

# La estrategia de redes en las políticas de salud. Experiencias internacionales

**ARNALDO MEDINA, DANIELA ALVAREZ, MARÍA TERESA POCCIONI**

(Universidad Nacional Arturo Jauretche, Instituto de Ciencias de la Salud);

**PATRICIO NARODOWSKI**

(Universidad Nacional de La Plata, Universidad Nacional Arturo Jauretche,  
Instituto de Ciencias de la Salud).

## Introducción

La importancia de las redes integradas de salud ha crecido en los últimos años en todo el mundo. Parece haber un cierto consenso con la idea de continuo de servicios, garantizado por varias organizaciones independientes o no entre sí, tanto públicas como privadas, co-responsables del estado de salud del paciente (Shortell, 2006; Shortell y otros, 1996). En este concepto como puede verse no hay una idea de la lógica de esa interacción, de los factores que la determinan en los diversos contextos, etc., en muchos casos esta cuestión será resuelta proponiendo acuerdos institucionales (Curry y Ham, 2010 y 2011).

Este tipo de definiciones predominan en los llamados países desarrollados, incluso en el ámbito de la OMS y el eje está puesto en la necesidad de coordinar los diversos segmentos del sistema; por eso, por ejemplo, Hernández-Quevedo, Llano, & Mossialos (2013) o Mackenbach y McKee (2013) parecen usar indistintamente la idea de redes y de instrumentos de integración; Richardson & Patana (2012) y MacLeod (2015) en el contexto OCDE hablan de la integralidad de la gestión como forma de ganar eficiencia y reducir costos, con enfoque similar. En esos planteos el vínculo debería garantizarse mediante contratos y a partir

de incentivos financieros, ajustes del riesgo de las aseguradoras, etc. De este modo, la red funciona como otro factor de la producción, para mejorar los resultados sanitarios en las condiciones crónicas, disminuir las referencias a especialistas y a hospitales, aumentar la satisfacción de las personas usuarias en una relación más adecuada de costo-efectividad.

En América Latina el concepto tiene mucha más importancia y las versiones son diversas. En OPS (2007) aparecen las redes en relación al énfasis puesto en la atención primaria luego de las reformas descentralizadoras y el aumento de la fragmentación resultante. En OPS (2009) se va algo más allá a partir del objetivo de fortalecer a la autoridad sanitaria e integrar la red pública con criterios de solidaridad y equidad. En OPS (2010) se desarrolla la idea de las Redes Asistenciales de Servicios de Salud (RISS) como integración colaborativa de las acciones de los diferentes actores, como sinónimo de mecanismo de gestión y sin ser taxativo respecto al rol del Estado y de la seguridad y provisión públicas. Por eso se valoran experiencias tan disímiles.

En dicho enfoque, como en muchos otros, no se hace un planteo sistémico en el que se visualice dinámicamente a los actores y sus asimetrías (para ampliar ver Medina y Narodowski, 2015); ni siquiera se abordan los problemas de la relación público-privada y sus transacciones mercantiles y no mercantiles. Entre quienes sí lo hacen hay un análisis de segundo orden a partir de asumir que las organizaciones de salud son sistemas que ostentan, como ya hemos trabajado en otros textos: un sentido, un vínculo social en un territorio en común y en una realidad de trabajo compartido; formas organizativas específicas según las alianzas posibles en presencia de diferenciales de poder. Hemos hablado de un modelo innovador, profesional, que se haga eco de la solidaridad de clases del sanitarismo y con un fuerte cuestionamiento a los sistemas existentes, por fragmentados y segmentados, en función de los intereses de los sectores populares y en alianza con el Estado.

Con este tipo de definiciones hemos analizados las experiencias más difundidas de redes, diferenciando las experiencias internacionales de las de América latina.

## Experiencias internacionales

En la explicitación de la red como política nacional, sobresale Francia que se propone fortalecer la colaboración de los servicios por medio de redes desde los 2000, en un contexto en que la derivación es obligatoria (Durand-Zaleski, 2016). Específicamente, está vigente el Programa Regional de Salud (Le Projet régional de Santé) con fondos para financiar este tipo de emprendimientos en los que se producen alianzas entre hospitales, especialistas, centros municipales y las nuevas formas asociativas de APS. Los medios virtuales dan cuenta de estos esfuerzos en las diversas regiones. Ya más alejados de nuestro concepto de red, se instauraron 37 centros especializados para el manejo multidisciplinario de determinadas enfermedades, que se manejan con otros centros que les envían pacientes; relevamos además nuevas asociaciones de pacientes y proveedores, con fines específicos de atención domiciliaria, por ejemplo. En ninguno de éstos casos queda claro el carácter colaborativo, tarea difícil por el componente privado de APS y la autonomía de los actores del segundo nivel.

En Reino Unido, sucede lo mismo, el NHS viene difundiendo desde los 90, en paralelo con la descentralización y autonomización de la provisión, documentos de impulso de las redes colaborativas, aunque muchas veces la estrategia se confunde con la creación de asociaciones civiles para la atención. Por ejemplo, en 2014 nace desde el NHS Networks el Programa “Vanguardias”, 37 planes piloto de asociación entre actores que se centran en la atención primaria ampliada y la atención hospitalaria integradas para detectar rápido los potenciales pacientes

de alta necesidad y alto costo. En realidad se financian contratos capitados para incentivar a los proveedores a colaborar en el cuidado de estos pacientes complejos, el esquema termina siendo similar a los CCG (Thorlby y Arora, 2016). Otra de las estrategias similares son las Strategic clinical networks (SCN) creadas en 2013. Las primeras cuatro redes fueron cáncer, enfermedades cardiovasculares, maternidad y niños, salud mental y condiciones neuronales. Son grupos de trabajo compuestos por organizaciones sanitarias, las juntas locales de educación y formación (LETB) y las redes de investigación clínica (NHS Commissioning Board, 2012a y b). Algo más colaborativa parece la red de traumatología dependiente de Health London y formada por cuatro centros especializados para coordinar la atención prioritaria y disminuir los atrasos, asociadas a los incentivos a la reducción de listas de espera.

En España, a nivel nacional, no se habla de red como tal, excepto para apoyar la registración obligada en APS y para el caso de objetivos de coordinación macro entre instituciones del sistema, en un contexto de descentralización administrativa, como la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, la Red Española de Universidades Saludables (REUS), o la Red de Escuelas de salud para la ciudadanía. En cuanto a las CCAA, las que más hemos visto hacen eje en las redes son el País Vasco, Cataluña, Andalucía, aunque en todos los casos se define con ese nombre la unificación de diferentes organizaciones asistenciales en una única organización, lo cual escaparía a nuestra definición. En lo que hace a los casos que buscamos, hemos relevado por ejemplo en el País Vasco, el acuerdo Comarca Interior AP-Hospital Galdakao o el proyecto de la Subcomarca Tolosaldea, que vincula centros primarios y clínicas, en ambas Vazquez, Vargasa, Nuñob, & Toro (2012) intentan mostrar un cierto espíritu común. En nuestro relevamiento vimos que en Sevilla capital y el Aljarafe hay 38 centros

de salud que colaboran en red con el Hospital Virgen del Rocío para la detección precoz de los tumores de piel, cánceres y hemangiomas infantiles mediante un sistema de consulta virtual. En Valencia, el Hospital Universitari i Politècnic La Fe trabaja coordinado con los centros de Atención Primaria, para estimular el sistema de derivaciones y contrarreferencia o las Unidades de Continuidad Asistencial (UCA), Navarra, en las cuales se integran, el Complejo Hospitalario de Navarra, Hospital García Orcoyen de Estella, y Hospital Reina Sofía, de Tudela, los centros de Salud Mental de referencia y los equipos de apoyo domiciliario de cuidados paliativos del Hospital San Juan de Dios. De todos modos, en ninguno de estos casos se promocionan proyectos colaborativos específicos. En Cataluña hay menos vestigios aun de nuestra definición: allí se utiliza la palabra red como sinónimo del conjunto de proveedores a los que les compra servicios CatSalut o a fusiones como Badalona Serveis Assistencials (BSA) o Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE), en ambos casos con integración de la propiedad (Henao-Martínez & otros, 2008). Como ejemplo de coordinación puede mencionarse el acuerdo entre Consell Comarcal del Maresme y el Ayuntamiento de Mataró, pero también en este caso finalmente se formó un consorcio con un presupuesto único.

En Italia el término es usado de nuevo como sinónimo de sistema de salud o para mencionar la renovación formal de la institucionalidad de atención de enfermedades crónicas. En este último caso parece virtuosa la Red Regional para el tratamiento de enfermedades raras que se compone de un centro con funciones de coordinación (el Centro de Investigaciones Clínica de Enfermedades Raras) y 38 nodos. No se publicitan los proyectos conjuntos. Hay un mayor uso del concepto obviamente a nivel regional. En Lombardía se publicita la Red Salute-HPH, un proyecto que se inició en 1998, y en el que participan 69 estructuras, públicas y privadas. Pagan una contribución a la red, están conectadas

informáticamente, tienen un coordinador regional que se encarga de mantener relaciones con los coordinadores locales y funciona mediante el desarrollo de proyectos específicos, financiados ad hoc. En la región del Véneto está la Red Regional de Trauma, que coordina salas de emergencia por lesiones, los centros de trauma especializados y sus símiles locales. Este proyecto permite reducir tiempos de espera y además se ha detectado un sistema de calidad común y actividades de capacitación. En Nápoles hemos encontrado varios proyectos de red: de hepatología, otra de endocrinología metabólica y una de onco-hematología, en las que se intenta fortalecer la referencia y contrarreferencia.

Canadá y sus provincias también publicitan sus políticas con el concepto de red, pero de nuevo se ve que en orden de importancia sobresale las que apuntalan el funcionamiento normal de referencia y contra referencia, muchas de enfermedades crónicas y de atención de ancianos (como las de Ontario y Alberta) y también redes de I+D, en este caso: la principal es la University Health Network que involucra diversas subredes en las que participan centros académicos y hospitales. Este último es el caso en que se ven más proyectos colaborativos porque así lo establecen los parámetros de los fondos disponibles.

En Estados Unidos la palabra network tiene múltiples acepciones. Los seguros usan este nombre para referir al paso obligatorio por la APS: han seguido el camino de Kaiser, lo mismo los Accountable Care Organizations (ACO) impulsados por los continuos llamados a prestadores por parte de los Centros Medicare y Medicaid o los centros públicos dependientes de los Estados que atienden sectores vulnerables asegurados. No son una red en el sentido mencionado. Sí lo es el programa de subvenciones de la Red de Desarrollo Rural Delta Unidos de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), que financia proyectos de colaboración entre profesionales para tratar

diabetes, enfermedades cardiovasculares, obesidad y salud mental. Y también Partnership for Patients Program, del Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) que comprende 26 redes de participación hospitalaria que trabajan en proyectos colaborativos de capacitación (Pronovost & Jha, 2014). Hay otra infinidad de redes de investigación y tecnologías, que escapan al planteo que estamos haciendo.

## América Latina

Ya hemos visto el debate en nuestro continente ¿Qué sucede en la práctica? En Chile, hay una Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud que toma el concepto de RISS de la OMS, que se ocupa fundamentalmente de las políticas relacionadas con la estrategia de APS y su vínculo con el resto del sistema, cuestión central si se piensa que cada vez hay más hospitales auto gestionados y no hay obligatoriedad de pasar por un centro de atención primaria (Vergara & Bisema, 2009; OPS, 2016). A pesar de esta supuesta relevancia que se le da a las redes, no hemos encontrado proyectos de coordinación y/o colaboración de actores autónomos. Una de las más promocionadas es la Red de Centros de Salud Familiar Ancora, de la Pontificia Universidad Católica de Chile que tiene un enfoque estandarizado para la planificación del tratamiento y un intento de coordinación de casos. Otro proyecto que se publicita y que parece activo es el de la red de los Centros de Cirugías menores, que incluye la coordinación por teléfono o por internet con la APS. A nivel local, la región del Bío Bío tiene una red para coordinar la atención de pacientes renales que son derivados desde las postas al Hospital público de Las Higueras de Talcahuano, que cuenta con la primera Unidad de Cuidado Renal Avanzado. Si no fuese por las actividades de formación que incluyen ambos proyectos son típicos de referencia-contrarreferencia.

El gobierno de México, también es uno de los que usan el concepto de RISS desde que se establece el Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS), surgido dentro del Programa Nacional de Salud 2001-2006. Se divide el territorio en 18 zonas y en cada una se pretende articular los hospitales con los otros actores de cada territorio. El enfoque hoy es más una declaración que un conjunto de resultados concretos, las derivaciones están desarticuladas y no se ven proyectos colaborativos, tal vez haya más actividad en los programas para crónicas, como las redes de enfermedades cardiovasculares que han avanzado en las guías clínicas y en varias salas de hemodinamia para intervenciones rápidas. Por eso el Programa Nacional de Desarrollo 2013-2018 (Secretaría de Desarrollo Social, 2014), está impulsando la creación de mecanismos jurídicos para formalizar la integración, pero esto ya escapa a nuestra definición. Uno de los experimentos más publicitados es la Red Mexicana de Municipios por la Salud, una plataforma para compartir experiencias, proyectos, etc.

El Ministerio de Salud y Protección Social colombiano también usa el término: “redes integrales”. La regulación exige a las EPS e IPS que coordinen, bajo el comando de las primeras, con las entidades territoriales correspondientes, sobre a base de reglas técnicas de eficiencia pero obviamente este objetivo se dificulta por los problemas en los mercados de dicho sistema. Los que sobresalen como casos de redes virtuosas muchas veces son parte de los contratos entre EPS e IPS, que abusan del término. En Bogotá se publicita de un modo similar la reorganización del sector salud a partir de cuatro subredes que deben funcionar de manera integrada con las áreas de recursos humanos, financieras y contables, sistemas de información, planeación, jurídica de cada unidad prestadora, supuestamente para dar fin a la competencia desmedida. El modelo se propone dos grandes objetivos: eficientizar procesos administrativos y coordinar la relocalización de pacientes para generar turnos

de urgencias y de cirugías. En otros departamentos el uso del término es similar, por ejemplo, Caldas anuncia haber sido el primero en inaugurar el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), que debe coordinar en red la referencia y contrarreferencia en los 27 municipios, sobre todo en lo relativo al régimen subsidiado. Medellín y Metrosalud también tienen un centro regulador para resolver urgencia y “derivar” al resto. Además, están la Red Nacional de Laboratorios, pero en una tarea muy vinculada al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), desconocemos el grado de colaboración existente. Lo mismo la Red de Bancos de Sangre y Servicios Transfusionales y la Red de donación y Trasplantes, parecen las antiguas instituciones con otro nombre. Fuera de estos ejemplos, alejados de nuestro concepto, sí parece alentadora la “Alianza por la APS”, que define las estrategias para la consolidación de un red nacional de fortalecimiento de capacidades territoriales en un modelo en que el actor principal son los entes territoriales. Sólo que no se dice cómo se está implementando ni aparecen casos.

En Brasil, la estructura del SUS está pensada y se publicita como sistema de redes de cuidado de la salud (RAS), alrededor de la APS. Algunos Estados, a este modelo le ponen nombre de fantasía: en Rio Grande del Sur se llama Red Chimarrao. En Vilaça Mendes (2013) se plantea que no siempre se verifica la relación con el nivel secundario, tampoco la participación comunitaria. Otras “redes” publicitadas son las de pacientes específicos como la “Red de Cigüena” o la Red del Banco de Leche Humana, nucleando actores de diversa índole y escala. Como en otros países, se presentan como una red el conjunto de entidades vinculadas a la Política Nacional de Sangre. A nivel Estadual, la OPS rescata los casos de la Red de Hospitales Comunitarios de San Pablo en Minas Gerais, Tocantins, Pará y Paraná, con una gestión entregada a una Organización Social, o una alianza público-privada. Pero en todos los casos ha habido una integración societaria.

## En conclusión...

En los países centrales, a nivel de debate teórico, las redes son sinónimo de integración y coordinación e incluyen todos los mecanismos del cuasi-mercado para lograrla (con diverso mix en cuanto a la relación público-privada). En AL están asociadas a un problema grave, la fragmentación, por eso está más presentes al menos discursivamente y tienen mucho espacio en las webs institucionales.

De todos modos, se observa que en ambos casos proliferan los proyectos de fortalecimiento de la comunicación entre hospitales y APS, estrategia que es central si se quiere lograr el rol de gatekeeping de ésta última, incluso en AL han proliferado con este nombre los centros reguladores de pacientes, pero no eran las que buscábamos. También hay muchas redes que sirven para darle un nombre más actual a las instituciones clásicas especializadas en enfermedades crónicas con filiales en el territorio o que esconden fusiones legales y contables entre proveedores.

Hay poco de redes horizontales (entre hospitales y entre centros de APS), colaborativas, participativas y con actividades que permitan generar un desarrollo co-evolutivo del sistema en cada escala. Los modelos de proyectos institucionalizados con actividades conjuntas que tienden a la construcción de este tipo de vínculos puede ser un paso.

El tema de las redes integradas debe ser encarado teniendo en cuenta las asimetrías estructurales pero también hay que dar cuenta de un cambio epocal y priorizar la participación autónoma de los sectores populares, sin desmerecer el carácter profesional y el vínculo con la generación de conocimiento del sistema. Estos elementos deben ser constitutivos de un sentido nuevo que involucre una alianza entre el estado, los sectores populares, las OOS y las empresas de la salud más

comprometidas y dinámicas, dispuestas a trabajar con rentas normales. A partir de un aumento del presupuesto y con una APS y la rectoría estatal fuertes, enfrentando las jerarquías. Cualquier intervención en red debe estar plenamente legitimada por las instituciones que la impulsan, aún cuando suponga cierta subversión al modelo oficial existente. De lo contrario esa intervención, marginalizada, reproduce la propia marginalidad de las problemáticas que aborda.

## Bibliografía

Curry and Ham (2011). Integrated care. What is it? Does it work? What does it mean for the NHS? Londres: The King's Found. Disponible en: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Integrated-care-summary-Sep11.pdf>.

Curry, N., & Ham, C. (2010). Clinical and service integration. The route to improved outcomes. Londres: King's Fund. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3601513/>

Durand-Zaleski, I. (2016). The French Health Care System, 2015. In E. Mossialos, M. Wenzl, R. Osborn, & D. Sarnak, 2015 International Profiles of Health Care Systems (pp. 58-67). The Commonwealth Fund.

Henao-Martínez, D., & otros. (2008). Integración Asistencial de Dos Organizaciones en Cataluña, España. *Rev. Salud pública*. 10 (1), 33-48. <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n1/v10n1a04>.

Hernández-Quevedo, C., Llano, R., & Mossialos, E. (2013). Paying for integrated care: an overview. *Eurohealth incorporating Euro*

Observer Vol. 1, No. 2, 3-7. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/191008/EuroHealth-v19-n2.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/191008/EuroHealth-v19-n2.pdf).

Mackenbach, J., & McKee, M. (2013). Successes and Failures of Health Policy in Europef. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/215989/Successes-and-Failures-of-Health-Policy-in-Europe.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/215989/Successes-and-Failures-of-Health-Policy-in-Europe.pdf)

Medina, A., & Narodowski, P. (2015). Estado integración y salud. La gestión en red de un hospital público. Buenos Aires: Fahce.

NHS Commissioning Board. (2012a). The Way Forward: Strategic clinical networks. London: NHS Commissioning Board. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/07/way-forward-scn.pdf>.

NHS Commissioning Board. (2012b). Clinical networks: Frequently asked questions. Londres: NHS England. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/10/cn-faq.pdf>.

OPS (2007) Agenda de salud para las Americas. Panamá. Disponible en: [www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda\\_Salud\\_para\\_las\\_Americas\\_2008-2017.pdf](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf)

OPS (2009) Salud en Sudamérica 2008. Santiago de Chile. Disponible en: [http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud\\_en\\_sudamerica\\_2008.pdf?ua=1](http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud_en_sudamerica_2008.pdf?ua=1)

OPS (2010). “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”. Disponible en: [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=145&Itemid=250](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250)

OPS (2016) Ministerio de Salud refuerza redes asistenciales con instrumentos de OPS/OMS que mejora la gestión y atención usuaria. Disponible en: [http://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=749:minsal-refuerza-redes-asistenciales-con-instrumento-de-opsoms-que-mejora-gestion-y-atencion-usuaria&Itemid=1005](http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=749:minsal-refuerza-redes-asistenciales-con-instrumento-de-opsoms-que-mejora-gestion-y-atencion-usuaria&Itemid=1005).

Pronovost, P., & Jha, A. (2014). Did Hospital Engagement Networks Actually Improve Care? *N Engl J Med*, 691-693. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1405800>.

Ríos, R. (2007) Redes en salud, salud en red: desenredando la terminología. *Revista Chilena de Salud Pública*; Vol. 11 (1): 28-37.

Richardson, D., & Patana, P. (2012). Integrating service delivery: why, for who, and how? *OECD* [https://www.oecd.org/els/soc/Richardson\\_Patana](https://www.oecd.org/els/soc/Richardson_Patana).

Rovere, M. (1999). *Redes en Salud. Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte. <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-121.pdf>.

Shortell, S. (2006). *Integrated Health Systems: Promise And Performance*. School of Public Health, University of California-Berkeley. Disponible en: <https://www.hks.harvard.edu/m-rcbg/hcdp/readings/Integrated%20Health%20Systems%20-%20Promise%20and%20Performance.pdf>.

Shortell, S., & otros. (1996). *Remaking Health Care in America*. San Francisco: Josey-Bass. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8593505>.

- Shortell, S., Anderson, D., Gillies, R., JB, M., & Morgan, K. (1993). Building integrated systems: the holographic organization. *Healthcare Forum Journal*, 20-26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10124166>.
- Thorlby, R. y Arora, S, (2016) The English healthcare system, 2015. En: *International profiles of healthcare systems 2015*. E. Mossialos, M. Wenzl, R. Osborn, D. Sarnak eds. Nueva York: The Commonwealth Fund. (pp 49-58). Disponible en: <https://da7648.approby.com/m/679d3f31e43c2e4e.pdf>.
- Urbieto J R (2007) Modelos de Trabajo en Red en *Revista Educación Social*, Nro 36, España. <https://www.raco.cat/index.php/EducacionSocial/article/viewFile/165566/372129>.
- Vazquez, L., Vargasa, I., Nuñob, R., & Toro, N. (2012). Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. *Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria 2012; 26 Supl 1. Vol. 26 DOI: 1, 94-101*. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/organizaciones-sanitarias-integradas-otros-ejemplos/articulo/S0213911111003670/>.
- Vergara, M., & Bisema, L. (2009). Autogestión hospitalaria en red I: Competencias esenciales para la gestión. *Rev Chil Salud Pública*. Vol. 13 (3), 163-168.