

## Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema?\*

Hace ya tiempo que se identifican la inequidad y la eficiencia como problemas centrales que afectan a los sistemas de salud de Latinoamérica y el Caribe. Como respuesta a dichos problemas, en las últimas dos décadas muchos países de la región han llevado a cabo reformas en la financiación y provisión de sus servicios de salud. Estas reformas, fuertemente influidas por el pensamiento neoliberal, contemplan la búsqueda de una asignación más eficiente de los recursos mediante la introducción de mecanismos de mercado, entre otras medidas, a través de diferentes formas de organizar el sector (1-3).

En relación a las transformaciones de la organización del sector, tanto en países desarrollados (4-6) como en desarrollo (7-12), se han promovido formas diversas de integración de los servicios de salud, entre las que se encuentran las Redes Integradas de Servicios de Salud<sup>1</sup> (13). Estas organizaciones han aparecido, sobre todo, en países con sistemas de salud privados muy fragmentados, como EE.UU., y en países con sistemas de seguro social en los que se han integrado aseguradoras y proveedores en organizaciones de competencia gestionada (*managed care*) que compiten por los afiliados (14), aun-

que también se han promovido en países con sistemas nacionales de salud (12, 15).

Se definen las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) como el conjunto de organizaciones que ofrece, directamente o a través de la compra, un continuo de servicios a una población definida, y se responsabiliza por los costes y resultados en salud de su población (13). Los objetivos finales de este tipo de organizaciones son la mejora de la eficiencia global en la provisión y de la continuidad de la atención, a través de un objetivo intermedio: la mejora en la coordinación de los servicios o integración asistencial (16).

Según los contextos y las formas de definir la población atendida, se pueden distinguir dos tipos de RISS con implicaciones diferentes para el sistema de salud: a) basadas en la afiliación geográfica, y b) de afiliación voluntaria (17). El

\* M. Luisa Vázquez Navarrete: Ph.D. Salud Pública. Responsable de Investigación y Desarrollo. Servicio de Estudios del Consorci Hospitalari de Catalunya, España.

Ingrid Vargas Lorenzo: Economista. Ms. Políticas Sociales. Investigadora del Servicio de Estudios del Consorci Hospitalari de Catalunya, España.

<sup>1</sup> También conocidas como Organizaciones Sanitarias Integradas (12).

primer modelo se produce cuando hay una devolución de la gestión de los servicios de salud desde el gobierno central a un nivel inferior de gobierno, que puede ser una autoridad de salud regional, un municipio, etc. Se caracteriza, pues, por contar con una población definida geográficamente y, en general, por formar parte de un sistema nacional de salud. El segundo tipo de RISS se creó en países que han establecido un mercado para el aseguramiento de la salud (modelos de competencia gestionada) en los cuales la población considerada como consumidora, debe comprar sus planes de salud (18, 19). En estos países, las fuerzas del mercado y las reformas han conducido a una progresiva integración de los compradores y proveedores en una única entidad, que pueden adoptar diversas formas, como las conocidas Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO) (14).

Ambos tipos de redes integradas han sido ampliamente promovidas en países latinoamericanos como Colombia, Chile, Argentina, Perú, Brasil o El Salvador (7). En Colombia, las Leyes 60 y 100 de 1993 crearon el marco para la descentralización e introducción de la competencia en el sistema de salud. El núcleo de la reforma estaba constituido por el establecimiento de entidades aseguradoras con funciones de afiliación y organización de los servicios de salud (9): las Entidades Promotoras de Salud (EPSS) para el régimen Contributivo y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARSS). La función de EPSS y ARSS es garantizar la provisión, directa o por medio de otros proveedores de atención en salud (IPS, ESE), de un paquete de salud a la población afiliada. Por tanto las EPSS, las ARSS y las ESES corresponden a la definición de RISS.

Se identifican distintas formas de integración de las RISS (20, 21): integraciones verticales u horizontales, según agrupen servicios a lo lar-

go del continuo asistencial o en el mismo nivel de atención (por ejemplo, los sistemas multihospitalarios) con producción interna, de los servicios que ofrece, total o parcial, si algunos son subcontratados fuera de la red; integraciones virtuales o reales en la propiedad, según la forma de relación entre las organizaciones que constituyen la red.

La evidencia disponible no es concluyente sobre la relación entre las diversas formas de integración de las RISS y el logro de sus objetivos de continuidad y eficiencia (13, 22). No obstante, existe un consenso en relación a las variables organizativas que influyen en el acceso potencial y en el grado de la integración de la provisión de servicios (13, 21, 23): dimensión, estructura organizativa, cultura de la organización, líderes, y el sistema interno de asignación de recursos. Asimismo, se identifican elementos del contexto que influyen en el acceso y la integración (24, 25): la oferta de servicios de salud en el área de referencia, los mecanismos de asignación de recursos a la red, el nivel de cobertura del seguro y los copagos (26).

Es importante destacar que la integración de los servicios de salud en RISS, como forma de organizar la prestación de la atención en salud, debería ser un medio para la mejora de la eficiencia y el acceso a los servicios y no un fin en sí mismo, en especial cuando se tiene en cuenta que sus beneficios potenciales y riesgos todavía no se conocen suficientemente.

Se espera que la mejor coordinación entre los niveles asistenciales contribuya a reducir los trámites y la duplicación de actividades y, de esta manera, a mejorar la eficiencia, la efectividad y el acceso a los servicios de salud, con una mayor satisfacción del usuario (1). Sin embargo, se ha observado que la introducción de RISS en un contexto de competencia puede conducir

a problemas de equidad de acceso, principalmente debido a los incentivos a la selección de los pacientes (27, 28). Es más, a largo plazo se puede producir una disminución en el acceso, ya que las redes que compiten por los afiliados pueden responder al incremento de costes limitando la cobertura de servicios, como ya han demostrado algunos estudios (29). Además de la selección del riesgo y de la disminución en la producción de servicios, Enthoven (30) señala como resultado de la competencia entre las redes, y en contra de lo esperado, la segmentación de la provisión de la atención en salud y el aumento de los costos de información. En este sentido, parece obvio que las RISS sólo mejorarán el acceso real a la atención en salud en la medida que garanticen el acceso a todos los niveles de atención a la población afiliada.

Por tanto, la implementación de RISS en entornos competitivos es un proceso muy complejo y que requiere una fuerte regulación, como sucede en países desarrollados. Esto hace dudar de su eficacia para países con escasa capacidad

regulatoria debida a un funcionamiento débil del Estado, como podría ser el caso de los países en vías de desarrollo (31, 32).

A pesar de los potenciales riesgos, las evaluaciones sobre los resultados de la implementación de las RISS son escasas (33) y realizadas principalmente en los Estados Unidos y Canadá, con un énfasis en el análisis de las estrategias, las estructuras y los procesos. En cambio, las evaluaciones de los dos objetivos centrales de este tipo de organizaciones: la mejora de la eficiencia global y la continuidad, así como del potencial impacto de la implantación de redes sobre la equidad en el sistema de salud, resultan insuficientes. También lo son para Colombia, donde las RISS han sido ampliamente promovidas como elementos centrales de la reforma, y donde las evaluaciones realizadas hasta el momento muestran bajas coberturas de aseguramiento, amplias inequidades en salud y múltiples barreras para el acceso a los servicios de salud (26, 34-39, 40).

La evaluación del papel de las RISS en el acceso a la atención en salud y sus implicaciones para el sistema es, por tanto, una asignatura pendiente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Integration of health care delivery. 861 ed. Geneva: WHO; 1996.
2. WHO. The World health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
3. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 2005; 71: 83 - 96.
4. Shortell SM, Hull KE. The new organization of health care: Managed care/integrated health systems. En: Altman S, Reindhart U, editors. *Strategic Choices for a changing Health care System*. Chicago: 1996.
5. Mur-Veeman I, Van Raak A, Paulus A, Steenbergen M. Comparison and reflection. En: Van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A, editors. *Integrated care in Europe*. Maarssen: Elsevier; 2003. p. 169 -190.
6. Davies M. Performance measurement in integrated health systems. Halifax, Nova Scotia: Canadian College of Health Service Executive; 2002.
7. OPS. La salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 2002.

8. Medici AC, Londoño JL, Coelo O, Saxenian H. Managed care and managed competition in Latin America and the Caribbean. *Innovations in health care financing*. Washington: World Bank; 1997. p. 215 - 233.
9. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards and innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 1997;41:1 - 36.
10. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2003.
11. República de Chile. Autoridad Sanitaria. Pub.L. No.19.937. 24-2-2004.
12. Vásquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Publica* 2005;79: 633 - 643.
13. Shortell SM, Gillies RR., Anderson DA, Morgan KL, Mitchell JB. Remaking health care in America. 1ª ed. San Francisco: The Jossey-Bass health care series; 1996.
14. Van de Ven WP, Schut FT, Rutten FF. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care. *Soc Sci Med* 1994; 39: 1405 - 1412.
15. Rico A, Moreno FJ. Arquitectura de las organizaciones sanitarias integradas en Europa. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson; 2006.
16. Pizarro V, Vásquez M, Vargas I. Organizaciones sanitarias integradas en países con distintos sistemas de salud. Respuestas individuales y sociales entre los riesgos para la salud; 2004 May 26; El Escorial: CD ROM XXIV Jornadas Asociación Economía de la Salud; 2004.
17. Hutchinson B, Hurley J, Reid R, Dorland J, Birch S, Giacomini M, *et al.* Capitation formulae for integrated health systems: a policy synthesis. Ottawa: Canadian Health Service Research Foundation; 1999.
18. Beck K. Competition under a regime of imperfect risk adjustment: the Swiss experience. *Sozial-Präventivmedizin* 1998; 43: 7 - 8.
19. Jaramillo-Pérez I. El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después. Bogotá: Frescol-Fes-FRB-Fundación Corona; 1999.
20. Shortell S, Gillies R, Anderson D, Mitchell J, Morgan K. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm* 1993; 38: 447 - 466.
21. Conrad DA, Dowling WL. Vertical Integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Manage Rev* 1990; 15: 9 - 22.
22. Dranove D, Durkac A, Shanley M. Are multihospital systems more efficient? *Health Aff (Millwood)* 1996; 15: 100 - 103.
23. Skelton-Green JM, Sunner JS. Integrated delivery systems: the future for Canadian health care reform? *Can J Nurs Adm* 1997; 10: 90 - 111.
24. Aday LA, Andersen RM. Equity to access to medical care: a conceptual and empirical overview. 19 ed. 1981. p. 4 - 27.
25. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff* 1994; 46 - 64.
26. Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. *Cuadernos de gestión* 2002; 8: 167 - 179.
27. Bertranou FM. Are market-oriented health insurance reforms possible in Latin America?. The cases of Argentina, Chile and Colombia. *Health Policy* 1999; 47: 19 - 36.

28. Newhouse JP. Sistemas de pago a planes de salud y proveedores: eficiencia en la producción versus selección. En: Ibern P, editor. Incentivos y contratos en los servicios de salud. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999. p. 84 - 87.
29. Manning WC, Leibowitz A, Goldberg GA, Rogers WH, Newhouse JP. A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services. *N Engl J Med* 1984; 310: 1505 - 1510.
30. Enthoven A. Managed competition of alternative delivery systems, *J Health Polit Policy Law* 1988; 13: 305 - 321.
31. Sen K, Koivusalo M. Health care reforms and developing countries - a critical overview. *Int J Health Plann Manage* 1998; 13: 199 - 215.
32. Kumaranayake L. The role of regulation: influencing the private sector activity within health sector reform. *J Int Dev* 1997; 9: 641 - 649.
33. Legatt SM, Narine L, Lemieux-Charles L, Barnsley J, Sicotte C, Baker GR, *et al.* A review of organizational performance assessment in health care. *Health Serv Manage Res* 1998; 11:3 - 23.
34. Echeverri E. Síntesis de los estudios de accesibilidad a los servicios de salud en Colombia antes y después de la Ley 100 de 1993. Medellín. Colombia 2001.
35. Céspedes J. Impacto de reforma del sistema de seguridad social sobre equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cad Saúde Pública* 2002;18: 1003 - 1024.
36. Castaño RA. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. 2001. Santiago de Chile, CEPAL. Financiamiento del desarrollo.
37. Peñalosa E, Eslava J, Muñoz M, O'Meara G, Pinzón J, Ruíz F. Evolución y resultados del régimen subsidiado de salud en Colombia 1993-2000. Cendex Fundación Corona, BID, Fundación Social; 2001.
38. Agudelo CA, Arévalo A, Cárdenas R, Fresnada O, Jaramillo I, Martínez P, *et al.* ¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos en el régimen subsidiado. Colección la Seguridad Social en la encrucijada. Bogotá: Unibiblos; 2002.
39. O'Meara G, Ruíz F, Amaya JL. Impacto del aseguramiento sobre uso y gasto en salud en Colombia. Banco Interamericano de Desarrollo, Fundación Corona, Fundación Social, Cendex, Universidad Javeriana; 2003.
40. De Groot T, De Paepe P, Unger JP. Colombia: in vivo test of health sector privatization in the developing world. *Int J Qual Health Care* 2005;35: 125 - 141.