

Marco conceptual para el estudio de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI)

15 Marzo 2004

Ingrid Vargas Lorenzo
María Luisa Vázquez Navarrete
Joan Farré i Calpe
Vladimir Pizarro

Contenido

Resumen ejecutivo 4

Introducción 8

1. Las Organizaciones Sanitarias Integradas: aspectos básicos 10

Definición 10

Características principales 10

Tipos de integración 11

Un modelo de análisis para las OSI 15

2. El entorno de las Organizaciones Sanitarias Integradas 15

2. El entorno de las Organizaciones Sanitarias Integradas 16

2.1. Los determinantes de la aparición de las OSI 16

2.2. Elementos del entorno en la configuración de las Organizaciones Sanitarias Integradas 17

3. El ámbito interno de las Organizaciones Sanitarias Integradas 19

3.1. El modelo de gobierno de la OSI 19

3.2. El modelo organizativo y de gestión 22

3.2.1. La dimensión estratégica 23

3.2.2. La estructura organizativa 25

3.2.2.1. La agrupación en unidades 26

3.2.2.2. Los mecanismos de coordinación de unidades y actividades 26

3.2.2.2.1. El tipo de estructura según la agrupación de las actividades y los mecanismos de coordinación 31

3.2.2.4. Los sistemas de planificación y control 32

3.2.2.4.1. El tipo de estructura según la agrupación de las actividades y los sistemas de planificación y control 32

3.2.2.5. La descentralización de la toma de decisiones 33

3.2.2.4. Los tipos de descentralización y los mecanismos de coordinación 33

3.2.2.6. Factores de contingencia 34

3.2.2.7. La configuración estructural de la OSI 37

3.2.3. La cultura organizativa 39

3.2.3.1. Los elementos de la cultura 39

3.2.3.2. Las funciones de la cultura 41

3.2.3.3. Las estrategias para fomentar una cultura integrada alineada con la dimensión estratégica de la OSI 43

3.2.4. El liderazgo 44

3.2.5. Sistema de asignación de recursos dentro de la OSI 44

3.3. La coordinación asistencial 45

3.3.1. ¿Qué significa la coordinación asistencial? 45

3.3.2. Modelos de colaboración asistencial 46

3.3.3. La organización de la asistencia 48

3.3.4. Instrumentos de coordinación asistencial 48

3.3.4.1. La planificación de la atención, las guías y protocolos 49

3.3.4.2. Sistemas de información vertical 51

3.3.4.3. Otros canales de comunicación 53

3.3.4.4. Grupos de trabajo 53

3.3.4.5. Sistema experto 55

3.3.5. Estrategias de gestión de la atención 56

- 3.3.5.1. Los Programas de gestión de enfermedades (PGE) 56
- 3.3.5.2. La Gestión de casos (GC) 58
- 3.3.5.3. Atención compartida ("shared care") 59

Bibliografía 60

Resumen ejecutivo

Diversos factores han llevado a la transformación del énfasis en los discursos dominantes en las políticas de salud de la competencia hacia la búsqueda de la cooperación y coordinación de los proveedores de salud. Así han surgido nuevas experiencias en las formas de organización y gestión de los servicios de salud y, entre ellas, las Organizaciones Sanitarias Integradas. Estas experiencias han tenido lugar sobre todo en EEUU, pero también en nuestro entorno, donde, sin embargo, han sido escasamente estudiadas. En este documento se presenta un marco teórico que se utilizará para el análisis de seis experiencias con organizaciones sanitarias integradas en Cataluña.

Se define una Organización Sanitaria Integrada (OSI) como la red de organizaciones que ofrece una atención coordinada a través de un continuo de servicios de salud a una población determinada y que se responsabiliza de los costes y de los resultados en salud de la población. Sus objetivos finales son la búsqueda de la eficiencia en la provisión y la continuidad en la atención prestada, mediante la coordinación de los servicios o integración clínica. Las características claves para su descripción, de acuerdo a la bibliografía son: amplitud y profundidad de la integración, proporción de producción interna de los servicios, concentración geográfica y formas de relación entre las organizaciones participantes. A partir de estas características, así como de quién ejerce el liderazgo en la gestión, se pueden identificar distintos tipos de OSI.

El modelo que se presenta para el análisis de las OSI en Cataluña se ha construido mediante la incorporación de elementos procedentes de distintos autores. Propone el análisis del desempeño de la OSI, en relación a sus objetivos finales de eficiencia y continuidad en la atención, mediante el análisis de elementos externos o del entorno y de elementos internos. El modelo considera que la conformación de una OSI como un proceso.

Los elementos del entorno que influyen en el desarrollo de las OSI, pueden ser de carácter económico, social y político. Así mismo, se habrá que tener en cuenta la forma de asignación de recursos a la OSI que utiliza el sistema de salud en el que se encuentra insertada. En el ámbito interno se consideran el modelo de gobierno, el modelo organizativo y de gestión. El desempeño de la OSI, se analizará en relación a la consecución de las estrategias globales, así como aspectos relativos a su eficiencia y la coordinación asistencial.

El gobierno de una organización debería determinar sus objetivos, formular las políticas y tomar las decisiones y, por tanto, ser un elemento clave para el funcionamiento de la OSI. Para analizar su papel en el desempeño de la OSI, se deben tener en cuenta cuatro dimensiones del gobierno: el grado de centralización (control), la agrupación de unidades

bajo el gobierno (estructura), las características de los miembros de los órganos de gobierno (composición) y su funcionamiento. No existe un modelo único ideal de gobierno para las OSI, pero se consideran atributos de buen gobierno, la responsabilidad global del gobierno con la OSI y su población, la coordinación entre los distintos órganos de la OSI, el pluralismo en su composición y la existencia de una representación de los médicos.

Dentro del modelo organizativo y de gestión de una organización de salud, se identifican su dimensión estratégica, su estructura, cultura y las características del liderazgo, como los elementos más asociados con la integración clínica o coordinación asistencial.

Se considera como dimensión estratégica al conjunto de la misión, objetivos y estrategias que definen el alcance y la dirección de las actividades de una organización. Entre los objetivos fundamentales de la OSI deberían encontrarse la búsqueda de la coordinación y la eficiencia en la provisión de la atención a la salud. Así mismo, las estrategias de la OSI deberían estar claramente orientadas a estos objetivos y, aún más ser puestas en práctica.

La estructura de las organizaciones se configura a partir de la forma de agrupación de las actividades en unidades, de los mecanismos que se establecen para coordinar estas unidades y sus actividades, así como, de los sistemas para tomar decisiones. La agrupación de actividades se puede realizar bien por productos o servicios, bien por las funciones necesarias para producirlos. Los mecanismos de coordinación fundamentales son de adaptación mutua (puestos de enlace; grupos de trabajo o comités; directivos integradores; estructuras matriciales), supervisión directa y normalización. Para la coordinación de acciones también se utiliza la planificación, que se puede realizar mediante fijación de objetivos y control de resultados o por la planificación de actividades específicas, y con un mayor o menor grado de descentralización en la toma de decisiones. La combinación de todos estos elementos determinará el tipo de estructura que adopta la organización, cuya configuración final podrá estar influida, además, por los llamados elementos de contingencia (edad, tamaño, tecnología, entorno y poder). La configuración estructural de una organización, a su vez, influye en la forma y grado en la que se coordinan sus actividades.

La cultura de una organización es el patrón de presunciones básicas desarrollado para adaptarse al entorno e integrar a sus miembros y guía la conducta de los miembros de la organización. Por lo tanto, por un lado, puede contribuir a implantar los objetivos y estrategias de las organizaciones en la medida en que la cultura y las estrategias están alineadas y, por otro, puede ser un elemento integrador en sí mismo, si toda la organización comparte una cultura común. La integración asistencial, por tanto, no sólo se vería fortalecida por la existencia de una cultura común, sino también, por la presencia en esta, de valores orientados hacia la coordinación, como la colaboración, el trabajo en equipo y la

evaluación por resultados. La cultura se puede analizar a partir de sus elementos básicos que, de acuerdo a su nivel de visibilidad, se clasifican en: artefactos (los más visibles: imágenes, lista de valores publicados, sistema de incentivos, etc.), valores expuestos (aquellos que se expresan) y presunciones básicas o teorías en uso (implícitas en el comportamiento).

Los líderes de las organizaciones desempeñan un papel clave en el cambio organizativo y la adopción, por parte de los miembros de la organización, de la misión y estrategias basadas en la integración clínica o coordinación de la atención. Por lo tanto, uno de los aspectos claves en el proceso de integración es la existencia de un liderazgo claro hacia la integración, capaz de comunicar una visión colectiva y de buscar mecanismos que posibiliten el aprendizaje de las actividades que apoyan esta visión.

La asignación de recursos a las distintas unidades puede generar un incentivo para tratar a los pacientes en el lugar más costo-efectivo y, por tanto, para la coordinación y eficiencia del sistema. Para que sea posible, las distintas unidades operativas, deben ser conscientes de que reciben un presupuesto común y que son responsables de los costes propios y de la totalidad de la OSI. La forma en que se imputan los ingresos y gastos a las unidades operativas, por ejemplo, como centros de coste y el conocimiento de esta información, influirá en esta percepción.

Para el análisis del desempeño de la OSI, se define coordinación asistencial como la concertación de los servicios necesarios para atender al paciente a lo largo del continuo asistencial, cuyo grado máximo supone la integración de la atención y cuya percepción por el paciente, supone la continuidad asistencial. La coordinación entre niveles asistenciales puede adquirir diversas formas, de acuerdo a la intensidad de la interacción: provisión paralela, gestor-consulta y co-provisión de la atención; su conformación dependerá de la complejidad de las necesidades, el modelo organizativo y la cultura de colaboración de los profesionales.

La coordinación de atención a lo largo del continuo requiere la organización de la asistencia, es decir, organización del trabajo, definición de roles y tareas entre los distintos profesionales.

Diversos instrumentos se pueden utilizar para la lograr la coordinación asistencial: la planificación de la atención, guías y protocolos clínicos; sistemas de información vertical a lo largo de la organización, que recojan información económica, operacional, para planificación y análisis e información clínica; uso de otros canales de información; grupos de trabajo y sistema experto. El sistema de información clínica en una OSI, debería incluir a) una sistema de registros clínicos integrados a lo largo del continuo asistencial; b)

herramientas de soporte a la decisión clínica y c) sistema de información para el análisis de resultados en la población atendida.

Existen algunas estrategias específicas que se han desarrollado en distintos sistemas de salud para gestionar coordinadamente la atención de pacientes crónicos: programas de gestión de enfermedades; gestión de casos y atención compartida.

Introducción

En la década de los ochenta y principio de los noventa, la introducción de la competencia por los mercados fue una de las reformas sanitarias más promovidas en la mayoría de los países. En los últimos años, al contrario, se ha producido un abandono de las estrategias de promoción de la competencia orientándose el discurso sanitario hacia el logro de una mayor eficiencia y hacia el aumento de la coordinación entre proveedores que garantice la continuidad en los servicios de salud que se proveen.

Durante estos últimos años, proveedores, financiadores, y analistas de políticas de salud han expresado un creciente interés en el desarrollo de Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs) (Devers KJ et al. 1994). Este interés surge del consenso que se han generado con respecto a que tales organizaciones representan una forma de organización innovadora que puede ser capaz de responder a los desafíos emergentes en el entorno de la salud (Devers KJ et al. 1994). Estos desafíos incluyen el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas que requieren una atención coordinada, los rápidos avances en tecnología, los cuales aumentan la esperanza de vida y aumenta los costos mientras entrega nuevas oportunidades de tratamientos alternativos a la hospitalización convencional, o la mejora de la eficiencia mediante una mejor articulación entre niveles que permita dar la atención en el lugar más coste-efectivo.

Este cambio de paradigma en la política sanitaria sigue la línea de diversas experiencias de integración de servicios sanitarios, que a pesar de desarrollarse en diferentes países, presentan elementos comunes. La integración de proveedores de salud ha sido analizada sobre todo en EE.UU., donde durante la última década este fenómeno ha experimentado un gran crecimiento en el contexto de un sistema sanitario muy fragmentado.

En Cataluña, con un modelo de salud muy diferente (Sistema Nacional de Salud con diversificación en la titularidad de la provisión), han aparecido progresivamente organizaciones de este tipo. Normalmente son lideradas por un hospital al que se le contrata la gestión de la atención primaria de un territorio, y es responsable de cubrir un rango de servicios para la población de aquel territorio. No obstante, a diferencia de EE.UU., donde la literatura sobre el tema es abundante (Conrad & Hoare 1994; Conrad & Dowling 1990; Conrad & Shortell S.M. 1996; Devers et al. 1994; Shortell et al. 2000; Shortell, Gillies, & Anderson 1994), en Cataluña y en España son escasos los estudios sobre integración de organizaciones sanitarias.

Este estudio pretende contribuir a conocer mejor estas experiencias en nuestro entorno proponiendo, en primer lugar, un marco teórico para el estudio de los proveedores integrados de salud, en segundo lugar, analizando diversos casos de organizaciones sanitarias integradas en Cataluña.

1. Las Organizaciones Sanitarias Integradas: aspectos básicos

Definición

Una Organización Sanitaria Integrada (OSI) es una red de organizaciones que ofrece una atención coordinada a través de un continuo de servicios de salud a una población determinada y se responsabiliza de los costes y resultados de salud de la población (Shortell, 1993).

Siguiendo esta definición, los tres elementos que delimitan, este tipo de organizaciones son, en primer lugar, la coordinación de la atención a lo largo del continuo asistencial, la cobertura de servicios a una población determinada y la responsabilidad sobre los costes y resultados de salud de la población que atiende.

El rango de servicios que ofrece esta organización podría incluir la atención primaria, especializada y sociosanitaria.

Dos de los objetivos finales que persiguen estas 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.

Gillies et al. (1993) se refieren a este objetivo intermedio con el término de *integración clínica*. Una Organización Sanitaria Integrada persigue la integración clínica, es decir la coordinación de los servicios necesarios para atender al paciente a lo largo de las diferentes actividades y unidades operativas del sistema en el lugar más coste-efectivo.

Características principales

Las características que la literatura considera claves para describir de manera general una organización sanitaria integrada son (Shortell et al, 1993; Conrad y Dowling 1990):

- La **amplitud de integración**, es decir, número de diferentes funciones y servicios que provee la OSI a lo largo del continuo de atenciones de salud. El continuo asistencial abarca la promoción y la prevención, la atención ambulatoria, los tratamientos de pacientes agudos y crónicos y los tratamientos de rehabilitación (Shortell et al. 1993). Por lo tanto, la amplitud de integración indica el rango de funciones y servicios de salud que una OSI provee (Harrigan K.R. 1985).
- La **profundidad de integración**, o el número de diferentes unidades que posee una OSI para proveer una determinada función o servicio (Shortell, 1993)
- La **concentración** geográfica, esto es, la distancia a la cual se encuentran las distintas unidades operativas de una OSI.

- El **nivel de producción de servicios dentro de la OSI**, es decir, la cantidad de servicios proveídos dentro de la propia organización sanitaria en comparación a la cantidad de servicios que son comprados a otros proveedores de salud en cualquier particular etapa del continuo de salud
- La **forma que adoptan las relaciones entre las organizaciones** que conforman la OSI, esto es, el tipo de propiedad o relaciones contractuales que establece una determinada OSI (Simoens y Scott, 1999). La relación entre las entidades puede estar definida por un amplio abanico de formas de propiedad y relaciones contractuales, con completa propiedad de todas sus partes en un extremo del espectro (absorciones y fusiones) y relaciones contractuales de distinto tipo en el otro extremo (desde relaciones de tipo informal, flexibles y simples entre dos organizaciones, hasta vínculos más profundos entre organizaciones que necesitan fuertes relaciones entre ellas para sostenerse y sobrevivir). Las formas híbridas que se posicionan entre uno y otro extremo se caracterizan por combinaciones específicas de relaciones contractuales y propiedad de ciertas partes de la organización (Simoens y Scott, 1999).

Tipos de integración

A partir de las características descritas más arriba, surgen diversas clasificaciones de OSI atendiendo a los siguientes principios de clasificación:

- **Según el tipo de servicios que se integren**

La integración entre proveedores puede darse en el mismo nivel asistencial o en distintos niveles asistenciales (Conrad & Dowling 1990). Por lo tanto existirían dos tipos de integración horizontal o vertical:

1. **Integración horizontal:** es la unión y coordinación de servicios que se encuentran en la misma etapa en el proceso de producción de salud (Conrad & Dowling 1990). Este tipo de integración estaría diseñada para aumentar la coordinación y control de las atenciones de salud que se encuentran en la misma etapa de provisión de servicios de salud y para facilitar la colaboración inter-organizacional y la comunicación entre proveedores de salud que se han involucrado en la provisión de éstos servicios (Simoens y Scott, (Simoens & Scott 1999).

Buenos ejemplos de este tipo de integraciones lo constituyen los llamados Sistemas Multi-Hospitalarios (SMH), constituidos por la integración de dos

o más hospitales que son propiedad, son arrendados o establecen un contrato de administración con una organización central.

2. **Integración vertical:** es la unión y coordinación de servicios que se encuentran en diferentes etapas en el proceso de producción de salud (Conrad & Dowling 1990). Por lo tanto, este tipo de integración está diseñada para aumentar la coordinación y control de las atenciones de salud a lo largo del continuo asistencial y para facilitar la colaboración inter-organizacional y la comunicación entre proveedores de salud que se han involucrado en la provisión de estos servicios.

En la literatura (Gillies et al. 1993) se han descrito además, dos tipos de integración vertical, “hacia atrás” (backward), cuando la organización se integra con un proveedor de materia prima (ej. proveedor de equipamiento e insumos médicos), o “hacia delante” (forward), cuando lo hace con un cliente (ej. cuando un centro de atención primaria se integra con un hospital).

Este tipo de integración es muy importante para las OSIs debido a que esta representa el proceso por el cual se coordina el continuo de cuidados de salud (Shortell et al. 1996).

- **Según el tipo de liderazgo**

En la literatura (Shortell, Gillies, & Anderson 1994) se han definido distintos tipos de OSIs dependiendo del tipo de institución que ejerza el liderazgo:

1. **OSIs lideradas por hospitales.** En este caso la red se organiza en torno a un hospital existente. Son las más frecuentes, debido principalmente a los recursos y experiencia financiera, organizacional y de liderazgo de este tipo de instituciones. Estas ventajas, sin embargo, pueden ser compensadas por un excesivo énfasis en atención a pacientes agudos, centrados en llenar las camas de los hospitales

Es preciso señalar que una integración liderada por los hospitales puede retardar la innovación y la reasignación de recursos entre sectores asistenciales, por lo que debería prestarse particular atención a orientar las OSI hacia la atención primaria de salud. Ayudan a esta orientación las políticas de recomposición de la oferta de recursos humanos (frenar la sobre-especialización), dar poder de compra a la atención primaria sobre la atención especializada y un refuerzo de la atención primaria no sólo como

puerta de entrada del sistema sino como gestor de la utilización sanitaria (Ortún 2003).

2. **OSIs lideradas por los grupos de médicos.** Este segundo tipo consiste en organizar la red alrededor de un grupo de médicos que son propietarios o que contratan los servicios de atención especializada que necesitan. La potencial ventaja de este tipo de liderazgos reside en la proximidad con los pacientes debido a que quienes lideran son los principales proveedores de atención salud. Las potenciales desventajas, sin embargo son que muchos grupos de médicos no tienen el tamaño suficiente, capital o experiencia suficiente para llevar adelante una OSI.
3. **OSIs híbridas lideradas por hospitales y grupos de médicos:** Este tipo de liderazgo tiene muchas potenciales ventajas en que se combinan los recursos y experiencias financieras y organizacionales de los hospitales con la mirada clínica de los médicos y su proximidad a los pacientes. Estas ventajas, sin embargo, demandan un gran pacto de confianza entre médicos y hospitales, fuerte liderazgo por ambas partes y un compromiso a trabajar a través de los problemas. Esto también requiere un suficiente balance entre médicos de atención primaria y especialistas.
4. **OSIs lideradas por aseguradoras.** Este cuarto tipo de OSI se da cuando la red está organizada alrededor de la compañía de aseguramiento. Las ventajas de las OSI lideradas por estas instituciones son su experiencia actuarial, soporte administrativo y experiencia en marketing. Una importante potencial desventaja es la pérdida de entendimiento por parte del proveedor de los servicios que presta y la intrincada red de profesionales y relaciones institucionales que deben ser mantenidas a través del continuo de salud.

Probablemente el liderazgo ejercido por aseguradoras sea el menos propenso a reunir las características de un sistema efectivo (Shortell & Hull 1996).

Si bien no existe evidencia sobre las diferencias de funcionamiento de estos diferentes sistemas de liderazgo, es probable que el liderazgo híbrido tenga el mayor potencial para proveer atenciones de salud costo-efectivas a la población (Shortell, Gillies, & Anderson 1994). Al reunir los recursos y experiencia administrativa de los hospitales con la capacidad de provisión de los médicos, el liderazgo híbrido puede potencialmente proveer una mayor continuidad de atenciones de salud que los hospitales o los médicos actuando por separado.

Esto, sin embargo, depende de rol de liderazgo que desempeñen los proveedores de atención primaria en el desarrollo del sistema (Shortell & Hull 1996).

- **Según el grado de integración**

Harrigan (Harrigan K.R. 1985) realiza una clasificación entre distintos tipos de organizaciones sanitarias en función de la cantidad de servicios que producen internamente distinguiendo entre:

- 1 **Organizaciones con integración total.** Son aquellas organizaciones que están totalmente integrada porque proveen todos sus servicios a partir de recursos internos, es decir tienen un 100% de transferencia interna de productos y servicios. Las organizaciones totalmente integradas tienen completa propiedad de sus bienes.
- 2 **Organizaciones con cuasi-integración.** Son aquellas organizaciones que no tienen total propiedad de sus bienes y deben asociarse para proveer determinados servicios de salud. Por ello, recurren a distintos mecanismos para asegurar relaciones estables con sus socios, las cuales residen en algún punto entre contratos a largo plazo y propiedad total. En estas organizaciones existe menos del 100% de transferencia interna de productos y servicios.
- 3 **Organizaciones no integradas.** Son aquellas organizaciones que deciden no integrarse y depende completamente de proveedores externos que le provean los servicios que necesita para poder proveer sus propios servicios de salud. El compromiso que facilita la confianza sobre aquellas partes externas son usualmente trazadas en términos de contratos que representan responsabilidades conjuntas pero no integración interna. En estas organizaciones existiría 0% de transferencia interna de productos y servicios.

- **Según la forma de las relaciones interorganizacionales**

Shortell et al. (1996) proponen la siguiente clasificación de OSIs a partir del tipo de relación que se establece entre las distintas organizaciones que integran la OSI:

- 1 **OSI Vertical.** Este primer tipo corresponde a aquellas OSI que ejercen el control y propiedad directa sobre todas las partes de la organización.
- 2 **OSI Virtual.** Los procesos de integración virtual pueden articularse a través de un conjunto de fórmulas jurídicas muy diferentes: redes integradas de servicios (Networking), consorcios y grupos (Join ventures).

- 3 **OSI Híbrida.** Por último, este tercer tipo de OSI se correspondería con aquellas organizaciones que son una mezcla de las dos anteriores, donde existirían relaciones contractuales y propiedad de algunas partes dentro de una OSI.

Un modelo de análisis para las OSI

La definición de OSI que utilizan estos autores (Shortell et. al. 1993) encierra en si misma un "ideal" (Shortell et al., 1996). Es decir, una organización sanitaria se podría considerar *efectivamente* integrada en la medida que posea los tres elementos arriba mencionados: la coordinación de la atención a lo largo del continuo asistencial, la cobertura de servicios a una población determinada y la responsabilidad sobre los costes y resultados de salud de la población que atiende. Por lo tanto, la formación de una OSI se puede contemplar como un proceso en el que en la parte final, si concluye con éxito, la organización será capaz de proveer una atención de manera coordinada haciéndose responsable de los costes y la salud de una población determinada.

En este proceso intervienen elementos tanto internos como externos de las organizaciones que influyen positiva o negativamente en el grado de integración clínica o coordinación asistencial que efectivamente alcanzan las organizaciones. En la Figura 1. se recogen estos elementos que constituyen el modelo de análisis de la OSI.

Figura 1. Modelo de análisis de la OSI



2. El entorno de las Organizaciones Sanitarias Integradas

2.1. Los determinantes de la aparición de las OSI

Distintos autores (Conrad & Dowling 1990; Shortell, Gillies, & Anderson 1994; Skelton-Green & Sunner 1997) han señalado que las OSIs, habrían surgido en respuesta a distintas condiciones en el entorno sanitario, incluyendo presiones en la contención de costos, aumento en las demandas por mayor calidad y continuidad de las atenciones de salud y por las reformas que se han generado en este sector:

- Determinantes económicos

La necesidad de realizar un efectivo control del gasto sanitario ha sido, desde hace ya un par de décadas, una fuerza dominante sobre los objetivos y misiones de las organizaciones sanitarias, las cuales desde la década de los 80s y han recibido fuertes presiones para lograr una contención sobre sus costes (Shortell y Hull, 1995).

En la búsqueda de la contención del gasto, han aparecido los sistemas de pago prospectivos como el pago capitativo que se han utilizado como mecanismo para transferir un mayor riesgo financiero a los proveedores de salud.

- Determinantes sociales

A través de las mejoras en educación en salud y el perfeccionamiento en los conocimientos de salud, la población de distintos países desarrollados se ha convertido cada vez más en conocedora de sus necesidades de salud y demandante de una mayor calidad en los servicios de salud que recibe (Skelton-Green y Sunner, 1997). Esto ha ido acompañado de fuerzas demográficas que incluyen un incremento en la proporción de ancianos con una mayor carga de enfermedades crónicas, grupos minoritarios y otros con necesidades especiales de atenciones de salud, los cuales requieren una mayor cantidad de servicios en los cuales deben participar equipos de salud multidisciplinarios que garanticen la continuidad en la provisión de estos servicios.

- Determinantes políticos

En la búsqueda de una mayor eficiencia las autoridades de distintos países han implementado una serie de medidas regulatorias que han tendido a la implementación de sistemas sanitarios que buscan la integración entre los distintos proveedores de salud (Ibern & Calsina 2001).

En países como Canadá, por ejemplo, varias provincias se han embarcado en reformas de sus Servicios de Salud (Skelton-Green & Sunner 1997), las cuales han comenzado a integrar servicios de salud prestados a la población como salud mental, servicios de salud domiciliaria e incluso algunos servicios sociales.

2.2. Elementos del entorno en la configuración de las Organizaciones Sanitarias Integradas

Distintas condiciones en el entorno sanitario contribuyen a la aparición y configuración de las OSI, entre otras, la necesidad de controlar el gasto sanitario, las reformas a los sistemas de salud, así como los cambios en las necesidades de atención (Conrad & Dowling 1990; Shortell, Gillies, & Anderson 1994; Skelton-Green & Sunner 1997).

Entre los elementos externos que afectan al proceso de integración asistencial destaca el *modelo de asignación de recursos* y el *sistema de incentivos asociado*. Los sistemas de pago tradicionales que se aplican de manera independiente para cada nivel asistencial -pago por acto, por actividad o presupuesto- desincentivan la coordinación entre niveles asistenciales. Por su parte, la financiación capítativa se está introduciendo recientemente como instrumento que podría fomentar la cooperación entre proveedores (Vargas 2002). Teóricamente el pago per cápita incentiva a la red de proveedores a buscar fórmulas para alinear sus intereses con los objetivos globales de la red, a reducir costes y a fortalecer la calidad de los servicios, ya que los proveedores percibirían que reciben un único presupuesto y que las acciones en un punto concreto de la red repercuten en la cuenta de resultados del resto. Para ello el sistema de asignación debe permitir responsabilizar a cada proveedor tanto de los costes directos, como de los que inducen sobre el resto de la red, de manera que, la red intentaría tratar el problema de salud en el lugar más costo efectivo dentro del continuo asistencial (Shortell, Gillies, & Anderson 1994).

Por otro lado, las *políticas sanitarias* y las consecuentes medidas regulatorias contribuyen a la configuración de los sistemas sanitarios y, en algunos contextos, han ocasionado la implementación de sistemas sanitarios que buscan la integración entre los distintos proveedores de salud (Ibern & Calsina 2001). En Canadá, por ejemplo, varias provincias han introducido reformas de salud que buscan la integración de algunos servicios como salud mental, atención domiciliaria y algunos servicios sociales (Skelton-Green & Sunner 1997).

De igual manera las *características de la población* a la que atiende, constituida por grupos con distintas cargas de enfermedad, minoritarios o especiales que pueden requerir la atención de equipos de salud multidisciplinarios que garanticen la continuidad en la provisión de estos servicios, y del *territorio* en que se encuentra - extensión, comunicación, presencia de otros proveedores-, influirán en integración de los proveedores (Skelton-Green & Sunner 1997).

3. El ámbito interno de las Organizaciones Sanitarias Integradas

3.1. El modelo de gobierno de la OSI

Los gobiernos de las organizaciones determinan los objetivos organizacionales, formulan políticas y toman decisiones. Por lo tanto, el gobierno de la OSI será un elemento crítico que podrá obstaculizar o facilitar la integración.

Las dimensiones del gobierno de una organización son el control, la estructura, la composición y el funcionamiento (Pointer et al., 1995).

- El **control** está relacionado con el grado de centralización del gobierno de la organización. Es decir, si la OSI está gobernada por un único órgano de gobierno (board) (gobierno corporativo o del sistema), o descentralizada en múltiples órganos de gobierno. Las ventajas de la centralización son bien conocidas (Forest et al, 1999): claridad de objetivos, unidad de mando única y compromiso con la totalidad del sistema que gobierna. Un gobierno descentralizado, no obstante, acerca la toma de decisiones a aquel nivel en el que las personas conocen bien las circunstancias locales (Pointer et al, 1995). En este caso, el proceso de toma de decisiones es mucho más ágil y rápido. Respecto a esta dimensión se produce un tradeoff entre la flexibilidad de las respuestas a los cambios locales, por un lado, y el logro de unos objetivos y estrategias globales para el sistema, por otro.
- La **estructura** del gobierno está relacionada con cómo la organización agrupa las unidades bajo un mismo órgano de gobierno. Los órganos de gobierno pueden establecerse por regiones, por grupos de unidades operativas (equipos de atención primaria, hospital,...), etc.
- El **funcionamiento** (functioning) del gobierno está relacionado con las responsabilidades que ejerce cada órgano de gobierno derivadas del rol que desempeña dentro del gobierno de las OSI. Las responsabilidades que puede ejercer el órgano de gobierno de una organización incluye (Savage et al.,1997) formular los fines de la organización, esto es, la misión y visión; asegurar que la gestión de la organización alcanza un nivel de desempeño elevado; asegurar una financiación adecuada para la organización, asumir la responsabilidad sobre la efectividad de su propio desempeño como órgano de gobierno. Los roles incluyen la formulación de políticas que guíen la toma de decisiones y la acción en la OSI; la toma de decisiones sobre aquellos asuntos sobre los cuales son responsables; la monitorización de las decisiones y logro una visión global del sistema

monitorizando las decisiones de manera que sean consecuentes con las políticas establecidas.

Si el gobierno de la OSI está centralizado, el órgano de gobierno de la OSI desempeñará todos los roles y asumirá las responsabilidades. Si existen múltiples órganos de gobierno, los roles y las responsabilidades se encontrarán repartidas.

- La **composición** del gobierno está relacionada con el los miembros que se seleccionan para que formen parte de los órganos de gobierno de la OSI. Los miembros del gobierno corporativo de la OSI puede proceder de las unidades operativas que integran la OSI o no estar ligados a ellas. Por un lado, la representación de las unidades en el gobierno del sistema puede aportar información valiosa para conocer la situación del sistema y formular los objetivos y estrategias, pero por otro se puede perder la objetividad y visión de conjunto y convertir este órgano en una "cámara legislativa" a la cual se lleven las prioridades y políticas propias (Alexander et. al., 1995). Este problema se agudizaría si el órgano no es representativo. Los miembros de los órganos de gobierno pueden tener una dedicación parcial o completa. La complejidad del gobierno de este tipo de organizaciones parecería requerir la presencia de miembros con una dedicación elevada (Alexander et. al., 1995) y una preparación específica. Otro aspecto relevante en relación a la composición es si la gestión debería jugar un papel más relevante en el gobierno de la OSI. En este caso el gerente/s de la OSI podría tener "voz" en el gobierno, o incluso "voto".

Existen diversos modelos de gobierno para una OSI. En un extremo encontraríamos OSI gobernadas por un único órgano corporativo y en el otro extremo por múltiples gobiernos. Entre estos dos extremos aparecen múltiples soluciones que Alexander et al (1995) resume en estas:

- Coexistencia de múltiples órganos de gobiernos *locales* y un órgano de gobierno del sistema, los cuales se repartirían las funciones y roles. Por ejemplo, el gobierno del sistema podría tener un rol más estratégico mientras que los gobiernos locales estarían más vinculados al gobierno de los servicios.
- Existencia de un gobierno del sistema con todos los roles y responsabilidades descritas, y múltiples órganos locales con un papel consultivo.

No existe evidencia empírica de qué modelo de gobierno permite alcanzar un mayor grado de integración del sistema (Alexander et al, 1995). No obstante, los atributos que se consideran deseables para una *buena gobernabilidad del sistema* son la responsabilidad global con el sistema y con la comunidad, la coordinación entre los diferentes órganos de

gobierno, el pluralismo o equilibrio de poderes (Forest et. al., 1999) y la representación de los médicos en los órganos de gobierno (Alexander et. al, 1994).

- **Responsabilidad con el sistema y con la población que atiende.** La gobernabilidad de una organización integrada requiere tener una perspectiva de sistema a la hora de tomar decisiones estratégicas. Una visión global puede querer decir modificar los roles que desempeñan el hospital o la atención primaria en la atención a la salud. La falta de conocimiento o experiencia en alguno de estos niveles puede producir que los líderes del sistema (los miembros de los órganos del gobierno y de gestión), se centren exclusivamente en aquello que conocen, normalmente el hospital. Los mecanismos que pueden utilizarse para mejorar la responsabilidad del gobierno con el sistema son: la articulación y entendimiento claro de cuál es la visión del sistema por parte del gobierno, la selección de miembros del gobierno con conocimiento y experiencia en todos los sectores y la información y formación de los miembros del gobierno para fortalecer su visión global (Alexander et al., 1994).

La responsabilidad con el sistema no solo requiere tener una visión global sino también comprometerse con el buen desempeño de los roles y responsabilidades que adquiere el gobierno. Esto pasa necesariamente por la evaluación del desempeño de los órganos de gobierno de la OSI.

Uno de los elementos que definen una OSI es su responsabilidad sobre una población determinada. Esto quiere decir que la OSI debe tener una perspectiva amplia que abarque las necesidades de la población que atiende. La responsabilidad amplia sobre el territorio representa diversos retos para el gobierno de una OSI. En primer lugar, la necesidad de tener experiencia y conocimiento de las necesidades de la población. Esto se puede obtener incorporando en los gobiernos a miembros que tengan influencia política en la población. Y en segundo lugar la coordinación con otras entidades del territorio (servicios sanitarios y sociales). Esto último se puede conseguir a través, por ejemplo, de la participación en consejos consultivos, comités permanentes, grupos de trabajo,...

- **Coordinación entre los diferentes órganos de gobierno**

En una OSI, una de las responsabilidades críticas de su gobierno es la coordinación de las diferentes entidades, actividades y estrategias bajo el paraguas del sistema (Alexander et. al. 1994). Esto requiere coordinar los diferentes órganos de gobierno de las entidades que constituyen la OSI de manera que se asegure la consistencia en la visión, objetivos y estrategias a lo largo del sistema. Existen diversas aproximaciones y mecanismos para conseguir la coordinación de las actividades de gobierno de las OSI: la rotación de los miembros por los distintos gobiernos o la presencia de algunos en varios órganos a la vez, el desarrollo de una cultura de

gobierno común y la utilización de mecanismos como un sistema de información para el gobierno del sistema. No existe evidencia, no obstante, en relación a la eficacia de estos mecanismos para integrar la dimensión estratégica de la organización.

Para un buen gobierno de la OSI se necesita tener acceso a información que permita evaluar el desempeño de las unidades operativas y del sistema. Dado que la OSI es responsable de la salud de la población que cubre, el gobierno del sistema requerirá información de resultados de salud de la población. Puesto que la integración es un proceso, también necesitará información que le permita monitorizar el progreso de la integración del sistema. Además necesitará complementar la información para evaluar el desempeño de los departamentos, con información sobre el desempeño de procesos que se lleven a cabo a lo largo del sistema. Esta información puede estar recogida, por ejemplo, en un cuadro de mando.

La literatura sobre el tema (Alexander et. al. 1994, Savage et al, 1997) identifica una serie de obstáculos que pueden dificultar el cambio que se tiene que dar en el gobierno de la OSI para permitirle alcanzar los atributos más arriba mencionados. Entre las barreras externas estarían sistemas de pago, estándares de acreditación y requerimientos regulatorios que imponen restricciones al cambio. Entre las barreras internas, las más importantes serían, la falta de entendimiento de los roles y responsabilidades de los gobiernos, la falta de perspectiva de sistema y la focalización en los intereses propios, el miedo al cambio y el deseo de preservar la autonomía, los roles y responsabilidades históricas.

3.2. El modelo organizativo y de gestión

En el modelo organizativo y de gestión, la *visión de la organización*, la *estructura de la organización*, la *cultura organizativa* y el *liderazgo*, serían los elementos de las organizaciones más asociados con la integración clínica o coordinación asistencial.

- El desarrollo de un conjunto coherente de misiones, metas y objetivos define el alcance y la dirección de las actividades de la organización. Por lo tanto, en la medida que los objetivos y estrategias de la OSI estén claramente orientado a la coordinación, será más fácil la consecución de la misma.
- Las organizaciones utilizan diversos criterios para agrupar las actividades en unidades, mecanismos para coordinar estas unidades y tareas, y sistemas para tomar decisiones. Todos estos elementos que configuran el tipo de estructura que adopta la organización, influyen en la forma y grado en la que se coordinan las actividades de las organizaciones.

- La cultura de una organización guía la conducta de los miembros de la organización. Por lo tanto, por un lado contribuye a implantar los objetivos y estrategias de las organizaciones en la medida en que cultura y estrategias están alineados, y por otro, constituye un elemento integrador en sí mismo si todo el sistema comparte una cultura común (Schein, 1992). La integración asistencial no solo se verá fortalecida por la existencia de una cultura común, sino además, por la presencia en esta, de valores orientados hacia la coordinación, como la colaboración, el trabajo en equipo y la orientación a resultados (Kornaki et Silversin, 1998)
- Los líderes de las organizaciones desempeñan un papel clave en el cambio organizativo y adopción por parte de los miembros de la organización de la misión y estrategias basados en la integración clínica. Por lo tanto, uno de los aspectos claves en el proceso de integración es la existencia de un liderazgo claro por la integración capaz de comunicar la visión colectiva y buscar mecanismos que posibiliten el aprendizaje de las actividades que apoyan esta visión (Barnsley et al., 1998).

3.2.1. La dimensión estratégica

Uno de los elementos considerados claves para la integración organizativa es la existencia de una misión, metas, objetivos y estrategias globales para la OSI (Shortell, 1996). La existencia de una estrategia global puede aportar un vínculo común para todas las acciones que se desempeñen a largo plazo dentro de la organización (García y Casanueva).

Los dos objetivos fundamentales que persigue una Organización Sanitaria Integrada son la coordinación de los servicios necesarios para atender al paciente y la prestación de estos servicios en el lugar más coste-efectivo. Las estrategias que implementen deberán estar orientadas a la búsqueda de estos dos objetivos. En la siguiente tabla se recogen las estrategias que la literatura señala como más efectivas para mejorar la coordinación dentro de una OSI:

Tabla Estrategias de la OSI

Coordinación	Crear una cultura común (Coddington et.al.,1996; Shortell et al., 2000; Conrad y Dowling, 1990; Vestal et a., 1997) Alinear los incentivos (Coddington et.al.,1996; Shortell et al.,2000) Desarrollar sistemas de información integrados (Coddington et.al, 1996; Shortell et al., 2000) Planificación estratégica para toda la OSI (Shortell et al, 2000) Estrategias de gestión de la atención (Conrad, 1993) Programas de formación (Conrad, 1993)
Eficiencia	Reducir la variabilidad de la práctica clínica (Coddington et.al.,1996 Implementar programas de mejorar continua de la calidad (Shortell, 2000)
Ambos	Reforzar el papel de la Atención Primaria (Coddington et.al, 1996; Desarrollar e implementar un sistema de monitorización del desempeño de la OSI (Gillies et al, 1997)

Los objetivos y estrategias globales de cada una de las UO deben estar alineados con los objetivos y estrategias globales de la OSI. A la alineación entre los objetivos de las diferentes UO y los objetivos del sistema se denomina *coordinación en sentido horizontal*, mientras que la alineación entre las estrategias de las UO y los objetivos del sistema se denomina *coordinación en sentido vertical* (Val Pardo)

El Plan estratégico de la OSI sería la herramienta de gestión que dispone esta organización para establecer la misión, metas, objetivos y la estrategia global para el sistema. Para que la planificación estratégica no se quede en la simple elaboración de un documento, es necesario implantar la estrategia.

La implantación de la estrategia organizativa requiere llevar a cabo los siguientes procesos además de que el grupo la integre en sus patrones de presunciones básicas (Raventós, 2002):

- Alienar estratégicamente el sistema. Esto implica, en primer lugar, reasignar los recursos de acuerdo con la estrategia y comprometerse con la inversión que se necesitará para el cambio de la estrategia. Y en segundo lugar, establecer los incentivos de manera que las decisiones se tomen en línea con las estrategias.
- Realizar los cambios organizativos pertinentes, lo cual puede implicar la reasignación de tareas a los individuos y adjudicación de nuevas tareas que puedan aparecer y/o modificar el diseño de la organización. Para esto puede ser necesario enseñar nuevas habilidades, conocimientos y conductas a las personas.

- También es necesario llevar un control muy estricto de los resultados y tener un seguimiento constante de la estrategia para ver cómo se van alcanzando los objetivos.

La implantación de la estrategia solo tendrá éxito si son asumidas por los diferentes subgrupos que integran la cultura organizativa Schein (1992). Esta es una de las tareas más difíciles que se pueden desempeñar en una OSI, porque para ello es necesario convencer a todas las personas de la organización que la acepten.

La existencia de unas metas, objetivos y estrategias para toda la OSI, la orientación de los mismos a la mejora de la coordinación del sistema, la alineación horizontal y vertical de los objetivos y estrategias de las diferentes unidades operativas y los del sistema, y la implantación efectiva de la estrategia de la OSI, nos indicaría en qué medida esta organización está integrada organizativamente en la dimensión estratégica.

3.2.2. La estructura organizativa

Toda actividad humana plantea dos requisitos: la división del trabajo en las distintas tareas que pueden desempeñarse y la coordinación de las mismas. Por lo tanto, la estructura de la organización puede definirse como el conjunto de todas las formas en las que se divide el trabajo en tareas distintas consiguiendo luego la coordinación de las mismas.

Las cinco partes fundamentales de la estructura organizativa son el ápice estratégico que está compuesto por los directivos que ocupan el estrato superior de la jerarquía y su staff personal, la línea media constituida por los directivos que vinculan el ápice estratégico con el núcleo de operaciones, la tecnoestructura, donde los analistas desarrollan su labor de normalización del trabajo ajeno, el staff de apoyo que respalda el funcionamiento del núcleo de operaciones por la vía indirecta, y finalmente, el núcleo de operaciones.

El tipo de estructura de la OSI influye en la consecución de los objetivos de mejora de la coordinación y eficiencia. La coordinación entre las unidades que tienen que trabajar juntas, esto es, la integración organizativa (Lawrence y Lorch, 1986), vendrá determinado por los siguientes aspectos de la estructura organizativa de las OSI: cómo se **agrupan los puestos de trabajo** y las tareas en unidades, qué **mecanismos se utilizan para coordinar** estas unidades y tareas, qué **tipo de descentralización** presenta la organización, qué **parte de la estructura** tiene más peso y qué **factor de contingencia**, o variable que determina la estructura, predomina.

3.2.2.1. La agrupación en unidades

Los puestos de trabajo y actividades¹ de una organización se agrupan en unidades mayores. Existen dos bases para agrupar los puestos de trabajo y las actividades: la **agrupación según el mercado** en la que las actividades están agrupadas según los productos o servicios que da la organización, y la **agrupación según las funciones** en las que las actividades están agrupadas según las funciones que se utilizan para producir los productos o servicios (Mintzberg, 1988). La agrupación de mercado requiere que todas las actividades necesarias para producir un producto o servicio queden contenidas en la unidad. En una OSI, la agrupación en una misma unidad de aquellas actividades y profesionales procedentes de diferentes niveles asistenciales que están involucrados directamente en proceso asistencial como la diabetes sería un ejemplo de agrupación según el mercado. La agrupación de una OSI en base a servicios asistenciales (medicina interna, pediatría, enfermería,...) sería un ejemplo de agrupación funcional.

3.2.2.2. Los mecanismos de coordinación de unidades y actividades

Para fusionar o coordinar las unidades y actividades, la organización utiliza los mecanismos de coordinación. Los mecanismos de coordinación o control que parecen explicar las formas fundamentales en las que las organizaciones coordinan su trabajo son: la adaptación mutua, la supervisión directa y la normalización (Mintzberg 1973).

Mediante la **adaptación mutua** se consigue la coordinación del trabajo a través de la simple comunicación informal. El control sobre las acciones lo ejercen los que lo realizan. A través de la **supervisión directa** se logra la coordinación responsabilizando una persona del trabajo de las demás, dándole instrucciones y controlando sus acciones. Con la **normalización** se alcanza la coordinación especificando de antemano los procesos de trabajo, los resultados o las habilidades requeridas para realizar el trabajo.

Los mecanismos de normalización y supervisión suelen ser utilizados para coordinar actividades que no poseen un alto nivel de incertidumbre (Galbraith, 1973). En el caso de la supervisión directa, su uso es limitado ya que a medida que la incertidumbre de las tareas aumenta, el volumen de información que es necesario traspasar desde los puntos de acción a los de decisión es tan grande, que lo más eficiente es descentralizar la toma de decisiones. Para coordinar las actividades descentralizadas, se puede recurrir a mecanismos de normalización. No obstante, la utilización de este tipo de mecanismo

¹ Estas actividades pueden ser de tres tipos: *de dirección*, que incluye todas las tareas relacionadas con la planificación, la organización, la dirección y el control, *operativas*, que coincide con aquellas actividades fundamentales de la organización, y las de *apoyo*, que incluye todas las tareas que respaldan las actividades operativas.

también se limita a situaciones que pueden ser anticipadas, y por lo tanto susceptibles de ser normalizadas, y a las cuales no es necesario darles una respuesta rápida en el momento en el que surgen.

Por lo tanto, cuando el volumen de información a procesar es grande (Galbraith, 1973) o las actividades son muy especializadas y a su vez interdependientes (Lawrence y Lorsch, 1986), las organizaciones deben adoptar otras estrategias de coordinación basadas en la **adaptación mutua** que les permita alcanzar un grado de integración organizativa mayor. Estos dispositivos de coordinación estimulan el contacto entre individuos, de manera que el problema se resuelve en el mismo nivel en el que se generan la información. Mintzberg (1988) considera cuatro tipos de mecanismos de coordinación basados en la adaptación mutua, que él denomina **dispositivos de enlace**: el puesto de enlace, el grupo de trabajo y comité permanente, el directivo integrador y la estructura matricial.

a. Puestos de enlace

Cuando se necesita un contacto considerable para coordinar el trabajo de dos unidades, puede establecerse finalmente un puesto de enlace para encauzar la comunicación sin tener que recurrir a las vías verticales. Este puesto carece de autoridad formal.

Los puestos de enlace se pueden situar entre distintas unidades de la *línea media*, entre estas unidades y las de *staff* (personal que asesora a los departamentos situados en la *línea media* de la organización),...

El éxito de este tipo de vínculo depende de los conocimientos especializados de la persona que desempeña el puesto y no de su estatus.

b. Grupos de trabajo y comités permanentes

La reunión constituye el principal vehículo utilizado en la organización para facilitar la adaptación mutua. Cuando se institucionaliza una reunión, nombrando formalmente a sus participantes y concertándola con regularidad, se considera que se ha integrado a la estructura formal. Se utilizan dos dispositivos de enlace primordiales para dicha institucionalización:

- o El Grupo de Trabajo o *task force* (Galbraith, 1973) es un comité convocado para cumplir una tarea determinada. Se disuelve tras su cumplimiento.

- o El Comité Permanente es una agrupación más estable entre distintos departamentos, convocándose con regularidad para comentar temas de interés. Se suelen constituir comités permanentes entre directivos en la línea media y la tecnocracia, en el ápice estratégico,... Estos pueden formarse alrededor de clientes, regiones geográficas, funciones, procesos, productos o proyectos. Los aspectos relevantes del diseño de los

comités permanentes son la composición del grupo, el nivel en el que operan, el grado de autonomía y la frecuencia de las reuniones.

Para que los puestos de enlace, los grupos de trabajo y comités permanentes sean efectivos a la hora de coordinar las actividades, Galbraith (1973) realiza una serie de condiciones: la organización debe reconocer la importancia de estos grupos, tiene que asignar a estos grupos directivos en la línea media que se hagan responsables de la implementación de la decisión conjunta, debe facilitar a los participantes información relevante para tomar la decisión, los participantes deben tener la autoridad y el compromiso de su departamento y el dispositivo de enlace debe estar integrado en los procesos de decisión del día a día.

c. Directivos integradores

Cuando se necesita más coordinación por adaptación mutua de la que pueden proporcionar los puestos de enlace, los grupos de trabajo o los comités permanentes, la organización puede nombrar un directivo integrador, es decir, un puesto de enlace dotado de autoridad formal. Se le confiere cierto poder antes en manos de los distintos departamentos, necesario para integrar las actividades de las unidades organizativas cuyos objetivos y estrategias no suelen coincidir con los objetivos del sistema global.

El poder formal del directivo integrador siempre comprende algunos aspectos de los procesos de decisión que corresponden a distintos departamentos, pero (por definición) nunca se extiende la autoridad formal sobre el personal de cada departamento (lo que le convertiría en jefe de departamento en vez de directivo integrador). Por lo tanto, el directivo tiene que utilizar su autoridad de decisión, y lo que es más importante, sus poderes de persuasión y de negociación. Su principal dificultad está en tratar de influir en el comportamiento de individuos sobre los que no ejerce una autoridad formal. Los medios con los que cuenta para alcanzar sus objetivos son: la comunicación con el director general, por lo tanto ejerce una influencia basada en el acceso de información; en segundo lugar, la confianza que infunde al no limitarse a los objetivos de la unidad sino tener una visión global de la organización, y en tercer lugar, la gestión del proceso de toma de decisiones en lugar de tomarlas él mismo directamente. El directivo integrador es la encarnación formal del "poder del experto" basado en los conocimientos y en la información. El directivo integrador puede sugerir contradicciones interdepartamentales que no puedan ser vistos desde una perspectiva local.

Galbraith (1973) enumera tres etapas en la extensión del poder de decisión del directivo integrador: en la primera se le puede conceder el poder necesario para aprobar las decisiones tomadas, por ejemplo revisando los presupuestos de los departamentos. En la segunda, se le da la posibilidad de participar en el proceso de decisión antes de que este concluya. Por último se le puede otorgar el control del proceso de decisión dotándole del poder para determinar el presupuesto y pagar a los distintos departamentos por el uso de

los recursos. Este cambio le da al directivo integrador más influencia en el proceso de decisión, puesto que se convierte en el planificador, el tomador de decisiones y el asignador de recursos. Entre los ejemplos de directivos integradores encontramos los responsables de una línea de producto (product manager) o los directores de proyecto. Suelen ser por lo tanto, directivos orientados al mercado, superpuestos a una estructura funcional para mejorar la coordinación de los flujos de trabajo. Pero también se puede dar el caso de directivos integradores tengan una orientación funcional y estén superpuestos a una estructura de mercado para mejorar la especialización.

d. Estructuras matriciales

En la estructura de una organización siempre predominará una base de agrupación de los puestos y actividades: funcional o de mercado. La estructura matricial representa el esfuerzo organizativo por combinar los dos tipos de agrupación en una misma estructura. Es decir, este tipo de estructura permite organizar los recursos en torno a programas, productos o proyectos sin tener que renunciar a la especialización o duplicar los recursos. Como contrapartida la estructura matricial sacrifica el principio de unidad de mando: la autoridad formal desciende por la jerarquía y luego se divide prescindiendo de la noción de una cadena ininterrumpida de autoridad (Mintzberg, 1988). En una estructura matricial las decisiones tienen que ser tomadas conjuntamente por los directivos funcionales y de proyecto (producto o proceso). Ambos mantienen el mismo grado de autoridad y responsabilidad, con lo cual deben negociar constantemente en la toma de decisiones (Adams et Kirchof, 1984). La consecuencia de esta estructura es el equilibrio de poder entre el directivo funcional y el directivo integrador (proyecto, producto, proceso,...).

En esta estructura, normalmente los directivos funcionales tiene la función de proveer personal preparado para desempeñar tareas en un proyecto, mientras que los directivos de proyecto actúan como agentes unificadores para el control de recursos y tecnología asignados a un proyecto. El directivo de proyecto actúa como integrador del proyecto. Por un lado coordina las diferentes actividades que integran el proyecto, y por otro coordina este proyecto con el resto de proyectos y actividades de la organización.

Pueden distinguirse dos tipos de estructuras matriciales, las permanentes, en las que las interdependencias permanecen, y las variables, orientadas hacia el trabajo de proyectos en las que las interdependencias cambian en el tiempo.

La estructura matricial parece ser un dispositivo efectivo para el desarrollo de nuevas actividades y para la coordinación de complejas interdependencias múltiples. Permite, asimismo, que los diferentes proyectos puedan compartir los recursos más fácilmente y promueve la comunicación y la planificación dentro de la organización. Sin embargo no resulta adecuada para aquellas organizaciones que necesitan cierta seguridad o estabilidad (Mintzberg, 1988?).

Los problemas fundamentales de esta estructura son: el conflicto entre individuos, el estrés para los directivos y los subordinados por la ambigüedad de roles, el mantenimiento

delicado del poder entre directivos equivalentes, y el coste de administración y de comunicación. Los **conflictos** más importantes, desde el punto de vista de la coordinación del trabajo, se pueden producir entre los directivos de línea y los directivos de proyecto, entre estos y el top manager, y entre los especialistas que forman parte del proyecto. La presencia de conflicto en cada una de estas partes, perjudicará la coordinación de las tareas dentro proyecto, y con otras actividades y proyectos de la organización. En el caso de los directivos de proyecto, este **estrés** viene provocado por el hecho de tener que cumplir determinadas tareas pero no tener el personal ni los recursos directamente bajo su control. En el caso de los directivos funcionales, una estructura matricial puede suponer la pérdida de estatus, poder, autoridad y control, lo cual se puede traducir en frustración y resistencia al cambio. Estos problemas son más agudos cuando la estructura es nueva y no ha habido tiempo para definir claramente los roles y responsabilidades, así como los canales de comunicación. La estructura matricial precisa muchos más directivos que la estructura tradicional, lo que supone más **costes de administración**.

A los problemas anteriores habría que añadir la duplicación de esfuerzos que puede originar el funcionamiento de manera independiente de los proyectos, así como el incremento en el tiempo necesario para definir las políticas y los procesos.

Para gestionar el conflicto que este tipo de estructura puede generar Stuckenbruck (1984) propone las siguientes medidas:

- Fijar claramente los objetivos de los proyectos.
- Clarificar los roles y responsabilidades de los directivos de proyecto y de funciones.
- Proveer buenos canales de comunicación.
- Proveer canales de feedback de forma que los directivos de proyecto conozcan cómo va el proyecto y los individuos, su desempeño en el mismo.

La base del conflicto suele estar en una pobre comunicación entre los individuos. Aunque los roles puedan no estar bien definidos o los objetivos entre los dos tipos de directivos ser contradictorios, el conflicto puede resolverse si hay buena comunicación.

Galbraith (1973) añade a estos dispositivos de enlace dos estrategias fundamentales de coordinación: la agrupación de tareas que forman parte del mismo proceso de producción (flujo de trabajo) y la inversión en sistemas de información vertical.

Se puede caracterizar una estructura como **orgánica** o **mecánica** (burocrática) (Mintzberg) en función de que mecanismos de coordinación utilice. Las estructuras mecánicas serán aquellas que se coordinan a través de la normalización de los procesos de trabajo, formalizando el comportamiento de los trabajadores. Las estructuras orgánicas se caracterizan por la ausencia de normalización. Las relaciones de trabajo son abiertas e informales y se coordinan fundamentalmente a través de la adaptación mutua.

3.2.2.2.1. El tipo de estructura según la agrupación de las actividades y los mecanismos de coordinación

La agrupación constituye en sí mismo un medio para coordinar las actividades y cargos de una organización². La agrupación de tareas y puestos de trabajo estimulan la comunicación informal (adaptación mutua) entre los individuos que forman parte de la unidad y establece un sistema de supervisión común entre los puestos que quedan englobados en la unidad.

Por lo tanto, según sea la base de agrupación escogida (mercado o funciones), la organización estará estimulando la coordinación de las funciones o de los procesos. La agrupación según el mercado estimula la coordinación entre especialistas que desempeñan distintas funciones pero que forman parte de un mismo proceso de producción de un producto o servicio. La agrupación según las funciones incentiva, por el contrario, la coordinación entre los especialistas que desempeñan la misma función, a expensas de la coordinación a lo largo del proceso. Una OSI que agrupe sus unidades y actividades en base a funciones, tendrá que buscar medios de coordinación adicionales para garantizar que los procesos transversales en los que participan individuos y actividades de diversas unidades operativas, queden coordinados. Una OSI que agrupe unidades y actividades en base a procesos (productos), tendrá que utilizar mecanismos para coordinar a los individuos que ejercen la misma función pero que están agrupados en distintas unidades.

Por lo tanto, un elemento central en el análisis de la estructura de las OSI es la forma en la que agrupan sus actividades de dirección, operativas y de apoyo fundamentales (Charns, 1997).

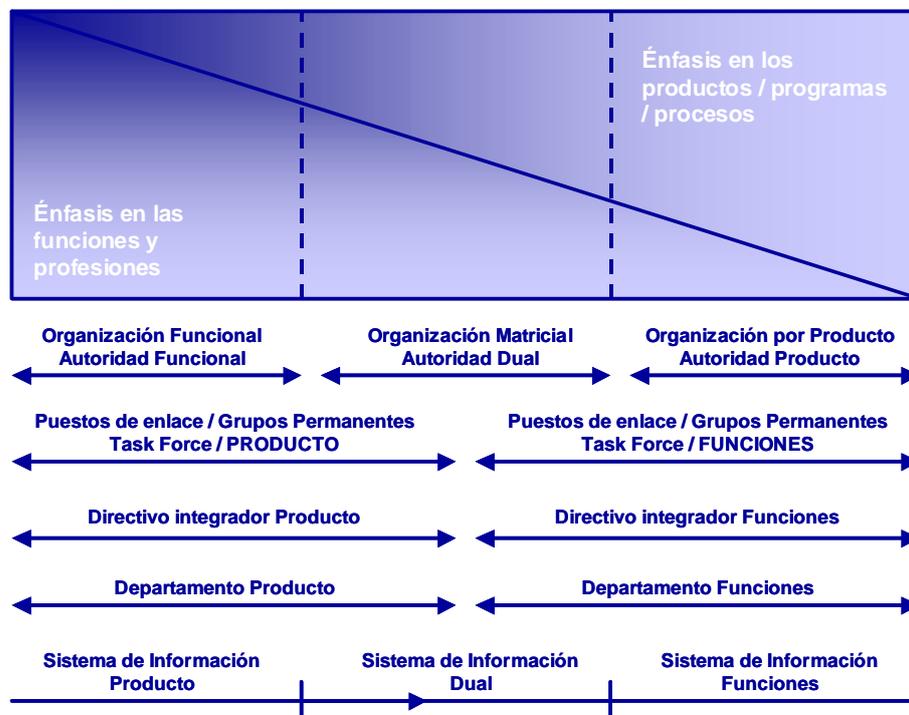
En el caso de estructuras funcionales, el mecanismo más eficaz para coordinar las unidades funcionales sería la supervisión directa y la normalización de los procesos de trabajo (Mintzberg, 1988), y en presencia de incertidumbre, los mecanismos basados en la adaptación mutua. La normalización de resultados sería el mecanismo de coordinación más eficaz para coordinar estructuras de mercado.

Se puede caracterizar la estructura de una OSI como estructura de mercado o estructura funcional, dependiendo de la base predominante que utilice para agrupar sus unidades operativas (Mintzberg). No obstante, esta división no debe considerarse en términos absolutos sino como los extremos de un continuo (Ver Fig.) (Galbraith, 1973). Una organización con una estructura funcional, puede utilizar mecanismos para coordinar los procesos (directivos que integren procesos, puestos de enlace entre procesos, ...), aproximándose a una estructura de mercado, y una organización de mercado, a su vez,

² De hecho, Galbraith (1973), lo incluye dentro de la lista de mecanismos de coordinación.

puede utilizar mecanismos para coordinar las funciones, aproximándose a una organización funcional.

Figura 2. Tipo de estructura y mecanismos de coordinación (Galbraith, 1973)



3.2.2.4. Los sistemas de planificación y control

Además de los mecanismos de coordinación, las organizaciones utilizan los sistemas de planificación para coordinar las actividades y unidades. Estos pueden ser de dos tipos: los sistemas de control del rendimiento en los que el ápice estratégico negocia los subobjetivos y presupuestos con cada unidad y controla el resultado a posteriori, y los sistemas de planificación de acciones en los que los objetivos globales de la organización se van concretando en objetivos, programas y acciones específicas para cada una de las unidades.

3.2.2.4.1. El tipo de estructura según la agrupación de las actividades y los sistemas de planificación y control

El sistema de control del rendimiento resulta más eficaz cuando las unidades están agrupadas por mercados. En este caso, las unidades contienen las actividades necesarias para producir un producto determinado, lo que permite fijar objetivos de resultado vinculados al proceso. En el caso de unidades agrupadas en base a funciones resulta más complicado fijar objetivos globales sobre un proceso, con lo cual, o se le responsabiliza de

todo el proceso o se busca algún criterio para el reparto de responsabilidades. En este caso, el sistema de planificación más eficaz es el de planificación de acciones.

3.2.2.5. La descentralización de la toma de decisiones

La centralización y la descentralización en la toma de decisiones deberían considerarse como los dos extremos de un *continuum* en la que en un extremo hallaríamos estructuras completamente centralizadas en las que la decisión se toma en un único punto de la organización, y en el otro extremo, organizaciones descentralizadas en las que el poder queda dividido entre numerosos individuos.

Existen dos tipos de descentralización: la **vertical**, en la que el poder formal se dispersa a medida que desciende por la jerarquía, y la **horizontal**, en la que el poder se dispersa fuera de la estructura lineal, es decir, hacia la tecnoestructura, el staff de apoyo o el núcleo de operaciones.

Por otro lado, si las decisiones de distinto tipo quedan dispersas en distintos puntos de la organización, se dice que la descentralización es **selectiva**, mientras que si estas diversas decisiones quedan dispersas en un mismo punto de la organización, se dice que la descentralización es **paralela**.

3.2.2.4. Los tipos de descentralización y los mecanismos de coordinación

La centralización es el medio más preciso para coordinar la toma de decisión en una organización puesto que la toma de decisiones la realiza un individuo y las pone en práctica mediante la supervisión directa. No obstante cuando la información es demasiado abundante o difícil de transmitir, es necesario reaccionar rápidamente ante determinados problemas, o se precisa estimular la motivación de los profesionales, las organizaciones tienden a descentralizarse.

Descentralización y coordinación se condicionan mutuamente: en un sistema de descentralización determinado se utiliza mayoritariamente un mecanismo de coordinación, y a su vez, la utilización de un determinado mecanismo influye en el tipo de descentralización que adopta la organización.

- Sistemas centralizados vertical y horizontalmente. El poder de decisión se concentra en manos de un solo individuo, el directivo situado en la cumbre de la jerarquía. El mecanismo de coordinación utilizado es la supervisión directa.
- Sistemas descentralizados horizontalmente de manera selectiva, y centralizados verticalmente. Se produce en organizaciones burocráticas cuyas tareas no requieren cualificación y recurren a la normalización de los procesos de trabajo para su coordinación. La estructura queda centralizada en la dimensión vertical: el

poder formal se concentra en los estratos superiores de la jerarquía lineal, principalmente en el ápice estratégico; y debido a su rol en la formalización del comportamiento de los trabajadores, los analistas son capaces de obtener un poder informal, lo cual implica una descentralización horizontal selectiva. Esta ganancia de poder es gracias a una pérdida de poder del núcleo operativo y las líneas medias. Por lo tanto cuanto mayor es el grado de normativización de una organización, menor es la participación en la toma de decisiones por parte de profesionales y líneas media.

- Sistemas descentralizados verticalmente de manera paralela. Se produce en organizaciones divididas en unidades de mercado o divisiones, en cuyos directivos se delega (paralelamente) gran cantidad de poder formal de decisión respecto a esos mercados. El ápice estratégico puede conservar algunas de estas funciones directivas o delegarlas en su mayoría. En cualquier caso el ápice estratégico retiene el poder formal definitivo sobre las divisiones debido a que coordina el comportamiento de las mismas mediante la normalización de los outputs, a través de sistemas de control del rendimiento que diseña la tecnoestructura. Por lo tanto, también hay algunos planificadores de alto nivel que retienen cierto poder.
- Sistemas descentralizados vertical y horizontalmente de manera selectiva. En la dimensión vertical, el poder se delega a las constelaciones de trabajo de diversos niveles jerárquicos. En la horizontal, estas constelaciones utilizan al staff de apoyo y tecnoestructura de modo selectivo, según el carácter técnico que tengan que tomar. El mecanismo de coordinación más utilizado es la adaptación mutua.
- Sistemas descentralizados vertical y horizontal. El poder de decisión se concentra en el núcleo de operaciones porque sus miembros son profesionales que se coordinan principalmente mediante la normalización de las habilidades. La organización está fuertemente descentralizada vertical y horizontalmente en los operarios.

3.2.2.6. Factores de contingencia

¿Por qué una organización diseña su estructura de una modo determinado?. La respuesta a esta pregunta está en los factores de contingencia, es decir aquellas variables que influyen en el tipo de estructura que adopta una organización. Las organizaciones usan determinados parámetros estructurales (agrupación de tareas, mecanismos de coordinación, sistema de decisión,...) para adaptarse al entorno. Aplicando la hipótesis básica de la teoría de la contingencia, no existiría una forma óptima de estructura para una OSI. Esta dependería de cuáles sean los factores de contingencia que predominen (Young

et al, 2001). Mintzberg (1988) divide estos factores en dos grupos: edad y tamaño de las organizaciones (amplitud y profundidad), sistema técnico, entorno y poder.

a. Edad y tamaño

¿Difieren las estructuras de las OSI de mayor y menor edad? ¿Son distintas las estructuras de las organizaciones de gran tamaño en contraposición de las de menor tamaño?

Respecto a cómo influye la edad en la estructura, Mintzberg realiza las siguientes hipótesis:

- Cuanto más antigua sea la organización, más burocrática será, es decir, más formalizará el comportamiento de los trabajadores normalizando los procesos de trabajo. Las organizaciones nuevas suelen definir imprecisamente sus tareas. A medida que pasan los años, la organización aprenden a adaptarse a su entorno y a sus problemas de coordinación internos. La organización intenta perpetuar los frutos de su aprendizaje normalizando los procesos de trabajo.
- La estructura refleja la época en que se fundó, ya que las organizaciones se originan en una etapa histórica relativamente breve, creciendo y cambiando lentamente cuando esta etapa finaliza.

En relación al tamaño y la estructura, Mintzberg realiza las siguientes hipótesis:

- Cuanto mayor sea la organización, más compleja será su estructura. Esto quiere decir que las tareas y las unidades están más diferenciadas (especializadas) y su componente administrativo más desarrollado. Según Lawrence y Lorsch (1967), cuanto más diversificadas estén las organizaciones, más dispositivos tendrán que utilizar para coordinar las actividades, y más sofisticados.
- Cuanto mayor sea la organización, mayor será el tamaño de la línea media. A media que contrata a nuevos empleados, tienen que formar nuevas unidades, cada una de las cuales tendrá un directivo.
- Cuanto mayor sea la organización, más burocrática será. Al producirse una mayor especialización y necesidad de coordinación, se normalizarán más los flujos de trabajo.

La edad de una organización viene determinada por su fecha de fundación. El tamaño de una OSI podría caracterizarse por su amplitud, profundidad y concentración geográfica. También se pueden considerar otros factores relacionados con el tamaño como el número de empleados, el volumen de facturación o el tamaño del presupuesto.

b. La tecnología

Las hipótesis que elabora Mintzberg en relación a cómo influye la tecnología en la estructura de las organizaciones serían:

- Cuanto más compleja sea la tecnología que utiliza la organización, mayor será el staff de apoyo, mayor será la descentralización de la toma de decisiones hacia el staff de apoyo y más se utilizarán los dispositivos de enlace para coordinar el trabajo del staff.
- La automatización del núcleo de operaciones transforma la estructura administrativa burocrática en orgánica. Estos sistemas automatizados requieren menos normalización del trabajo y más especialistas de staff que utilizan los dispositivos de enlace para coordinarse.

La tecnología de una OSI puede medirse a través del nivel de complejidad del hospital integrado en la red (siguiendo la clasificación de tipos de hospital del CatSalut). El grado de automatización por el número de procesos asistenciales que estén automatizados (entre aquellos susceptibles de automatizar: prescripción de crónicos,...).

c. El entorno

Estas son las hipótesis que Mintzberg expone en relación al entorno:

- Cuanto más dinámico es el entorno, más orgánica resulta la estructura. Los factores que pueden hacer que un entorno sea dinámico incluye gobiernos inestables, cambios de políticas, economía, variaciones en la demanda, cambios rápidos en el tamaño de la organización,...)
- Cuanto más complejo sea el entorno, más descentralizada quedará la estructura. El entorno es más complejo cuantos más conocimientos especializados requiera la organización para trabajar.
- Cuanto más diversificados están los mercados de la organización, mayor será la tendencia a dividirla en unidades basadas en el mercado (suponiendo que existan economías de escala favorables). La diversificación de una OSI vendría dada por su amplitud.
- La extrema hostilidad del entorno, conduce a una centralización de su estructura. Esta hostilidad puede venir influida por la competencia por los recursos, las relaciones con el gobierno, sindicatos,... Si el entorno es complejo la centralización será provisional, justo para poder sobrevivir a la situación crítica.

d. El poder

En el diseño de la estructura de una organización entra en juego también una serie de factores de poder sobre los cuales Mintzberg elabora las siguientes hipótesis:

- Cuanto mayor es el control externo de la organización, más centralizada y formalizada resulta su estructura. El control externo tiene que ver con la forma de gobierno de la organización. (buscar esta variable en las formas de gobierno públicas: controladas externamente, privadas: autónomas). El control externo suele concentrar el poder de decisión en la cumbre de jerarquía, estimulando un uso mayor del acostumbrado de las reglas y reglamentos para conseguir un control interno.
- Las necesidades de poder de los miembros suelen generar estructuras excesivamente centralizadas.
- La moda impone la estructura del momento, a pesar de que ésta no tenga por qué ser la más adecuada.

3.2.2.7. La configuración estructural de la OSI

La identificación de tres elementos en la estructura: el principal mecanismo de coordinación, la parte fundamental de la organización y el tipo de descentralización, permitirá, clasificar las OSI dentro de alguno de las configuraciones estructurales que propone Mintzberg.

Configuración estructural	Principal mecanismo de coordinación	Parte fundamental de la organización	Tipo de descentralización	Factor de contingencia que predomina
Estructura simple	Supervisión directa	Ápice estratégico	Centralización vertical y horizontal	Joven, pequeña, sistema técnico poco sofisticado, entorno sencillo y dinámico, escasa influencia de la moda
Burocracia maquinal	Normalización de los procesos de trabajo	Tecnoestructura	Descentralización horizontal limitada	Vieja, grande, reguladora, sistema técnico no automatizado, entorno simple y estable, control externo, escasa influencia de la moda
Burocracia profesional	Normalización de las habilidades	Núcleo de operaciones	Descentralización vertical y horizontal	Entorno complejo y estable, sistema técnico no regulador, influencia de la moda.
Forma divisional	Normalización de los <i>outputs</i>	Línea media	Descentralización vertical limitada	Mercados diversificados, grandes, viejas, directivos medios ansiosos de poder, influencia de la moda.
Adhocracia	Adaptación mutua	Staff de apoyo	Descentralización selectiva	Entorno complejo dinámico, joven, sistema técnico sofisticado y a menudo automatizado, influencia de la moda

Algunos autores (Shortell et al., Conrad,...) sugieren que la centralización de las funciones de dirección de una OSI (integración funcional) incrementa el grado de integración clínica. No obstante, las actividades relacionadas con las funciones de dirección (al menos algunas) pueden estar descentralizadas a las unidades operativas y establecerse mecanismos para garantizar la coordinación de estas actividades a lo largo de la OSS: los sistemas de control del rendimiento, la normativización y adaptación mutua en lugar de supervisión directa.

Generalmente se acepta que ciertas estructuras son capaces de alcanzar ciertos objetivos mejor que otras, aunque en el caso de la OSI, la literatura no es concluyente sobre los cambios organizativos que permiten alcanzar mayores niveles de integración (Young et al., 2001). Según la Teoría de la Contingencia (Young et al., 2001), no hay una forma óptima de organización sino que esta forma ideal depende de los factores del entorno. Por lo tanto, en este estudio en lugar de evaluar hasta qué punto se acercan las estructuras de las organizaciones a un modelo ideal, se analizará por un lado, la estructura que presentan las organizaciones haciendo énfasis en aquellos aspectos que pueden influir en el grado de integración organizativa, y por otro se relacionará el tipo de estructura con los factores de contingencia para ver hasta qué punto estos factores explican las diferencias estructurales.

3.2.3. La cultura organizativa

La cultura de un grupo puede ser definida como un patrón de presunciones básicas que el grupo ha aprendido para resolver los problemas de adaptación externa y de integración interna, que han funcionado lo suficientemente bien como para ser consideradas válidas, y por lo tanto, transmitir las a los nuevos miembros como la manera correcta de percibir, pensar y sentir en relación a estos problemas (Shein, 1992). Con el término *grupo*, Shein se refiere a unidades sociales de todos los tamaños, incluyendo organizaciones y subunidades de las organizaciones.

En organizaciones complejas como las OSI existen diversos grupos, cada uno con una cultura propia. Estas subculturas aparecen como consecuencia de diversos factores: la división ligada al desempeño de una determinada función o profesión (médico de atención primaria vs. médico especialista), la agrupación de actividades y cargos en unidades (de mercado o funcionales),... En este estudio se tomarán las unidades operativas (Hospitales, equipos de atención primaria, centros sociosanitarios,...) como base de agrupación para el análisis de las subculturas.

3.2.3.1. Los elementos de la cultura

Los elementos más importantes son:

- Valores. Son las convicciones básicas sobre lo que es correcto y cierto, sobre lo que se debe y no se debe hacer y sobre la importancia de distintas cosas dentro de la empresa. Son el componente fundamental de la cultura de la empresa. Marcan una dirección común para todos los empleados. Nos referimos únicamente a los valores que son aceptados y compartidos por los miembros de la empresa como tales.
- Ritos y ceremonias. Son un conjunto de costumbres y rutinas planificadas que poseen un carácter simbólico y que están presentes a lo largo de la actividad normal de la empresa. Pueden ser formales o informales.
- Mitos, leyendas de historias. Son una serie de narraciones de hechos reales o ficticios referidos a acontecimientos del pasado que tienen que ver con la empresa y son transmitidos oralmente a los miembros. Tienen un alto componente simbólico porque recogen lo que es aceptable y no, dentro de la empresa.

- Héroes. Son personas de la empresa que han pertenecido a ella que personifican los valores básicos de la misma y los comportamientos deseables entre sus miembros.
- Lenguaje y metáforas. Las empresas suelen poseer una serie de términos que les son propios y un significado especial para ciertas palabras. Esto impulsa el sentimiento de pertenencia y permite transmitir los sentimientos y creencias propios.
- Imágenes y espacio físico. Todas las cuestiones relacionadas con la imagen de la empresa y con el entorno físico en el que se desarrolla la actividad suponen otro importante elemento cultural. Afecta a muchas cuestiones como el poder, los valores, la importancia de personas y unidades.

Schein (1992) agrupa estos elementos en tres niveles que van de mayor a menor visibilidad.

En el primer nivel encontramos los **artefectos**, es decir, aquellos elementos más visibles. Incluyen las imágenes y el espacio físico, el lenguaje, la tecnología y los productos, los mitos, leyendas e historias, los rituales y las ceremonias, héroes, lista de valores publicados, el sistema de incentivos (Kornaki and Silversin, 1998),... Estos elementos culturales son los más fáciles de observar pero los más difíciles de descifrar. Muchas veces estos elementos son ambiguos, con lo cual resulta peligroso interpretar por sí solos.

En el segundo nivel hallamos los **valores expuestos**. Son aquellos valores que el grupo expresa en una variedad de situaciones, pero que puede tener que ver, o no, con lo que luego haga en un nivel operativo. Solo si estos valores influyen en el comportamiento del grupo, formarán parte del conjunto de presunciones básicas.

En el tercer nivel encontramos las **presunciones básicas**. Schein define las presunciones básicas como aquello (creencias, valores, formas de pensar y entender,...) que se da por sentado dentro del grupo. Los miembros del grupo verán como inconcebible un comportamiento que no esté basado en sus presunciones básicas. Las presunciones básicas también pueden denominarse, *teorías en uso*, es decir, las presunciones implícitas que guían el comportamiento del grupo, les dice al grupo qué percibir, pensar y sentir sobre determinados aspectos. Las presunciones básicas tiende a ser aquello que ni se confronta ni se debate, y que por lo tanto es muy difícil cambiar. Cualquier intento de cambiar estas presunciones básicas produce ansiedad en el grupo. La esencia de la cultura está por lo tanto en el patrón de asunciones básicas, aunque la cultura puede manifestarse en niveles observables como los artefactos o lo los valores expuestos, las normas y las reglas de comportamiento.

La cultura de un grupo puede estudiarse a nivel de artefactos, de valores y de presunciones básicas, aunque si no sabemos descifrar los patrones de presunciones básicas que están

operando, estaremos corriendo el riesgo de no saber cómo interpretar correctamente los artefactos o cuánto crédito dar a los valores articulados.

3.2.3.2. Las funciones de la cultura

Las dos funciones básicas de la cultura es la adaptación de la organización al entorno (**adaptación externa**) y la integración de sus miembros en la misma (**integración interna**). La adaptación externa guía la conducta de los miembros para garantizar su supervivencia y hacer frente a su ambiente exterior. La cultura ayuda a establecer una serie de cuestiones que le permiten a la empresa a adaptarse al entorno: la misión, los objetivos, los medios necesarios para alcanzar los objetivos, los criterios para corregir el comportamiento de la empresa si no se cumplen los objetivos,... La cultura contribuye a implantar estas cuestiones si los valores y las creencias de los miembros de la empresa son coherentes con estas cuestiones.

La cultura también es un elemento de cohesión y de identificación entre los miembros de la empresa. Por lo tanto, una de sus funciones es la integración de los miembros con la empresa. Este papel se realiza de varias formas: estableciendo un lenguaje común (palabras, significados y símbolos) entre las personas de la empresa, delimitando las fronteras de la empresa como grupo social (quién es miembro de la empresa y aceptado como tal), estableciendo criterios de asignación de poder, autoridad, posición social,..., imponiendo normas para las relaciones interpersonales dentro de la empresa, difundiendo expectativas sobre cómo alcanzar recompensas y evitar sanciones, y marcando la forma de enfrentarse a sucesos nuevos e imprevistos.

La presencia de subculturas origina la falta de coordinación en las organizaciones, con lo cual, la existencia de una cultura común para todas las unidades operativas de la OSI contribuiría a la integración de la organización (Young, 1997).

Para saber si la cultura de la OSI está alineada con la dimensión estratégica de la organización habrá que analizar si los diferentes elementos de la cultura: las presunciones básicas, los valores expuestos y los artefactos, son coherentes con los valores que se desprenden de los distintos aspectos estratégicos. Estos elementos son: la misión, los objetivos operacionales derivados de la misión, las estrategias para alcanzar los objetivos, los criterios para medir los resultados y las estrategias para corregir las desviaciones. Para que las presunciones y los valores expuestos están alineados debe existir un consenso generalizado por parte de los diferentes grupos que conforman la organización en torno a estos aspectos. En el caso de las presunciones básicas, además de que todos los miembros compartan los valores y normas que se derivan de la misión y estrategias, estos deberán transmitirse a los nuevos miembros e influir en el comportamiento de los grupos.

Para saber si existe una cultura única tendremos que analizar los siguientes aspectos:

- La existencia de un lenguaje común para todos los grupos (valores comunes, filosofías,...).
- Los límites del grupo coincidan con el de la OSI. Esto quiere decir que los miembros de la OSI deben sentir que pertenecen a la OSI más que a una unidad operativa concreta.
- Existencia de un consenso sobre cuáles son las reglas y normas que determinan cómo los miembros adquieren, mantiene y pierden el poder
- Existencia de un consenso sobre el sistema de recompensas y penalización. Es decir, cómo se definen y se asignan los incentivos.

El análisis de estos aspectos nos indicaría si existe una cultura común para la OSI y si esta está alineada con los objetivos y estrategias.

La integración entre las diferentes unidades organizativas no solo se verá fortalecida por la existencia de una cultura común, sino además por la presencia en esta de valores orientados hacia la **coordinación**, como la colaboración, el trabajo en equipo, la comunicación y la orientación a resultados (Kornaki et Silversin, 1998). Esto es, en el conjunto de presunciones básicas, valores expuestos y artefactos de la organización.

La **colaboración** es una actitud y un proceso que incluye la cooperación y el espíritu de trabajar juntos. Profesionales con una formación divergente trabajan dentro de un marco de trabajo (framework) convergente (Lorenz et al., 1999). La colaboración efectiva depende de varios factores claves (Lorenz et al., 1999). En primer lugar, el respeto mutuo por las habilidades del otro profesional. El respeto mutuo se refuerza con la colaboración y con la obtención de éxito en esta experiencia. En segundo lugar, que los profesionales tengan un propósito común y objetivos que no sean opuestos. En tercer lugar, que los paradigmas se compartan o que al menos no sean incompatibles. Finalmente, una comunicación clara que ayude a superar las barreras que suponen lenguajes distintos y reglas, estilos y formas diferentes en la práctica (Desarrollar en algún punto la comunicación interdepartamental: además de los mecanismos de comunicación convencionales, existen otros medios como el desplazamiento de especialistas a los centros de salud, con funciones de sesiones reales de interconsultas y consultas,...). (Vergeles-Blanca, 2002).

3.2.3.3. Las estrategias para fomentar una cultura integrada alineada con la dimensión estratégica de la OSI

Diversos autores (Young, 1997) señalan las siguientes estrategias como las más efectivas que puede implementar una OSI para alinear la cultura organizativa con los valores y estrategias (Young, 1997):

- La comunicación a los distintos componentes de la OSI de los valores, objetivos y estrategias del sistema. Si todos los miembros de la OSI conocen los objetivos de la organización, podrán empezar a identificarse con estos objetivos, lo cual contribuirá a unificar la cultura (Kornacki and Silversin, 1998). Existen diversas estrategias de comunicación interna con este fin: las revistas o boletines internos, la Web, las reuniones de empresa,... Dado que la visión, misión, objetivos y estrategias son mensajes complejos, la literatura recomienda la utilización de canales "enriquecidos" (Barnsley et al, 1998; Clampitt, 2001). Estos mecanismos permiten una retroalimentación más rápida y efectiva, con lo cual logran que el empleado alcance un conocimiento más profundo del cambio, un mayor compromiso con la visión y menos ansiedad. Usar múltiples canales también es una táctica que ayuda a asegurar a que todo el mundo conozca el mensaje (Clampitt, 2001).
- La contratación y despido de los empleados. Uno de los mecanismos que puede ayudar a la OSI a potenciar una cultura alineada es la contratación de individuos con similares valores y orientaciones.
- La formación interna. A través de este proceso se puede transmitir a los profesionales los valores que las OSI considera fundamentales.

La utilización de mecanismos de coordinación entre diversos grupos (especialmente el empleo de dispositivos de enlace), la existencia de una imagen corporativa para toda la OSI, la implementación de Programas de Mejora Continua de la Calidad (Shortell et al. 2000), y el uso de incentivos económicos que fomenten el comportamiento cooperativo (Kornacki et Silversin, 1998) formarían parte de las estrategias para fomentar una cultura organizativa única.

En este estudio se analizará en primer lugar, en qué medida la cultura de la OSI está obstaculizando o reforzando la implantación de la misión, objetivos y estrategias del sistema, en segundo lugar, qué estrategias se han puesto en marcha la OSI para alinear la cultura de los grupos con los valores estratégicos, y estas cumplen los criterios teóricos

para ser efectivas, en tercer lugar, si existe una cultura única para toda la OSI, y por último, si la cultura de la OSI favorece la coordinación asistencial.

3.2.4. El liderazgo

Los líderes de las organizaciones desempeñan un papel clave en el cambio organizativo y adopción por parte de los miembros de la organización de la misión y estrategias basados en la integración clínica. Por lo tanto, uno de los aspectos claves en el proceso de integración es la existencia de un liderazgo claro por la integración capaz de comunicar la misión, objetivos y estrategias del sistema y buscar mecanismos que posibiliten el aprendizaje de las actividades que apoyan esta visión (Barnsley et al., 1998). Ambos factores contribuyen a la creación de una cultura común alineada con la misión y estrategias de la organización.

Aunque los líderes del sistema no sean capaces de visualizar el final del proceso de integración, deben poder explicar las razones que se encuentran detrás de la evolución del sistema y cuál es el modelo de la siguiente fase (Shortell et al., 1996). Deben ser asimismo capaces de entender la estrategia de la OSI y estar de acuerdo con ella (Shortell et al. 1996).

3.2.5. Sistema de asignación de recursos dentro de la OSI

Para alcanzar la eficiencia, la red debe tener incentivos a tratar el problema de salud en el lugar más costo efectivo dentro del continuo asistencial. Esto solo se logra si los incentivos de las diferentes unidades están alineados con los objetivos globales del sistema. Para ello, los proveedores deben percibir que están recibiendo un presupuesto común y que las acciones que se lleven a cabo en un punto concreto de la red tienen repercusiones en la cuenta de resultados del sistema en su conjunto. Los componentes del sistema - hospitales, equipos de atención primaria, etc.- se convierten en centros de costes que deben ser gestionados dentro de un único presupuesto (Shortell, 1994). Estos deben visualizar que son responsables tanto de los costes directos en los que incurre la unidad, como de los costes inducidos sobre el resto de unidades. Como resultado, la red de proveedores tiene incentivos a tratar el problema de salud en el lugar más costo efectivo dentro del continuo asistencial¹⁴. Esto último implicaría la sustitución entre niveles asistenciales y la disminución del uso de pruebas y tests innecesarios dentro del sistema.

Para responsabilizar a cada unidad o centro de responsabilidad de sus costes directos e indirectos hay que determinar dentro del sistema cuáles son los centros de costes. Esto es relativamente sencillo con la ayuda de un sistema de imputación de costes y la creación de precios de transferencia para la facturación entre unidades. La elección de los centros de

beneficio depende del sistema de pago de la OSI. Bajo un sistema de pago caputivo, las diferentes unidades operativas son centros de gasto, nunca de ingresos. Más actividad significa más costes y por lo tanto menos beneficios. En un sistema de pago en el que, por ejemplo, se remunere la atención primaria mediante una cápita y a la atención especializada mediante un pago por caso, el centro de beneficio, es decir aquella que genera ingresos económicos al sistema, es la atención especializada produciendo más actividad.

- **Sistema de recompensa y de evaluación del desempeño de los profesionales**

El sistema de recompensa (premio) a los profesionales afecta a los resultados de la atención en términos de coste, calidad y continuidad a través de los efectos que este sistema tiene en el comportamiento del trabajador (Rosen, 1989).

3.3. La coordinación asistencial

3.3.1. ¿Qué significa la coordinación asistencial?

Coordinación, continuidad e integración asistencial son términos que se suelen utilizar indistintamente para referirse a una misma idea: la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión. El Diccionario de la Real Academia Española proporciona dos acepciones para el concepto de *coordinación*: la acción y efecto de "disponer cosas metódicamente" y de "concertar los medios, esfuerzos, etc., para una acción común" (Real Academia Española, 1998). Por lo tanto, la coordinación asistencial podríamos definirla como la concertación de las diferentes actividades que se requieren para atender al paciente a lo largo del continuo asistencial. Es decir, de aquellos servicios que abarcan desde la atención primaria ala terciaria, desde la atención comunitaria y ambulatoria hasta los servicios institucionales (Lamb, 1997).

Aunque no existe en la literatura un consenso sobre el significado del término *continuidad*, Reid et al (2002) señalan que lo que la diferencia de los otros dos conceptos, es que para que exista continuidad asistencial, debe ser percibida como tal por el paciente. La continuidad se centra en la interacción entre el paciente y el proveedor. La coordinación asistencial, a diferencia, se centra en la interacción entre los proveedores que proporcionan atención al paciente. Con lo cual, aunque desde el punto de vista del proveedor la atención esté coordinada, para que la continuidad se dé, el paciente debe *experimentar* la coordinación en la atención. La *integración*, por otro lado, ha sido considerada por algunos autores (Glendinning, 2002) como el grado máximo de colaboración entre organizaciones en una escala que abarcaría la atención fragmentada, la coordinación y por último la integración.

En síntesis, la coordinación asistencial la podríamos definir como la concertación de los servicios que a lo largo del continuo asistencial son necesarios para atender al paciente. Cuando esta coordinación alcanza su grado máximo, decimos que la atención está integrada. Y cuando el paciente percibe que la atención está coordinada, concluimos que se logra la continuidad asistencial.

3.3.2. Modelos de colaboración asistencial

Las necesidades de atención a la salud cubren un amplio espectro que va desde las más simples que pueden ser resueltas por un solo nivel asistencial, a las más complejas que requieren una colaboración más intensa entre los profesionales de distintos ámbitos. Los factores que determinan el grado de complejidad de los problemas de salud y el modelo de colaboración que exige la atención apropiada de estas necesidades son varios: las características de la enfermedad, la situación socioeconómica del paciente, la cultura, etc. Lorenz et al. (1999) señalan cinco tipos de colaboración en la provisión de la atención a la salud: la provisión paralela, la consulta informal, la consulta formal, la co-provisión de la atención y la expansión de la red de atención a la salud a la familia, educadores y recursos comunitarios. A partir de esta clasificación hemos agrupado en tres los modelos de colaboración que se pueden establecer entre los diferentes niveles asistenciales de una OSI:

- Provisión paralela.

La provisión paralela se produce cuando la división de las tareas entre los profesionales es clara y la resolución del problema de salud no requiere una colaboración significativa. Cada nivel asistencial puede trabajar independientemente.

Cuando la provisión es paralela tan solo se requiere la coordinación en la información entre niveles asistenciales de manera que los profesionales dispongan y utilicen la información de eventos anteriores que se hayan producido en cualquier punto de la red de servicios. En el caso en el que también es necesaria una *consulta informal* con otros profesionales para la resolución de un problema puntual también se requieren canales de comunicación que permitan el intercambio de información como el teléfono, el correo electrónico, etc.

- Gestor-consulta

En este caso un nivel asistencial actúa como *gestor del paciente* y el resto de niveles intervienen en el proceso para dar un consejo o para llevar a cabo una intervención

concreta. El gestor, como responsable de la atención del paciente, desempeña la función de coordinador actuando como enlace para encauzar la comunicación entre los diferentes profesionales que intervienen en el proceso. La coordinación entre el gestor del paciente y el consultor es fundamentalmente en la información sobre el paciente (Starfield, 2001).

Un ejemplo de este tipo de colaboración lo constituye el modelo de atención en el que la atención primaria actúa como puerta de entrada al sistema. El médico de atención primaria actúa como gestor o coordinador de la atención del paciente y el especialista como consultor para dar un consejo, una guía o una intervención a corto plazo (Starfield, 2001).

En otros ejemplos, la figura del gestor del paciente la puede desempeñar otros niveles asistenciales, como el especializado, mientras que la atención primaria asume el papel de consultor. Es el caso de los Programas de Gestión de Enfermedades (PGE) en los que el gestor de enfermedades es el médico especialista y la atención primaria actúa como consultor, por ejemplo, para confirmar el diagnóstico del paciente (Chen et al., 2000).

- Co-provisión de la atención

La co-provisión de la atención supone la responsabilidad compartida por parte de los profesionales que intervienen en la resolución del problema de salud. La provisión conjunta generalmente no es jerárquica, aunque uno de los profesionales puede asumir el papel de liderazgo en el tratamiento, dependiendo de las características y evolución del problema.

En este caso, la coordinación en la información sobre el paciente sigue siendo fundamental, pero también lo es la coordinación en la gestión. Este segundo tipo de coordinación se podría definir como la *ligazón* de las diferentes actividades que requiere la atención del paciente de manera que se proporcionen de forma complementaria y no se produzca una duplicación, pérdida o retraso de un servicio requerido.

Ejemplos de co-provisión de la atención se encuentran en la constitución de grupos de trabajos interdisciplinarios para coordinar las terapias de rehabilitación en las que los profesionales fijan de manera conjunta los objetivos y la intervención que debe ser implementada (Mickan y Rodger, 2000).

La adopción de un modelo u otro de colaboración depende de diversos factores: la complejidad de las necesidades del paciente, el modelo organizativo, y la cultura de colaboración de los profesionales.

3.3.3. La organización de la asistencia

La coordinación de la atención a lo largo de un continuo de cuidados de salud requiere la organización de la asistencia, es decir, principalmente la organización del trabajo y la asignación de roles y tareas entre los diferentes profesionales (Wagner et al., 1996).

Las dos cuestiones centrales en relación a la asignación de roles en la atención a pacientes que requieren atención continuada son el papel de la atención primaria en estos procesos y el de los profesionales no médicos. Estos dos aspectos definirán el tipo de modelo de organización de los servicios (Wagner et al. 1996). Las estrategias de la organización coordinada de la asistencia difieren en la extensión en la que la responsabilidad sobre el continuo de la atención recae en la atención primaria y el grado en el que los especialistas se involucran en esta atención. En uno de los extremos consideraríamos aquellos modelos organizativos en los que la atención primaria asume un papel predominante, y en el otro, los programas de atención especializada. En el medio se situarían los modelos que añaden especialistas a los grupos de atención primaria. En los dos primeros casos el modelo de colaboración que predominaría sería la provisión paralela o el gestor-consulta, tal y como vimos en el anterior apartado. En el tercer caso, la provisión sería conjunta. Ejemplos de modelos en los que la responsabilidad de la atención continuada para un determinado tipo de pacientes, se encuentra en EEUU. Los argumentos a favor de uno u otro modelo de organización de la atención son múltiples (Wagner, Starfield).

La delegación de determinadas tareas claves a profesionales no médicos que forman parte del equipo de atención al paciente es otro de los aspectos que definen el modelo organizativo. Los argumentos a favor de ampliar las funciones de enfermería en la atención de los pacientes crónicos son numerosos (Wagner).

3.3.4. Instrumentos de coordinación asistencial

Uno de los aspectos críticos de la coordinación asistencial es la combinación de instrumentos que utiliza la organización para "concertar" las actividades que son necesarias para atender al paciente. No existe una combinación mecanismos de coordinación ideal, sino que depende de cada situación. En particular, tal y como vimos en el apartado de estructura, el tipo de mecanismo de coordinación más adecuado dependerá del grado incertidumbre, especialización e interdependencia de las tareas.

El mecanismo de coordinación que tradicionalmente han utilizado las organizaciones sanitarias ha sido la normalización de las habilidades de los profesionales. En los últimos años, y como consecuencia de la presión creciente que han recibido para contener los costes, los proveedores sanitarios han comenzado a estandarizar los procesos y resultados asistenciales (Longest & Young G.J. 2000).

En situaciones de incertidumbre, elevada especialización y/o un mucha interdependencia entre las actividades para atender al paciente, las organizaciones pueden utilizar estrategias de coordinación basadas en la adaptación mutua.

En la tabla siguiente se clasifican los mecanismos de coordinación asistencial que con más frecuencia se utilizan en el entorno asistencial utilizando las clasificaciones de Mintzberg (1998) y Galbraith (1973).

Tipos de mecanismos de coordinación asistencial a partir de la clasificación de Mintzberg (1988) y Galbraith (1973)

Base de coordinación	Mecanismos de coordinación	Mecanismos de coordinación asistencial
Adaptación mutua	Comunicación informal	e-mail, correo, web, teléfono, reuniones informales
	Puesto de enlace	Gestor de casos
	Grupos de trabajo	Grupos multidisciplinares, interdisciplinares y transdisciplinares
	Sistema de información vertical	Sistema de información clínica
	Estructura matricial	Gestor de proyectos Estructura matricial
Normalización	Procesos de trabajo	GPG, Mapas de atención, Guías farmacológicas, planificación del alta
	Habilidades	Sistema de experto: formación continua, alternativas a la consulta tradicional
	Resultados	Estandarización de resultados

3.3.4.1. La planificación de la atención, las guías y protocolos

Uno de los instrumentos clave para coordinar la atención a lo largo del continuo asistencial es un plan o protocolo que provea una declaración explícita de qué atención se le tiene que dar al paciente, en qué intervalos y por quién (Wagner et al., 1996).

Existen diversos tipos:

- Las guías de práctica clínica (GPC) son recomendaciones sistemáticas, basadas en la mejor evidencia científica disponible, para orientar las decisiones de los profesionales y de los pacientes sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas y eficientes en el abordaje de una problemática específica relacionada con la salud en circunstancias concretas (Grifell, Carbonell, & Infiesta 2002). La GPC contienen todas las actividades que se deben realizar sobre pacientes con determinadas patologías, incidiendo en el nivel asistencial en que la actividad es más eficiente. Conllevan un sistema de evaluación del proceso y de los resultados, así como del grado de su utilización. Las GPC se diferencian de los protocolos de actuación clínica en que éstos sólo se refieren a un ámbito concreto de la atención, como puede ser la "atención al infarto de miocardio en un servicio de urgencias hospitalario".

La evidencia sugiere que las guías como instrumento aislado tienen poco impacto en la práctica médica (Grimshaw). Grol (2001e) señala algunos aspectos a considerar durante el desarrollo e implantación de las guías para mejorar su efecto en la práctica médica. En el proceso de elaboración de las guías, no solo es necesario que emplee un método

sistemático para la búsqueda de la evidencia, sino también el uso de opiniones expertas, la incorporación de las preferencias de los pacientes, una amplia divulgación por los centros, considerar los costes y cómo van a aplicarse las guías en la práctica diaria. Para lograr que los profesionales utilicen las guías en su práctica diaria, éstas deben quedar integradas en un sistema de mejora de la calidad más que también pueden incluir la traducción de las guías en protocolos, care pathways e indicadores válidos para monitorizar la atención del paciente. Finalmente, a parte de estas estrategias más globales, Johnston et al destaca los recordatorios, en papel o computerizados, como uno de los instrumentos más eficaces para conseguir la adscripción del médico a la guía.

- Los mapas de atención, también conocidos con el nombre de trayectorias clínicas, son planes de gestión de la atención del paciente que fijan los objetivos para los pacientes y proveen la secuencia de las intervenciones que serán necesarias llevar a cabo por los médicos, enfermeros y otros profesionales para alcanzar los objetivos deseados en un tiempo determinado (Longest & Young G.J. 2000). Los mapas de atención están diseñados para minimizar los tiempos de espera, los costes y maximizar la calidad de la atención de un episodio único de enfermedad (Plocher et al. 2001). Este tipo de instrumento ha sido desarrollado fundamentalmente por los programas de gestión de casos y de enfermedades (Smith 1998).

La planificación del alta hospitalaria es un caso particular del mapa de atención en el momento del alta. Consiste en cuatro fases fundamentales: la evaluación del paciente, el desarrollo del plan del alta, la provisión de servicios y el seguimiento y evaluación del paciente (Hampson, Roberts, & Morgan 1996). Para que la planificación del alta hospitalaria sea adecuada deben darse los siguientes elementos: comunicación del alta a los profesionales involucrados en el plan; transmisión de la información necesaria para el cuidado; comunicación y coordinación efectiva de estos profesionales; existencia de redes de apoyo adecuadas; participación de los pacientes y familia en la toma de decisiones y educación del paciente.

- Guías farmacológicas compartidas

Una guía farmacológica compartida debería contener los siguientes elementos (Hampson, Roberts, & Morgan 1996): (i) un resumen de las condiciones clínicas que incluya las indicaciones del tratamiento y los resultados esperados, (ii) el detalle de la dosis, administración, coste y la responsabilidad que asume el médico de la atención primaria, (iii) los efectos secundarios y las actuaciones que deben llevarse a cabo, (iv) la monitorización de las instrucciones, y por último (v) los canales de comunicación como por ejemplo, número de teléfono, fax, etc.

3.3.4.2. Sistemas de información vertical

La OSI debe expandir su sistema de información para unir a los pacientes y los proveedores a lo largo del continuo asistencial (Shortell et. al. 1994). Los elementos básicos que deberían componer el sistema de información de una organización integrado son varios:

- **Sistemas de información económica** (facturación, afiliación, costes...)
- **Sistemas de información operacionales** que sigan la trayectoria del paciente cuando se muevan a través del sistema: admisión, alta, derivación,...
- **Sistemas de planificación y análisis** para predecir la demanda, medir los resultados y la utilización de servicios
- **Sistemas de información clínica.**

El sistema de información clínica debería incluir a su vez los siguientes elementos:

a. Sistema integrado de registros clínicos a lo largo del continuo asistencial.

El sistema de información de una OSI debe contener información longitudinal del paciente. Esta información ayuda a los profesionales sanitarios a gestionar la atención a lo largo de las unidades que forman parte de la OSI. Idealmente la información debería comprender información clave clínica y demográfica del paciente (Jacobsen y Hill, 1999): historia e información física, alergias; una lista de problemas; un inventario de encuentros clínicos con el sistema, episodios y derivaciones; medicación actual; actividades de prevención (vacunas,...); el nombre del médico de cabecera y especialistas y gestor de casos que lo han atendido.

Esta información debe ser accesible desde todo los puntos del sistema por aquellos profesionales involucrados en el cuidado del paciente (médicos de atención primaria, especialistas, urgencias,...) (Coddington et al., 1996)

La integración de esta información mejora la continuidad desde el punto vista clínico y del paciente. Uno de los factores que influyen en la pérdida de confianza del paciente y empeoran su satisfacción con el sistema es la repetición de la historia, alergias, problemas y medicamentos en cada encuentro con el sistema.

Existen diversas aproximaciones para diseñar un sistema de registros integrado. Algunos de los instrumentos son: la acumulación de datos clínicos específicos en un repositorio y una tecnología que conecte el sistema y permita recuperar información clave a lo largo de la OSI (Jacobsen y Hill, 1999); sistemas de identificación del paciente; e integración de los sistemas de información de los productos intermedios (laboratorio, farmacia y radiología) (Kilbridge, 1998) mediante su automatización (Herr, 1996)

b. Herramientas de soporte a la decisión clínica

Otro de los elementos que debe contener el sistema de información de una OSI para gestionar coordinadamente la atención del paciente son herramientas que den soporte a la decisión clínica en el momento de la atención. La aplicación de la inteligencia artificial y de otras técnicas procedentes de la ciencia de la información al campo de la salud, ha tenido como resultado el desarrollo de sistemas computerizados de orientación de las decisiones clínicas (SCOD). Estos sistemas han sido definidos como "sistemas de conocimiento que usan datos sobre el paciente para generar un consejo específico para el caso" (Spiegelhalter en Johnston et al, 1994). Los datos de cada paciente se introducen en el programa en forma de historia clínica informatizada, y a continuación se clasifican y ordenan según guías y algoritmos clínicos que constituyen la llamada base de conocimiento del *software* (Artalejo, 2003). El objetivo principal de estos sistemas de ayuda pertenece a alguna de estas categorías: facilitar una identificación más exacta del diagnóstico, la determinación del medicamento y la dosis apropiada, mejorar la calidad de las actividades preventivas (Kilbridge, 1998) y mejorar la calidad de la atención médica *activa* (*active*). Para mejorar la calidad de las actividades preventivas se han desarrollado sistemas de recordatorio de actividades de prevención, que resultan efectivos cuando son accesibles en el momento de la visita. Los sistemas de ayuda para mejorar la calidad de la atención médica, incluyen la informatización de protocolos, que han demostrado contribuir significativamente a la utilización de la guía por parte del clínico (Johnston et al, 1994). También se incluyen dentro de esta última categoría, los sistemas de ayuda que permiten analizar la información clave del paciente y crear conocimiento sobre un caso como por ejemplo, los resúmenes de información clínica del paciente (que ayuden a gestionar resultados anormales), la automatización de alertas y recordatorios y la captura de resultados claves y datos anormales.)

La revisión realizada por Johnston et al (1994) muestra una mejora significativa en la práctica médica cuando se utilizan sistemas de apoyo a la decisión clínica para mejorar las actividades preventivas, la adscripción del médico al protocolo y selección de la dosis adecuada para alcanzar el nivel terapéutico adecuado.

c. Sistema de análisis de la información de resultados (outcomes) que den soporte a la práctica médica.

Por último, el sistema de información de la OSI debe proveer información sobre resultados que permita mejorar la gestión coordinada de la atención de la población. Existe un amplio consenso en relación a la necesidad de una monitorización regular de la práctica médica tanto para el desarrollo profesional como para la mejora de la calidad de la atención (Grol 2001d). No obstante, la dificultad en la provisión de este tipo de información reside, en primer lugar, en la medición de la calidad de la atención, y en segundo lugar, en la manera

más efectiva, en relación al impacto sobre la práctica médica, de suministrarla. Varios estudios rigurosos han mostrado un impacto variable de la retroalimentación de la información sobre la calidad de la atención (Wagner, Austin, & Von Korff 1996) en función de la edad del médico (los médicos en formación son más receptivos que los más maduros), del canal de comunicación (la comunicación personal es más efectiva), del transmisor de la información (un líder de opinión respetado por los profesionales) y de la credibilidad de la información (información basada en la evidencia) (Grol 2001c).

Estrategias de implantación de un Sistema de Información Vertical

Una aproximación útil es del desarrollo de un plan estratégico del sistema de información en el que se identifiquen las prioridades de la OSI, la asignación de fondos y provea los recursos claves para orientar el sistema a la mejora de la coordinación y la continuidad asistencial (Jacobsen y Hill, 1999).

Otra aproximación consiste en incluir la integración del sistema de información en el núcleo de estrategias de la OSI y la comunicación de esta estrategia a lo largo de la organización (Shortell et al., 2000). En esta línea, la creación de grupos multidisciplinarios para desarrollar los requerimientos del sistema de decisión y tomar decisiones estratégicas entorno al mismo, con la participación de los profesionales, permitiría involucrarlos en el desarrollo de los componentes del sistema (Coddington et al., 1996).

La implantación del sistema de información y su uso extensivo requiere el entrenamiento de los profesionales sanitarios en su utilización y la demostración de que con estos sistemas van a hacer un uso más eficiente del tiempo que sin ellos (Artalejo et al., 2003)

3.3.4.3. Otros canales de comunicación

Además del sistema de información, existen otros canales de comunicación para transferir la información relevante acerca del paciente de una unidad a otra: el correo electrónico, el teléfono, las reuniones informales,...

3.3.4.4. Grupos de trabajo

En el ámbito de la atención sanitaria los grupos de trabajo³ se han constituido tradicionalmente para mejorar la coordinación de la atención. Katzenbach y Smith (1993 en Mickan y Rodger, 2000) como un número pequeño de personas con habilidades complementarias que se comprometen con un propósito común, unos objetivos y una metodología para alcanzar estos objetivos de la cual son mutuamente responsables.

³ Siguiendo la terminología de Mintzberg (1988), deberíamos diferenciar entre grupo de trabajo o comité permanente según la duración del mismo. La literatura sobre el tema en el ámbito sanitario, se suele referir a ambos bajo el término genérico de *grupo de trabajo* (Mickan y Rodger, 2000;)

Se pueden establecer tres categorías de grupo de trabajo según el grado de colaboración alcanzado (Mickan y Rodger, 2000) :

- **Grupos multidisciplinarios.**

En este tipo de grupos cada profesional trabaja de manera paralela, con una definición clara de los roles, especificando las tareas y las líneas jerárquicas de autoridad. Los niveles de autonomía profesional son elevados. Los profesionales a menudo ven a los pacientes y familiares individualmente y crean sus propios objetivos y planes de tratamiento. Los grupos multidisciplinarios son los que poseen un nivel de colaboración más bajo y mantienen un nivel de autonomía del profesional más elevado. La divergencia de prioridades entre los miembros puede traducirse en una atención poco consistente y en una comunicación contradictoria con el paciente. Los grupos multidisciplinarios son los más comunes en el ámbito sanitario.

- **Grupos interdisciplinarios.**

En este tipo de grupos, los profesionales se reúnen regularmente para coordinar los programas de tratamiento de los pacientes. Los objetivos se fijan generalmente de manera conjunta y la intervención debe ser implementada también conjuntamente. A menudo se asigna un miembro del grupo para la comunicación entre el profesional y el paciente. Este tipo de grupos son más comunes en las terapias de rehabilitación.

- **Grupos transdisciplinarios.**

En este tipo de grupos todos los miembros contribuyen consensuadamente, a un plan individualizado para el paciente, y uno o dos miembros son designados como los agentes para la intervención. Los grupos transdisciplinarios maximizan la práctica colaborativa y minimizan la autonomía de los profesionales.

La utilización de un tipo de grupo u otro depende del nivel de colaboración que requiera el problema.

Se han identificado diversos requisitos para que un grupo sea efectivo en la gestión coordinada del paciente (Mickan y Rodger, 2000):

- ⊙ El número de integrantes debe ser pequeño.
- ⊙ Los participantes deben poseer la combinación correcta de habilidades y experiencia.
- ⊙ Todos los participantes deben estar comprometidos con un propósito principal.
- ⊙ También deben estar comprometidos con unos objetivos de desempeño de los cuales sean colectivamente responsables.
- ⊙ Deben comunicarse regularmente para resolver problemas, tomar decisiones y gestionar el conflicto.

- ⊗ Deben adoptar una aproximación común en el funcionamiento económico, administrativo y social.
- ⊗ Cada miembro debe tener un rol dentro del grupo
- ⊗ Deben compartir un conjunto de normas para guiar la actividad del grupo.

3.3.4.5. Sistema experto

La derivación o consulta al especialista es la manera tradicional que los médicos de atención primaria tienen de enfrentarse a un problema en el que por motivos de incapacidad o incertidumbre no pueden realizar el diagnóstico (Starfield, 2001). En este caso el especialista actúa como asistente experto dando un consejo o llevando a cabo una intervención a corto plazo. Las derivaciones convencionales, no obstante, tienen dos problemas fundamentales (Wagner, Austin, & Von Korff 1996): en primer lugar se corre el riesgo de fragmentar la atención si el especialista retiene al paciente y no devuelve la atención a la primaria o si no hay una buena comunicación entre los dos niveles; y en segundo lugar no contribuye a incrementar las habilidades del médico de atención primaria, y por tanto la capacidad resolutoria de este nivel y la eficiencia del sistema.

Para resolver estos dos problemas mejorando el acceso de la atención primaria al conocimiento especializado, además de los instrumentos de coordinación que extensamente hemos comentado en este capítulo: canales de comunicación, sistemas computerizados de orientación a la decisión clínica (SCOD),..., las organizaciones sanitarias han puesto en marcha alternativas o complementos al proceso de derivación. Entre ellas destacamos las siguientes:

- El desarrollo de un grupo de expertos locales que actúan como "gurus" de referencia para los médicos de atención primaria.
- Grupos de especialistas que trabajan en los centros de atención primaria como expertos locales formando a los médicos de atención primaria y viendo las dificultades que tienen los equipos.
- La visita conjunta
- Las sesiones clínicas para analizar casos concretos

Los programas de formación continua también contribuyen a incrementar el conocimiento especializado del médico general, pero forman parte más de una estrategia global que de la resolución de un caso específico (Wagner, Austin, & Von Korff 1996). Entre los diversos tipos de formación continua que existen, los más recomendados por su eficacia a la hora de cambiar la práctica médica son los personalizados, basados en las necesidades personales de aprendizaje y que requieran la participación activa del clínico (Grol 2001b). Las revisiones sistemáticas realizadas por Davis (1999) y Oxman (1995) muestran que las

estrategias clásicas de formación continua (difusión de materiales educativos, cursos, conferencias, etc.) no son muy efectivos para cambiar la práctica médica. Aunque se requiere una evaluación más exhaustiva sobre su impacto, los encuentros educativos interactivos y los encuentros educativos en el centro de trabajo con expertos externos, parecen mostrar una efectividad mayor que la educación médica continuada tradicional (Grol 2001a). Para favorecer la comunicación y conocimiento mutuo en aras de una mayor coordinación algunos autores (Vergeles-Blanca 2002) recomiendan que en la formación continuada de los médicos de atención primaria se contemple la rotación de éstos por distintos servicios de atención especializadas, y en la formación de los especialistas se destine un tiempo de estancia en atención primaria.

Grol (2001f), a partir de una revisión de la evidencia, ordena las diferentes estrategias para mejorar la calidad de la atención del paciente en función de su efectividad. Se trata de aproximaciones que tratan de incidir en la práctica médica basadas fundamentalmente en la educación de los clínicos, la auditoría i retroalimentación de información y la gestión total y mejora de la calidad total. En la siguiente tabla se resumen los resultados obtenidos.

3.3.5. Estrategias de gestión de la atención

En las últimas décadas se han implementado en distintos sistemas de salud, estrategias para gestionar coordinadamente la atención de pacientes con necesidades complejas que requieren una colaboración más estrecha entre distintos niveles asistenciales.

3.3.5.1. Los Programas de gestión de enfermedades (PGE)

Definición

Los Programas de gestión de enfermedades (PGE) han sido definidos como un sistema coordinado de información e intervenciones sanitarias para aquellas poblaciones que sufren determinadas enfermedades que comparten la característica del valor de los autocuidados en su tratamiento y control (Peiró, 2003). Mediante estos programas, todos aquellos que son responsables en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, se ponen de acuerdo en los estándares, personal y costes en los que se incurre para proveer la atención (Pilnick et al. 2001).

Procesos

Los PGE se centran en pacientes con diagnósticos específicos. Los criterios que a menudo guían la selección de enfermedades para los PGE son: que tengan una elevada prevalencia o que requieran una atención intensiva o de elevado coste, que supongan un elevado gasto

en prescripción farmacéutica, que los resultados de la intervención se puedan medir y para los cuales se haya descrito variaciones significativas en la práctica clínica (Plinick et al. 2001).

Aunque tienen que ser capaces de gestionar las comorbilidades más frecuentes que aparecen en ese tipo de pacientes, así como los problemas médicos, funcionales y psicosociales, la frecuencia, complejidad y magnitud de estas comorbilidades y problemas es menor que la que se da en la gestión de casos. Como resultados, los PGE hacen menos énfasis en la coordinación con los servicios comunitarios, servicios sociales, familia y cuidadores (Chen et al., 2000).

Elementos básicos

La gestión de enfermedades se basa fundamentalmente en la estandarización de los procesos de trabajo a través de los protocolos y guías basados en la evidencia empírica (Lawthers et al. 2003).

Además de las guías y protocolos los PGE deben incluir una serie de elementos (Peiró, 2003)

1. Identificación sistemática de la población de riesgo a cubrir con el PGE.
2. Educación sanitaria. La educación debe estar orientada a mejorar la capacidad de decisión y autocuidado de los pacientes. Las intervenciones educativas pueden incluir el envío de cartas, la distribución de versiones de las guías orientadas a los pacientes con recomendaciones de tratamiento, seminarios en grupos, visitas individuales y otras.
3. Modelo de práctica integrado y colaborativo. Este modelo debe incluir a un equipo multidisciplinar: clínicos, personal de enfermería, proveedores, personal de apoyo,...
4. Información y retroinformación a los pacientes y médicos. La retroinformación hacia los médicos usualmente adopta la forma de listados de pacientes con una condición específica y las fechas en que recibieron los servicios recomendados por las guías. Hacia los pacientes puede incluir el envío de recordatorios sobre el plan de atención con objetivos y recomendaciones de tratamiento.
5. Sistemas de información: para identificar a los pacientes, para estratificarlos, para conocer los servicios que han utilizado, para evaluar el rendimiento del programa.
6. Indicadores de actividad y rendimiento para evaluar los resultados del programa. Estas medidas pueden corresponder a medidas de proceso o de resultado, pero deben reunir indicadores en áreas clínicas, de utilización de servicios y costes, de estado funcional o autopercepción de salud y de satisfacción.

Por lo tanto, los PGE basan la coordinación asistencial a lo largo del episodio en la estandarización de los procesos fundamentalmente.

3.3.5.2. La Gestión de casos (GC)

Definición

La gestión de casos (GC) ha sido definida como la provisión de una atención continua a lo largo de diferentes servicios mediante la integración y coordinación de necesidades y recursos entorno al paciente (Smith 1998). Esta estrategia, se diferencia de la gestión de enfermedades fundamentalmente en que el énfasis se realiza más en los pacientes individuales y sus familias que en la población de pacientes con una condición concreta (Peiró, 2003).

Procesos

Los programas de gestión de enfermedades y de gestión de casos también difieren en el tipo de pacientes a los que se dirigen. La gestión de casos trata pacientes con un nivel de "riesgo elevado" porque requieren un atención muy costosa, son vulnerables o presentan necesidades de salud y sociales complejas (Smith 1998). Este tipo de pacientes suelen presentar una combinación de problemas sociales y sanitarios, como por ejemplo: dependencia funcional, diabetes, fallo cardiaco, falta de soporte familiar, pobreza, ... (Chen et al. 2000). Algunos de los términos con los que se refieren los programas de gestión de casos a su población objetivos son (Chen et al. 2000):

- Pacientes con un riesgo elevado por los costes que genera su atención
- Ancianos frágiles con alguna enfermedad crónica
- Pacientes con múltiples enfermedades crónicas o necesidades de salud complejas
- Pacientes con riesgo elevado por un desequilibrio psicológico o psicosocial
- Pacientes que sufren un problema agudo serio con un riesgo de presentar efectos graves a largo plazo.

El rol del gestor de casos

La gestión de casos se basa principalmente en la figura del gestor de casos que ejerce el papel de coordinador, "enlazando" los diferentes servicios que son necesarios para que ejerza el gestor de casos a lo largo del sistema.

Por lo tanto, la función principal del gestor de casos es la coordinación de la atención del paciente a lo largo del continuo asistencial para alcanzar los resultados clínicos y económicos deseados (Hill 1998). Esta función implica negociar, procurar y coordinar los servicios y recursos necesarios; intervenir en los momentos oportunos del continuo de salud del paciente, evitando por ejemplo ingresos hospitalarios o servicios especializados con un coste elevado; y, trabajar en colaboración con el resto de profesionales que atienden al paciente (Hill 1998).

Normalmente, la gestión de casos suele desempeñarla un profesional de enfermería con las habilidades adecuadas (Chen et al. 2000). Estas incluyen el conocimiento de la población objetivo, la capacidad de reconocer y atender las necesidades no cubiertas de los pacientes, el conocimiento de cómo trabajar dentro del sistema (Smith 1998)

Tipos de programas de gestión de casos (PGC)

Existen múltiples clasificaciones de PGC (Smith 1998). Destacamos aquella que distingue entre los PGC basados en un grupo de trabajo, y los PGC sin grupo. En los primeros, el gestor de casos está integrado en el equipo de atención primaria, mientras que en los segundos, trabaja de manera separada. La comunicación y colaboración entre los gestores de casos y el resto de profesionales resulta más fácil en el primer caso (Chen et al. 2000)

Elementos

A partir de una evaluación de diversos programas de gestión de casos en EEUU, Chen et al (2000) identifica los elementos que debe contener este tipo de estrategias para que sea eficaz a la hora de coordinar la atención y reducir los costes totales del sistema:

1. La identificación del grupo de pacientes de un "riesgo elevado" y evaluación de sus necesidades (Ej. comorbilidades, medicación,...)
2. La planificación individual de la atención del paciente. Los planes de atención deben estar orientados a unos problemas u objetivos concretos, incorporar inputs de múltiples disciplinas: médicos de APS, trabajadores sociales, farmacólogos, etc., y contemplar las intervenciones necesarias. Dado que muchos de los problemas son de naturaleza social o funcional, los servicios comunitarios desempeñan un papel clave en las intervenciones necesarias (ayuda a domicilio, servicios de transporte, programas de renta mínima, etc.).
3. La comunicación y coordinación con el resto de profesionales que atienden al paciente en los servicios de salud y sociales, con el paciente y su familia.
4. La educación sanitaria individualizada del paciente sobre sus problemas y el autocuidado.
5. La evaluación periódica del paciente y el ajuste del plan de atención si es necesario.

3.3.5.3. Atención compartida ("shared care")

La atención compartida es la participación conjunta de los médicos de atención primaria y los especialistas en la planificación de la atención para los pacientes crónicos (Hickman et al. 1994).

Bibliografía

References

- Conrad, D. & Hoare, G. 1994, *Strategic alignment: managing integrated health systems*. Michigan: AUPHA Press.
- Conrad, D. A. & Dowling, W. L. 1990, "Vertical integration in health services: theory and managerial implications.", *Health Care Manage Rev.*, vol. 15, no. 4, pp. 9-22.
- Conrad, D. A. & Shortell S.M. 1996, "Integrated health systems: Promise and performance", *Front Health Serv Manag*, vol. 13, no. 1, pp. 3-40.
- Devers KJ, Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, & Erickson KL 1994, "Implementing organized delivery systems: an integration scorecard.", *Health Care Manage Rev*, vol. 19, no. 3, pp. 7-20.
- Devers, K. J., Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Mitchell, J. B., & Erickson, K. L. 1994, "Implementing organized delivery systems: an integration scorecard.", *Health Care Manage Rev.*, vol. 19, no. 3, pp. 7-20.
- Gillies, R. R., Shortell, S. M., Anderson, D. A., Mitchell, J. B., & Morgan, K. L. 1993, "Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study.", *Hospital & Health Services Administration.*, vol. 38, no. 4, pp. 467-489.
- Grifell, E., Carbonell, J. M., & Infesta, F. 2002, *Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica* CHC Consultoria i Gestió, Barcelona.
- Grol, R. 2001b, "Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit, and patients satisfaction", *JAMA*, vol. 286, no. 20, pp. 2578-2585.
- Grol, R. 2001c, "Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit, and patients satisfaction", *JAMA*, vol. 286, no. 20, pp. 2578-2585.
- Grol, R. 2001d, "Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit, and patients satisfaction", *JAMA*, vol. 286, no. 20, pp. 2578-2585.
- Grol, R. 2001a, "Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit, and patients satisfaction", *JAMA*, vol. 286, no. 20, pp. 2578-2585.
- Grol, R. 2001e, "Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit, and patients satisfaction", *JAMA*, vol. 286, no. 20, pp. 2578-2585.
- Grol, R. 2001f, "Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit, and patients satisfaction", *JAMA*, vol. 286, no. 20, pp. 2578-2585.
- Hampson, J. P., Roberts, R. I., & Morgan, D. A. 1996, "Shared care: a review of the literature", *Family practice*, vol. 13, no. 3, pp. 264-279.
- Harrigan K.R. 1985, "Vertical integration and corporate strategy", *Academy of Management Journal*, vol. 28, no. 2, pp. 397-425.
- Hill, M. 1998, "The development of care management systems to achieve clinical integration", *Advanced Practice Nursing Quarterly*, vol. 4, no. 1, pp. 33-39.
- Ibern, P. & Calsina, J. Más allá de la separación de funciones: Las Organizaciones Sanitarias Integradas. 2001.
Ref Type: Personal Communication
- Longest, B. B. & Young G.J. 2000, "Coordination and communication," in *Health care management*, 4th edn, S. M. Shortell & A. D. Kaluzny, eds., Delmar, NY, pp. 210-243.
- Ortún, V. 2003, *Gestión Clínica. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*.

- Plocher, D. W., Wilson, W. L., Lutz, J. A., & Huston, A. 2001, Aspen Publishers, Gaithersburg, Maryland.
- Shortell, S., Gillies, R., Anderson, D., Erikson, D., & Mitchell, J. 2000, *Remaking health care in America. 2nd ed. San Francisco: The Jossey-Bass health care series.*
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., & Anderson, D. A. 1994, "The new world of managed care: creating organized delivery systems.", *Health Aff (Millwood)*, vol. 13, no. 5, pp. 46-64.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M., & Mitchell, J. B. 1996, *Remaking health care in America. Building Organized Delivery Systems.*
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Mitchell, J. B., & Morgan, K. L. 1993, "Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators.", *Hosp Health Serv Adm.*, vol. 38, no. 4, pp. 447-466.
- Shortell, S. M. & Hull, K. E. 1996, "The new organization of the health care delivery system", *Baxter Health Policy Rev*, vol. 2, pp. 101-148.
- Simoens, S. & Scott, A. Towards a definition and taxonomy of integration in primary care. HERU Discussion Paper. 1999.
Ref Type: Personal Communication
- Skelton-Green, J. M. & Sunner, J. S. 1997, "Integrated delivery systems: the future for Canadian health care reform?", *Can J Nurs Adm.*, vol. 10, no. 3, pp. 90-111.
- Smith, J. E. 1998, "Case Management: A Literature Review", *Canadian Journal of Nursing Administration*, vol. May-June, pp. 93-109.
- Vargas, I. 2002, "La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña ", *Cuadernos de gestión*, vol. 8, no. 4, pp. 167-179.
- Vergeles-Blanca, J. M. 2002, "Relación entre atención primaria y especializada: el reto permanente", *Cuadernos de gestión para el profesional de atención primaria*, vol. 8, no. 4, pp. 159-166.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. 1996, "Organizing care for patients with chronic illness", *The Milbank Quarterly*, vol. 74, no. 4.