



SECCIÓN ARTÍCULOS DE REFLEXIÓN
Año 2012 Vol. 14(2) Págs. 186- 196

Redes integradas de servicios de salud: hacia la construcción de un concepto

Integrated networks of health services: towards the construction of a concept

Juan Carlos Barragán Bechara¹, Riaño Casallas Martha Isabel², Magda Martínez³

Este artículo se escribe como componente introductorio de la investigación "Aplicabilidad de las redes integradas de servicios de salud", coordinada por el Área de Posgrados en Gestión de Servicios de Salud y Seguridad Social de la Universidad Jorge Tadeo Lozano.

1. Máster en Mercadeo. Asesor de Entidades de Salud en procesos de Gerencia estratégica y Calidad. Docente cátedra Universidad Jorge Tadeo Lozano. Consultor de DatexcoCompany y Gerente de Nova Terra Teleasistencia.
e-mail: juan.barragan@utadeo.edu.co
2. Magíster en Salud y Seguridad en el Trabajo. Auditora interna HSEQ. Profesora Asociada del programa de Especialización en Gerencia en Salud Ocupacional, Universidad Jorge Tadeo Lozano. e-mail: marthai.rianoc@utadeo.edu.co
3. Enfermera. Estudiante Especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud, Universidad Jorge Tadeo Lozano.
e-mail: magdap.martinezc@utadeo.edu.co

Fecha de recepción: Septiembre 4 - 2012

Fecha de aceptación: Diciembre 18 - 2012

Barragán Bechara JC, Riaño Casallas MI, Martínez M. Redes integradas de servicios de salud: hacia la construcción de un concepto. Univ. Salud. 2012; 14(2):186 - 196

RESUMEN

Este artículo de reflexión presenta de manera detallada un marco conceptual que trata de exponer los diferentes conceptos relacionados con Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS); para tal fin, se parte de la definición básica de red, redes de salud y organizaciones sanitarias integradas, propuestas por diversos autores, así como, las experiencias en la puesta en funcionamiento de redes en Europa, principalmente en España y en algunos países latinoamericanos.

Palabras clave: Atención integral de salud, servicios de salud, prestación integrada de atención de salud, organización social. (Fuente: DeCS - BIREME)

ABSTRACT

This reflective article presents in detail a conceptual framework that seeks to expose the different concepts related to Integrated Networks of Health Services (INHS). For this purpose, the basic definition of network, health networks and integrated health care organizations proposed by various authors as well as the experiences in the operation of networks in Europe, mainly in Spain and some Latin American countries were reviewed.

Key words: Comprehensive health care, health services, delivery of health care, integrated, social organization. (Source: MeSH, NLM)

INTRODUCCIÓN

El concepto de red, a través del tiempo, se viene utilizando en diferentes ámbitos, tanto sociales, tecnológicos, científicos y más recientemente, se ha empleado en el sector salud, en algunos casos, como consecuencia de las reformas en el sistema de salud que se han venido dando en diferentes países, y con mayor celeridad en Latinoamérica, ya que se presentan como una alternativa para mejorar la gestión de los servicios de salud. Por esta razón, es necesario comprender el concepto de red y sus elementos constitutivos, para poder entrar a definir la concepción de redes integradas de servicios de salud. Para este propósito, se consultaron diferentes artículos con definiciones de red aplicables en ámbitos sociales, tecnológicos, de comunicaciones, entre otros.

Una vez identificado el concepto de red, se abordará su relación con los servicios de salud desde la perspectiva de diversos autores y de su aplicación en diferentes sistemas de salud, principalmente en España, Argentina, Cuba, Chile, Brasil y Panamá. Para tal fin, se realizó una revisión documental, con la búsqueda de artículos de los autores más representativos en el tema, artículos de prensa, así como, documentos de la Organización Panamericana de la Salud y de los Ministerios de Salud de los países en mención.

Lo anterior, con el fin de tener elementos de base para en el futuro adaptar o construir una definición de Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) para el contexto colombiano. Finalmente, se presentarán los diferentes tipos de RISS que existen y que pueden ser tomados como referencia para la propuesta de conformación de una RISS en el país.

El desarrollo de este artículo de reflexión, se construye como componente introductorio del proyecto de investigación de "Aplicabilidad de las redes integradas de servicios de salud".

Nociones sobre conceptos de Red

Para dar inicio a un proceso de comprensión del concepto y definición de red, es necesario considerar los tipos de redes en general, los nodos y vínculos. Torres, manifiesta que el trabajo en redes es una estrategia que vincula, la articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.¹ Para la generación de una Red es imprescindible que exista una finalidad explícita y de interés para las instituciones y personas que habrán de conformarla. La séptima acepción del Diccionario de la Real Academia define a las Redes como "*Conjunto de elementos organizados para determinado fin*".² Por ejemplo, a las personas que laboran en el campo de la informática las vinculan con las computadoras y las definen como un conjunto de equipos (computadoras y/o dispositivos) conectados por medio de cables, señales, ondas o cualquier otro método de transporte de datos, que comparten información, recursos, servicios, entre otras.³

Los autores Dabas y Perrone,⁴ plantean que el trabajo en red es un resultado de una estrategia constituyendo una modalidad organizativa y de gestión, que adoptan los miembros que deciden esa vinculación, cuyas características dominantes son: adaptabilidad, flexibilidad, apertura, horizontalidad, fluidez y la espontaneidad de las relaciones. Afirman, también que las finalidades del trabajo en red pueden ser muy diversas, algunas redes son de defensa de derechos, otras son utilitarias para mejorar la producción de bienes o servicios, otras para el intercambio de servicios.

Por otra parte, Rovere,⁵ manifiesta que existen unos niveles para la construcción de redes. El primer nivel es el reconocimiento, que expresa la aceptación del otro. El segundo nivel, es el conocimiento, una vez que el otro es reconocido como par, como interlocutor válido, empieza a ser

incluido, lo cual expresa interés. Un tercer nivel, es el de colaboración, donde se estructuran una serie de vínculos de reciprocidad, por ejemplo, colaboro pero espero que colaboren conmigo. En el cuarto nivel, ya existen algunas formas sistemáticas de cooperación lo que supone la existencia de un problema común, y existe una forma más sistemática de operación conjunta, es decir, existe un compartir sistemático de actividades. Finalmente, en el quinto nivel, está la asociación, donde se establece algún tipo de contrato o acuerdo, lo que conlleva compartir recursos.

Conceptos de red en otros ámbitos

Las autoras Regalado y Regalado⁶ declaran que las redes de computadoras permiten, además de almacenar un gran cúmulo de información, que se establezca la comunicación entre dos o más computadoras conectadas mediante un cable, una línea telefónica (o vía satélite) y lograr de esta forma una reducción considerable en el tiempo que transcurre entre el momento que se produce la información y el acceso a ésta. En la actualidad existen miles de redes de computadoras, las cuales se encuentran interconectadas a través de diferentes redes mundiales de información, la más importante de todas es Internet, por su alcance y servicios.

De igual manera en el ámbito social, Lozares⁷ establece que las redes se pueden definir como un conjunto bien delimitado de actores -individuos, grupos, organizaciones, comunidades, sociedades globales, entre otros, vinculados unos a otros a través de una relación o un conjunto de relaciones sociales. Desde otro punto de vista Martínez⁸ concreta que el modelo de redes sociales es un sistema de vínculos entre nodos orientado hacia el intercambio de apoyo social; argumenta que los nodos son los componentes entre los cuales se establecen los vínculos, los nodos pueden ser personas, actores sociales, grupos u organizaciones, ya sean institucionales o comunitarias. Los vínculos, son las relaciones

o comunicaciones que se establecen entre los nodos. Lo central en la red es el conjunto de vínculos entre los nodos, entonces la red, no es un conjunto de nodos, sino más bien un sistema de vínculos. Así, por ejemplo, para describir una red social personal, el centro son las características de las relaciones que se establecen entre nodos (vínculos), y no las características específicas de cada uno de ellos.⁹

Las redes y los servicios de salud

El concepto de redes de servicios de salud fue en principio utilizado por Gillies,¹⁰ citado por Morales, al definirlos como un conjunto de organizaciones que ordenan o proveen un continuum de servicios coordinados a una población definida y toman la responsabilidad de los resultados clínicos y fiscales, así como del estado de salud de la población beneficiada. Wan y colaboradores, citado por Morales, la definen como una organización en la que, sin importar su tipo de naturaleza contractual, los actores institucionales procuran la alineación de sus servicios, beneficiando con ello la integración, la mejora de la calidad y la reducción de costos en un área geográfica definida.¹¹

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2010, define las redes integradas de servicios de salud como la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo con sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”.¹²

Por otra parte, Castellanos¹³ plantea que una RISS es “*un conjunto de prestadores de primer, segundo y tercer nivel asistencial, distribuidos geográficamente, con criterios y vínculos jurídicos de complementariedad, así como de referencia y contrarreferencia, destinados a brindar cobertura a una población determinada en un área de influencia, bajo normas, procedimientos y criterios programáticos comunes, controlados*

y conducidos por una gestión operativa única, se puede definir como Red de Atención Médica”.

Shortell, autor citado por Vázquez¹⁴ modifica un poco el término de redes integradas de servicios de salud, proponiendo el concepto de Organización Sanitaria Integrada (OSI) y la define como *“una red de servicios de salud que ofrece una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones de servicios de salud a una población determinada y que se responsabiliza de los costes y resultados en salud de la población”.*

En Panamá, se le da la connotación de red pública de servicios de salud y se define como *“el conjunto de instalaciones de salud que se organizan para facilitar la provisión de servicios según niveles de atención y grados de complejidad creciente, de acuerdo a un modelo de atención definido y que se relacionan entre sí, mediante un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes. Las instalaciones de salud se organizan por niveles de atención sobre la base de criterios de accesibilidad, población, cobertura y capacidad resolutiva”.*¹⁵

Por otra parte, sin incorporar el concepto de red, se podría hablar también de Servicios de salud integrales, refiriéndose a la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación, a través de los diferentes niveles del sistema de salud, y de acuerdo con sus necesidades a lo largo del ciclo de vida.¹⁶

El concepto de Redes integradas de servicios de salud, retomado y modificado por Shortell,¹⁷ plantea que es una *“red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud 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”.*

Bardález,¹⁸ define la red de salud como el conjunto de establecimientos y servicios de

salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una red vial y corredores sociales, articulados funcional y administrativamente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión de un conjunto de atenciones prioritarias de salud (básicas e intermedias), en función de las necesidades de la población.

También menciona Bardález,¹⁹ que la red de salud, para garantizar la provisión de este conjunto de atenciones prioritarias de salud, debe disponer de una determinada cartera de servicios de nivel básico e intermedio; desde atención ambulatoria de medicina general y de especialidades básicas (pediatría, ginecología, medicina interna y cirugía), hasta intervenciones quirúrgicas de problemas comunes y atención neonatal de cuidados intermedios.

La importancia de la comunidad y el concepto de hospital, claves para la construcción de redes en salud, se resaltan por Baz,²⁰ cuando define una *“Red Comunitaria del Hospital como un espacio poblacional y sociocultural de interacción simétrica entre el personal de los servicios de salud y la población organizada, con libre elección, donde se realizan acciones orientadas a satisfacer las necesidades de salud individual, familiar y colectiva”.*

Tipos de RISS

Cuando se trata el tema de Redes Integradas de Servicios de Salud, es necesario mencionar los tipos de redes que diversos autores han identificado. Vázquez y Vargas, por ejemplo, establecen dos tipos de redes: la primera, red geográfica, la cual se caracteriza por contar con una población determinada geográficamente; la segunda clasificación, corresponde a las RISS por afiliación, las cuales aplican para un mercado de aseguramiento.²¹

También se pueden clasificar las redes por su forma de integración, existen RISS de integración real o integración virtual. La primera, agrupa los servicios bajo una única titularidad; y la segunda, agrupa entidades con titularidades independientes mediante fórmulas jurídicas diversas, por ejemplo, asociación de interés económico, convenios de gestión, consorcios locales, sociedades limitadas, entre otras.²²

Otra forma como pueden clasificarse las RISS puede ser de acuerdo con tres categorías generales: primera, las que integran solamente personal de salud; segunda, las que integran personal de salud e instituciones de salud; y tercera, las que articulan personal de salud, instituciones de salud y aseguradoras.²³

Así mismo, una categoría para la tipificación de una RISS es la relacionada con la propiedad. Por lo cual, pueden existir RISS con propiedad completa, aquellas que tienen el control y propiedad directa sobre todas las partes de la red; con propiedad parcial, las que se constituyen mediante relaciones de colaboración como contratos o alianzas estratégicas; y las RISS híbridas, donde se combina la propiedad directa en algunos elementos de la red con contratos de colaboración para otros.²⁴

Para la delimitación de una RISS, se tienen que contemplar los aspectos políticos o administrativos para su conformación, y considerar criterios de accesibilidad, ámbito geográfico y epidemiológico.²⁵

Por ejemplo, circunscribir una RISS por ámbito geográfico permite maximizar el acceso de los pacientes a los servicios de salud y disminuir la duplicación.²⁶ Sin embargo, una de las principales clasificaciones de la RISS es de acuerdo con el tipo de integración, sea ésta horizontal o vertical. La integración horizontal consiste en ofrecer servicios similares en el mismo nivel de cuidado y la integración vertical incorpora diferentes

niveles de atención, lo que permite un flujo de pacientes de un nivel a otro.²⁷

Las RISS pueden evolucionar en cuatro fases, cada una con mayores niveles de interdependencia entre las infraestructuras y el personal de salud. La primera etapa se caracteriza por la competencia entre hospitales y con poca interdependencia. En la siguiente etapa, aparecen los sistemas integrados horizontalmente, con interdependencias comunes; en la tercera etapa, se presenta la integración vertical, donde existe interdependencia y reciprocidad entre los profesionales de la salud y los hospitales. Finalmente, aparecen las comunidades de salud, con interdependencia entre las infraestructuras y otras organizaciones que prestan servicios a lo largo del proceso de atención en salud. Esta interdependencia es una característica propia del nivel de integración que debe tenerse en cuenta para la eficacia de la red.²⁸

La organización de una RISS se entiende entonces, al examinar diferentes dimensiones de su integración, incluyendo los servicios asistenciales o administrativos, el personal médico, y las relaciones entre organizaciones, por lo que en la práctica, la prestación de servicios integrados es un híbrido de diferentes dimensiones de la integración.²⁹

Como se observa, es fundamental, para el proceso de implementación de una RISS, reflexionar acerca de qué tipo de red se va a construir, pues no sólo los aspectos jurídicos y administrativos, cobran importancia; decidir, si la RISS se constituirá bajo un enfoque de integración o por ámbito geográfico, representará en última instancia la orientación de cómo se articulará el sistema de vínculos entre cada nodo de la red.

¿Por qué las RISS?

Después de revisar diversos artículos sobre el tema, se encuentra que el concepto de RISS aparece como respuesta a problemáticas que se

han venido presentando de manera sistemática en diferentes países con distintos sistemas de salud, y que también son evidentes para el caso colombiano, principalmente las relacionadas con la fragmentación en la prestación de los servicios, la segmentación de recursos financieros, baja cobertura, poca capacidad resolutive en los primeros niveles de atención, infraestructuras hospitalarias subutilizadas, bajo nivel de eficiencia, no continuidad en la atención, altos costos y deficientes resultados en salud, por mencionar algunas.

Ya desde los años 20, se hacía evidente la necesidad de hablar del concepto de red, cuando el informe Dawson proponía que para *“lograr el éxito de cualquier plan de servicios de salud, es indispensable la unidad de ideas y propósitos, así como comunicación completa y recíproca entre los hospitales [...] asociados, los centros secundarios y primarios y los servicios domiciliarios, independientemente de que los centros estén situados en el campo o en la ciudad”*.³⁰

Situación en Latinoamérica

De otra parte, también resulta interesante conocer los esfuerzos hechos por diferentes países de Latinoamérica, por lograr promover procesos de prestación de servicios integrados, buscando la participación de proveedores, prestadores, aseguradores, y tratando de garantizar un continuo asistencial, bajo criterios de calidad. Por esta razón, a continuación se presentan las iniciativas por lograr la integración de servicios de salud planteadas en el documento Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas.³¹

En los países que integran el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), se evidencian situaciones comunes relacionadas con el funcionamiento de sus sistemas de salud, entre ellas la fragmentación de los sistemas, segmentación en la prestación y financiación de los servicios, la

existencia de ministerios de salud con fuertes limitaciones presupuestarias, subutilización de la capacidad instalada, situaciones que han dado paso a la intervención privada, tanto en la prestación como en el aseguramiento.³²

Otra situaciones comunes en el funcionamiento de los servicios de salud en la región, planteadas por Bramuglia es la existencia de *“un esquema segmentado de provisión y financiamiento, como en los casos de la eficiencia de los mecanismos de riesgo compartido: en tanto que un esquema de aseguramiento se aleja de un seguro universal (cobertura para toda la población), se segmentan los fondos disponibles para financiar las necesidades de salud, provocando esquemas asociados con capacidad de pago (selección de riesgo), paquetes de servicios diferenciales, y estructuras deficientes para afrontar gastos catastróficos en salud”*.³³

Para la década de los 90, específicamente en Argentina, su sistema de salud *“se caracterizó por la fragmentación y segmentación, lo que provocó serios problemas de equidad y de accesibilidad. Características éstas que se profundizan cuando la aplicación del modelo neoliberal transforma la realidad socioeconómica del país, y paralelamente a nivel sectorial se decide que el mercado regule el sistema de la seguridad social, lo cual fragmentó aún más la solidaridad dentro del subsector”*.³⁴

Citado por Rossi,³⁵ el impacto de la crisis sobre el sector salud Argentino, puede explicarse, según lo expresa la oficina local del Banco Mundial, por cuatro factores principales: deterioro progresivo en el financiamiento de los diferentes subsistemas, aumento en los costos en medicamentos e insumos biomédicos importados como consecuencia de la devaluación, incremento de la demanda de servicios en la red pública hospitalaria y el mayor riesgo epidemiológico, consecuencia del deterioro en las condiciones socioeconómicas de gran parte de la población.

Tabla 1. Iniciativas de redes de salud en Latinoamérica

| País | Denominación | Origen | Iniciativa | Características |
|----------------------|---|---------------------|--|--|
| Argentina | Sistema Federal Nacional Integrado | Público | Responder con racionalidad y eficacia a las necesidades de la salud de la población, medidas a partir de la elaboración de un mapa sanitario | <ul style="list-style-type: none"> - Mapa sanitario - Racionalidad y eficacia - Necesidades de la salud de la población |
| Bolivia | Redes públicas descentralizadas y comunitarias de salud | Públicas | Separación de roles entre comprador y proveedor combinando con una gerencia basada en resultados y la participación de la comunidad en el proceso | <ul style="list-style-type: none"> - Separación de roles - Participación comunitaria - Gerencia basada en resultados |
| Brasil | Redes de salud | Público | Integrar las acciones de promoción, prevención y asistencia en una perspectiva amplia de atención a la salud, recuperando el papel de inductor del Gestor Federal, de modo de articular la organización de redes de salud con una perspectiva de modelo de desarrollo orientado hacia la equidad en su dimensión personal y territorial | <ul style="list-style-type: none"> - Gestor Federal - Integración de promoción, prevención y asistencia - Equidad personal y territorial |
| Chile | Redes asistenciales | Sin información | Basadas en la atención primaria, desarrollando redes de salud a través del diseño de políticas para su coordinación y articulación, satisfaciendo las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con equidad, respeto de los derechos y dignidad de las personas | <ul style="list-style-type: none"> - Atención primaria - Políticas de coordinación y articulación - Equidad, respeto y dignidad de las personas |
| Perú | Redes plurales de prestadores | Públicas y privadas | Promoviendo la formación de redes de entidades públicas renovadas y privadas con servicios acreditados y categorizados, donde se fomente la competencia, eficacia, eficiencia y calidad en la atención de toda la población, sin exclusiones | <ul style="list-style-type: none"> - Servicios acreditados - Competencia, eficacia, eficiencia y calidad - Sin exclusiones |
| República Dominicana | Red de servicios regionales de salud | Sin información | Desarrolla formas organizativas y de funcionamiento del modelo de atención que tiendan a proveer servicios de una manera más racional e integral, tomando como punto de partida la familia y la relación de ésta con los procesos sociales | <ul style="list-style-type: none"> - Modelo de atención - Racionalidad e integral - Centrado en la familia y su relación con los procesos sociales |
| Uruguay | Sistema Nacional Integrado de Salud | Público | Parte de la implementación de un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de los usuarios, incluyendo los cuidados paliativos | <ul style="list-style-type: none"> - Políticas de salud articuladas - Estrategia sanitaria común - Programas integrales - Cuidados paliativos |
| Venezuela | Red de Salud del Distrito Metropolitano de Caracas | Público | Reorientación del modelo de atención basado en las necesidades de calidad de vida y salud de la población y dirigido a la estructuración de redes de salud integradas con respuestas regulares, suficientes, oportunas y equitativas a estas necesidades, asegurando universalidad y equidad | <ul style="list-style-type: none"> - Modelo de atención basado en las necesidades de calidad de vida y salud de la población - Universalidad y equidad - Redes de salud integradas, regulares y oportunas |

Panorama en Colombia

Desde el punto de vista normativo, en el artículo 60 de la ley 1438 de 2011,³⁶ se definen las redes integradas de servicios de salud, como *“el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivo, más eficientes, equitativos, integrales, continuos, a una población definida, dispuesta conforme a la demanda”*.

Pareciera existir una discrepancia entre lo promulgado en la Ley y lo que se evidencia en la realidad. Según el Dr. Luis Alberto Martínez, director de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia, Colombia (AESAs), señala que *“las personas son tratadas en forma fragmentada: en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) se le hace un procedimiento y hay que esperar 20 días para que le hagan un procedimiento complementario en otra IPS, lejos de su lugar de residencia, agravando sus condiciones de salud. Hay problemas de cantidad y calidad en la distribución de recursos: por un lado hay instalaciones ociosas y por otro lado hay dificultades de acceso, situación sin sentido en un sistema que gasta casi \$40 billones al año; esa fragmentación obedece a la multiplicidad de instituciones pagadoras y el mal flujo de recursos; hay trabas jurídicas y administrativas, como autorizaciones previas y agendas que impiden integralidad y continuidad en los servicios. No existe coordinación entre los actores del sistema, hay incomunicación entre los niveles de atención, y falta co-gestión del riesgo entre aseguradores, prestadores, entes territoriales, sector público y/o privado: cada uno tira para su lado y la evidencia es la duplicación de servicios y de infraestructura”*.³⁷

La situación en Colombia para el año 2012, después de la puesta en común del borrador de decreto que reglamentará la Atención Primaria en Salud y las redes integradas de servicios de salud de la Ley 1438 de 2011, no ha cambiado mucho, según lo expresan algunos gremios, asociaciones y profesionales del sector.³⁸

En la declaratoria de la cumbre de secretarios de salud departamentales, realizada en la ciudad de Pereira (Colombia) en marzo de 2012, los participantes manifestaron su desacuerdo con sus contenidos, pues sostienen que *“va en contravía de lo estipulado en las Leyes 715, 1122 y 1438, dado que desconoce la autoridad sanitaria de los entes territoriales”*.³⁹⁻⁴¹

En la misma declaratoria, propone que las RISS deben ser la forma organizada de prestar la atención en Salud, con base en las necesidades de la población y regulada por la Autoridad Sanitaria Regional, con el objetivo de disminuir la fragmentación en la prestación de servicios de Salud. El investigador Francisco Guzmán H, manifiesta en el periódico el Pulso⁴² que las redes de prestación de servicios ya existen; las Empresas Promotoras de Salud las han conformado y el problema no se resuelve a través de un decreto, sino modificando las reglas de juego y elementos estructurales del sistema: *“esto no cambia, el sistema sigue segmentado y fragmentado y con incentivos financieros fundamentalmente, no centrado en los usuarios, pacientes y ciudadanos; no soluciona los problemas de fondo”*.

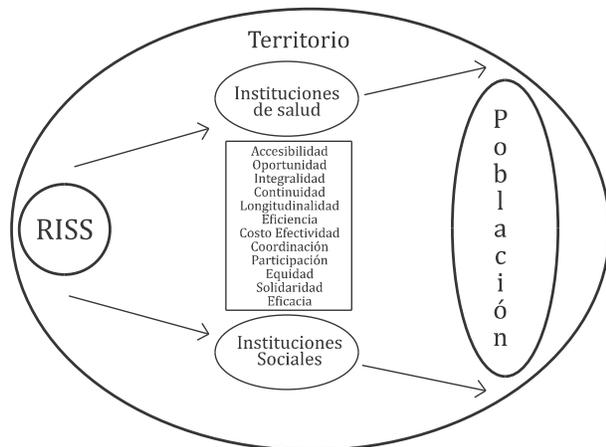
CONCLUSIONES

En general, el concepto de red, nos permite identificar los nodos y los vínculos entre estos; situación que debería reflejarse en el sector salud, como la articulación de los diferentes grupos de interés.

En la literatura revisada se resaltan tres aspectos comunes en la definición de RISS (Figura 1), como son: primero, la atención a una población determinada, bajo unos atributos de calidad que garanticen su funcionamiento, entre los cuales, se destacan la accesibilidad, oportunidad, integralidad, longitudinalidad, eficiencia, costo-efectividad, coordinación, participación, equidad, solidaridad y eficacia; en segundo lugar, la necesidad de contar con instituciones de salud

con diferentes niveles de atención y complejidad que garanticen la continuidad en la prestación de los servicios; y finalmente, si se habla de áreas de influencia, también se hace necesario definir el ámbito geográfico donde se implementaría.

Figura 1. Aspectos comunes en la definición de RISS



Todo lo anterior dentro de un sistema y acorde con un modelo de salud. Lo cual se puede complementar cuando se dice que el concepto de red de servicios se asocia a: "I) articulación funcional de unidades prestadoras de distinta naturaleza; II) organización jerárquica según niveles de complejidad; III) un referente geográfico común; IV) el comando de un operador único; V) normas operacionales, sistemas de información y otros recursos logísticos compartidos; y VI) un propósito común".⁴³

La situación de la mayoría de los países latinoamericanos, en especial Colombia, donde se evidencian las deficiencias planteadas, coincide en desarrollar redes en salud, como alternativas para mejorar la prestación de servicios, bajo criterios de calidad.

Una vez revisados los diferentes conceptos de autores y experiencias, se concluye, que para

construir una definición de RISS para el contexto colombiano, se deberían considerar elementos como: contar con un conjunto de instituciones de salud clasificadas por niveles de atención y complejidad, incluir organizaciones de carácter social, y prestar servicios de salud bajo criterios de calidad, de manera continua y longitudinal, a una población determinada acorde con un modelo de salud y regulada por los entes territoriales y nacionales.

REFERENCIAS

1. Torres C. El trabajo en redes en la práctica de enfermería: "Acortando la distancia" *Rev. Cubana de Enfer.* 2010; 26(2)71-77.
2. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española* (22ª ed.). Madrid, España: Espasa Calpe. 2003.
3. *Ibíd.*
4. Dabas E, Perrone N. Redes en salud. Noviembre de 1999.
5. Rovere M. Redes en Salud: Un Nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Redacción, revisión, diagramación y edición: Dr. Juan Carlos Paradiso. Publicado por: Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario. 1999.
6. Regalado EM, Regalado E. La red de redes en Cuba, Facultad de Medicina. *Rev. EducMedSuper* vol.11 no.1 Ciudad de la Habana Jan-June 1997.
7. Lozares C. La teoría de redes sociales UniversitatAutnoma de Barcelona. Departament de Sociología. 1996;(48) 103-126.
8. Martínez, V. El modelo de redes sociales Universidad Central Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Psicología. Agosto 1998.
9. *Ibíd.*
10. Morales N. Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción. Grupo de investigación, rehabilitación e integración social de la persona con discapacidad. Editorial Universidad del Rosario. 2011.

11. *Ibíd.*
12. Organización Panamericana de la Salud. "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas" (Serie: La Renovación de la atención primaria de salud en las Américas No.4). Washington, D.C. 2010
13. Castellanos Robayo J. Apoyo a la conceptualización de las acciones de formación y capacitación de recursos humanos para el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la salud. República Argentina (Proyecto AR-L 1020). Enero 2007.
14. Vázquez Navarrete M, Vargas Lorenzo I. Organizaciones sanitarias integradas: un estudio de casos, Cap. 1 Consorcio Hospitalario de Cataluña 2007.
15. Panamá, Ministerio de Salud. Guerra E, Tejada de Urriolallka. La red de servicios públicos de salud, reorganización y definición por niveles de atención y grados de complejidad. 2003.
16. Modificado de WHO. Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1, 2008.
17. Shortell, SM; Anderson DA; Gillies, RR; Mitchell JB; Morgan KL. Building integrated systems: the holographic organization. *Health care Forum Journal* 1993;36(2):20-6).
18. Bardález del Águila C. Modelo de gestión local de servicios de salud. -Praes- Promoviendo alianzas y estrategias es un proyecto administrado por Abt Associates Inc, financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). 2007
19. *Ibíd.*
20. México. Secretaría de Salud - Subsecretaría de Innovación y Calidad Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Coordinación de Micromidas. Redes locales de servicios de salud Dr. Gustavo Baz julio, 2005, [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7755.pdf>, consultado el 13 de junio de 2012).
21. Vázquez Navarrete M, Vargas Lorenzo I. Redes integradas de servicios de salud: ¿solución o problema? *Revista Ciencias de la Salud*. Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia Enero – junio. Vol.4:1. 2006:5-9.
22. Organización Panamericana de la Salud. "Redes integradas de servicios de salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas". (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4) Washington, D.C. 2010
23. Perú. Ministerio de Salud. Lineamientos para la conformación de redes de salud. Proyecto Generación de Capacidades. Lima – Perú. 2001:54.
24. Suter E, Nelly D, Oelke, Carol E, Adair y Gail D, Armitage. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthc Q*. 2009 October 2009;13:16–23.
25. Washington State Hospital Association. Integrated delivery systemn definition. Consultado el: 15 de junio de 2012. Disponible en: www.wsha.org/files/62/Gov_Board_Manual_integrated.pdf).
26. Suter E, Nelly D, Oelke, Carol E, Adair y Gail D, Armitage. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthc Q*. October 2009;13:16–23.
27. Chams, Martin P. Organization design of integrated delivery systems. *Journal of Healthcare Management*. ProQuest 1997; 2(3):411- 432.
28. IzzatJiwani; Marie-JoséeFleury. Policy. Vol 11, Special 10th Anniversary Edition. Divergent modes of integration: The Canadian way. *International Journal of Integrated Care – Volume 11*, 16 May, 2011:1-11.
29. *Ibíd.*
30. OPS/OMS. Traducción Informe Dawson. 1963.
31. Organización Mundial de la Salud SERIE La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Equipo de Sistemas de Salud y Protección Social (HSS/SP) Oficina de la

- Subdirección Organización Panamericana de la Salud OPS. Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Área de Sistemas y Servicios de Salud (HSS) Washington DC - 2008.
32. Abrutzky R, Bramuglia C, Godio C. Los sistemas de salud en los países del Mercosur". 2ª Parte. Breve reseña histórica de la evolución de los sistemas de salud". El caso argentino: una historia de fragmentación e inequidad. Rev. de la Asociación Médica Arg. 2007:120.
 33. *Ibíd.*
 34. Rossi M, Rubilar A. Breve reseña histórica de la evolución de los sistemas de salud. El caso argentino: una historia de fragmentación e inequidad. Revista de la Asociación Médica Argentina. 2007;120(3).
 35. *Ibíd.*
 36. Colombia. Ley 1438. Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano y se dictan otras disposiciones. 2011.
 37. Arboeda J. Redes integradas de servicios de salud: antídoto contra la fragmentación Periódico El Pulso. Marzo de 2011 Secc. Noticias nacionales – Edición No. 150. Medellín Colombia.
 38. Colombia. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano y se dictan otras disposiciones. Bogotá, 2011.
 39. Colombia. Cumbre de secretarios de salud departamentales. Comisión de salud. Declaratoria de los secretarios de salud departamentales de Colombia. Pereira, 14 de marzo de 2012.
 40. Colombia. Ley 715 de 2001, Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Bogotá 2001.
 41. Colombia. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá 2007.
 42. Guzmán H. Periódico El Pulso No. 164. Mayo de 2012. Medellín Colombia.
 43. Organización Panamericana de la Salud. "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas" (Serie: La Renovación de la atención primaria de salud en las Américas No.4). Washington, D.C. 2010.