención primaria y RISS— como una sinergia indivisible.

En países con sistemas donde la atención primaria y la accesibilidad son universales, como Inglaterra o Canadá, las personas de nivel socioeconómico bajo tienen mejor acceso a los servicios (9). En estos casos, el sistema funciona como un modificador de efecto pobreza y promueve la equidad. En otros casos, los sistemas no consiguen disminuir las desigualdades a pesar de las buenas intenciones de los gobiernos y los legisladores.

Para Abrutzky, Bramuglia y Godio (10) el sistema de servicios de salud comprende tres modelos: el público, con financiación y provisión públicas; el de la seguridad



social, que corresponde a las obras sociales nacionales; y el privado, que incluye el seguro voluntario prepago, organizado según los cálculos de riesgo actuarial. Añaden los autores que para el caso de América Latina, la segmentación en el financiamiento y la prestación de servicios de salud hace del sistema de aseguramiento social una estructura compartimentada, que limita las posibilidades de riesgo compartido y transferencias de ingresos entre subsectores.

Estos mismos autores señalan que para América Latina se observa una compartimentalización de los sistemas de salud y se crean sistemas duales o fragmentados de aseguramiento. Este fenómeno se caracteriza por una amplia ruptura entre la provisión y la financiación de los servicios de salud, con grandes fallas de coordinación entre subsistemas y falta de recursos públicos; dando lugar a la búsqueda de intervención privada, tanto en el aseguramiento individual como en la prestación de servicios.

Modelos de salud y RISS

Si se analiza el concepto de modelo de prestación, la OPS (11) propone un esquema de atención para establecer la forma de organización de los niveles de servicio y los sistemas de derivación dentro de la red asistencial. En él, además, se establecen las modalidades de atención (ambulatoria y hospitalaria) y el tipo de recurso humano que otorga la atención (médicos especialistas, médicos de familia, enfermeras, etc.). Asimismo, determina el tipo de servicios que se entregarán por nivel, y los recursos necesarios para ello. Algunos modelos incluyen las entidades prestadoras y las interrelaciones entre estas y los usuarios, la participación comunitaria, la coordinación intersectorial, así como los mecanismos de financiamiento. Además, los mecanismos de satisfacción de las necesidades de

salud han experimentado un continuo perfeccionamiento en el tiempo, hasta llegar en la actualidad a la constitución de organizaciones complejas, que se describen en los modelos de prestación.

Estos modelos han podido organizar sus establecimientos en redes, situación que ocurre en un número importante de países de la región. Incluso hacen parte esencial de esta conceptualización la integración vertical y horizontal, las funciones de financiación y, de una manera u otra, la rectoría. En este mismo contexto, la OPS (12) comenta al respecto:

... en términos organizacionales, los modelos segmentados se caracterizan por la existencia de múltiples esquemas de financiamiento y aseguramiento donde coexisten uno o varios subsistemas públicos (financiamiento del gobierno central o local, sistemas de seguro social representada por una o varias entidades), y diversos financiadores/aseguradores privados que compiten al interior del sector salud. Estos diversos esquemas de financiamiento generan a su vez organizaciones de provisión de servicios de salud fragmentados, sin coordinación, que prestan paralelamente servicios de salud a los segmentos poblacionales definidos por los financiadores. Por otro lado, los actuales modelos de provisión de servicios de salud basados en servicios curativos están evolucionando a modelos de cuidado de la salud, que van desde la promoción de salud y de hábitos protectores, a la prevención de enfermedades, el diagnóstico y tratamiento oportuno e incluyen los cuidados paliativos y la provisión de atención socio-sanitaria que garantice la continuidad del cuidado una vez la persona egresa del establecimiento sanitario.

El nuevo reto en la prestación de servicios de salud es el cuidado continuo integral e

integrado que privilegie la demanda y la atención a las necesidades de salud de la población. Este estado de cosas exige que la visión de los servicios de salud se reoriente a nuevos modelos de organización que den respuesta a los problemas generados por la fragmentación y a modelos de atención centrados en las personas y que pongan el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con estrategias de APS y en pro de la equidad. Las tendencias que caracterizan los modelos buscan el equilibrio entre los servicios personales y los colectivos y entre lo curativo y lo preventivo (13).

Estos modelos (14) necesariamente deberán responsabilizar a las redes de servicios de salud por el cuidado de la salud de una población asignada; de proveer un manejo integral del cuidado de sus usuarios en el lugar más adecuado, descentralizando la prestación del servicio de la institución hospitalaria; de integrar los servicios de salud en redes con equipos multidisciplinarios; de gestionar la garantía de la calidad y el mejoramiento continuo de las instituciones; de garantizar la participación comunitaria y gestionar el autocuidado en un entorno de responsabilidad compartida con otros sectores de la economía. En esta visión, los modelos de atención de salud deben basarse en sistemas eficaces de atención primaria; orientarse a la familia y la comunidad; incorporar el enfoque de ciclo de vida; tener en cuenta las consideraciones de género y las particularidades culturales; y fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención según los ya citados Macinko y colaboradores (15).

De igual manera, estas perspectivas nos indican que es indispensable lograr más cooperación y menos competencia entre los prestadores y aseguradores, de manera tal que los financiadores (aseguradores) de

servicios sean responsables por la selección de prioridades, planes de largo plazo de salud locales y estrategias integrales de intervención a lo largo de las redes de servicios de salud (16).

Las redes integradas de servicios como solución

Con este fundamento, Han (17) propone que según los contextos y las formas de definir la población que se va a atender, se dan dos tipos de RISS con implicaciones diferentes para el sistema de salud: (a) basadas en la afiliación geográfica y (b) el de afiliación voluntaria. El primer modelo se produce cuando hay una devolución de la gestión de los servicios de salud desde el gobierno central a un nivel inferior de gobierno, que puede ser una autoridad de salud regional o un municipio, etc. Se caracteriza, pues, por contar con una población definida geográficamente y, en general, por formar parte de un sistema nacional de salud. El segundo tipo de RISS se creó en países que han establecido un mercado para el aseguramiento de la salud (modelos de competencia gestionada) en los cuales la población considerada como consumidora, debe comprar sus planes de salud. En estos países, las fuerzas del mercado y las reformas han conducido a una progresiva integración de los compradores en una única entidad, que puede adoptar diversas formas, como las conocidas organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) (18). Se identifican distintas formas de integración de las RISS: las integraciones verticales u horizontales, según agrupen servicios a lo largo del continuo asistencial o en el mismo nivel de atención (por ejemplo, los sistemas multihospitalarios) con producción interna de los servicios que ofrece, total o parcialmente. Si algunos servicios son subcontratados fuera de la red, integraciones virtuales o reales en la propiedad, según la forma de relación entre organizaciones,



también se consideran partes constituyentes de la red.

Son muchas las propuestas para las RISS como parte de la solución de la problemática comentada. Según Gervas y colaboradores, no hay una respuesta universal para lograr el cumplimiento de los objetivos de la atención primaria. Por ello se han ensayado fórmulas diversas de gestión y de organización, entre las que destacan por su novedad las redes (19). La revisión hecha por Pané, Segú y Vía (20) demuestra que la separación de funciones y la introducción de mercados internos se convirtió en una de las reformas sanitarias más promovidas en los sistemas nacionales de salud de países como Suecia, Reino Unido, Finlandia, Italia y España. En la década de los ochenta y noventa, Saltman y Figueres (21) observaron una tendencia a abandonar estas estrategias de promoción de la competencia, en favor de políticas que enfatizan la colaboración y coordinación entre proveedores de salud como vía para mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención. La integración de la atención se ha convertido en una prioridad en muchos países, especialmente para resolver problemas de salud crónicos que requieren la atención de múltiples profesionales y servicios, según la OMS en el 2010. Numerosos estudios ponen de relieve los problemas de la falta de coordinación e integración entre niveles asistenciales, presentes en buena parte de los sistemas de salud; algunos de ellos son: ineficiencia en la gestión de recursos (duplicación de pruebas diagnósticas), pérdida de continuidad en los procesos asistenciales y disminución de la calidad de la atención prestada (listas de espera, etc.) (22). Resulta evidente entonces, que aun cuando el objetivo de mejorar la coordinación entre servicios es común, la forma de abordarlo resulta diferente para cada país.

Otros análisis muestran en profundidad el

comportamiento de los servicios organizados en red: un aspecto básico es si dichas organizaciones son entidades distintas o si constituyen redes en niveles distintos de complejidad (es decir, servicios de atención primaria, secundaria y terciaria) (23). La estructura de esas redes determinará si el acceso al servicio de salud es directo o si los proveedores que establecen el primer contacto ejercen una labor de control. Este es un ejemplo del problema más general de la organización de las derivaciones entre los distintos niveles de atención, incluida la consideración de si estas pueden traspasar los límites entre lo público y lo privado, o de si las redes privada y pública se mantienen separadas (24).

La misma OMS ha dicho que las políticas, las estrategias y los planes nacionales de salud no siempre han alcanzado lo que prometían, debido a fallos en su concepción o en su aplicación. Con bastante frecuencia se observan discrepancias entre políticas, estrategias y planes nacionales de salud y: (i) las prioridades y los marcos de los actores mundiales, de los organismos de desarrollo y de los donantes; (ii) las políticas nacionales de desarrollo y los marcos de política, y (iii) las estrategias de financiación de la salud y las políticas macroeconómicas. Además, son frecuentes los problemas de falta de conexión entre políticas, estrategias y planes nacionales generales de salud y: (i) las estrategias y los planes específicos para determinadas enfermedades o para el ciclo de vida, y (ii) los procesos de planificación subnacional y descentralizada, especialmente los planes operacionales de los distritos sanitarios o las redes integradas de prestación de servicios (25). La OPS (27) opina al respecto y comenta:

... normalmente las propuestas consisten en intervenciones tendientes a la mejoría de la productividad de los recursos físicos humanos y tecnológicos, o en intervenciones

que aumentan la capacidad de producción de los establecimientos. En el diseño de las intervenciones también se deben considerar el marco de políticas sectoriales, el modelo de atención de salud, la sostenibilidad económica y las preferencias sociales de la población, así como el contexto demográfico y epidemiológico, que fue operacionalizado en la estimación de demanda. En la práctica, las líneas prioritarias se convierten en una cartera de proyectos que pueden ser priorizada en el tiempo.

Para Campos y Vilaca (26) el sistema público de salud en Brasil tiene como punto de fragilidad su organización fragmentada. Por eso, se está buscando superar ese problema por medio de la implantación de sistemas integrados de salud, denominados redes de atención a la salud.

La OPS y la OMS (27) consideran que las redes son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la atención primaria en el nivel de los servicios de salud, por cuanto contribuyen a hacer realidad varios de sus elementos esenciales: cobertura y acceso universal; primer contacto; atención integral, integrada y continua; cuidado apropiado; organización y gestión óptimas, y acción intersectorial, entre otros. Veamos lo que dice la OPS:

... los modelos pueden organizar sus establecimientos en redes, situación que ocurre en un número importante de países de la Región, para ello se proponen unos lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud. La estructuración de una red de servicios de salud consta del desarrollo de varios elementos tales como: Elaboración del perfil demográfico y epidemiológico actual y proyectado, descripción de la red de servicios, descripción del modelo de

atención, evaluación de los recursos físicos en los establecimientos, considerando la situación de la infraestructura y del equipamiento, evaluación de los recursos humanos, evaluación de la funcionalidad de los establecimientos, la determinación de la producción de los establecimientos, diagnóstico integral de la red, análisis de oferta, estimación de la demanda actual y proyectada, identificación de las brechas de atención, proposición de alternativas de solución que considere en su formulación, además de los factores antes enunciados, el marco de políticas sanitarias, la sostenibilidad económica y las preferencias sociales de la población.

Diversos estudios sugieren que organizar redes integrales de servicios de salud mejora la accesibilidad al sistema, reduce el cuidado inapropiado y la fragmentación del cuidado asistencial, evita la duplicación de infraestructura y servicios, reduce los costos de producción y de transacción, y responde mejor a las necesidades de salud de la comunidad (28, 29).

En el caso de la implementación de las políticas con enfoque de derechos, el acento en la búsqueda de soluciones integrales compromete específicamente a los diversos actores públicos involucrados con la problemática de la salud, tornando a la gobernanza en un atributo necesario que puede complementar nociones como la de las RISS (30). Es posible que necesitemos avanzar en modelos de acreditación de redes asistenciales que respondan más claramente al carácter internivel de las actuaciones, y posiblemente también a un enfoque más integral del proceso de atención sanitaria.

En este punto, Torres y Lledó (31) plantean que hay que hacer un cierto ejercicio de clarificación para precisar de qué hablamos cuando nos referimos a la coordinación



entre niveles asistenciales. A propósito plantean las siguientes definiciones: *la coordinación internivel* es un término quizás demasiado abstracto que describe una relación estructurada entre diferentes niveles organizativos que actúan en un mismo proceso, sobre el que se establecen objetivos comunes, ya que los resultados que se pretende obtener implican a todos los que intervienen en el mismo; *integración* sería más bien una respuesta organizativa a la necesidad de coordinarse, mediante la agrupación de recursos diversos bajo una única estructura de gestión; *continuidad asistencial* es el objetivo que conseguir y por lo tanto una dimensión necesaria de calidad que incide directamente sobre un proceso más adecuado y unos resultados mejores. Finalmente, cuando nos referimos a la atención integral, nos situamos en una perspectiva intersectorial y, por consiguiente, más completa en el abordaje de los problemas de salud. La organización de los servicios sanitarios, sin duda no está orientada a facilitar la continuidad de los cuidados. La propia estructuración por niveles implica un reparto de funciones y de papeles no siempre sustentada en evidencias sólidas.

Pané (32) en el foro internacional “La reforma del sector salud” expresa la necesidad de contención de costos en el sector salud, común a la mayoría de los países, sea cual sea el grado de financiación pública de un sistema, lo que definitivamente abre un debate profundo sobre los contenidos presentes y futuros, sobre la eficiencia de las actividades desarrolladas desde la atención primaria y sobre la importancia de fortalecer estas actividades o redefinidas.

Resulta interesante analizar la postura de los españoles Vásquez, Vargas, Farré y Terraza (33), quienes proponen que las OSI, como ellos las denominan, son redes de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones a una

población determinada y que se responsabilizan de los costos y resultados en salud de la población. Estas organizaciones han aparecido sobre todo en países con sistemas de salud privados muy fragmentados, como Estados Unidos, y en países con sistemas de seguro social en los que se han integrado aseguradoras y proveedores en organizaciones de competencia gestionada (*managed care*) que compiten por los afiliados. En la última década, en Cataluña, con un sistema nacional de salud con diversificación en la titularidad de la provisión, han surgido de manera progresiva organizaciones sanitarias integradas. Constituidas por lo general alrededor de un hospital comarcal, se responsabilizan de la cobertura de un rango de servicios —desde atención primaria a sociosanitaria— para una población definida geográficamente.

Los autores citados nos dejan claridad sobre la temática de integración vertical y horizontal: según el tipo de servicio que se integra, la OSI puede ser una integración vertical, si se encuentran en distintas etapas del proceso asistencial —atención primaria, especializada o sociosanitaria—, o una integración horizontal si pertenecen al mismo nivel. A su vez, la integración vertical puede ser “hacia atrás”, cuando la organización se integra con un proveedor en una etapa anterior del proceso de producción, o “hacia delante” si lo hace con una etapa posterior de la producción (centro de atención primaria con un hospital).

La OSI representa la etapa final del proceso de integración asistencial (34). Si bien las evaluaciones realizadas no son concluyentes sobre la relación entre las características y tipo de OSI y sus objetivos (35, 36), parece existir un consenso respecto a los factores que influyen de manera favorable en el grado de coordinación que efectivamente alcanzan estas organizaciones (37), que pueden ser de carácter externo o interno (contención de costos y aumento de la resolutivez).

La OPS está haciendo un llamado a determinar el grado de integración de los sistemas de salud de la región y trazar estrategias locales para la solución de los problemas que se detecten. Para ello propone la utilización de un conjunto de doce atributos para la integración, como punto de partida para el análisis y la sistematización de este campo dentro de los sistemas y servicios de salud (38):

- Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, las cuales determinan la oferta de servicios del sistema.
- Una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, que incluyen servicios de salud pública, promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento oportuno, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional.
- Un primer nivel de atención que actúa de facto como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina el cuidado de la salud y resuelve la mayoría de las necesidades de salud de la población.
- Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, que se dan preferentemente en ambientes extrahospitalarios.
- Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios.
- Cuidados de la salud centrados en la persona, la familia y la comunidad territorio.
- Un sistema de gobernanza participativa y único para todo el sistema.
- Gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico.
- Recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con el sistema.
- Sistema de información integrado y que vincule a todos los miembros del SISS.
- Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas existentes.
- Acción intersectorial amplia.

Además, la OPS (39) sostiene que en los últimos años se ha observado una tendencia a abandonar la competencia y a introducir políticas que favorezcan la colaboración entre los proveedores de salud como una forma de mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención de salud. En este sentido, la autoridad sanitaria desempeña un papel fundamental para instrumentar esta tendencia por medio de sus funciones de: (a) conducción sectorial (por ejemplo, formulación de políticas y evaluación del desempeño del sistema); (b) regulación; (c) modulación del financiamiento; (d) vigilancia del aseguramiento; (e) ejecución de las funciones esenciales de salud pública (FESP); y (f) armonización de la prestación de servicios de salud.

El propósito de esta iniciativa de la OPS, sobre las RISS, es contribuir al desarrollo de los sistemas de salud basadas en la APS, y por lo tanto, a la prestación de servicios de salud más accesibles, equitativos, eficientes y de mejor calidad técnica y percibida por los usuarios, que tengan en cuenta las cuestiones de equidad de género y la competencia cultural. La OPS considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS en el nivel de los servicios de salud, que contribuyen a hacer realidad varios de sus elementos esenciales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral; la orientación familiar y comunitaria; la atención de salud apropiada; la organización y gestión óptimas; y la acción intersectorial, entre otros (40)

Adicionalmente, la OPS (41) complementa con la proposición: “los modelos de atención de salud deben [...] fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención”. Más recientemente, la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, en su párrafo 49, recomienda fortalecer los sistemas de referencia



y contrarreferencia y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local de modo de facilitar la entrega de servicios integrales y oportunos, y el Consenso de Iquique, logrado en la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, señala en su párrafo 6 “La necesidad de desarrollar redes de servicios de salud basadas en la atención primaria, de financiamiento público y cobertura universal, dada su capacidad de aminorar los efectos de la segmentación y la fragmentación, articulándose con el conjunto de las redes sociales” (42).

Aunque los sistemas de salud y los problemas de salud de la población difieren entre uno y otro país (43), en general las políticas de salud implementadas en muchos países desarrollados se han desplazado hacia un modelo de sistema de salud basado en la integración y cooperación entre los distintos niveles de atención (salud comunitaria, atención primaria, atención secundaria y atención sociosanitaria, posicionando a la atención primaria en el centro de este modelo (44). Además, se ha descrito que una parte sustancial de los problemas de calidad de la atención, así como de las causas de ineficiencia en la utilización de los recursos, tiene una estrecha relación con el limitado grado de integración clínica que ofrecen proveedores de servicios de salud fragmentados y escasamente coordinados.

¿El hospital como cabeza de red?

Tradicionalmente los procesos de integración de servicios de salud han sido liderados por los hospitales. Cuando las redes derivan de una organización hospitalaria, es frecuente encontrar dificultades para romper con la cultura centrada en el hospital y adaptarse a un esquema de atención primaria, aunque no se desconoce la experiencia en la gestión que poseen las organizaciones hospitalarias (45). En definitiva, es la crisis económica generada por los modelos hospital-centristas y su impacto en los costos, la que se impone

en la agenda de las reformas la atención primaria, con una oportunidad de ofrecer salud a menor costo.

Es importante entender que para que el concepto y la iniciativa de las RISS pasen del discurso a la acción efectiva, hay que generar cambios en la identidad hospitalaria (46) y en la forma como se relacionan distintos dispositivos de cara a las necesidades del ciudadano usuario de los servicios de salud. Para que esto ocurra de forma efectiva, los autores plantean la necesidad de partir de tres premisas importantes: (1) sin los hospitales no habrá RISS; (2) con los hospitales tampoco habrá RISS si persiste el statu quo de la cultura organizacional hospitalaria actual; y (3) sin RISS no se resolverán los problemas y retos actuales del hospital. Estas tres premisas requieren un nuevo pacto entre gestores, el sistema de salud y la sociedad, en el que el hospital conscientemente asuma una nueva posición y se enorgullezca de ella, no como consecuencia de ser arrinconado por la evolución de los costos, el perfil epidemiológico y la innovación tecnológica, sino por la comprensión de que es mucho mejor resolver todo lo posible fuera de sus fronteras porque es más “saludable” para todos: sociedad, sistema de salud, hospital, etc.

Estos mismos autores (46) plantean la opción del hospital para hacer posible las RISS. Hace parte estratégica del concepto, y es más, del buen funcionamiento de las RISS depende su propia sostenibilidad. Pero además se requiere otra proposición crucial: la necesidad indiscutible de incluir a las personas que trabajan en los hospitales en la construcción de las redes integradas como objetivo compartido. De no hacerlo, se perpetuaría el statu quo y a hacer de las redes “un elemento del discurso pero no de la acción”.

... el cambio fundamental de la noción actual

del papel y la función del hospital exige pasar de un “enfoque en la enfermedad” que convierte en objetivo clave del hospital el llenar (y mantener llenas) las camas hospitalarias, a un enfoque de entidad asistencial con un rol definido en apoyo al continuo de servicios integrados (red), compartiendo el objetivo de mantener el estado de salud de las personas y la población. De esta forma el hospital debe ir convirtiéndose en un actor “inmerso en el conjunto de los proveedores de servicios asistenciales y no como el centro clave de la asistencia”. Más aún, nuevos retos obligan a revisar aspectos importantes en el diseño y organización de los hospitales. La preocupación por la seguridad del paciente y los resultados, se han convertido en conductores importantes del cambio en la medicina.

Autores como Shortell Gillies y Dever (47) y Chams (48) plantean que la organización hospitalaria debe estar en la misma línea de las redes integradas de servicios RISS, su organización funcional y organizacional debe corresponder en forma transversal a los procesos de la red: “No se puede pedir a los médicos y enfermeras, cambiar la forma en que se entrega el cuidado del paciente, mientras que la gestión y las estructuras de gobierno, sigan haciendo hincapié en la gestión de los departamentos y el llenado de camas”. A su vez, autores como Vázquez, Vargas Unger y Pierre (49) proponen que para lograr la integración de los hospitales a las redes:

... deben cumplir con cinco criterios esenciales (i) No debe contener espacios funcionales; la mayoría de los problemas de salud debe encontrar una solución dentro las estructuras existentes. (ii) El sistema debe evitar la superposición entre los diferentes niveles de atención (principio de especificidad), con sólo unas

pocas excepciones (como la función de un hospital comarcal está cumpliendo por un hospital regional). (iii) Los pacientes deben ser atendidos en el nivel más adecuado para manejar sus problemas. Más significativamente, las barreras (financieras, intra-institucional, psicológico, geográfica) que impiden el flujo de pacientes remitidos dentro del sistema deben ser evitadas. El primer nivel de atención, por tanto debe actuar como punto de entrada clave a todo el sistema. Los problemas de salud deben resolverse entre un (9% a 95%) en el primer nivel. Por lo tanto, las barreras al acceso directo a los servicios especializados deben ser expeditas, se debe utilizar incentivos para la adecuada canalización de los pacientes en el sistema (como en el Reino Unido, los Países Bajos y España) (iv) La información pertinente sobre el problema de un paciente debe acompañar al paciente cuando él o ella viaja entre los diferentes niveles en el sistema. (v) Las tecnologías en salud deberían ser descentralizada con criterios de eficacia y consideraciones de eficiencia.

De otra parte, según la Secretaria de Estado Salud Pública y Asistencia Social (Sespas) de la República Dominicana (50):

El Hospital no se explica a sí mismo, no encuentra a su interior la razón de sus servicios. Por esta situación, no le corresponde competir con los demás establecimientos: debe coordinar con ellos, procurar el buen funcionamiento y financiamiento del resto de los integrantes de la red, para poder funcionar bien. Compite contra un estándar, contra un desempeño esperado previamente definido.

Esto cambia el concepto del hospital como elemento autónomo y autogestionado. En estas circunstancias, no cabe en un modelo de redes integradas. Las redes no se conciben sobre la base de la función de compraventa



de servicios a establecimientos públicos o privados; se trata entonces de cambiar el concepto a comprar a redes que tienen todos los niveles de atención, y por ende, la capacidad resolutoria, todo en la misma área geográfica. En este sentido, la OPS (51) propone:

... Los establecimientos hospitalarios como organizaciones de servicios que cumplen una función social esencial, deben pasar a ser estructuras flexibles que puedan ser redefinidas dinámicamente en el tiempo por sus redes asistenciales, quienes les deben fijar la cartera o portafolio de servicios, es decir el tipo de actividades, niveles de complejidad y especialidades. A su vez, los establecimientos deben tener las competencias y las facultades para modular su estructura de funcionamiento organizacional según los requerimientos de sus respectivas redes, con el objeto de obtener respuestas efectivas a las necesidades de salud de las personas. Por otra parte, hay que señalar, el hospital no es responsable en su totalidad de la consecución de su objeto, dado que los procesos productivos del establecimiento no comienzan ni terminan en sus muros.

Conclusiones

1. El concepto de sistema de salud se plantea como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. El concepto de modelo de prestación establece la forma de organización de los niveles de atención y los sistemas de derivación dentro de la red asistencial. En él, además, se establecen las modalidades de atención, el tipo de recurso humano que otorga la atención; se determina el tipo de servicios que se entregarán por nivel y los recursos necesarios para ello. Uno y otro (sistemas y modelos) requieren para el funcionamiento óptimo: personal; financiación; información; suministros; economías de escala; transportes y comunicaciones; una orientación y una dirección generales; proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y que sean justos desde el punto de vista financiero. Las redes integradas de servicios se perfilan como una propuesta funcional para el desarrollo óptimo de estas funciones, ya que sus elementos constitutivos son los mismos.
2. Entre los mecanismos que la red puede utilizar para mejorar la eficiencia de su gestión asistencial, posiblemente el más relevante sea el papel que desempeña la atención primaria como responsable directo de la salud de los usuarios y del entorno en que se deben resolver la mayoría de los problemas, de acuerdo con criterios de eficiencia asistencial en el continuo de servicios.
3. Los diferentes autores plantean la RISS como solución válida a los problemas de salud de las poblaciones, ya que estas responden a los preceptos de los sistemas y modelos de prestación de manera integral y continua. Esto implica, necesariamente, que los diferentes actores se deben despojar de intereses de poder y protagonismo en las regiones para poder integrar de manera efectiva servicios, de manera que respondan mejor a las necesidades de las comunidades. Por lo tanto, la conformación de las RISS puede ser un fin fundamental dentro de la constitución de un sistema o modelo de salud, pero aún faltan elementos y experiencias para su constitución y adaptación a cada región.
4. Es claro que el hospital debe ser parte integral de la red, pero debe repensarse, con un modelo de integración diferente: podría eventualmente constituirse en

cabeza de red y hacer parte de la solución y no del problema. Esto amerita, por ejemplo, realizar planes de manejo ambulatorio poshospitalización para regresar al paciente al nivel que le corresponde.

5. El hospital del futuro debe ser un lugar a donde acuden los usuarios del sistema a quienes no se les han podido solucionar sus problemas de forma ambulatoria y/o domiciliaria; siempre se requerirán, pero su actuar en red debe ser entendido de forma diferente. Deben tener procesos adaptativos, de tal manera que desde su estructura estén diseñados para dar continuidad e integralidad a los tratamientos iniciados en otros componentes de la red.
6. La integración vertical, los procesos de referencia y contrareferencia son elementos fundamentales para el funcionamiento de la red y son, en alguna medida su eje, de manera que hay que lograr procesos expeditos para su funcionamiento.

Referencias bibliográficas

1. Hernández M. La Salud fragmentada en Colombia 1910-1946. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002.
2. Montenegro H, Levcovitz E, Reynaldo H, Ruales J, Suárez J. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. OPS; 2010.
3. World Health Organization (WHO). Atención Primaria de salud. Informe de Conferencia, 1978.
4. Restrepo J, López J, Rodríguez S. Integración vertical en el Sistema de Salud Colombiano; aproximaciones empíricas y análisis de doble marginalización Medellín: Grupo Economía de la salud (GES), Universidad de Antioquia; 2006.
5. Organización Mundial de la Salud - OMS. [acceso: 30 de mayo de 2012]. Disponible en <http://www.who.int/features/qa/28/es/index.html>
6. Macinko MHNAE. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública /Pan Am J Public Health. 2007; 21 (2-3).
7. Starfield B. Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos. Gerencia y Políticas en Salud. 2001; 1 (1).
8. OPS. Guías para la implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud [acceso: 22 de diciembre de 2012]. Disponible en <http://new.paho.org/blogs/esp/?p=1607>.
9. Mendoza R, Béria H. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cuadernos de Saúde Pública. 2001; 17 (4): 819-832
10. Abrutzky R, Bramuglia C, Godio C. Los sistemas de salud en los países del Mercosur. Revista Margen. 2009; 54: 1-9.
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Metodología de gestión productiva de los Servicios de Salud - Introducción y generalidades. Washington, D.C.: OPS; 2010.
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud. Washington D.C.: OPS; 2010.
13. Ruales J. Tendencias en servicios de salud y modelos de atención en la salud. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. 2004; 22 (99).
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Metodología de gestión productiva de los servicios de salud. Washington D.C.: OPS; 2010.
15. Vázquez M, Vargas I. Redes integradas de servicios de salud: (solución o problema). Revistan Ciencias de la Salud. 2006; 4 (1).
16. Granados GM. Reformas de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. Rev. Salud Pública. 2000; 2 (2): 97-120.
17. Ham C. Reforming New Zealand reforms. British Medical Journal (BMJ) Volume 314 28 JUNE 1997; 314-324.
18. Van de Ven W, Schut F. Should catastrophic risks be included in a regulated competitive health insurance market? Social Sciences and Medicine. 1994; 39 (10).
19. Gervas J, Pané O, Sicras A. Capacidad de respuesta de la atención primaria y redes de servicios. El caso del consorcio de Cataluña. Atención Primaria. 2006; 38 (9): 506-510.
20. Pané SLVJ. Descripción y valoración de alternativas de cambio en los sistemas sanitarios basadas en la potenciación de la atención primaria en salud. Cataluña, España: Consoci Hospitalary de Catalunya CHC CiG; 1997.
21. Saltman R, Figueras J. Analyzing the evidence on European health care reforms. Health Affairs. 1998; 17 (2).
22. Ortún V. La articulación entre niveles asistenciales. En Del Llano Señaris, J. Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson; 1998, pp. 349-357.
23. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La renovación de la atención primaria de salud de las Américas - Sistemas de salud basados en Atención Primaria. OPS; 2008.
24. Murray C, Frenk J. El marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. Boletín de la Or-



- ganización Mundial de la Salud. 2000; (3): 149-162.
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fortalecimiento de los sistemas de salud. Mejora del apoyo al diálogo sobre políticas, estrategias y planes nacionales de salud. Ginebra: OMS; 2010.
 26. Campos H, Vilaca E. Las redes de atención en la salud en Janaúba, Minas Gerais, Brasil: el caso de la red viva vida. *RISAI*. 2008; 1 (2).
 27. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación. Washington D.C.: OPS, Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, no4; 2010.
 28. Soler J. Estrategia de gestión y organización de una red de laboratorios de diferentes hospitales públicos. Primer Fórum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud, Secretaría de Salud de Bogotá, Organización Panamericana de la Salud, Bogotá, 2003.
 29. Daniel M. Cómo fortalecer las redes de servicios de salud. El caso de Salta. Buenos Aires: CIPPEC, Alliance for Health Policy and Systems; 2010.
 30. Cunill N, Fernández M, Vergara M. Gobernanza sistémica para un enfoque de derechos en salud. Un análisis a partir del caso Chileno. *Salud Colectiva*. 2011; 7 (1): 21-33.
 31. Torres A, Lledó R. La coordinación entre niveles asistenciales editorial. *Revista Calidad Asistencial*. 2001. 16: 232-233.
 32. Pané O. Modelos de atención y la organización de la red de servicios. Foro Internacional - La reforma del Sector Salud. Guatemala: Apressal; 1999.
 33. Vázquez M, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Revista Española de Salud Pública*. 2005; 79 (6).
 34. Kodner D, Spreeuwenberg C. Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications. *International Journal of Integrated Care - A Discussion Paper*. 2002; 2. Disponible en <http://www.ijic.org/>
 35. Shortell S, Gillies R, Anderson D, Erickson K, Mitchell J. Remaking health care in America: The evolution of organized delivery systems. San Francisco: Jossey-Bass; 2000.
 36. Dranove D, Durkac A, Shanley M. Are multihospital systems more efficient? *Health Aff (Millwood)*. 1996; 15 (1): 100-103.
 37. Shortell S, Gillies R, Anderson D, Morgan K, Mitchell J. Remaking health care in America. The Jossey-Bass Health Care Series; 1996.
 38. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Propuesta del plan estratégico 2008-2012 Washington D.C.: OPS, Documento Oficial no 328, Serie de documentos de planificación de la OPS; 2007.
 39. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria en salud. Washington, D.C.: OPS; 2009.
 40. Dowling W. Hospitals and health systems. En Williams S, Torrens PE. *Introduction to health services*. Delmar Publishers; 1999.
 41. Salud/OMS OPdI. Renovación de la Atención Primaria de salud en las Américas. Documento de posición; 2005.
 42. Gobierno de Chile Ministerio de Salud. Cumbre Interamericana de Ministros de Salud. 2007.
 43. Pizarro V. Organizaciones sanitarias integradas en países con distintos sistemas de Salud [tesis de máster en Salud Pública]. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra; 2004.
 44. Wilton P, Smith R. GP budget holding: Scoring a bullseye or missing the target? Melbourne: CHPE Working Paper Series; 1997.
 45. Vargas I, Vázquez M, Farré J. Guía para el estudio de organizaciones sanitarias integradas. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC); 2004.
 46. Artaza O, Méndez C, Holder M. Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales Santiago de Chile: OPS; 2011.
 47. Shortell S, Gillies R, Devers K. Reinventing the American Hospital. *The Milbank Quarterly*, 1995. 73 (2): 131-160.
 48. Charns M. Organization desing of integrated delivery systems. *Hospital & Health Services Administration*. 1997; 42(3): 411-432.
 49. Vázquez M, Vargas I, Unger J, Pierre P. Integrated health care networks in Latin America: Toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Pública*. 2009; 26 (4).
 50. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (Sespas), República Dominicana. Modelo de red de los servicios regionales de salud: una guía para el desarrollo de los servicios de salud para la atención de las personas; República Dominicana: Sespas; 2005.
 51. Organización Panamericana de la Salud (OPS). El desafío de los hospitales - Redes integradas de servicios. Santiago de Chile: OPS; 2011.