

## ***Evaluación de una red integrada de servicios de salud en Colombia***

### ***Evaluation of an integrated network of health services in Colombia***

José Luis Herrera Beltrán<sup>1</sup>, Juan Felipe Conde Roa<sup>1</sup>, Olga Lucía Pinzón Espitia<sup>2</sup>.

#### ***Resumen***

**Introducción:** las Redes Integradas de Servicios de Salud, son una solución a la fragmentación y falta de continuidad en la atención en salud de los sistemas a nivel mundial, siendo establecidas como lineamientos por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Se presentan como una solución en la eficiencia hospitalaria, mejorando la oportunidad e impactando indicadores como giro cama positivamente.

**Objetivo:** evaluar el comportamiento de la Red Integrada de Servicios de Salud de los hospitales Méderi, midiendo la eficiencia hospitalaria de acuerdo con los indicadores de referencia, proponiendo mejores prácticas institucionales.

**Tipo de estudio:** descriptivo, retrospectivo y observacional, buscando identificar y analizar propiedades y características del proceso de referencia y contrarreferencia en una red hospitalaria en Colombia. Se estimó una muestra de 690 traslados para la evaluación del comportamiento de la Red Integrada de Servicios de Salud, con una confiabilidad del 95% y error de estimación del 5%.

**Resultados:** la evaluación del tiempo promedio de remisión de pacientes convenio versus no convenio con Méderi, presentó en pacientes convenio 19 horas 21 minutos 06 segundos en promedio, mientras que en los pacientes no convenio sus aseguradores requirieron trámites administrativos de autorizaciones y remisiones, incrementando el tiempo a 75 horas 44 minutos 49 segundos en promedio, demostrando que existe una diferencia de 56 horas 23 minutos.

**Conclusión:** la evaluación de la red, permitió evidenciar el impacto en reducción de los tiempos de remisión de pacientes, disminuyendo la fragmentación y la continuidad en atención en salud.

**Palabras clave (DeCS):** Prestación Integrada de Atención de Salud; Servicio de Admisión en Hospital; Servicio de Urgencia en Hospital.

#### ***Abstract***

---

<sup>1</sup> Universidad del Rosario – Maestría en Administración en Salud

<sup>2</sup> Méderi ; Universidad Nacional de Colombia

**Introduction:** Integrated Networks of Health Services constitute a solution for the fragmentation and lack of continuity that exists worldwide in the healthcare provided by the health systems that were established following the recommendations of the World Health Organization and the Pan American Health Organization. These networks are presented as a solution for improving hospital efficiency and patients' care opportunity, impacting positively indicators such as the as the bed usage rate.

**Objective:** To evaluate the behavior of the Integrated Network of Health Services of the Méderi Hospitals in order to measure the hospital efficiency according to reference indicators and propose the best institutional practices.

**Type of Study:** A descriptive, retrospective and observational study was performed in order to identify and analyze the properties and characteristics of the reference and counter-reference process of a hospital network in Colombia. A sample of 690 referrals was taken to evaluate the behavior of the Integrated Network of Health Services with a 95% reliability level and a 5% estimation error.

**Results:** The results of the evaluation of the average time taken to refer patients that are under the Méderi Hospital Agreement versus those who are not under it, were as follows: In average, 19 hours 21 minutes and 06 seconds for patients that are under the Méderi Hospital Agreement versus 75 hours 44 minutes and 49 seconds for patients who are not under the Méderi Hospital Agreement. This was due to the fact that for the latter, insurers required the execution of administrative procedures for obtaining authorizations and referrals, which increased the average patient referral time and resulted in a difference of 56 hours and 23 minutes.

**Conclusion:** Through the evaluation of Network, the patients referral time was measured, which can be used to decrease the referral time of patients and thus reduce the fragmentation and lack of continuity of the health care provided by the health systems worldwide.

**Keywords (MeSH):** Integrated health care systems; admitting department, hospital; emergencies hospital service.

## **Introducción**

Las Redes Integradas de Servicios de Salud, son una solución a la fragmentación y falta de continuidad en la atención en salud de los sistemas que se presentan a nivel mundial y que han sido establecidas como lineamientos de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (1,2). Las redes surgen como una medida para el mejoramiento en la eficiencia hospitalaria, así como el aumento de oportunidad de atención en los diferentes servicios para los usuarios, debido a que, evidencian una mayor diligencia en los procesos administrativos que impactan indicadores como el giro cama positivamente.

La salud como un derecho fundamental, en la cual la nación es corresponsable de brindar la atención a los pacientes, asociado a la escases de los recursos presentes en el sistema de salud (3), genera un desafío en investigación relacionado con la evaluación de las redes integradas, las cuales propenden por gestionar y evitar la fragmentación de los servicios.

La fragmentación en los servicios de salud, cobra importancia en la medida que hace que el modelo de atención en salud no responda a las necesidades de la población, conllevando a que los usuarios requieran de soluciones oportunas en cualquier nivel del sistema. Lo anterior, puede generar congestión en los servicios de urgencias, tanto así, que autoridades territoriales se han visto en la obligación de establecer planes de acción dirigidos a mejorar los atributos de eficiencia, acceso y oportunidad en la atención en salud (4).

Por otro lado, al hablar de recursos en salud requeridos para poder llevar a cabo la atención de los pacientes, se incorporan conceptos tales como la capacidad técnico-científica hospitalaria, llevando a que factores como camas, especialistas, insumos, equipos biomédicos (5), ambulancias, entre otros, deban estar disponibles para un proceso asistencial adecuado para el paciente.

Las necesidades de la población en materia de salud no son un aspecto estático, por el contrario, la demanda de servicios de salud es creciente y como resultado de ello se observa el notable aumento de tutelas en salud, pasando de 94.502 en el año 2010 a 118.281 para el año 2014, incremento correspondiente al 25,2% (6), porcentaje que ha de tenerse en cuenta, partiendo que el 70% de los requerimientos de los ciudadanos en materia de violaciones a su derecho fundamental a la salud, está relacionado con servicios ya incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Lo anterior, ha llevado a que los usuarios obtengan respuesta en cualquier nivel del sistema, trayendo consigo congestión de la red hospitalaria de urgencias a nivel distrital y nacional, tanto así, que autoridades territoriales se han visto en la obligación de establecer planes de acción que solventen la sobreocupación de los servicios de urgencias en las instituciones de salud (4).

El correcto funcionamiento de los procesos de referencia y contrarreferencia, como estrategia en el manejo de los pacientes en los sistemas de salud, surge como respuesta de acceso, oportunidad, calidad, continuidad e integralidad de los servicios de salud, acorde a la oferta de aseguradores e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Se plantea entonces, la problemática respecto a la debilidad en los procesos de referencia y contrarreferencia como factor inherente a la falta de los atributos de calidad en la atención en salud. Es por eso que la Nación, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, ha hecho esfuerzos para el mejoramiento del sistema de salud.

Según las cifras del Banco Mundial, Colombia ha hecho una asignación del 5,9% del PIB en el año 2000 al 7,2% del PIB en el año 2014 (7), recursos que si bien son significativos, se observa que la capacidad técnico-científica hospitalaria instalada es insuficiente. Las "Estadísticas Sanitarias Mundiales de la Organización Mundial de la Salud" (1), indican que en Colombia se dispone de 10 camas por cada 10.000 habitantes, frente a las presentadas por Chile con 21 por cada 10.000 habitantes, Argentina 45 por cada 10.000 habitantes y Brasil 24 por cada 10.000 habitantes. Esto se relaciona con lo mencionado por la OPS (2), donde se indica la disponibilidad de camas hospitalarias, Colombia: 1,5 camas por cada 1.000 habitantes, Chile: 2,2 por cada 1.000 habitantes, Argentina: 4,9 por cada 1.000 habitantes y Brasil: 2,3 por cada 1.000 habitantes.

Aunado a esto, la situación no es ajena a la presentada en el ámbito de la disponibilidad del talento humano, puesto que en Colombia se presentan 1,5 médicos por cada 1.000 habitantes para el período comprendido entre 2008 a 2014, así como 0,6 enfermeras por cada 1.000 habitantes para el mismo período de tiempo (8).

Por consiguiente, el objetivo del presente estudio es evaluar el comportamiento de una Red Integrada de Servicios de Salud, conformada por dos instituciones hospitalarias, con el propósito de medir la eficiencia hospitalaria de acuerdo con los indicadores de referencia establecidos por la Organización Mundial de la Salud y la

Organización Panamericana de la Salud, para proponer las mejores prácticas institucionales.

### **Objetivo**

Evaluar el comportamiento de la Red Integrada de Servicios de Salud de los hospitales Méderi, midiendo la eficiencia hospitalaria de acuerdo con los indicadores de referencia, proponiendo mejores prácticas institucionales.

### **Tipo de estudio**

Se enmarca como descriptivo, retrospectivo y observacional, el cual busca identificar y analizar las propiedades y características del proceso de referencia y contrarreferencia en una red hospitalaria en Colombia.

### **Población de estudio**

A partir de los registros existentes del área de referencia y contrarreferencia avalados por la red objeto de estudio, se incluyó el análisis de comportamiento de las remisiones entre los hospitales de la red en el período comprendido entre los meses de enero y junio de 2016, con un total de 2.454 traslados, que dan origen a una muestra de 690 traslados de pacientes convenio, los cuales se analizaron frente al total de pacientes no convenio con necesidad de remisión, 49 traslados. Así mismo, se estudiaron los casos de pacientes con necesidad de remisión urgente para el período mencionado, con 72 pacientes convenio frente a 2 pacientes de no convenio. Para medir el comportamiento de la de la Red Integrada de Servicios de Salud, se realizó el estudio con un nivel de confiabilidad del 95% y un error de estimación del 5%.

### **Criterios de inclusión**

Pacientes hospitalizados con indicación de manejo intrahospitalario en una de las instituciones prestadoras de servicios de salud y con necesidad de remisión hacia otra institución de salud, para dar continuidad e integralidad en la atención en salud.

## **Criterios de exclusión**

Pacientes hospitalizados en una de las instituciones prestadoras de servicios de salud que requieran remisión para un servicio no ofertado por la red.

## **Criterios de evaluación**

Para llevar a cabo la evaluación de la Red Integrada de Servicios de Salud, se realizó una búsqueda de literatura en las siguientes bases de datos: Medline, Scielo, Pubmed, ScienceDirect y Ovid, complementariamente se revisaron documentos de organizaciones sanitarias internacionales así como normatividad nacional. Una vez se caracterizó el proceso de referencia y contrarreferencia, se hallaron los aspectos que contribuyen y dificultan la operatividad del mismo. Desde lo reportado por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la literatura analizada en Redes Integradas de Servicios de Salud, se generó una recomendación al proceso de Red Integrada de Servicios de Salud adoptada por la institución.

## **Aspectos éticos**

Se presentó el protocolo de investigación al Comité Técnico de Investigaciones, obteniéndose la aprobación para su desarrollo.

## **Resultados**

Posterior a la búsqueda de literatura para llevar a cabo la evaluación de la Red Integrada de Servicios de Salud, se tuvieron como criterios básicos los especificados por el documento de la Organización Panamericana de la Salud "Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los Hospitales", los aspectos instrumentales indicados en una Red Integrada de Servicios de Salud (1-24), a saber, tiempo promedio de remisión de pacientes convenio versus no convenio, tiempo promedio de remisiones urgentes en pacientes convenio versus no convenio.

En la evaluación del tiempo promedio de remisión de pacientes convenio versus no convenio, el resultado para los pacientes convenio fue de 19 horas 21 minutos 06

segundos en promedio, con población en un rango de edad comprendido con una máxima de 97 años, mínima de 17 años y una media de edad 63,23 años, grupo en el que se observa homogeneidad en la efectividad de las remisiones a partir del sexo, sin ser esta una variable en la ejecución de la misma: femenino 50,59% (351 remisiones) y masculino 49,1% (339 remisiones). Al respecto, en el caso de los pacientes no convenio, en donde sus aseguradores requirieron trámites administrativos de autorizaciones, las remisiones incrementan el tiempo a 75 horas 44 minutos 49 segundos en promedio, demostrando que existe una diferencia de 56 horas 23 minutos. De igual forma, se observa que de las 49 remisiones de pacientes no convenio gestionadas por el asegurador, en una población con un rango de edad comprendida con una máxima de 100 años, mínima de 18 años y una media de 51,08 años, el 63,3% (31 remisiones) de las remisiones no fue efectiva, es decir, los pacientes no tuvieron continuidad en su tratamiento intrahospitalario. En el 24,5% (12 remisiones), la institución resolvió las remisiones en su red interna, en razón a las necesidades de salud de los pacientes y la no respuesta oportuna de los aseguradores, mientras el 12,2% (6 remisiones) fue remitido a su red externa en pacientes quirúrgicos y de alto costo (Ver gráfico 1).

#### Gráfico 1.

En el indicador de tiempo promedio de remisiones urgentes en pacientes convenio versus no convenio, se encontró para el estudio que: 74 pacientes requirieron de este tipo de remisión, de los cuales 72 correspondieron a aseguradores convenio con la red, con un tiempo medio de 2 horas 0 minutos, mientras que en las dos remisiones de pacientes no convenio, el tiempo observado correspondió a 1 hora 27 minutos. La diferencia se presentó en razón a la necesidad de remisión por urgencia vital en uno de los pacientes no convenio cuyo tiempo tomó 55 minutos, siendo todas las remisiones efectivas, supliendo las necesidades de atención urgente de los pacientes.

### **Discusión**

Si bien es cierto que las Redes Integradas de Servicios de Salud aumentan la oportunidad en la atención en salud, así como la continuidad en la atención, es necesario mencionar que la telemedicina tiene beneficios como son la disminución de los tiempos de atención, diagnósticos y tratamientos más oportunos, mejora en la calidad del servicio, reducción de los costos de transporte, atención continuada, tratamientos más apropiados, disminución de riesgos profesionales, posibilidad de

interconsulta, mayor cobertura, campañas de prevención oportunas entre otras muchas virtudes (9). De esta forma, se configura la telemedicina como una opción de atención en salud complementaria a las Redes Integradas de Servicios de Salud.

En el análisis realizado, se observó que en el caso de las 49 remisiones electivas que no contaban con convenio, el 61,22% (30 remisiones) no fueron efectivas, tomando en promedio 108 horas 26 minutos, en espera del trámite de remisión a otra institución sin respuesta oportuna de ubicación por parte del asegurador, por ello y en vista de la estabilidad clínica de los pacientes, fueron dados de alta para que fuesen tratados de manera ambulatoria. En el 24,49% (12 remisiones), los pacientes fueron trasladados en la red Méderi en vista de la no respuesta del asegurador, con el fin de garantizar la oportunidad de la atención a los pacientes frente a su estado de salud, en el restante 12,24% (6 remisiones) los pacientes fueron remitidos a la red externa contratada por el asegurador, presentando patologías quirúrgicas o de alto costo. El 2,04% (1 paciente) falleció en remisión a unidad cancerológica, con diagnóstico de cáncer de estómago avanzado en manejo paliativo.

Esta diferencia de tiempos en las remisiones, se debe a que en el caso de los pacientes convenio con Méderi, la referencia y contrarreferencia no se encontraba condicionada a procesos administrativos, tales como: autorizaciones, búsqueda de cama, especialistas o equipos para la atención de los pacientes, por los cuales si debieron pasar aquellos pacientes que sus aseguradores no contaban con convenio de prestación de servicios de salud con la institución.

De acuerdo con los resultados expuestos en la evaluación de la Red Integrada de Servicios de Salud en pacientes hospitalizados, a partir de la perspectiva de la Organización Panamericana de la Salud, se logró evidenciar que la fragmentación de la atención en salud no solo conlleva a la interrupción de la prestación de los servicios de salud a los usuarios del sistema, sino que impacta de igual forma a las Instituciones Prestadoras de Salud en su funcionamiento, esto en razón, a que por cada paciente remitido en aseguradores convenio, se toma el doble de tiempo para remitir el paciente no convenio, relación 1:2.

Con base en lo anterior, si bien la fragmentación en primera medida aqueja a los pacientes y sus familias, también afecta las instituciones de salud y como tal de manera específica sus indicadores de eficiencia y efectividad en la atención de los pacientes, trayendo consecuencias económicas tanto para la Instituciones



Prestadoras de Servicios de Salud como para el asegurador, al pagar tarifas más altas por no tener convenio.

Por otro lado, de acuerdo a los resultados obtenidos se observó que lo indicado por la normatividad vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud, referente a la atención de urgencias y su operación como Red de Urgencias, la Red Integrada de Servicios de Salud Méderi, propende por suplir las necesidades de los pacientes con patologías urgentes, apoyándose en su estructura organizativa, sistemas de información y transporte.

Dichas remisiones, que no requirieron trámites administrativos dependientes del asegurador, permitieron movilizar al paciente entre sus sedes de acuerdo a la capacidad instalada, equipos, especialistas, entre otros, dando solución a las necesidades de los pacientes en las cuales, la vida se encontraba en riesgo.

## **Conclusión**

Al evaluar el comportamiento de la Red Integrada de Servicios de Salud de los hospitales Méderi, se observó que a través del proceso de referencia y contrarreferencia se suministró atención con mayor oportunidad, accesibilidad, continuidad e integralidad a los pacientes, así mismo, se contribuyó a la eficiencia hospitalaria de acuerdo con los resultados obtenidos, dando lugar a mejores prácticas institucionales, a partir del adecuado funcionamiento de la red.

La diferencia de tiempos promedio de pacientes convenio frente a no convenio, se estableció en 56 horas 23 minutos, así como la efectividad del 12,24% en las remisiones, dieron cuenta de la fragmentación y la falta de continuidad en la atención de los pacientes, cuando estos requirieron atención a sus necesidades en salud.

Lo anterior, no solo impactó de manera directa al paciente y su familia, sino también a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, afectando sus indicadores de eficiencia y efectividad tales como giro cama y ocupación hospitalaria. Si bien, es necesario que los afiliados a las diversas aseguradoras acudan a la red indicada, también lo es que existen necesidades de creación de estrategias y fortalecimiento por parte de aseguradores y prestadores, en pro del adecuado funcionamiento del sistema de salud a través de los procesos de referencia y contrarreferencia, para que

los pacientes puedan acceder a los servicios de salud en cada nivel de atención, conforme a sus necesidades.

### **Recomendación**

Resultado de la presente investigación se generaron las siguientes recomendaciones: si bien el sistema de referencia y contrarreferencia en la actualidad presenta diversos problemas en la remisión de pacientes entre niveles e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, es necesario contar con todos los actores inmersos en el Sistema de Salud Nacional, con el fin de dar cumplimiento a la eficiencia, efectividad, oportunidad, calidad, continuidad e integralidad de la atención de los pacientes.

Es importante precisar, que desde los entes de control debe surgir la normatividad que reglamente el sistema de referencia y contrarreferencia, equiparando este a las normas de control de habilitación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y financiero en las de aseguramiento. De esta manera, se busca regular las relaciones entre el sistema-asegurador-prestador, a partir del reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación, en lo concerniente a la reducción de los tiempos de remisión y contrarremisión, lo cual impactaría en la implementación y operatividad de las Redes Integradas de Servicios de Salud, así mismo, en las características de eficiencia, efectividad, oportunidad, calidad, continuidad e integralidad de la atención de los pacientes.

### **Conflicto de interés**

Los autores declaran no tener conflictos de interés con la publicación de este artículo.

### **Referencias**

- (1) Organización Mundial de la Salud. (2012). Estadísticas sanitarias mundiales. Recuperado de: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/ES\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf)

- (2) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2014). Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos. Recuperado de [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=756:situacion-salud-americas-indicadores-basicos&Itemid=260](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=756:situacion-salud-americas-indicadores-basicos&Itemid=260)
- (3) Organización Mundial de la Salud. (2009). La crisis financiera y la salud mundial "Informe de la Reunión Consultiva de Alto Nivel". Recuperado de [http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009\\_financial\\_crisis\\_report\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_es.pdf?ua=1)
- (4) Alcaldía Mayor de Bogotá (2016). Decreto 063. Por el cual se declara la Emergencia Distrital Sanitaria en Bogotá, D.C., y se dictan otras disposiciones. (Decreto 063 de 05 de febrero, 2016). Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=64896>
- (5) Valor, J, Ribera, J. (1990). Gestión en la empresa hospitalaria. Recuperado de <http://www.iese.edu/research/pdfs/DI-0199.pdf>
- (6) Defensoría del Pueblo (7 de abril de 2015). *Informe preliminar tutelas en salud*. [Audio en podcast]. Recuperado de <http://www.defensoria.gov.co/es/nube/noticias/3414/Sigue-creciendo-el-n%C3%BAmero-de-tutelas-en-salud-Tutelas-salud-D%C3%ADa-Mundial-de-la-salud-justicia-Plan-Obligatorio-de-Salud-Fallos-de-tutela-Derechos-Humanos-EPS.htm>
- (7) Sansó, J. La referencia y la contrarreferencia como expresión de la interrelación policlínico-hospital. *Rev. Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2002 June [cited 2017 Aug 10]; 18(3): 236-238. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu.ez.urosario.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000300015&lng=en](http://scielo.sld.cu.ez.urosario.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000300015&lng=en)
- (8) Banco Mundial. Indicadores de desarrollo mundial. Recuperado de <http://datbank.bancomundial.org/data/reports.aspx?source=2&series=SH.XPD.TOTL.ZS,SH.XPD.PUBL,SH.XPD.OOPC.TO.ZS,SH.XPD.EXTR.ZS,SH.XPD.PCAP,SH.XPD.PCAP.PP.KD,SH.MED.PHYS.ZS,SH.MED.NUMW.P3,SH.MED.BEDS.ZS,SP.REG.BRTH.ZS,SP.REG.DTHS.ZS#>
- (9) Kopec, A, Salazar, A. Aplicaciones de Telecomunicaciones en Salud en la Subregión Andina. ORAS-CONHU [Internet]. 2006 [cited 2017 Aug 10]; 234. Recuperado de: <http://www.orasconhu.org/documentos/libro%20telemedicina.pdf>
- (10) Alarcón, A, Artaza, O, Arteaga, O, Fuentes, A, y Toro, O. (2013). Gobierno de redes asistenciales: evaluación de los Consejos Integradores de la

Red Asistencial (CIRA) en el contexto de la reforma del sector salud en Chile. Salud Pública de México, 55(6), 650-658. Recuperado de [http://www.scielo.org.ez.urosario.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013001000014&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.org.ez.urosario.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001000014&lng=en&tlng=en)

(11) Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud "Un sistema de salud al servicio de la gente". Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

(12) Congreso de la Republica. (2015). Ley 1751. Ley Estatutaria (Diario Oficial 49427 de febrero 16 de 2015). Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

(13) Organización Mundial de la Salud. (2012). Estadísticas sanitarias mundiales. Recuperado de: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/ES\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf)

(14) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2014). Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos. Recuperado de [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=756:situacion-salud-americas-indicadores-basicos&Itemid=260](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=756:situacion-salud-americas-indicadores-basicos&Itemid=260)

(15) Ministerio de Salud y Protección Social (2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)

(16) Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf)

(17) Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1441. Recuperado de <http://achc.org.co/documentos/prensa/res144116%20habilitacion%20redes%20integradas%20ips.pdf>

(18) Organización Panamericana de la Salud (2010). 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). Recuperado de

[http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=145&Itemid=250](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250)

(19) Bautista, D, Betancourt, V, Montoya, J, y Ocampo, M. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. Revista gerencial y políticas de salud. 12 (24), 114-129.

(20) Organización Panamericana de la Salud (2007). Agenda de salud para las Américas. Recuperado de [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda\\_Salud\\_para\\_las\\_Americas\\_2008-2017.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf)

(21) Fabricotti, I, N. (2003). Integrated care in Europe: description and comparison of integrated care in six EU countries. International journal of integrated care. 3(6), 208. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1483934/>

(22) Vargas, I, y Vasquez, M. (2009). Organizaciones Sanitarias Integradas. Un estudio de casos. Consorci Hospitalari de Catalunya.

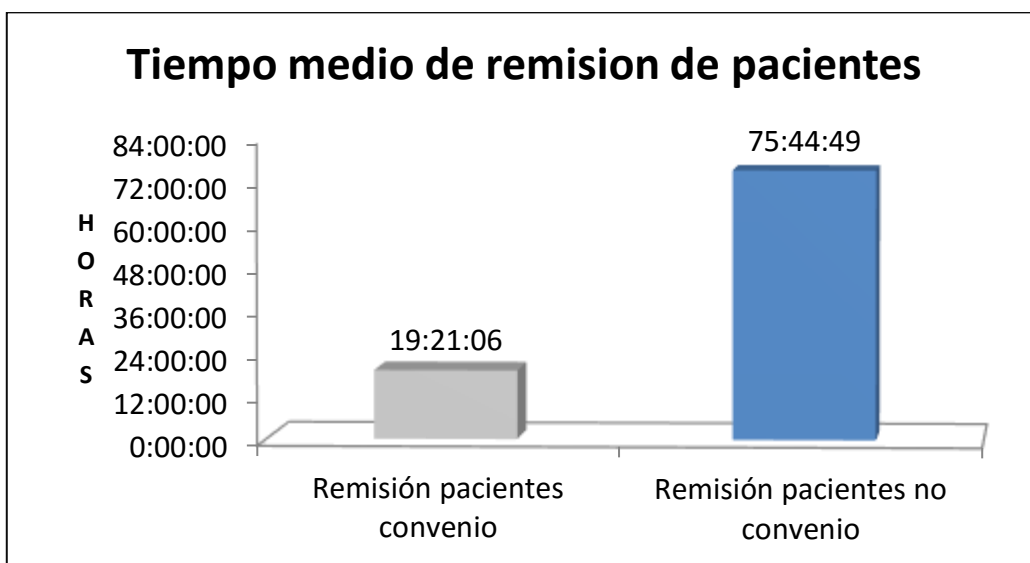
(23) Organización Panamericana de la Salud. (2011). Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales. Recuperado de

[http://www1.paho.org/chi/images/PDFs/redes\\_integrales\\_de\\_servicios.pdf](http://www1.paho.org/chi/images/PDFs/redes_integrales_de_servicios.pdf)

(24) Barley, D, y Buitrago, G. (2015). Integración vertical en el sector de la salud colombiano. Centro de Estudios Sobre Desarrollo Económico CEDE. 2015-38.

Gráficos:

Gráfico 1: Tiempo medio de remisión de pacientes



Fuente: Elaboración propia.