



Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción

Natalia Morales Eraso

Grupo de investigación
Rehabilitación e Integración Social
de la persona con discapacidad

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Documentos de investigación núm. 14 / Agosto de 2011
ISSN: 2145-4744



Universidad del Rosario

Documento de investigación núm. 14

ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE
SALUD: UNA PROPUESTA EN CONSTRUCCIÓN

Grupo de investigación
Rehabilitación e Integración Social de la persona con discapacidad

Natalia Morales Eraso



Universidad del Rosario
Escuela de Medicina
y Ciencias de la Salud

Las redes integradas de servicios de salud : una propuesta en construcción / Natalia Morales E. —Bogotá:
Editorial Universidad del Rosario, 2011.

36 p. —(Documento de Investigación ; 14)

ISSN: 2145-4744

Servicios de salud / Redes regionales de salud / I. Morales E., Natalia / II. Universidad Colegio Mayor de
Nuestra Señora del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Grupo de Investigación: Rehabilita-
ción e integración social de la persona con discapacidad.

362.1 SCDD 20

Editorial Universidad del Rosario
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Natalia Morales Eraso

Todos los derechos reservados
Primera edición: agosto de 2011
ISSN: 2145-4744
Diagramación: Fredy Johan Espitia Ballesteros
Diseño de cubierta: María del Pilar Palacio Cardona
Corrección de estilo: Lina Morales

Hecho en Colombia
Made in Colombia

Para citar esta publicación: Doc. Inv. Esc. Med. Cs. Salud.

Contenido

1. Introducción	5
2. Definición de redes de servicios de salud	6
3. Objetivos de las redes de servicios de salud.....	8
4. Características de las redes	10
4.1. Forma de gobernanza/relación.....	10
4.2. Tamaño de la red	12
5. Elementos externos que influyen en la configuración de las redes ..	12
6. Elementos internos que influyen en la configuración de las redes....	16
6.1. Dimensión estratégica	16
6.2. Cultura organizacional	17
6.3. Integración	18
7. Tipología de las redes de servicios de salud.....	22
8. La búsqueda de la integración	22
8.1. Problemática de la integración	24
9. Barreras y facilitadores para la configuración de las RISS	25

10. Retos frente a la configuración de redes de servicios de salud	26
11. Conclusiones	30
12. Bibliografía.....	34

Las redes integradas de servicios de salud: una propuesta en construcción

*Natalia Morales Eraso**

1. Introducción

Las reformas en los sistemas de salud han traído consigo múltiples cambios en sus estructuras de dirección, financiera, administrativa y de prestación, así como en sus propósitos sociales, asistenciales, políticos y económicos, reflejo en gran medida de la influencia de un pensamiento neoliberal que ha privilegiado un modelo de mercado.

Teniendo en cuenta que uno de los planteamientos que han generado los procesos de reforma ha sido la consolidación de redes de servicios de salud como estrategias para la mejora del acceso, la coordinación asistencial y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud, se pretende efectuar de manera sucinta una aproximación teórica al concepto de redes de servicios de salud, así como analizar sus principales características y problemáticas para su configuración.

Para tales efectos, se llevó a cabo una revisión de literatura en torno a redes integradas de servicios de salud, a través de distintas fuentes, como artículos, libros, reportes e informes que, desde el año 1990 hasta el 2010, contemplan dicha temática. Las bases de datos consultadas fueron OVID, Science Direct, EBSCO, así como páginas web de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

* Fisioterapeuta de la Universidad del Rosario. Joven investigadora del grupo de investigación "Rehabilitación e integración social de la persona con discapacidad" de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.

2. Definición de redes de servicios de salud

El concepto de redes de servicios de salud ha sido construido y elaborado por distintos autores, al tiempo que se han hecho modificaciones en su configuración en los sistemas de salud. Las variaciones en su concepto demuestran la falta de consenso que existe en torno a sus alcances. A continuación, se hace un intento por llegar a una aproximación analítica de los conceptos que distintos autores han planteado sobre ellas.

Para iniciar dicha aproximación, es importante particularizar cada uno de los términos que la componen. En primera instancia, la palabra red es considerada por Provan y Milward (2001) como un conjunto de programas y servicios que cooperan entre sí, a través de acciones y actores que buscan favorecer la alineación de intereses para el logro de un objetivo en común, que beneficie no solamente a las instituciones, sino también a sus usuarios. En este orden de ideas, se deben considerar aspectos claves para la constitución de una red, como la construcción y la interacción de relaciones entre los distintos actores que participan, quienes deben entrar en sinergias para una adecuada organización de la red. Se entiende, de igual manera, que los actores participantes son todos aquellos que intervienen en el sistema de salud, que, en el caso del sistema colombiano, se refiere al Estado, los aseguradores, los prestadores de servicios de salud y los usuarios.

La introducción del concepto de redes de servicios de salud fue en principio utilizado por Gillies (1993), 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”, es decir, la red entendida como una organización cuyo accionar apunta hacia la provisión de servicios de salud que de manera ordenada y coordinada asume las responsabilidades fiscales y asistenciales propias de la atención de sus usuarios en pro de su bienestar.

La constitución de redes de servicios de salud empieza entonces a ser dimensionada no solo como el acto circunstancial en el que interactúan actores, sino que posee una finalidad común con ciertas características como el orden y la coordinación, que resultan importantes para el establecimiento de parámetros que propenden por una mayor eficiencia en la gestión y eficacia en los resultados clínicos de los individuos.

Más tarde, es definida y añadida en la construcción del término de redes de servicios la naturaleza de sus relaciones, que dejan de ser solamente funcionales para convertirse también en contractuales, como una forma de mayor compromiso entre los actores (Lin et al., 2010). Tal situación daría origen a una forma de tipificación de las redes como propias o contratadas y a la consideración de otros elementos que participan en su configuración, como son el orden y las jerarquías, con las que se relacionan las organizaciones dentro de un mismo o diferentes niveles asistenciales, denominado como integración horizontal o vertical.

Se habla de una integración horizontal cuando la relación se da entre las instituciones dedicadas a la prestación de servicios de un mismo nivel de atención, o en sentido vertical cuando se trata de diferentes niveles de atención (Vázquez et al., 2005). La integración de los servicios de asistencia sanitaria incluyen centros, programas o planes para el cuidado de la salud, prácticas del grupo médico, farmacias, hospitales, servicios de atención subaguda y crónica, servicios profesionales, servicios de rehabilitación, centros quirúrgicos, o de bienestar y educación en salud, ubicados cada uno en diferentes niveles de atención dentro del sistema de salud y entre los cuales se espera que haya articulación tanto en su gestión administrativa, asistencial y de comunicación entre las diferentes unidades, para brindar un mayor y mejor aseguramiento a los usuarios.

Siguiendo con la construcción del concepto de redes, Wan y colaboradores (2003) 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 costes en un área geográfica definida. Con esta definición, los autores añaden la descripción de las características más importantes para la configuración de las redes concernientes a la integración de la atención, calidad, acceso georreferenciado y eficiencia, desde una mirada del uso adecuado de los recursos.

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 a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud”. Esta definición amplía y rescata la importancia de ofrecer dichos servicios basados en las necesidades

de la población como factor principal para la configuración de las redes de servicios de salud y como objetivo de las distintas instituciones que componen los niveles de atención dentro del sistema de salud.

Las redes de servicios de salud, en general, involucran personas, procesos e infraestructura (Friedman et al., 2001), los cuales deben estar interrelacionados y coordinados para poder garantizar la atención adecuada y de calidad al usuario, teniendo en cuenta también la eficiencia de la organización y las necesidades de la población.

Luke y Begun (2001) consideran que las redes de servicios de salud igualmente son caracterizadas por otros elementos como la infraestructura, su personal, los recursos e instalaciones que tienen a su alcance y que, de una u otra manera, inciden en su funcionamiento y desarrollo. No obstante, un factor diferencial en la configuración de redes lo constituyen las características provenientes de los usuarios, en la medida en que debe ser el compromiso de las redes entender sus necesidades en salud, para identificar los facilitadores y las barreras que inciden en el acceso a los servicios de salud.

Van Raak y colaboradores (2003) enfatizan la importancia de algunos elementos de las redes de servicios de salud, como la coordinación entre los niveles asistenciales, la correspondencia y reciprocidad en las instituciones en sus etapas de planeación, gestión y entrega de los servicios de salud, y la cooperación que debe existir entre profesionales y cuidadores para una mejor atención. Todos estos elementos reflejan el interés por promover una mayor organización en las redes de servicios de salud, tanto a nivel de los servicios como del recurso humano involucrado.

3. Objetivos de las redes de servicios de salud

Como en toda organización, para una red de servicios de salud es importante tener claro dentro de su planeación los objetivos a los que apuntan sus esfuerzos, los cuales deben estar en consonancia con el desarrollo de las actividades de todos los actores y unidades que la conforman.

La creación de objetivos en las redes de servicios de salud debe apuntar en dos sentidos, a un carácter técnico y a un carácter estratégico. Se alude como carácter técnico el proceso de formulación, implementación y evaluación de los objetivos que deben estar en armonía con el carácter estratégico en que se desean vincular, para el avance y progreso de la organización, que pueden estar en términos sociales, financieros o políticos.

Al revisar la literatura, se observa que existen diferencias en la finalidad e implicaciones que tienen los objetivos de las redes de servicios de salud que podrían estar de acuerdo con las condiciones y los procesos de desarrollo en que se encuentren cada una de ellas. En situaciones primarias, las redes de servicios de salud tienen como uno de sus objetivos más urgentes su consolidación, con el fin de proporcionar una organización de servicios de salud con un rendimiento superior en términos de calidad y seguridad, fortaleciendo la comunicación efectiva y el uso de protocolos estandarizados (Gillies, Chenok, Shortell, Pawlson & Wimbush, 2006).

En condiciones intermedias, se plantea como objetivo la búsqueda de la integración de los servicios de salud como estrategia para lograr la colaboración entre instituciones y servicios que se pueden complementar entre sí, optimizando recursos y brindando mejores condiciones a los usuarios, teniendo en cuenta el desarrollo de estrategias compartidas. A esto se suman también otros objetivos que contemplan la función social y financiera que deben cumplir las redes, ya que, por un lado, tienen a su cargo la satisfacción del paciente a través del acceso a la atención, en un continuo de servicios dispuesto para su cuidado (Alberta Salud y Bienestar, 2000) y en el nivel de atención pertinente; pero, a su vez, tienen a cargo la eficiencia y optimización de los recursos, sean humanos o físicos, para la sostenibilidad y perdurabilidad del sistema (D'Amour, Goulet, Labadie, Bernier & Pineault, 2003).

En un grado más avanzado, el objetivo de la redes de servicios de salud puede apuntar a la promoción de alianzas entre las instituciones que conforman las redes e incluso entre estas. Todo con el fin de tener en primera instancia un mayor conocimiento de la disponibilidad de los servicios que posee la red, de sus procesos y estructuras administrativas, los cuales son necesarios a la hora de coordinar la utilización de dichos servicios, que pueden ser, a su vez, fácilmente compartidos en sus prácticas, en su gestión y desarrollo, con el ánimo de generar un mejoramiento continuo y una retroalimentación mutua entre las entidades que pertenecen a la red (Abbott et al., 2006).

Como puede evidenciarse, aunque no existe una unificación en los objetivos que deben alcanzar las redes de servicios de salud, estos pueden llegar a ser el ápice de cada eslabón que progresivamente avanza desde la individualidad a la unidad y de la unidisciplinariedad hasta la multidisciplinariedad, en el sentido de que todos se deben complementar siempre y cuando el objetivo final sea claro para las partes, en este caso, proporcionar la mejor atención al usuario.

4. Características de las redes

Las redes de servicios en su concepción están conformadas por diversos elementos que contribuyen con su funcionamiento y organización, y que en su conjunto determinan su naturaleza.

4.1. Forma de gobernanza/relación

Existen diferencias entre los conceptos de gobernanza y gobernabilidad. La gobernabilidad es “la capacidad de gobernar del Gobierno considerando a la sociedad como algo que ha de ser gobernado y administrado” (Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, s. f.) y por lo cual se la califica como incompetente e incapaz de su propio desarrollo; a pesar de ello, se demostró, con la evolución del Estado, su insuficiencia y el rebosamiento de su capacidad por ser el agenciador de todos los problemas de la nación. Esto lleva al debate en la ciencia política señalada por Huntington, Watanuki y Crozier (citados en Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, s. f.) a suscitar, a partir de finales de los años setenta, la generación del término de gobernanza, el cual es un concepto moderno que se le ha querido dar a las transformaciones del Estado y a la capacidad de la sociedad de autorregularse y de ser responsable en la búsqueda de soluciones.

Por lo tanto, según Forest y colaboradores (1999), el estudio de la gobernanza en las redes de servicios de salud también hace referencia a las relaciones entre diferentes grupos de actores y a la manera en que las decisiones son adoptadas y adaptadas a todo nivel, desde el macro, meso, hasta el micro. En ese sentido, la gobernanza sugiere que debe preocuparse igualmente por la resolución de dificultades y conflictos en cada uno de los niveles, teniendo en consideración el grado de autonomía que cada uno tiene o debe tener y el equilibrio de intereses internos a la red con los externos de la comunidad. El grado de autonomía, de acuerdo con el mismo autor, hace referencia a que, a pesar de la condición de descentralización en que se pueda encontrar la red, debe existir una unidad de mando, que posea cierto poder de decisión y control para resultados eficaces, los cuales deben estar vigilados en su desempeño por entes públicos. Desde la práctica, esto se traduce en un trabajo compartido entre los actores de la red y la comunidad, particularizado en cada nivel de la red para su mejor contextualización y adaptación a las necesidades de su área de influencia.

La segunda característica que sugieren Forest y colaboradores (1999) es el equilibrio de valores e intereses de las partes, que deben estar reflejados tanto en la definición del modelo de gobernanza como en su estructura. Por ello, estos deben poseer características en común como la integración de los actores, la flexibilidad, la imparcialidad y la representatividad. Dicho esto, la participación y colaboración de actores internos de la red como tomadores de decisión, funcionarios asistenciales y administrativos, y el apoyo y colaboración de la comunidad deben motivar el diseño del modelo de gobernanza de la red. Tal modelo es la base para la construcción de la estructura de gobierno compuesta por diferentes niveles, que van desde lo particular hasta lo general siempre con una coordinación en el medio que permita facilitar la comunicación a lo largo de la red, evitando que se desentiendan o se superpongan poderes.

Los modelos, así como las estructuras, deben ser constantemente revisados y socializados por todos los participantes de la red para encontrar debilidades y fortalezas que revigoricen el funcionamiento de la red, en lo cual fallan muchas de éstas por modelos de gobernabilidad que subestiman las capacidades de las unidades minoritarias o más dependientes dentro de las jerarquías, limitando la comunicación en sentido unidireccional y generando poca adherencia de las partes con el todo. De igual manera, debe ser revisada la implementación de los modelos de gobierno de acuerdo con los contextos en donde predominen, ya que, como lo exponen Forest y colaboradores, se ha demostrado la pertinencia en algunos casos, como en las áreas rurales, de gobiernos corporativos de redes que permiten una acción más colectiva; y, en otras áreas, como las suburbanas, los modelos de gobiernos de proveedores y aseguradores (Konrad, 1996) permiten visualizar las condiciones culturales y sociales de la población que aseguran y la forma de provisión de los servicios de salud con perspectiva de coordinación y cooperación, como meta para la prestación de la asistencia sanitaria.

Según el modelo de organización de las redes integradas de servicios de salud propuesto por la OPS (2010), la gobernanza basada en la normatividad se nutre de medios como los sistemas de información y se ejerce a través de diferentes vías, como los incentivos financieros, el sistema administrativo, el apoyo clínico y los recursos humanos. Esta también implica la participación de la comunidad y de las organizaciones asistenciales en general (tanto a nivel de atención básica como especializada). Del mismo modo, se deben considerar como características contextuales el tipo de sistema de salud vigente, su nivel

de financiamiento, el marco legal, la capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria, así como la disponibilidad de recursos humanos físicos y tecnológicos (Montenegro, 2009).

4.2. Tamaño de la red

En la identificación de las características claves para la configuración de una red, Shortell y colaboradores (1994) sugieren que es importante la definición del tamaño adecuado, mejor aún el tamaño pertinente, teniendo en cuenta el área de influencia en el que se va a establecer, sus capacidades, la presencia de otros proveedores dentro del área y especialmente la evaluación de las necesidades de la población que va a atender, por lo cual se introducen los términos de amplitud y profundidad. Se define la *amplitud* como el número de diferentes tipos de servicios que se ofrecen a los usuarios de la red a través de un continuo asistencial en ella. Por su parte, la *profundidad* hace referencia al número de diferentes unidades que posee la red para proveer una determinada función o servicio que se oferta al usuario (Vázquez et al., 2005). No obstante, cabe mencionar que la amplitud guarda una mayor relación con los servicios ofertados en los diferentes niveles de complejidad, mientras que la profundidad lo hace en relación con las unidades que se ofertan en cada uno de ellos. Sin embargo, la integración y la adecuada determinación de estas características en su conjunto no solo estos responden a la composición de la red y su distribución geográfica, sino que pueden garantizar la subestimación o la sobredimensión de los recursos o servicios que se requieran para atender a la población objetivo. De ahí su importancia en el momento de iniciar la configuración de la red.

5. Elementos externos que influyen en la configuración de las redes

Las redes de servicios de salud comprenden otros aspectos externos a ellas que inciden de cierta manera en su configuración, como son las condiciones de la población o del territorio, los incentivos en la asignación de recursos y otros factores contextuales como la presencia de los proveedores o de otras redes en la misma área de influencia donde se ubica la red o cerca a ella (Vázquez et al., 2005).

El objetivo final de la prestación de los servicios de salud es incidir de forma positiva en la salud del usuario como receptor final de todo el proceso; pero, si

se dirige la mirada hacia él, de manera amplia, se encuentra que a su alrededor inciden también otros determinantes que se reflejan en su salud, ya sea de modo directo, como los concernientes a su individualidad (biológicos, actitudinales, creencias, capacidades, habilidades) o indirecto, de acuerdo con el grado de proximidad y relación que tenga con el individuo. Es decir, en una relación más cercana, como su entorno familiar y social, los determinantes serán de tipo afectivo, de apoyo, económicos, ambientales, religiosos, culturales.

La adecuada identificación de estos determinantes de la población como características intrínsecas provocan el diálogo entre los proveedores de salud, volviéndolos más sensibles a las necesidades de la población, lo cual se ve reflejado en un oferta adecuada que atienda de manera pertinente sus necesidades y expectativas y utilice de forma más eficiente los recursos, y haga sus exigencias a los usuarios como parte de un binomio en el que las partes poseen no solo derechos, sino compromisos para la eficacia y eficiencia de la red. Quizás este es uno de los aspectos menos explorados y aprovechados en las redes, pues, a pesar de los esfuerzos logrados por la caracterización de la comunidad que atiende la red, a través de distintos medios como encuestas y registros que generen estadísticas epidemiológicas de la población para el ajuste de su oferta, aún existen deficiencias en la revisión de sus programas, en el establecimiento de los requerimientos de personal, de su infraestructura, etcétera. De igual manera, persisten deficiencias en la georreferenciación y problemas de comunicación y extensión con los demás servicios que existen en el territorio de influencia como factor externo importante para la localización de la red, produciendo fallas en la comunicación con sus pares, dificultades en el acceso a los servicios e incremento en los costos para los usuarios.

Una estrategia que ha sido adoptada por algunas redes como factor de mejoramiento es la educación de sus usuarios en el uso efectivo y adecuado de los servicios de salud, lo cual puede redundar en beneficios en la calidad de la atención y en el uso racional de los servicios. Por ello, tanto los proveedores como los aseguradores de las redes de servicios de salud pueden encontrar un buen aliado en los usuarios de una red de servicios, siempre y cuando la mirada se amplíe sobre los usuarios, en sus formas de acceder y en el conocimiento y respuesta oportuna a sus principales necesidades, teniendo en cuenta la importancia y la trascendencia del vínculo que se genera entre proveedor y usuario de los servicios.

Un tercer factor que a nivel externo debe tenerse en cuenta para la configuración de la red de servicios de salud corresponde a la asignación de recursos con sus formas de pago e incentivos para la financiación de la red. Como parte fundamental de todas las redes de servicios de salud se encuentran los mecanismos de financiación que comprenden, entre otros aspectos, las diversas modalidades de sistemas de pago existente: pago por actividad, pago por acto, pago por presupuesto y, recientemente, el pago por capitación. En opinión de Hutchison y colaboradores (2000), estos mecanismos deben tener unas características deseables y que se relacionan con la validez, la viabilidad, la aceptabilidad y la transparencia. No obstante, se puede decir que ninguno de los mecanismos nombrados se ajusta plenamente a dichas cualidades, a pesar de que la introducción del pago por capitación en los últimos años tenía la esperanza y la finalidad de incentivar más la colaboración entre las instituciones al esforzarse por atender al usuario en el lugar más costo-efectivo y estimular la mejora de la calidad de los servicios de salud (Vázquez et al., 2005).

Una de las dificultades que ha tenido la determinación de la capitación ha sido el ajuste que debe hacerse de esta, no solo por el riesgo que debe asegurarse a la población como un factor más conveniente al pagador, sino también porque debe ser adaptada con mayor énfasis a las necesidades de la población que tiene a su cargo. De otro lado, Hutchison y colaboradores (2000) mencionan algunas deficiencias en los ajustes por riesgo en la población geográficamente asignada y, de igual forma, en la población afiliada con capacidad de cotizar, conduciendo de manera vertiginosa, a inequidades de salud, donde las diferencias de capitación ponen en mayor vulnerabilidad a las personas con poca capacidad de pago y limitan el acceso a la atención de la población en general. Dichas limitaciones encuentran su justificación no solo en la falta de ajuste entre la cantidad de servicios por cápita frente a las necesidades de la población, sino además por la falta de control por parte del pagador en la destinación final de la cápita, sin coartar con ello la autonomía que pueda tener el proveedor en su manejo, quien debe procurar una administración equilibrada de los recursos entre los servicios ofertados, especialmente en la atención primaria, en donde se encuentra frecuentemente la restricción de servicios por incentivos perversos a sus funcionarios o cuando la rigidez de sus presupuestos no permite cierto grado de flexibilidad en las reasignaciones que deban realizarse frente a las contingencias.

Algunas estrategias que se proponen para contrarrestar estos tipos de limitaciones se orientan básicamente a fomentar una separación de la financiación per cápita de otros ingresos y de la renta que obtengan los proveedores dentro del modelo de financiación que adopte la red, con la finalidad de gestionar con transparencia estos recursos. Además, sugieren que se debe intentar hacer una asignación independiente de los recursos estipulados a cada uno de los programas o según el tipo de atención que se requiera (aguda, crónica, domiciliaria), lo cual permite un mayor grado de ajuste en los servicios ofertados de acuerdo con la necesidad o prioridad, y, con ello, favorecer la colaboración intersectorial o interinstitucional entre los actores que intervienen desde distintos tipos de servicios (Hutchison et al., 2000). Estos tipos de fusiones y uniones incentivan la integración y la coordinación en la red.

La adecuación de la capitación no solo implica un esfuerzo de la redes, sino que también puede limitar o facilitar el desarrollo de las políticas que la regulan, pudiendo impactar los intereses de todas las partes según los objetivos que se proponga. Por ello, la colaboración y participación de todos los actores del sistema pueden ayudar a identificar y a resolver posibles problemas en torno a la capitación, así como a la adecuada selección de criterios de ajuste. Los criterios frecuentemente utilizados son sexo y edad para el ajuste de la capitación de la población; sin embargo, no son considerados aún factores que inciden directamente en la vulnerabilidad de las personas, como la discapacidad, su ubicación geográfica (área rural o urbana), la pobreza y las condiciones de vida de las personas que pueden promover un acceso diferencial a la población.

Hutchison y colaboradores (2000) sugieren, en este punto, dos claves importantes para tener en cuenta una asignación basada en la mejor medición disponible de necesidad de atención de salud y en el modelo de gastos en salud, incluidos aquellos que no tienen relación directa, lo cual sería factible en la medida en que los sistemas de información contribuyeran con la consolidación fiable de datos para determinar específicamente la capitación. Sin embargo, esta es una de las barreras más grandes que pueden limitar los avances y mejoras en las redes de servicios de salud, en la cual también se pudiera determinar de manera concreta la capacidad tecnológica como parte de la capacidad instalada de la red que contribuye con calidad a la prestación de los servicios y puede reducir los costos de la no calidad, que muchas veces debe ser asumida dentro del mismo valor de la capitación.

En este sentido, los criterios de ajustes deben tener características sensibles a las condiciones que pueden influir en los gastos en salud y, de igual modo, tener un carácter estable frente a la diferencia, para no entrar en vicios que perjudiquen a las poblaciones vulnerables, así como lo hacen los costos de la no calidad, que son imperceptibles en la utilización de la cápita, algunos de ellos relacionados con los costos del no uso de los servicios, por causas que comprometen al proveedor debido a su baja capacidad o negación de la atención, o comprometen al usuario por la no racionalización de los servicios o por el desconocimiento de su utilización. Frente al proveedor, exigen el establecimiento de mediciones y evaluaciones en conjunto con el pagador para determinar con exactitud la destinación de los recursos que deben ser sustentados y monitoreados para su correcto ajuste. Por su parte, frente al usuario, deben implementarse estrategias basadas en la educación que le permitan hacer un uso efectivo de los servicios en salud.

Otra de las estrategias dirigidas a mejorar el mayor uso de la capitación entre los proveedores se dirige a identificar las necesidades de los usuarios, con el fin de determinar a aquellos usuarios y servicios donde la cápita debe ser más utilizada y, por lo tanto, más representativa; o en otro de los casos, con dichas prospecciones llegar a identificar cuál población puede ser atendida bajo la capitación o necesariamente bajo otra forma de pago, como el evento (Hutchison et al., 2000).

No obstante, estas identificaciones pueden llevar a la selección adversa por parte de los aseguradores, quienes querrán protegerse de asegurar personas con enfermedades que no impliquen alto costo, por lo cual las medidas regulatorias deben garantizar un adecuado control de tales situaciones.

6. Elementos internos que influyen en la configuración de las redes

6.1. Dimensión estratégica

En el diseño de las redes de servicios de salud, existen elementos transversales que intervienen en todos los procesos de la organización. Uno de estos elementos es la *dimensión estratégica*, cuyos planteamientos deben estar claramente conocidos por todas las unidades operativas hasta el punto en el que se convierten en principios que ayudan al desarrollo de la red (Shortell et al., 1994).

Las organizaciones han desarrollado una serie de estrategias como son los modelos de atención, planes de desarrollo o documentos corporativos que explicitan o concretan la operacionalización de sus acciones. De igual manera, plantean objetivos que se relacionan con la integración de la atención, la cual está sustentada desde diversas estrategias de coordinación, planificación y gestión, que contribuyen a la colaboración entre instituciones y profesionales, así como a la calidad de los servicios que se proporcionan.

Otras dimensiones estratégicas que desarrollan las redes de servicios de salud son las administrativas, que pueden promover el desarrollo de sistemas de información y circuitos administrativos eficaces, para mejorar la coordinación con otras instituciones y la atención al usuario.

6.2. Cultura organizacional

La introducción de múltiples transformaciones en los sistemas de salud ha implicado fuertes cambios estructurales como la competencia gestionada, los sistemas de calidad, las estrategias enfocadas a la atención primaria, así como la creación de órganos administrativos (Scott et al., 2003). Todas ellas, aunque se han diseñado para mejorar el sistema, provocan fuertes altibajos en los actores que están vinculados desde diferentes niveles, sean gestores, administradores o aquellos involucrados directamente en la prestación de los servicios de salud.

Dichos movimientos y transformaciones influyen en el comportamiento de los individuos que muchas veces son desapercibidos como recurso humano importante en las decisiones que se deben tomar frente al sistema. La cultura organizacional en el cuidado de la salud se entiende como un patrón o conjunto de supuestos básicos, comportamientos y valores, desarrollados y compartidos por un grupo o equipo determinado para hacer frente a las dificultades (Scott et al., 2003).

Diferentes estudios coinciden en que la cultura organizacional suscita a su vez una transformación cultural en la que se obtienen beneficios en la calidad de la atención y en el rendimiento del personal por causa de la buena organización (Scott et al., 2003). En este sentido, en las dinámicas de la cultura organizacional se analizan e interpretan diferentes tipos de cultura, que están relacionados con el propósito y las intenciones a las que se dirige la organización. El primero de ellos hace referencia a la cultura entendida como un grupo en el cual se facilita

el trabajo en equipo, hay cohesión y participación de sus participantes. El otro tipo hace referencia al desarrollo en donde se promueve la innovación y la toma de riesgo compartida. Una tercera idea de cultura es la jerárquica, en la que se establecen una estructura, normas, con la existencia de cabezas visibles, que la hacen ciertamente estable. Una cuarta idea es la racionalidad, en la que se fijan metas y se tienen ventajas competitivas (Brazil et al., 2010).

La pertinencia o la efectividad de cada una de ellas son difícilmente comprobables por la dificultad en las mediciones que existen, pero es más fácil identificar sus ventajas de acuerdo con el tamaño y el tipo de organización. En el caso de las entidades que proporcionan atención a la salud de la población, como los prestadores, por el tipo de servicios y su tamaño, es más adecuado incentivar la idea de grupo y desarrollo para la mayor eficacia en la gestión y la satisfacción del usuario, de los profesionales y proveedores que laboran.

Por todo esto, es importante entender que, a la par de las transformaciones estructurales en una organización, estas deben acompañarse de procesos que se ajusten o que se adapten a la cultura y a las estructuras organizacionales para lograr los objetivos que se pretende, siempre considerando la opinión de los actores y fortaleciendo sus capacidades y desempeño, ya que intervienen y tienen a su responsabilidad los destinos operativos y funcionales de la organización. De lo contrario, se podría encontrar con un personal desmotivado, desorientado y sin compromiso, lo que se reflejará en la calidad y en su rendimiento, entre los aspectos más relevantes.

Una de las estrategias para el fortalecimiento de la cultura organizacional más destacada consiste en el reforzamiento de las capacidades de la organización en un marco de competencias con las cuales los individuos de la institución deban identificarse para responder de manera sincrónica a las necesidades de la entidad o por lo menos de manera efectiva y correspondiente a lo que se requiere desde su función y su cargo. Otras estrategias también pueden ser planteadas siempre que incentiven y robustezcan los valores, comportamientos, actitudes, que pueden ser susceptibles de ser evaluados en razón de un monitoreo y de un control constante sobre los fenómenos positivos o negativos que enfrentan las organizaciones.

6.3. Integración

Otra característica de las redes de servicios de salud es la integración como elemento conector entre los diversos aspectos descritos de la red y que resulta

necesario para su adecuada configuración, mejorando los resultados tanto clínicos como financieros.

El concepto de integración aplicado a las redes de servicios de salud es considerado en sus inicios, por Luke y Begun, como el equilibrio entre la suficiencia de médicos, hospitales y planes de salud frente a la demanda o las necesidades de los usuarios. Esta visión corresponde a una aproximación muy operativa de la integración, que deja ver un elemento importante para considerar y es la correspondencia que debe existir entre los distintos actores del sector salud y la población en general, teniendo en cuenta las necesidades de la población a las cuales deben dar respuesta las redes (Stonebraker et al, 2004), además de su respuesta y garantía al mejoramiento del acceso, la equidad, calidad y la eficiencia (Kodner, 2002).

La integración desde una perspectiva más administrativa se considera que integra la planeación, el entrenamiento, las tomas de decisión, los sistemas de información, la entrega adecuada de servicios, el monitoreo y la retroalimentación. En la práctica, dichos elementos se constituyen en los principales mecanismos a través de los cuales las organizaciones pueden interrelacionarse entre sí, y son fundamentales para su consolidación desde diferentes etapas de la configuración de la red, estimulando una mayor cohesión entre sus partes.

En un sentido más profundo, la integración puede ser concebida como la composición de diversos mecanismos de comunicación entre los actores, a través de distintos métodos y modelos que promuevan la conectividad, la alineación y la colaboración entre distintos sectores de la cadena de servicios dispuestos para la mejora de la calidad y la creación de ventajas para la institución y para los usuarios (Kodner, 2002; De Jong et al., 2001). Con esto se apunta a varios aspectos esenciales de la integración que conciernen a la comunicación entre las instituciones y actores que intervienen en la red y los propósitos que deben perseguir como red, como es la mejor atención para el usuario.

El Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud (2006) establece que en la integración intervienen servicios, proveedores y organizaciones de todo el continuo de servicios trabajando juntos para que los servicios sean complementarios, coordinados, en un sistema unificado, con continuidad para el usuario, describiendo con ello el ideal de una red integrada de servicios de salud.

Las diversas definiciones de integración coinciden en que su fin es la articulación de los servicios y el compromiso de proveer mejores condiciones a los

usuarios y a los sistemas. Por lo tanto, ante el reto de una adecuada configuración de una red de servicios de salud, se suma el de llegar a su integración, que, desde su concepción, Gillies (1993) la define como la extensión de funciones y actividades de las unidades operativas que, de coordinarse apropiadamente, mejoran el valor de los servicios que ofrecen a los usuarios.

En la integración de los servicios de salud se plantean varios propósitos: la maximización del valor de los servicios, fomentando ventajas que pueden ser competitivas para estos, como la calidad, la pertinencia en la respuesta otorgada a las necesidades de la población, la complementariedad de recursos, la coordinación entre unidades operativas y la unificación del sistema, que requieren de ajustes y modificaciones en los procesos administrativos y asistenciales de la red, con el fin de contribuir a la continuidad asistencial del usuario.

La integración en la práctica se ha diferenciado en dos tipos: la integración horizontal y la integración vertical. La primera se entiende como la coordinación ya sea de funciones, actividades o unidades que corresponden a un mismo nivel de atención. En tanto que la segunda es entendida como la coordinación de actividades o unidades que corresponden a diferentes niveles de atención, lo que implica compartir recursos humanos y físicos en una estructura jerárquica de gobierno (Shortell et al., 1994). Esta tipología de integración abre posibilidades a las redes en distintos sentidos según el nivel de atención en el que se encuentren, ofreciendo ventajas en el grado de organización a la integración por la complementariedad de las estructuras que pueden conformarse en sentido vertical y por el grado de especialización que puede originar el sentido horizontal.

Adicional a dichos tipos de integración también se distinguen otros hacia adelante y hacia atrás, dependiendo del momento previo o posterior a la ejecución del servicio. Es decir, se integra hacia atrás cuando su proveedor está anterior al momento de producción del servicio. En el caso de una consulta, se refiere a todos aquellos servicios o insumos que se requieren para su realización. De otra parte, se habla de integración hacia delante cuando el proveedor se encuentra en un momento posterior a la producción del servicio. Por ejemplo, para darle continuidad a la atención primaria se sigue con la atención hospitalaria. Estos tipos de integración se pueden simular a las cadenas de producción de otros servicios diferentes de la salud, en los que cada eslabón busca darle una mayor ventaja, transformación y especialización a la labor desarrollada. Este tipo de integración se constituye en una especie de fordismo adaptado y tiene

un alto riesgo de generar cadenas en las que domine de principio a fin un solo proveedor con facultades excluyentes a proveedores minoritarios sin capacidad de poder.

Otra clase de integración se visualiza en el caso de las redes que son de tipo virtual o real, puesto que la naturaleza de la relación se basa en el principio de la propiedad de los proveedores que constituyen la red, teniendo la integración mayores ventajas, teóricamente, cuando los proveedores son de única propiedad en la red, porque sus relaciones, procesos y estructuras son más directas y de control más inmediato que cuando son proveedores independientes y median contratos para la prestación de sus servicios, siendo este uno de los escasos medios a través de los cuales se puede hacer la exigibilidad de dichas relaciones, procesos y estructuras.

Otros tipos de integración son los propuestos por Gillies (1993), los cuales se retroalimentan entre sí para una mayor eficacia y eficiencia del sistema. En primer lugar, se encuentra la integración clínica, como un conjunto de servicios, actividades, que están dirigidos al cuidado del paciente a través de los diferentes niveles asistenciales cuya complejidad sea la más adecuada para la resolución de su problema de salud. En segundo lugar, está la integración médico-sistema, que permite al profesional la vinculación estrecha con el sistema en actividades como la planeación, la gestión y la gobernanza, con el fin de sincronizar al personal de salud y al personal administrativo en una misma lógica que los armonice y les permita responder de una manera más coherente a los objetivos organizacionales. La integración del médico indica el grado en que estos profesionales están vinculados económicamente a un sistema, el uso de sus instalaciones y servicios, así como a la planificación, la gestión y la gobernanza (Leatt et al., 2000). Finalmente, tenemos la integración funcional, la cual se define como el grado en que las funciones clave de apoyo y actividades (tales como recursos financieros, de gestión, humanos, planificación estratégica, gestión de la información, la comercialización y la mejora de la calidad) se coordinan a través de unidades operativas (Gillies, 1993). En la integración funcional, se integran las unidades de apoyo dentro de la organización, que también ayudan a la coordinación de la red y que le dan un valor agregado a la organización.

Vistos en su conjunto, los tres tipos de integración idealmente deben complementarse entre sí, debido a que la integración clínica puede verse favorecida por la integración funcional al facilitar la organización de funciones y actividades en torno a la atención al paciente y servicios, reduciendo en gran manera la

probabilidad de aparición de barreras que impidan el acceso y la equidad de los servicios (Shortell et al., 1994). La sincronía de estas tres integraciones se podría proponer como una manera para construir o brindar servicios clínicos más coordinados, permitiéndole al sistema avanzar y mejorar.

A pesar de las ventajas que evidencia, la integración clínica también puede verse obstaculizada por distintos aspectos. El primero de ellos puede deberse a la falta de vinculación de las unidades que apoyan los procesos clínicos, así como a la falta de integración financiera que desestimula los incentivos económicos tanto para el área clínica como para el área administrativa, financiera y de recursos humanos (Horvitz-Lennon et al., 2006).

7. Tipología de las redes de servicios de salud

A partir de la forma en que se defina su configuración y características, surgirán diversos tipos de redes de servicios de salud, que conferirán un papel a sus actores y definirán los mecanismos, instrumentos y medios para su operación.

Según las instituciones que ejerzan el liderazgo en las redes, estas estarán a la cabeza de hospitales o de grupos médicos de manera independiente o agrupada, o estarán lideradas por aseguradoras de salud (Vázquez et al., 2009).

Las redes pueden ser clasificadas como reales o virtuales. Una red real hace referencia a la conformación de la red cuando esta es propia y la gobernanza que se tiene sobre sus unidades es directa. En cambio, una red virtual se genera cuando la red no es propia y se tiene una relación mediada por el contrato para la garantía de la prestación de los servicios y su gobernanza, en este caso, es indirecta.

8. La búsqueda de la integración

Desde la OPS (2010), se han planteado seis rasgos característicos en la integración de los servicios:

- a) un conjunto amplio de intervenciones preventivas y curativas para un determinado grupo poblacional; b) sitios de atención multipropósito; c) cuidado de salud provisto a lo largo del tiempo; d) la integración vertical de los diferentes niveles de atención; e) la vinculación entre la formulación de políticas y la gestión de los servicios; f) el trabajo con otros sectores entre el Ministerio de Salud y la seguridad social, entre el sector público y el privado, entre servicios personales y servicios de salud pública, y entre servicios de salud de distintos países.

Esta definición de la integración deja en evidencia la falta de especificidad en la integración, llevando quizás a ser tan amplia que puede convertirse en un reto bastante alto que requiera de múltiples procesos e intervenciones para su consolidación. Pese a esto, dicha definición determina en dos ideas centrales el objetivo y los medios para la integración. Su objetivo apunta a la unificación de las intervenciones dispuestas al cuidado de la salud de la población a través de medios como el trabajo interniveles e intersectorial en la gestión de los servicios respaldados por las políticas que así lo incentiven. De esta forma, es un llamado a diversos actores e instituciones para que participen en los procesos de integración que desde su punto de vista incluye al parecer todo tipo de intervenciones en salud, sean preventivas o curativas, sin mencionar de manera explícita las actividades y procedimientos administrativos y financieros que giran a su alrededor. Sin embargo, la integración en la esfera clínica pretende promover no solo el asistencialismo, sino que también se den prioridades a la prevención con la finalidad de sentar compromisos más firmes sobre el estado y las condiciones de salud de la población por parte de los responsables de su garantía, administración y provisión.

Como parte fundamental para el establecimiento de dichos trabajos interniveles e intersectoriales, se requiere de la disponibilidad de sistemas de registros o sistemas de información (Durbin et al., 2001) que permitan fuentes o canales de comunicación en los cuales la información sea compartida a través de los niveles asistenciales con ciertas características de universalidad, accesibilidad, fiabilidad y unidad que faciliten una toma de decisiones asertivas y pertinentes a los profesionales, y que ayuden a proporcionar una atención continua y coordinada. Por tales razones la integración guarda cierta correspondencia con otros atributos de las redes que están en relación con la coordinación y la continuidad.

En su análisis, la coordinación es difícilmente separable de la integración, debido a que se considera esta última como el grado más avanzado de la coordinación. Ello pone de relieve que no solo basta la estructura o el desarrollo de mecanismos entre los niveles asistenciales para la coordinación de sus actividades o servicios, sino que es necesario que exista efectivamente una comunicación fluida entre actores o unidades que conduzca a la adecuada utilización de dichos mecanismos y que ayude a estrechar relaciones de cooperación entre sí para la eficacia y la eficiencia de las redes.

La integración también involucra el término de continuidad asistencial, puesto que el objetivo de la continuidad es brindar un número de servicios coherente

y conectado, que de acuerdo con las necesidades de salud del individuo se le ofrezcan alternativas de solución de una manera adecuada, teniendo en cuenta siempre su percepción, la cual será positiva en el caso en que la integración de los servicios sea tan eficaz y eficiente que pueda ser advertida por el mismo usuario. Esto quiere decir que la integración no solo implica la percepción de los proveedores, sino que además pueda ser percibida por el usuario, quien está en capacidad de analizar los resultados de toda la gestión que antecede a la obtención del servicio.

8.1. Problemática de la integración

El grado de integración de las redes ha llevado a distinguir distintos problemas en los sistemas, denominados en la literatura como sistemas fragmentados. Según la descripción de Lega (2006), esta situación trae consecuencias en diversas áreas y actores del sistema.

En cuanto al receptor de los servicios de salud, que es finalmente el usuario, dentro de un sistema fragmentado no es considerado en su contexto ni en sus necesidades, razón por la cual los servicios ofertados no dan respuesta a las necesidades de la población y, por el contrario, generan menor acceso a los servicios y menor calidad para ellos. Tal situación puede ser atribuible a la segmentación de los servicios de salud en diferentes instituciones y lugares, a la persistencia de modelos de atención centrados en la enfermedad y a la disociación entre los servicios de salud pública y los servicios de atención de asistencia y rehabilitación (Montenegro, 2009).

Esta disociación es resultado de la falta de coordinación entre las instituciones que conforman el modelo de atención en la que se encuentra organizado el sistema de salud: atención básica y especializada, en donde se desarrollan actividades y programas de manera desintegrada entre los niveles superiores e inferiores y que en muchos casos evidencian poca efectividad, y atribuido a la carencia de una verdadera puerta de entrada al sistema que integre, coordine el cuidado asistencial y que permita una adecuada capacidad de resolución de las necesidades en salud. Prueba de ello es que algunas de las problemáticas en la atención especializada se deben a la falta de resolutividad de niveles inferiores y a las fallas en la coordinación con estos mismos para atender al individuo en el lugar más adecuado dentro del modelo de atención, generándose problemas de concentración de usuarios, entre otras situaciones, que restringen el

acceso a los servicios de salud. Unido a esto, se evidencian limitaciones con la suficiencia de personal y la infraestructura.

La fragmentación incide de forma general en las redes, comprobándose en las ausencias o fallas de la coordinación asistencial, especialmente en los casos en que predominan programas verticales que cuentan con escasos mecanismos de comunicación entre niveles que proporcionan el continuo de atención para el usuario. Adicionalmente, la fragmentación también puede ser la consecuencia de la variabilidad de mecanismos de pago, que en muchas ocasiones no incentivan la colaboración entre instituciones o niveles de atención.

9. Barreras y facilitadores para la configuración de las RISS

La configuración de las redes de servicios de salud en la práctica está fuertemente influenciada y determinada por factores externos o internos que pueden convertirse en barreras o facilitadores para su adecuada implementación.

Dentro del grupo de facilitadores, Lega (2006) destaca la voluntad y el compromiso político del sistema de salud en torno al fomento de creación y desarrollo de redes de servicios de salud. Aunque el compromiso político puede ser un facilitador, también se pueden encontrar inconsistencias, vacíos, confusiones, desconocimientos o vaguedades que inciden de manera directa y preponderante sobre su implementación.

Lega (2006) igualmente considera como facilitadores internos de la red la planeación estratégica, la organización de su modelo de atención, así como la estructura financiera y administrativa de la organización, de las cuales depende su funcionamiento. La calidad de los servicios, aunque el autor la reconoce como un facilitador, podría ser considerada en principio como el resultado de la interacción de diversos procesos y actores que, de ser alcanzada de manera positiva, puede incentivar sucesos satisfactorios no solo para los usuarios, sino también para los proveedores, y, por ende, lograr mecanismos de cohesión y de mejor configuración para la red.

Contrario a estos factores, aparecen las barreras que Lega (2006) relaciona con temas centrales como los incentivos financieros no alineados, entendiéndose por ello aquella asignación de recursos que puede hacer el sistema con las redes, o las redes con los proveedores, con el fin de provocar ajustes o sincronía ya sea en su organización o en las actividades de los proveedores, de acuerdo a lo que se espera de la red.

Las fallas en el cumplimiento de los criterios de georreferenciación, es decir, la ausencia de disponibilidad de servicios en un área específica y limitada, también son destacados por el autor como una barrera que dificulta la configuración de la red o que quizá puede servir de barrera para el usuario, que en su condición de dependiente del servicio deba adaptarse sin mayor elección a las condiciones que le ofrezca su asegurador.

La identificación de barreras así mismo puede ser vista a partir de cada uno de los actores del sistema: el usuario, el profesional, los prestadores y los aseguradores. Desde el usuario, sus prácticas, sus conocimientos y comportamientos ejercen de modo importante un impacto positivo o negativo de su desempeño dentro de la red de servicios de salud.

Desde los profesionales, se derivan dificultades por la falta de comunicación y de colaboración que existe entre ellos y con otros proveedores, así como se presentan fallas en la comunicación de estos con los usuarios. Desde los prestadores de servicios, se han identificado fallas por la fragmentación de los servicios ofertados dentro de la red.

10. Retos frente a la configuración de redes de servicios de salud

Luego de años de reformas e intentos de mejoras en la configuración de las redes de servicios de salud, este es un tema que resulta inacabado. Los estudios y avances logrados hacen que su diseño poco a poco vaya tomando distintas características, que se vayan reconociendo nuevos elementos que la relacionan y la entretejen para dar una composición en que los actores puedan participar y contribuir a los objetivos de equidad que se propusieron desde su inicio.

Las tendencias actuales de reforma y transformación de estas redes se han inclinado desde hace muchos años a la búsqueda de la integración, observándose una diversidad de enfoques de acuerdo con el propósito con el que se construya, sea este de tipo organizacional, procedimental, mercantilista, hasta llegar a interesarse por el tipo colaborativo.

No obstante, como lo mencionaban Shortell y colaboradores (1994), la integración implica capacidades y habilidades previas que deben generarse dentro de las organizaciones, como el liderazgo, la visión y la gestión enfocadas al logro de los objetivos de esta. Es conocido que en el estudio de las redes se evidencian cismas en sus aspectos interorganizacionales, debido a la divergencia en sus aspectos administrativos, clínicos, financieros y comunicativos, siendo

notorias las rupturas y la falta de coordinación en sus estructuras. Esto implica en muchas ocasiones la multiplicidad de frentes a los que debe atender una organización, corriendo el riesgo de disipar esfuerzos por falta de sinergias que ayuden a compenetrarla.

Otra de las debilidades que contribuyen con la separación intra e interorganizacional es la precaria evaluación de los resultados de las redes, ya que, desde su propia planeación, todos los actores no son involucrados en sus opiniones, así como sus condiciones, sus necesidades, sus requerimientos, lo cual hace que las redes se vean desagregadas y sus resultados probablemente no sean los esperados ni para la organización ni para la comunidad. Por lo tanto, se produce la necesidad de incentivar la monitorización y verificación del trabajo de los distintos actores institucionales que conforman la red. Para ello, es necesario considerar las diferencias estructurales y contextuales de la red que aparecen en su organización, tales como sus aspectos geográficos, de composición o de mercado.

Adicional a tal problemática, se encuentran las dificultades que tienen los proveedores en su gestión administrativa, derivadas en gran medida por la falta de alineación de los incentivos y de la baja capacidad de liderazgo, lo cual puede ser extensivo a algunas redes, sobre todo de tipo virtual, donde las relaciones administrativas y asistenciales pueden estar limitadas de manera estructural y circunstancial al desarrollo de sus actividades, dependiendo de la coordinación que exista entre el asegurador y su red de prestadores.

Por ello, dentro del papel que se le ha conferido a la colaboración, como un elemento fundamental para la integración de las redes, se hace necesaria la reevaluación de las funciones de los proveedores no solo como ha ocurrido en materia fiscal, delegando la responsabilidad de la toma de decisiones en la utilización de sus recursos, sino que también se debe abonar el terreno para que el proveedor tenga responsabilidades sobre la integración entre el tema financiero y asistencial de su servicio en consonancia directa con lo planeado por el asegurador. Esto implica hacer esfuerzos por cultivar competencias directivas en los proveedores a partir de cada nivel en el que se encuentren, sin entrar en conflicto con las competencias directivas generales que regulan la red, puesto que dichas competencias son claves para su éxito organizacional.

En este sentido, la integración de las redes apuesta de igual forma en sus tendencias por la combinación de los temas financieros y asistenciales, debido a la frecuente separación de esas funciones en la redes hasta el punto de identificar

para cada una de ellas actores distintos, donde los aseguradores son vistos como mediadores en la administración de los recursos financieros, mientras que los proveedores son vistos como la infraestructura necesaria para los servicios de asistencia mediados por los contratos suscritos. Frente a este problema, Shortell y colaboradores (1994) mencionan algunos elementos claves para tener en cuenta: la diversificación del riesgo en los usuarios, la georreferenciación, el personal médico disponible, la calidad, la gestión de la atención y de la información, la alineación de los incentivos y el liderazgo médico. Siendo todos ellos punto de convergencia en los cuales las decisiones tanto de tipo financiero como administrativo deben ser equiparadas y analizadas concienzudamente, pues son puntos álgidos en la configuración y resultados de la red.

Por lo tanto, es de entenderse que la adecuada configuración de las redes propenda por la búsqueda del mejoramiento continuo en las organizaciones, valiéndose de cambios como la comprensión del papel que desempeñan sus actores, los pagadores o aseguradoras y los proveedores o prestadores, lo cual ha servido de estímulo para la generación de cambios organizacionales.

Con respecto a los proveedores, distintos autores han señalado las condiciones que los ponen en desventaja dentro del modelo de gestión de la atención, como la presión generada por la contención de costos, la selección de la atención en el lugar más costo-efectivo dentro de la red, el cumplimiento de las condiciones contractuales, los incentivos y la prestación de los servicios, afectando con ello el liderazgo, la fuerza de la cultura organizacional y especialmente la calidad en el sector salud. Por esto, la tendencia de mejoramiento se concentra en la evaluación y transformación de actitudes, creencias y comportamientos de los mismos proveedores que vayan en pro de los objetivos a los que apunta la organización, a pesar de que ello en la práctica se puede ver limitado por el multicompromiso de dichos proveedores con diferentes aseguradoras de características y condiciones particulares, a las cuales deben responder de manera individual y eficiente. De ahí que también vaya tomando fuerza la idea de la colaboración entre los prestadores a través de las intervenciones multidisciplinarias en las cuales se puedan aunar esfuerzos y ofrecer intervenciones más integrales y quizá más costo-efectivas para el usuario y el prestador.

Adicionalmente, el mejoramiento de las redes de servicios de salud ha conducido a la redefinición de los papeles de los niveles de atención dándole mayor protagonismo a la atención básica, en la que se espera sean resueltos la mayoría de los problemas de salud, siendo fundamental el desarrollo de programas de

prevención y promoción que impacten la salud de los individuos. De manera transversal, también se pretende que haya una mayor integración en los cuidados necesarios para una atención eficiente y de calidad, en la que se optimicen los recursos y se vele por la continuidad de la atención del usuario.

La posibilidad de una mayor continuidad a los usuarios dependerá de qué tanto se mejoren los aspectos de coordinación dentro de la red, a través de elementos como las prácticas, los procesos, la información, hasta conseguir la transformación de la percepción de los prestadores, dispuestos a la colaboración interinstitucional para el bienestar común. Es sabido que el liderazgo y la fuerza de la cultura organizacional son precarios en general en el sector salud, debido en parte a fuertes fallas en el empoderamiento de cada uno de los colaboradores en la red, ya sea gestor, profesional sanitario o administrativo.

Con respecto a los aseguradores, las estrategias de mejoramiento están dadas a partir de la transformación del concepto de la gestión de la atención, en la que se aspira a que comprendan no solo la gestión de actividades de sus proveedores, sino la organización y vigilancia de la gestión asistencial con la finalidad de tener un mayor control en las decisiones que recaen sobre los usuarios en todas las etapas de su atención.

Por esto, los aseguradores en su planeación estratégica deben incentivar en gran manera la integración de su red, convirtiéndose en facilitadores para el logro de dicho control de la atención, como es el caso de la selección de enfoques y objetivos dirigidos a la prevención y la seguridad del usuario, que pueden y deben ser permear a toda la red. Así como en este aspecto las aseguradoras tienen la capacidad de estimular los resultados deseables en la organización a través de diferentes elementos que se pueden convertir en puntos de mejoramiento, como la selección de contratación, los incentivos financieros, los medios de pago, la forma de asignación de recursos, el diseño de programas, el agenciamiento del servicio y otros que no solo tienen que ver con los proveedores, sino con el sistema y hasta con el usuario como su instrucción y orientación al convertirlo en sujeto activo dentro de la red.

Es de resaltar que las propuestas de ambos actores comparten aspectos donde se requiere también de esfuerzos por promover una cultura interorganizacional, en la cual se permita una mayor cohesión tanto en sentido horizontal como vertical de la red, a través del fortalecimiento de la comunicación entre las organizaciones, sea esta de tipo formal o informal, pero que contribuya con la colaboración entre actores hasta que se convierta en un proceso iterativo de

mejoramiento que se evidencie en el rendimiento global de la red y en el resultado de los usuarios. Dentro de los elementos que se deben contemplar para la generación de dicha cultura, está la capacitación del personal o, en sentido más profundo, la normalización de habilidades con el fin de que conozca muy bien los procesos que lo rodean de forma que se convierta intencionalmente en mediador entre el sistema y el usuario.

A propósito del avance hacia el mejoramiento continuo en las redes de servicios de salud, se desprende necesariamente el tema de calidad que, a pesar de los esfuerzos por la estandarización de procesos y la introducción de normas e indicadores, se sigue viendo gravemente afectada por la falta de integración entre los actores de la red. Motivo por el cual, bajo la adopción del modelo de Donabedian, los cambios que deben suscitarse dentro de la organización están orientados a la capacitación y evaluación, como procesos, y a la satisfacción y eficacia, como resultados, acompañados del trabajo en equipo para su implementación. Algunas estrategias de mejoramiento empleadas están vinculadas desde la estructuración de los programas y los procesos que se deben manejar en toda la red, dando ciertos espacios de decisión a los proveedores que se convierten en formas de innovación por parte de estos y de su mayor vinculación y apropiación de los procesos.

11. Conclusiones

Las redes integradas de servicios de salud aún son materia en construcción pese a su existencia desde hace mucho tiempo sin ser nombradas como tal (Abbott et al., 2006); se requiere todavía de precisiones en su teoría y de fuertes determinaciones para su adecuada construcción en la práctica, puesto que una de las primeras dificultades que enfrenta para su configuración puede decirse que se basa en la falta de aplicación de lo que se sustenta en la literatura y lo que se evidencia en la realidad; resultado muchas veces del conflicto de intereses no sustentados que benefician primordialmente al usuario.

Otra de las dificultades que debe contrarrestarse en la configuración de las redes de servicios de salud es la determinación de las redes como organizaciones en las que todavía no se definen muy bien sus intereses o preferencias debido a una combinación de lo que Exworthy y colaboradores (1999 citados en Abbott et al., 2006) nombran como “cuasi-mercado, cuasi-jerarquías y cuasi-redes”, lo que sintetiza la diversidad de competencias a las que se ven enfrentadas las redes, que, de tener una mayor definición, podrían ser eficientes en sus cometidos

siempre respetando el deber casi moral de responder las necesidades en salud de la población.

La claridad conceptual que se tenga de cada uno de los atributos o características que componen las redes contribuirá a identificar de manera específica también las fortalezas o debilidades que inciden en su configuración, las cuales deben guardar cierto equilibrio o correspondencia para dar una verdadera apariencia de red que esté basada en efectivos mecanismos de coordinación e incentivos de integración. La forma como se conciba la red también va a depender en gran manera de las perspectivas de desarrollo y de las acciones que emprendan quienes constituyen la red, por lo cual sus propósitos deben ser bien manifestados y entendidos por cada uno de ellos, en tanto que sus objetivos y procesos para la red sean pilares fundamentales en los cuales se erige cualquier estrategia y actividad que establezcan las organizaciones que componen la red.

Se hace necesario y urgente el avance hacia la integración de las redes de servicios de salud como la fuerza que cohesiona y engrana, lo que de manera independiente y aislada no pueden lograr las diferentes organizaciones que componen la red, ofreciendo mayores ventajas no solo a las instituciones, sino a los individuos que perciben dicha integración en beneficios en la atención y cuidado de su salud, por la calidad, la comunicación, la coordinación, la educación y la eficiencia con que pueden obrar las instituciones sin hacer sacrificios que vayan en detrimento de la ética, del bienestar y de la sostenibilidad.

A tal integración también se le suma la evaluación de las redes como forma de monitoreo y seguimiento a los avances que deben darse en la perspectiva de desarrollo de la red con el establecimiento de metas y resultados para ella y otros que reflejen los resultados sobre la salud de los usuarios y su cuidado, en lo cual se halla poca evidencia (Minkman et al., 2009) importante para asertivas tomas de decisiones y para la comprobación de la efectividad de las acciones de las redes y su posible mejoramiento; incluso también como incentivos de competencia que no solo sean perseguidos por las organizaciones indistintamente sea cual sea su tipo de financiamiento.

En materia de financiamiento, se espera que, en lugar de ser en gran parte motivo de diferencias y de barreras, sea otro de los pilares en los que la red se respalde y sirva de incentivo al mejoramiento de los procesos, a la destinación equitativa de los recursos, a la potencialización de los programas que tengan en cuenta los determinantes de la salud y a otros muchos aspectos que den cuenta de verdadera eficiencia de las redes. Para esto, se requiere del fortalecimiento de ver-

daderos mecanismos de control, de la apropiación y compromiso de todos los actores en su manejo, de la rectoría del Estado sobre la administración de los recursos y de la integridad de las funciones de dirección en los diferentes niveles asistenciales (Vargas et al., 2009).

El papel del Estado y las políticas públicas son un instrumento indispensable para la configuración de las redes integradas de servicios de salud, confiando que sus normativas no vayan en contra, sino que propendan y vigilen las estructuras y procesos que demanden la consolidación de dichas redes dentro de los sistemas de salud, cuyas inferencias y aportes aún tienen escasa evidencia en la literatura. Igualmente son importantes otros instrumentos que deben tener presente las instituciones para mejorar su configuración, como los modelos de gestión que sirvan de guía a las organizaciones en la orientación de su proceso de desarrollo con características flexibles y adaptables entre las organizaciones.

No se puede dejar de lado, como otro aspecto importante para la configuración de las redes, la vinculación del recurso humano, quien con sus acciones y desempeños es el precursor del impacto que tengan; por lo tanto, es fundamental que el fortalecimiento de sus capacidades, los incentivos en su desempeño, la suficiencia y disponibilidad de los recursos con los que cuentan para el ejercicio de su labor, las condiciones de su vinculación y la información adecuada que se le dé sean algunos de los elementos que se requieren para fomentar una adecuada cultura organizacional y con ello una mejoría en la atención y provisión de los servicios.

La evolución, por así decirlo, de las redes integradas de servicios de salud contempla un vasto número de elementos, los cuales precisan definitivamente de un trabajo interdisciplinario y en múltiples etapas, quizá no necesariamente continuo en el tiempo, ya que, como en todo ciclo de una organización, D'Aunno y Zackerman (1987, citados en Minkman et al., 2009) mencionan ciertas fases que deben cumplirse desde su aparición hasta la madurez y consolidación, que, de otro lado, deben ser estimulados y respaldados por distintos sectores que les permitan de manera concreta dimensionar ampliamente lo que se espera de las redes.

El crecimiento en número y en calidad de estudios de las redes de servicios son necesarios para el mayor conocimiento y profundidad sobre las experiencias de configuración de redes de servicios de salud que, hoy en día, deben ser compartidas especialmente cuando las expectativas sobre este tipo de conformación

tienen gran acogida a nivel mundial; sin embargo, no se debe perder el contexto en que cada una se desarrolla y los factores que cada sistema de salud ofrece, así como las condiciones sociales, políticas, económicas y culturales que cada país tenga.

12. Bibliografía

- Abbott, S., Petchey, R., Kessel, A. & Killorand, A. (2006). What sort of networks are public health networks? *Public Health*, 120, 551-556.
- Bazzoli, G., Lee, S. Y. & Alexander, J. (2003). Managed Care Arrangements of Health Networks and Systems A Review of the 1999 Experience. *Journal of Ambulatory Care Manage*, 26(3), 217-228.
- Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídica de la UNAM. *El concepto de gobernanza*. Extraído el 9 de enero del 2011 de <<http://www.bibliojuridica.org/libros/6/2818/5.pdf>>.
- Brazil, K., Wakefield, D. B., Cloutier, M. M., Tennen, H., Hall, C. B. (2010). Organizational culture predicts job satisfaction and perceived clinical effectiveness in pediatric primary care practices. *Health Care Management Review*, 35(4), 365-371.
- Forest, P. G., Gagnon, D., Abelson, J., Turgeon, J. & Lamarche, P. (1999). Issues in the Governance of integrated health systems Executive Summary Project PS-002-05. Extraído el 11 de enero del 2011 del sitio web de Canadian Health Services Research Foundation: <<http://www.chsrf.ca/SearchResultsNews/99-06-01/78b4e711-40e5-41a3-80e5-cd18d3e5e530.aspx>>.
- Gadomski, A. M., Wolff, D., Tripp, M., Lewis, C. & Short L. M. (2001). Changes in Health Care Providers' Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Behaviors Regarding Domestic Violence, Following a Multifaceted Intervention. *Academic Medicine*, 76(10), 1045-1052.
- Gagliano, N., Ferris, T., Colton, D., Dubitzky, A., Hefferman, J. & Torchiana, D. (2010). A physician leadership development program at an academic medical center. *Quality Manage in Health Care*, 19(3), 231-238.
- Gillies, R. (1993). Conceptualizing and measuring Integration: Findings from the health Systems integration study. *Hospital and Health Services Administration*.
- Hutchison, B., Hurley, J., Reid, R., Dorland, J., Birch, S., Giacomini, M. et al. (2000). Capitation formulae for integrated health systems: A policy synthesis. Extraído el 11 de enero del 2011 del sitio web de Canadian Health Services Research Foundation: <<http://www.chsrf.ca/SearchResultsNews/00-06-01/68338b97-ec32-4530-8be9-3050883fdac0.aspx>>.
- Lin, B., Lin, Y. & Lin, C. (2010). Partnership effectiveness in primary community care networks: A national empirical analysis of partners' coordination infrastructure designs. *Health Care Manage Rev*, 35(3), 224-234.
- Minkman, M., Ahaus, K. & Huijsman, R. (2009). A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. *Health Services Research*, 9(42).

- Montenegro, H. (2009). Innovaciones en los sistemas de salud basados en la APS: las redes integradas de servicios de salud. Ponencia en *OMS XI Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud: "Innovación y Atención Primaria de Salud"*, Évora, Portugal.
- 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 en Salud en las Américas, N° 4). Washington, D.C.
- Page, S. (2003). "Virtual" Health Care Organizations and the Challenges of Improving Quality. *Health Care Manage Rev*, 28(1), 79-92.
- Provan, K. & Milward, B. (2001). Do Networks Really Work? A Framework for Evaluating Public-Sector Organizational Networks. *Public Administration Review*, 61(4), 414-423.
- Scott, T., Mannion, R., Davies, H. & Marshall, M. (2003). The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health Care: A Review of the Available Instruments. *Health Services Research*, 38(3), 923-943.
- Shortell, S., Gillies, R. & Anderson, D. (1994). The new world of managed care: Creating organized delivery systems. *Health Affairs*, 13(5), 46-64.
- Thaldorf, C. & Liberman, A. (2007). Integration of health care organizations. Using the power strategies of horizontal and vertical integration in public and private health systems. *The Health Care Manager*, 26(2), 116-127.
- Unruh, L., Rudner, N., White, S. V., Fowler, J. & Byers. (2005). Managed Care and Patient Safety Risks and Opportunities. *The Health Care Manager*, 24(3), 245-256.
- Van Raak, A., Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M. & Paulus (2003). *A Integrated care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU countries*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Vargas, I., Vázquez, M. L., Cordech, J., Colomé, Ll., Vallribera, P., et al. (2009). Algunas conclusiones y retos de futuro para las OSI en Cataluña. En: Vázquez, M. L. & Vargas, I. (Eds.), *Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de caso*. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya.
- Vázquez, M. L., Vargas, I., Calpe, J. F., Terraza, R. (2005). Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Revista Española de Salud Pública*, 79(6), 633-643.
- Weil, T. (2000). Management of Integrated Delivery Systems in the Next Decade. *Health Care Manage Rev*, 25(3), 9-23.



Universidad del Rosario