

Organizaciones sanitarias integradas

Un estudio de casos

María Luisa Vázquez Navarrete
Ingrid Vargas Lorenzo

Organizaciones sanitarias integradas

Un estudio de casos

Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos. Autores: María Luisa Vázquez Navarrete, Ingrid Vargas Lorenzo. 1ª Reimpresión. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2009, 260 pp.

I. Organización de la provisión de la atención. II. Organizaciones sanitarias integradas. III. Coordinación asistencial. IV. Cataluña. V. España. VI. Estudio de casos. VII. María Luisa Vázquez Navarrete. VIII. Ingrid Vargas Lorenzo. IX. Consorci Hospitalari de Catalunya.

Primera edición 2007
Reimpresión 2009

Reservados todos los derechos. No se permite reproducir, almacenar en sistemas de recuperación de la información ni transmitir alguna parte de esta publicación, cualquiera que sea el medio empleado –electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, etc.–, sin el permiso previo de los titulares de los derechos de la propiedad intelectual.

© Consorci Hospitalari de Catalunya, 2009

Editor: Hubert Hanrath. Projectes editorials i comunicació

Diseño gráfico: estudi jordi sàrries comunicació gràfica

ISBN: 978-84-611-5728-0

Depósito legal: B-34.894-2009

Composición y compaginación: AUVI, Serveis Editorials, S.A.

Impresión: Gràfiques 92, S.A. - Avda. Can Sucarrats, 91 - 08191 Rubí (Barcelona)

Printed in Spain

Colaboradores

Jordi Coderch de Lassaletta es Médico, Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública; posee diplomas de posgrado en Gestión Hospitalaria y en Diseño y Estadística en Ciencias de la Salud. Su experiencia asistencial se ha desarrollado en las áreas de urgencias y atención sociosanitaria del Hospital Municipal de Lloret de Mar (Girona), donde también ha ocupado el cargo de Director. Como funcionario de la Generalitat de Catalunya en Salud Pública, desarrolló tareas de planificación sanitaria en el Servei Català de la Salut. En 1997, se incorporó al Consorci Assistencial del Baix Empordà, posteriormente integrado en Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà, donde ha ocupado diversos cargos de gestión de atención primaria. Desde 2001 es Director de Información, Evaluación e Investigación. Ha publicado en los campos de la planificación sanitaria, la investigación biomédica y el análisis de servicios sanitarios.

Lluís Colomé Figuera es Doctor en Medicina y Cirugía, Diplomado en Sanidad y Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Desde 2000, es Gerente del Área de Planificación Estratégica del Grup SAGESSA, donde anteriormente desempeñó el cargo de Coordinador Médico de la primera Área Básica de Salud gestionada por una entidad ajena al Institut Català de la Salut y también el de Coordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Es miembro de varios comités organizadores y científicos del ámbito de la atención primaria de salud y de la calidad asistencial. Profesor en la Universitat Rovira i Virgili de Reus (Tarragona) y Profesor Colaborador en diversas entidades (Escuela Andaluza de Salud Pública, Escuela Nacional de Sanidad, EADA y otras), es uno de los coordinadores del Máster de Economía de la Salud y Gestión de Instituciones Sanitarias de la Universitat

Rovira i Virgili y Codirector del Máster en Gestión de Equipos y Servicios Sanitarios en Atención Primaria de la Universitat de Barcelona.

Joan Farré Calpe es Médico, Especialista en Traumatología, Diplomado en Economía de la Salud y Gestión de Servicios Sanitarios y Diplomado en Gestión Hospitalaria por ESADE. Ha ejercido los cargos de Director Asistencial del Consorci Sanitari de Terrassa, Director Médico del Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII, Subdirector Médico del Hospital Duran i Reynals de la Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge y Director Técnico del Programa de Coordinación para la Asistencia Hospitalaria de la comarca de l'Anoia para la constitución de un único ente jurídico de prestación de servicios de atención especializada. Actualmente, es Director General Técnico del Consorci Hospitalari de Catalunya.

Diana M. Henao Martínez es Licenciada en Nutrición y Dietética por la Universidad Católica de Manizales (Colombia) y Máster en Salud Pública por la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona. Ha sido Docente en el Área de Nutrición en la Universidad Católica de Manizales y ha trabajado en diferentes instituciones relacionadas con la nutrición comunitaria. Actualmente, realiza sus estudios de doctorado en Salud Pública en la Universitat Autònoma de Barcelona y es Investigadora en el Servicio de Estudios del Consorci Hospitalari de Catalunya, donde contribuye en proyectos sobre organizaciones sanitarias integradas.

Josep Ramon Llopart López es Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Cirugía General y Digestiva y Máster en Gestión Hospitalaria. En el campo de la gestión, ha desempeñado los cargos de Jefe de Urgencias del Hospital Municipal de Badalona (Barcelona), Director Médico del Hospital Municipal de Badalona y, actualmente, es Director de Planificación y Adjunto a la Gerencia de Badalona Serveis Assistencials. Desde el punto de vista científico, ha presentado 71 comunicaciones y cuenta con 21 publicaciones.

Vladimir Pizarro Díaz es Médico Odontólogo, Diplomado en Gestión de Instituciones de Salud por la Universidad de Chile y Máster en Salud Pública y Doctor en Ciencias de la Salud y de la Vida por la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona. Ha sido Director del Programa Odontológico del Servicio de Salud Metropolitano Occidente del Ministerio de Salud de Chile y, actualmente, desempeña los cargos de Asesor del Departamento de Gestión de Procesos Asistenciales del Servicio de Salud Metropolitano Occidente del Ministerio de Salud de Chile, Docente en pregrado de la Cátedra de Salud Pública de la Universidad Mayor y de la Universidad Diego Portales de Chile y Director del Máster en Salud Pública y Sistemas de Salud de la Universidad Mayor de Chile.

Maria Àngels Pons Mesquida es Licenciada en Farmacia y Máster en Salud Pública, y ha sido Becaria del Consorci Hospitalari de Catalunya. En la actualidad, es Res-

ponsable de Farmacia de Atención Primaria de la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell (Barcelona) y Colaboradora en el estudio sobre factores determinantes del gasto farmacéutico en atención primaria, desarrollado por el Institut Català de la Salut.

Rosa Ruiz Cortinas es Médica, Especialista en Medicina Interna y Diplomada en Economía de la Salud. Después de ejercer unos años como médica, se encargó, durante ocho años, del desarrollo de las primeras unidades de atención al usuario en Barcelona en diferentes centros de atención primaria del Institut Català de la Salut. Desde 1991, trabaja en el Consorci Sanitari de Terrassa (Barcelona), primero como Directora de Logística Asistencial, con la responsabilidad sobre la gestión de pacientes y el desarrollo de los sistemas de información asistencial; posteriormente, ocupó el cargo de Adjunta a Gerencia y, en la actualidad, es Responsable de la Dirección de Planificación y Calidad del propio Consorci.

Rebeca Terraza Núñez es Licenciada en Biología por la Universitat Autònoma de Barcelona y Máster en Salud Pública por la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona. Es investigadora del Servei d'Estudis del Consorci Hospitalari de Catalunya, donde colabora en proyectos de evaluación cualitativa de políticas de salud (sistema de compra en base poblacional y atención a la población inmigrante desde el punto de vista de los agentes sanitarios) y en el proyecto European Healthcare Training and Accreditation Network (ETHAN) sobre la movilidad de profesionales de enfermería en la Unión Europea.

Jordi Valls Soler es Médico, Máster en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria por la Universitat de Barcelona y la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona y Diplomado en Gestión Hospitalaria por ESADE (Barcelona). Ha desempeñado diversos cargos relacionados con la organización y gestión de centros sanitarios, entre ellos el de Director Médico del Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella entre 1992 y 1997. Desde 1998, es Director de Planificación y Desarrollo de la Corporació de Salut del Maresme i la Selva.

Pere Vallribera Rodríguez es Médico, Máster en Economía de la Salud por la Universitat de Barcelona y Diplomado en Gestión Hospitalaria por EADA. Actualmente, es Director Gerente del Consorci Sanitari de Terrassa, red que integra el Hospital de Terrassa, el Hospital Sant Llàtzer y seis CAP. Ha sido Gerente de la Corporació de Salut del Maresme i la Selva y Jefe de la División Hospitalaria del Servei Català de la Salut, donde participó en la redacción del primer Pla de Salut de Catalunya. Colabora como Docente en el Máster de Dirección de Instituciones Sanitarias de la Fundació Doctor Robert (Universitat Autònoma de Barcelona).

Ingrid Vargas Lorenzo es Economista de la Salud y Máster en Políticas Públicas y Sociales por la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona. Trabaja en el Servicio de

Estudios del Consorci Hospitalari de Catalunya, donde lleva a cabo actividades de investigación, apoyo técnico a responsables en la formulación de políticas de salud, consultoría nacional e internacional y docencia. Asimismo, se encuentra realizando el Doctorado en Salud Pública en la Universitat Autònoma de Barcelona sobre organizaciones sanitarias integradas en Cataluña y Colombia, para lo cual ha recibido una beca de la Agencia Española de Cooperación Internacional.

María Luisa Vázquez Navarrete es Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y Máster en Políticas, Planificación y Financiación. Desde hace 20 años, trabaja con países europeos y latinoamericanos en proyectos de colaboración científica, capacitación y asesoría técnica, primero como Investigadora del Instituto de Higiene Tropical y Salud Pública de la Universidad de Heidelberg (Alemania) y, después, como Profesora de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool (Reino Unido). Actualmente, es Responsable de Investigación y Desarrollo en el Servicio de Estudios y Prospectivas en Políticas de Salud del Consorci Hospitalari de Catalunya. Sus líneas de investigación en sistemas de salud y políticas son la participación social en salud, la percepción de necesidades en salud, el acceso y la utilización de los servicios de salud, las organizaciones sanitarias integradas y la utilización de métodos cualitativos aplicados en salud.

Albert Verdaguer Munujos es Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina Interna y Máster en Evaluación y Gestión de Servicios Sanitarios. Ha sido Jefe Clínico del Servicio de Medicina Interna en el Hospital Nuestra Señora del Mar, de Barcelona y Jefe del Servicio de Medicina Interna de la Clínica la Alianza Mataronense. Desde 1992, es Director Médico del Consorci Sanitari de Mataró, donde ha realizado la fusión de las dos instituciones sanitarias previas y ha trasladado toda la actividad al Consorci Sanitari del Maresme, organización sanitaria integrada. Ha publicado más de 50 artículos en revistas, así como publicaciones en libros y diversas comunicaciones.

Prólogo

El Consorci Hospitalari de Catalunya dedica una gran parte de su esfuerzo a sistematizar y difundir el conocimiento generado por el quehacer de sus asociados, proyectos y experiencias de gestión a la comunidad sanitaria. En este empeño, el trabajo del Servicio de Estudios y Prospectivas en Políticas de Salud (SEPPS) del CHC se ha aplicado de manera especial a investigar sobre una de las cuestiones que más preocupan actualmente a todos los actores de nuestro sistema de salud: la coordinación de la atención.

Las barreras en el acceso al nivel especializado –las listas de espera–, la falta de comunicación entre los profesionales y servicios que atienden al mismo paciente, las pruebas diagnósticas que se repiten innecesariamente o la prescripción simultánea de fármacos incompatibles son algunas deficiencias que se detectan con demasiada frecuencia en nuestro sistema y, por este motivo, aquellas iniciativas que promueven la integración asistencial despiertan gran interés en el sector.

En el conjunto de entidades asociadas al Consorci Hospitalari de Catalunya se han constituido, en los últimos años, organizaciones sanitarias integradas que, precisamente, persiguen mejorar la integración. La coordinación y la integración asistencial se han convertido en uno de los pilares del modelo que promueve nuestra institución en las organizaciones que gestiona directamente y en todo el sistema asistencial –sanitario y social– catalán.

En 2003, con el doble objetivo de divulgar nuestras conclusiones sobre el tema en el contexto catalán y español, y analizar en profundidad la experiencia en Cataluña, encargamos al SEPPS la realización de la investigación cuyo resultado se presenta en este libro. En el estudio han participado, como coautores de los capítulos respectivos, miembros de las organizaciones analizadas, coordinados por las investigadoras del SEPPS.

Esta obra está dirigida a profesionales, gestores, políticos y, en general, a todos los que están interesados en la integración de servicios de salud. Creemos que hallarán útil el análisis detallado que se realiza de las experiencias de integración de servicios en Cataluña, así como las sugerencias que de él se derivan para que la implementación de este tipo de organizaciones contribuya realmente a una mejora de la continuidad asistencial y de la eficiencia.

Barcelona, febrero de 2007

Josep Abelló

Presidente del Consorci Hospitalari de Catalunya

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a los expertos del comité asesor externo del estudio, con quienes se discutió la guía para el análisis de las organizaciones sanitarias integradas: Antoni Anglada (Hospital General de Vic), Manel del Castillo (Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat), Joan Miquel Carbonell (Hospital Vall d'Hebron, Barcelona), Encarna Grifell (Hospital Comarcal Sant Antoni Abat de Vilanova i la Geltrú), Francesc Moreu (Consorti Hospitalari de Catalunya), Olga Pané (Consorti Hospitalari de Catalunya) y Vicente Ortún (Universitat Pompeu Fabra). A este último queremos agradecer especialmente sus comentarios sobre los resultados y conclusiones del estudio.

También, deseamos manifestar nuestro agradecimiento al Ministerio de Sanidad y Consumo, Subdirección General de Evaluación y Fomento de la investigación (FIS 04/2688) y al Consell Comarcal del Barcelonès (ACOM 2004) por proporcionar parte de la financiación que ha permitido desarrollar el trabajo de investigación en el cual se basa este libro.

Por último, queremos dar las gracias a todas aquellas personas que han facilitado la recopilación de información de las organizaciones que participan en el estudio y muy especialmente a Esperanza Escribano (Badalona Serveis Assistencials); Joan Berenguer y Pere Soley (Consorti Sanitari del Maresme); Elena Medarde (Consorti Sanitari de Terrassa); Judit Pedemonte (Corporació de Salut del Maresme i la Selva), y Jordi Calsina, Margarita Bou, Montse Rovira, Dolors Bosch, Xavier Pérez, Javier Román, Anna Bohigas y Montse Mont Ferrer (Serveis de Salut Integrats Baix Empordà).

Lista de abreviaturas

ABS	Área básica de salud	OSI	Organización sanitaria integrada
AEA	Atención especializada de agudos	PADES	Programa de atención domiciliaria-equipos de soporte
AIE	Agrupación de interés económico	PAIS	Programa de atención interniveles
AP	Atención primaria	PAPPS	Programa de actividades preventivas de promoción de la salud
ASS	Atención sociosanitaria	PGC	Programa de gestión de casos
ATDOM	Atención domiciliaria	PGE	Programa de gestión de enfermedades
AVC	Accidente vascular cerebral	PIB	Producto interior bruto
BSA	Badalona Serveis Assistencials	PRH	Plan de Reordenación Hospitalaria
CAP	Centro de atención primaria	SAGESSA	Grup d'Assistència Sanitària i Social
CASSiR	Centre d'Atenció de Salut Sexual i Reproductiva	SAID	Servei d'Atenció Integral a Domicili
CatSalut	Servei Català de la Salut (desde 2001)	SCOD	Sistemas computarizados de orientación de las decisiones clínicas
CIAP	Clasificación internacional de atención primaria	SCS	Servei Català de la Salut (hasta 2001)
CIMSS	Comisión interdisciplinaria mixta sociosanitaria	SIV	Sistema de información vertical
CSdM	Consorci Sanitari del Maresme	SNS	Sistema Nacional de Salud
CSdT/FHSL	Consorci Sanitari de Terrassa-Fundació Hospital Sant Llàtzer	SSIBE	Serveis Integrats Baix Empordà
CSMS	Corporació de Salut del Maresme i la Selva	UFISS	Unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria
DTA	Dolor torácico agudo	XHUP	Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (Red Hospitalaria de Utilización Pública)
EAP	Equipo de atención primaria	ZIH	Zona de influencia hospitalaria
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica		
GPC	Guía de práctica clínica		
GTS	Gobiernos territoriales de salud		
IAS	Institut d'Assistència Sanitària		
ICS	Institut Català de la Salut		
LGS	Ley General de Sanidad		
LOSC	Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña		

Índice

Introducción	1
--------------	---

I. Marco teórico, contexto y métodos

Capítulo 1

Marco conceptual para el estudio de las organizaciones sanitarias integradas

*María Luisa Vázquez Navarrete, Ingrid Vargas Lorenzo, Rebeca Terraza Núñez
y Vladimir Pizarro Díaz*

Aspectos básicos de las organizaciones sanitarias integradas	7
Factores que influyen en la integración: un modelo para el análisis de las OSI	9
Elementos del entorno en la configuración de las OSI	10
Elementos internos en la configuración de las OSI	11
Coordinación asistencial	20
Resultados de la OSI en coordinación, continuidad y eficiencia	27

Capítulo 2

Sistema de salud en Cataluña

María Luisa Vázquez Navarrete, Ingrid Vargas Lorenzo y Rebeca Terraza Núñez

Evolución hacia el sistema de salud actual	33
Separación de funciones en el sistema de salud en Cataluña	35
Modelo asistencial	38
Algunas tendencias actuales en el sistema de salud en Cataluña	41

Capítulo 3

Objetivos y métodos del estudio

María Luisa Vázquez Navarrete e Ingrid Vargas Lorenzo

Objetivos del estudio	47
Diseño del estudio	48

II. Estudios de caso

Capítulo 4

Badalona Serveis Assistencials

Diana M. Henao Martínez y Josep Ramon Llopart López

Características clave	61
Evolución histórica	62
Elementos del entorno	64
Modelo de gobierno	64
Dimensión estratégica	65
Estructura organizativa	66
Sistema de asignación de recursos y de incentivación al personal	68
Coordinación asistencial	69
Discusión	74

Capítulo 5

Consortori Sanitari del Maresme

Ingrid Vargas Lorenzo y Albert Verdaguer Munujos

Características clave	81
Evolución histórica	83
Elementos del entorno	84
Modelo de gobierno	84
Dimensión estratégica	85
Estructura organizativa	86
Sistema de asignación de recursos y de incentivación al personal	87
Coordinación asistencial	89
Discusión	96

Capítulo 6

Consortori Sanitari de Terrassa-Fundació Hospital Sant Llàtzer

Ingrid Vargas Lorenzo y Rosa Ruiz Cortinas

Características clave	103
Evolución histórica	105
Elementos del entorno	106
Modelo de gobierno	107

Dimensión estratégica	107
Estructura organizativa	108
Sistema de asignación de recursos y de incentivación al personal	110
Coordinación asistencial	110
Discusión	117

Capítulo 7

Corporació de Salut del Maresme i la Selva

Jordi Valls Soler y Maria Àngels Pons Mesquida

Características clave	125
Evolución histórica	127
Elementos del entorno	128
Modelo de gobierno	129
Dimensión estratégica	130
Estructura organizativa	131
Sistema de asignación de recursos y de incentivación al personal	133
Coordinación asistencial	135
Discusión	140

Capítulo 8

Grup d'Assistència Sanitària i Social (Grup SAGESSA)

Lluís Colomé Figuera y Maria Àngels Pons Mesquida

Características clave	147
Evolución histórica	149
Elementos del entorno	150
Modelo de gobierno	151
Dimensión estratégica	153
Estructura organizativa	154
Sistema de asignación de recursos y de incentivación al personal	155
Coordinación asistencial	156
Discusión	161

Capítulo 9

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà

Diana M. Henao Martínez y Jordi Coderch de Lassaletta

Características clave	167
Evolución histórica	169
Elementos del entorno	170
Modelo de gobierno	170
Dimensión estratégica	171
Estructura organizativa	172
Sistema de asignación de recursos y de incentivación al personal	174

Coordinación asistencial	175
Discusión	182

III. Discusión y conclusiones

Capítulo 10

Análisis comparativo

Ingrid Vargas Lorenzo y María Luisa Vázquez Navarrete

Características clave y tipología de las OSI analizadas	191
Evolución histórica	195
Elementos del entorno	197
Elementos organizativos que favorecen y obstaculizan la coordinación asistencial en las OSI analizadas	200
Coordinación asistencial en las OSI analizadas	209

Capítulo 11

Algunas conclusiones y retos de futuro para las OSI en Cataluña

Ingrid Vargas Lorenzo, María Luisa Vázquez Navarrete, Jordi Coderch de Lassaletta, Lluís Colomé Figuera, Josep Ramon Llopart López, Pere Vallribera Rodríguez, Jordi Valls Soler y Albert Verdaguer Munujos

Conclusiones y reflexiones	223
Áreas de desarrollo futuro	226

Apéndice

Guía para el estudio de organizaciones sanitarias integradas	231
---	-----

Ingrid Vargas Lorenzo, María Luisa Vázquez Navarrete y Joan Farré Calpe

Glosario de términos	239
-----------------------------	-----

María Luisa Vázquez Navarrete
Ingrid Vargas Lorenzo

Introducción

La separación de funciones y la introducción de mercados internos se convirtió en una de las reformas sanitarias más promovidas por los sistemas nacionales de salud de algunos países, como Suecia, Reino Unido, Finlandia, Italia y España, en las décadas de los ochenta y los noventa del siglo pasado¹. No obstante, en los últimos años se ha observado una tendencia a abandonar estas estrategias de promoción de la competencia en favor de políticas que hacen hincapié en la colaboración y coordinación entre proveedores de salud, como vía para mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad en la atención. La integración de la atención se ha convertido en una prioridad en muchos países, especialmente para resolver problemas de salud crónicos que requieren la atención de múltiples profesionales y servicios². Numerosos estudios ponen de manifiesto los problemas que surgen por la falta de coordinación e integración entre niveles asistenciales y que están presentes en buena parte de los sistemas de salud³⁻⁵: falta de eficiencia en la gestión de recursos (p. ej., duplicación de pruebas diagnósticas), pérdida de continuidad en los procesos asistenciales y disminución de la calidad de la atención prestada (p. ej., listas de espera). Aunque el objetivo de mejorar la coordinación es común, la forma de abordarla es diferente en cada país⁶.

Durante estos últimos años, proveedores, financiadores y analistas de políticas de salud han expresado un creciente interés en el desarrollo de organizaciones sanitarias integradas (OSI)⁷. El interés surge del consenso que se ha generado respecto al hecho de que estas organizaciones representan una forma de organización innovadora que puede ser capaz de responder a los desafíos emergentes en el entorno de la salud⁷. Estos desafíos incluyen el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas que requieren una atención coordinada, los rápidos avances en tecnología, los cuales incrementan la esperanza de vida y, a su vez, ésta incrementa los costes mientras proporciona nuevas oportunidades de tratamientos alternativos a la hospitalización convencional, o la mejora de la eficiencia mediante una mejor articulación

entre niveles asistenciales que permita prestar la atención en el lugar más coste-efectivo.

Así, se han desarrollado iniciativas de integración organizativa de los servicios que, a pesar de llevarse a cabo en entornos distintos, presentan elementos comunes. Las organizaciones sanitarias integradas (OSI), tal y como se denominan en la bibliografía, son redes de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones de servicios de salud a una población determinada y que se responsabilizan de los costes y resultados en salud de la población⁸. Estas organizaciones han aparecido, sobre todo, en países con sistemas de salud privados muy fragmentados, como Estados Unidos, y en países con sistemas de seguro social en que se han integrado aseguradoras y proveedores en organizaciones de competencia gestionada (*managed care*) que compiten por los afiliados⁹.

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 Estados Unidos, 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), progresivamente han ido apareciendo organizaciones de este tipo. Normalmente, son lideradas por un hospital al cual se le contrata la gestión de la atención primaria de un territorio y que se responsabiliza de cubrir una gama de servicios para la población de aquel territorio. No obstante, a diferencia de Estados Unidos, donde la bibliografía sobre el tema es abundante^{7,8,10-13}, en Cataluña y en España son escasos los estudios sobre integración de organizaciones sanitarias.

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

El libro se encuentra organizado en tres grandes partes. En la primera, se presenta el marco teórico que se elaboró para el análisis de las OSI en Cataluña, junto a una descripción del contexto del sistema de salud catalán y la metodología del estudio. En la segunda parte, se describen y analizan los seis casos de estudio. Por último, la obra finaliza con un capítulo dedicado al análisis comparativo de los casos y otro sobre los retos que se plantean para el desarrollo futuro de este tipo de organizaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saltman RB, Figueras J. Analysing the evidence on European health care reforms. *Health Aff (Millwood)* 1998; 17 (2): 85-108.
2. WHO. The World health report 2000. Health systems: improving performance. Ginebra: WHO, 2000.

3. Contel JC. La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. *Aten Primaria* 2002; 29 (8): 502-506.
4. Ortún V. La articulación entre niveles asistenciales. En: Del Llano J, Ortún V, Martín Moreno JM, Millán J, Gené J, eds. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1998; 349-357.
5. Vergeles-Blanca JM. Relación entre atención primaria y especializada: el reto permanente. *Cuadernos de gestión* 2002; 8 (4): 159-166.
6. Mur-Veeman I, Van Raak A, Paulus A, Steenbergen M. Comparison and reflection. *Integrated care in Europe*. Maarsen: Elsevier, 2003; 169-190.
7. Devers KJ, Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Erickson KL. Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health Care Manage Rev* 1994; 19 (3): 7-20.
8. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. *Remaking health care in America*. San Francisco: Jossey-Bass, 2000; 212-240.
9. Van de Ven WP, Shut FT, Rutten FF. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care. *Soc Sci Med* 1994; 39 (10): 1.405-1.412.
10. Conrad D, Hoare G. *Strategic alignment: managing integrated health systems*. Michigan: AUPHA Press, 1994.
11. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff (Millwood)* 1994; 13 (5): 46-64.
12. Conrad DA, Shortell SM. Integrated health systems: Promise and performance. *Front Health Serv Manage* 1996; 13 (1): 3-40.
13. Conrad DA, Dowling WL. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Manage Rev* 1990; 15 (4): 9-22.

I. Marco teórico, contexto y métodos

María Luisa Vázquez Navarrete
Ingrid Vargas Lorenzo
Rebeca Terraza Núñez
Vladimir Pizarro Díaz

Capítulo 1

Marco conceptual para el estudio de las organizaciones sanitarias integradas

El cambio de paradigma en las políticas sanitarias 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 sobre todo ha sido analizada en Estados Unidos y son escasos los estudios procedentes de otros países. En este capítulo presentamos el marco conceptual elaborado a partir de la revisión de la bibliografía sobre experiencias con organizaciones sanitarias integradas, el cual ha servido de base para el desarrollo de la guía de análisis de las organizaciones sanitarias integradas (v. apéndice).

Aspectos básicos de las organizaciones sanitarias integradas

Una organización sanitaria integrada (OSI) es una red de servicios de salud que ofrece una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones de servicios de salud a una población determinada y que se responsabiliza de los costes y resultados en salud de la población¹. El continuo asistencial abarca la atención primaria, la atención especializada y la atención sociosanitaria o, lo que es lo mismo, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, los tratamientos de pacientes agudos y crónicos, y los tratamientos de rehabilitación¹.

Los objetivos finales de este tipo de organizaciones son la mejora de la eficiencia global en la provisión y de la continuidad de la atención mediante un objetivo intermedio: la mejora en la coordinación de la atención o integración clínica. Gillies et al² definen la *integración clínica* como 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.

Las *características* consideradas clave para describir de manera general una organización sanitaria integrada son las siguientes^{1,3}:

1. *Amplitud de integración*, es decir, número o conjunto de funciones y servicios diferentes que proporciona la OSI a lo largo del continuo de prestaciones de salud⁴.
2. *Profundidad de integración* o el número de unidades diferentes que posee una OSI para proporcionar determinada función o servicio¹.
3. *Nivel de producción interna de servicios*, es decir, la proporción de servicios producidos por la propia organización sanitaria del conjunto de servicios que se ofrecen en cualquier etapa del continuo asistencial.
4. *Forma de relación entre las organizaciones* que conforman la OSI, tipo de propiedad o relaciones contractuales que establece determinada OSI¹. Existe un amplio abanico de posibilidades, desde la completa propiedad de todas sus partes (absorciones y fusiones) hasta distintos tipos de relaciones contractuales¹.

Las OSI se crean con el objetivo de facilitar la colaboración interorganizacional y la comunicación entre proveedores de salud y, de acuerdo con sus características clave, se identifican *diversos tipos*:

1. *Según los niveles asistenciales que integre*, puede ser una OSI con integración horizontal o vertical¹. La *integración horizontal* es la unión y coordinación de servicios que se encuentran en la misma etapa en el proceso de producción de salud¹; por ejemplo, dos o más hospitales de propiedad, arrendados o que establecen un contrato de gestión con una organización central. La *integración vertical* se refiere a la unión y coordinación de servicios que se encuentran en diferentes etapas en el proceso asistencial; por ejemplo, atención primaria y atención hospitalaria. A su vez, la integración vertical puede ser “hacia atrás” cuando la organización se integra con un proveedor en una etapa anterior del proceso de producción (del hospital al centro de atención primaria) o “hacia delante” si lo hace con el de una etapa posterior de la producción (del centro de atención primaria al hospital)². Representa el proceso por el cual se coordina el continuo de atención a la salud.
2. *Según la organización que ejerza el liderazgo*, se pueden encontrar algunas OSI lideradas por hospitales, grupos de médicos, una combinación de ambos o por aseguradoras⁵, con diferentes fortalezas. Las *OSI lideradas por hospitales* son las más frecuentes, principalmente debido a los recursos y experiencia financiera y organizacional de estas instituciones. Corren el riesgo de poner excesivo énfasis en la atención a pacientes agudos, centrados en ocupar las camas de los hospitales y retrasar 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 salud⁶. Otro tipo son las *OSI lideradas por los grupos de médicos* que son propietarios o que contratan los servicios de atención especializada que necesitan. Su potencial ventaja reside en la proximidad a los pacientes y la potencial desventaja es que carecen del tamaño, capital o experiencia

necesaria para gestionar la OSI. Las *OSI lideradas por hospitales y grupos de médicos* combinan las fortalezas de ambos y, probablemente, posean el mayor potencial para proporcionar atención de salud coste-efectiva a la población⁵. Sin embargo, requieren un pacto de confianza, un fuerte liderazgo y un compromiso de ambas partes, así como un equilibrio entre médicos de atención primaria y especialistas⁷. En las *OSI lideradas por aseguradoras*, la red se organiza alrededor de la compañía de seguros. Su principal ventaja es la experiencia como actuario y de gestión mientras que una posible desventaja importante es la pérdida de comprensión de los servicios que presta y la intrincada red de profesionales y relaciones institucionales que debe mantenerse en el continuo de salud. Probablemente, sea el liderazgo menos propenso a lograr un sistema efectivo⁷.

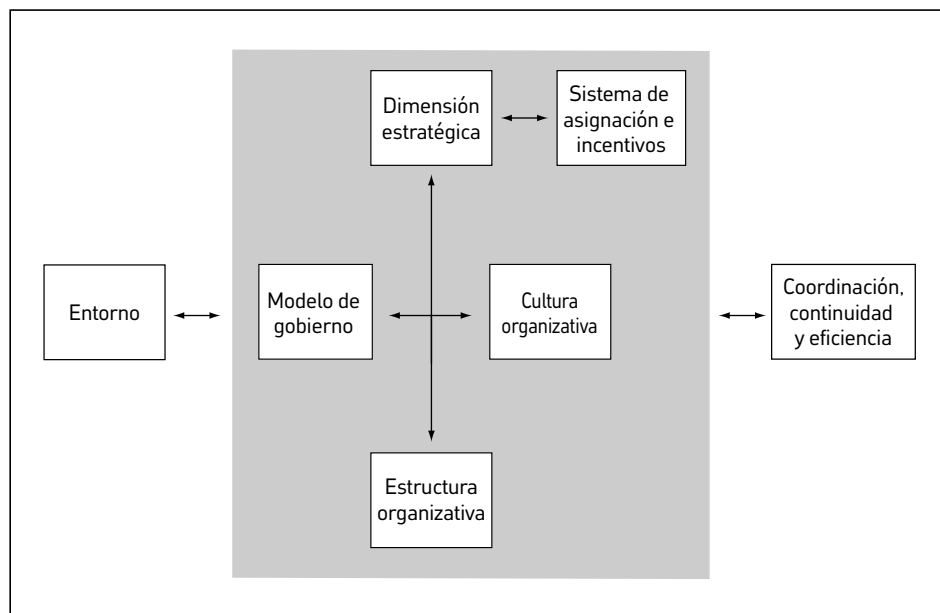
3. Según la producción interna de servicios⁴, se identifican OSI con *integración total*, OSI cuasi-integradas u OSI no integradas. Las OSI con integración total producen todos los servicios que proporcionan y en ellas existe una transferencia interna total de productos y servicios. Las *no integradas* dependen completamente de proveedores externos para prestar sus propios servicios de salud mientras que las OSI *cuasi-integradas* son aquellas que se asocian para proporcionar determinados servicios de salud y en ellas existe una transferencia interna parcial de productos y servicios.
4. Según la forma de las relaciones interorganizacionales se identifican OSI reales y OSI virtuales⁸: la *OSI real* ejerce el control y la propiedad directa sobre todas las partes de la organización y la *OSI virtual* se articula mediante un conjunto de diversas fórmulas jurídicas.

Factores que influyen en la integración: un modelo para el análisis de las OSI

Una OSI, tal y como ha sido definida, representa la etapa final del proceso de integración asistencial⁹. Las evaluaciones realizadas hasta el momento no son concluyentes sobre las implicaciones de las características clave y los distintos tipos de OSI para la consecución de sus objetivos^{10,11}. No obstante, parece que existe consenso respecto a los factores que influyen positiva o negativamente en el grado de coordinación que efectivamente alcanzan estas organizaciones^{3,8,12}. A partir de estos factores, se desarrolla el modelo para el análisis de las OSI (fig. 1-1) que considera la conformación de una OSI como un proceso y propone el análisis de su desempeño en relación con los objetivos finales de eficiencia y continuidad asistencial, mediante el análisis de elementos externos o del entorno y de elementos internos.

Los elementos del entorno que influyen en el desarrollo y configuración de las OSI son de carácter social, político y económico y, entre ellos, puede citarse la forma de asignación de recursos que utiliza el sistema de salud en que se encuentra insertada. En el ámbito interno, se consideran el modelo de gobierno, el modelo organizativo y de gestión, la cultura organizativa y el liderazgo. De la interacción de los elementos internos y externos dependerá el desempeño global de la OSI, en relación con la consecución de las estrategias globales, la eficiencia y la coordinación asistencial.

Figura 1-1. Modelo para el análisis de las OSI.



Elementos del entorno en la configuración de las OSI

Distintas condiciones en el entorno sanitario contribuyen a la aparición y configuración de las OSI; entre otras, pueden citarse la necesidad de controlar el gasto sanitario, las reformas de los sistemas de salud, así como los cambios en las necesidades de atención^{3,5,12}.

Entre los elementos externos que afectan el proceso de integración asistencial destaca el *modelo de asignación de recursos* a la OSI 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 por presupuesto– desincentivan la coordinación entre niveles asistenciales. Por su parte, la financiación capitolativa se ha ido introduciendo recientemente como instrumento que podría fomentar la cooperación entre proveedores¹³. Teóricamente, el pago per cápita incentiva a la red de proveedores para que encuentren fórmulas para alinear sus intereses con los objetivos globales de la red, para que reduzcan costes y para que fortalezcan 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 repercuten sobre el resto de la red de manera que la red intente tratar el problema de salud en el lugar más coste-efectivo dentro del continuo asistencial⁵.

Asimismo, 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 salud¹⁴. 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 sociales¹².

De igual manera, las *características de la población* a la cual 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 las del *territorio* en que se encuentra –extensión, comunicación o existencia de otros proveedores– influirán en la integración de los proveedores¹².

Elementos internos en la configuración de las OSI

En el ámbito interno de las OSI, los elementos que inciden en el proceso de coordinación asistencial son los siguientes: el gobierno de la organización, su dimensión estratégica o conjunto de objetivos y estrategias, la estructura de la organización, la cultura organizativa, el liderazgo y el sistema de incentivos dentro de la propia red (fig. 1-1).

Modelo de gobierno de la OSI

El gobierno de la OSI es un elemento crítico que podrá obstaculizar o facilitar la integración ya que a éste le corresponde determinar sus objetivos, formular políticas y tomar decisiones respecto a la organización. Las dimensiones del gobierno son el control, la estructura, la composición y el funcionamiento¹⁵.

El *control* se refiere al grado de centralización del gobierno en una OSI, que puede variar desde un único órgano de gobierno (gobierno corporativo o del sistema) hasta múltiples órganos descentralizados. Las ventajas de la centralización son: claridad de objetivos, unidad de mando y compromiso con la totalidad del sistema que gobierna¹⁶ mientras que un gobierno descentralizado acerca la toma de decisiones a las circunstancias locales y el proceso es más ágil y rápido^{15,17}. La forma en que se agrupan las unidades bajo un mismo órgano de gobierno determina su *estructura*. Se pueden establecer órganos de gobierno por regiones, entidades, unidades operativas (centros de atención primaria, hospital, etc.) o de otros tipos. Los miembros seleccionados definen la *composición* del gobierno, que puede incluir representantes de las unidades operativas que integran la OSI. La representación de las unidades en el gobierno del sistema puede aportar información valiosa para conocer la situación y formular objetivos y estrategias, pero al mismo tiempo puede perderse la visión de conjunto y convertir este órgano en una “cámara legislativa” a la cual se llevan las prioridades y políticas propias¹⁵; este problema se agudiza si el órgano no es representativo. La complejidad del gobierno de las OSI requeriría la presencia de miem-

bros con una dedicación elevada¹⁵ y una preparación específica. Si la gestión debe desempeñar un papel relevante en el gobierno de la OSI, el gerente de la OSI podría tener “voz” en el gobierno o, incluso, “voto”. El *funcionamiento* o responsabilidades que ejerce el gobierno de las OSI suele incluir lo siguiente: formular los fines de la organización –misión y visión–; asegurar que la gestión alcanza un nivel de desempeño elevado; asegurar una financiación adecuada para la organización, y asumir la efectividad del desempeño propio, como órgano de gobierno¹⁸. Los roles incluyen la formulación de políticas que guíen la toma de decisiones y la acción en la OSI; la toma de decisiones y su monitorización en los asuntos de su competencia, y la contribución al logro de una visión global del sistema, velando para que las decisiones sean consecuentes con las políticas establecidas.

El modelo de gobierno de una OSI puede adoptar múltiples formas que oscilarían entre un único órgano corporativo y múltiples gobiernos con diferente distribución de funciones y responsabilidades: por ejemplo, la coexistencia de un órgano de gobierno del sistema, con un rol estratégico junto a múltiples gobiernos locales vinculados con los servicios o, por el contrario, un gobierno central del sistema con todos los roles y responsabilidades, y múltiples órganos locales de carácter consultivo¹⁵. No existe evidencia empírica sobre el modelo de gobierno que permite alcanzar mayor grado de integración del sistema¹⁵, pero existe consenso en cuanto a los atributos deseables para la *buen gobernabilidad del sistema*: la responsabilidad global con el sistema y con la comunidad, el pluralismo o equilibrio de poderes¹⁶, la representación de los médicos en los órganos de gobierno¹⁵ y la coordinación entre los diferentes órganos de gobierno.

La gobernabilidad de una OSI requiere una perspectiva global de la red en la toma de decisiones estratégicas que permita adoptar las estrategias más adecuadas para el sistema y no para un nivel o unidad en particular. La falta de conocimiento o experiencia puede conducir a una situación en que el gobierno se centre exclusivamente en lo que le es familiar, generalmente el hospital. Los mecanismos que contribuyen a mejorar la responsabilidad del gobierno con el sistema son los siguientes: articulación de una visión global del sistema, selección de miembros con conocimiento y experiencia en todos los sectores y su información y formación para fortalecer una visión global¹⁵. Además, el compromiso del gobierno con el buen desempeño de sus roles y responsabilidades debería traducirse en la evaluación de su propia actuación. Por su parte, una perspectiva amplia que abarque las necesidades de la población que atiende plantea diversos retos al gobierno de la OSI. En primer lugar, el conocimiento de las necesidades de la población, que puede obtenerse mediante la incorporación de miembros con influencia política, y en segundo lugar, la coordinación con otros servicios sanitarios y sociales del territorio, mediante la participación en consejos consultivos, comités permanentes, grupos de trabajo, etc. Por tanto, el buen gobierno de la OSI requiere acceso a la información, que puede estar recogida en un cuadro de mando que permita evaluar el desempeño del sistema y sus unidades operativas: información relativa a resultados de salud de la población e información que le permita monitorizar el progreso de la integración del sistema y el desempeño de procesos que se lleven a cabo a lo largo del sistema.

Una de las responsabilidades críticas del gobierno de una OSI consiste en la coordinación de las diferentes entidades que la constituyen¹⁵, por medio de la coordina-

ción de los diferentes órganos de gobierno, de manera que se asegure la coherencia lógica en la visión, objetivos y estrategias a lo largo del sistema. La rotación de los miembros por los distintos gobiernos, la presencia de algunos miembros en varios órganos a la vez, el desarrollo de una cultura de gobierno común y la utilización de un sistema de información para el gobierno son algunos de los posibles mecanismos que contribuyen a lograr la coordinación del gobierno. Sin embargo, no hay evidencias sobre la eficacia de estos mecanismos para integrar la dimensión estratégica de la organización.

Entre los obstáculos que pueden dificultar la adquisición de atributos de buena gobernabilidad en una OSI, se identifican barreras externas e internas. Entre las primeras, destacan los sistemas de pago, estándares de acreditación y normativas que imponen restricciones al cambio. Entre las barreras internas, las más importantes serían la falta de entendimiento de roles y responsabilidades, falta de perspectiva de sistema, focalización en los propios intereses, miedo al cambio y deseo de preservar la autonomía, las responsabilidades y los roles históricos.

Dimensión estratégica

En relación con la dimensión estratégica, se considera clave para la integración organizativa de la OSI la existencia de una misión, visión, metas, objetivos y estrategias globales para la OSI¹⁹ puesto que aportan un vínculo común con todas las acciones que se desempeñen a largo plazo dentro de la organización²⁰. La herramienta de gestión de que dispone la OSI para establecer la misión, metas, objetivos y la estrategia global para el sistema es el plan estratégico.

Las estrategias globales de la OSI deberán estar orientadas hacia la búsqueda de sus dos objetivos fundamentales: la coordinación de los servicios necesarios para atender al paciente y la prestación de estos servicios en el lugar más coste-efectivo. En la tabla 1-1 se resumen las estrategias que se consideran más efectivas para mejorar la coordinación y la eficiencia en una OSI^{3,8,21,22}.

Además de existir objetivos y estrategias globales de la OSI, los objetivos y estrategias de las unidades operativas deben estar alineados con éstos. A la alineación entre los objetivos se la denomina *coordinación en sentido horizontal* mientras que la alineación entre las estrategias de las unidades operativas y los objetivos del sistema se denomina *coordinación en sentido vertical*²³.

Para que la planificación estratégica no se quede en la simple elaboración de un documento, es necesario implantar las estrategias, que requiere los siguientes pasos²⁴:

1. *Alinear estratégicamente el sistema*, es decir, reasignar los recursos de acuerdo con las estrategias y establecer incentivos para que las decisiones que se tomen se encuentren en la misma línea que las estrategias.
2. *Realizar los cambios organizativos pertinentes*, con la reasignación y adjudicación de nuevas tareas y la consiguiente formación en nuevas habilidades y conocimientos.
3. *Llevar un control estricto de los resultados*, con un seguimiento constante para ver cómo se están alcanzando los objetivos.

Tabla 1-1. Estrategias globales para mejorar la coordinación y la eficiencia de las OSI

Objetivo	Estrategias
Coordinación	Planificación estratégica para toda la OSI ⁸ Crear una cultura común ^{3,8,21} Alinear los incentivos ^{8,21} Desarrollar sistemas de información integrados ^{8,21} Estrategias de gestión de la atención ³ Programas de formación ³
Eficiencia	Reducir la variabilidad de la práctica clínica ²¹ Implementar programas de mejora continua de la calidad ⁸
Ambos	Reforzar el papel de la atención primaria ²¹ Desarrollar e implementar un sistema de monitorización del desempeño de la OSI ²²

No obstante, la implantación de las estrategias sólo tendrá éxito si es asumida por los diferentes subgrupos que integran la cultura organizativa²⁵.

La existencia de metas, objetivos y estrategias para toda la OSI, la orientación de éstos hacia la mejora de la coordinación del sistema, las alineaciones horizontal y vertical de los objetivos y estrategias de las unidades operativas y del sistema, y la implantación efectiva de las estrategias globales de la OSI nos indicarían la integración de la organización en su dimensión estratégica.

Estructura organizativa

La coordinación a lo largo del continuo asistencial estará obstaculizada o facilitada por el tipo de estructura o diseño organizativo que adopte la organización. La coordinación entre las unidades que tienen que trabajar juntas, o integración organizativa²⁶, está determinada por cómo se agrupan las actividades en unidades, las formas que utilizan para coordinar las unidades y actividades, y el tipo de descentralización que presenta la organización. La combinación de estos elementos determina el tipo de diseño organizativo.

AGRUPACIÓN EN UNIDADES

Las actividades esenciales de una organización sanitaria son de tres tipos: de dirección, relativas a la planificación, la organización, la dirección y el control; operativas o actividades asistenciales fundamentales de la organización y de apoyo, sean asistenciales o no. Estas actividades se agrupan en unidades según dos criterios básicos: el *mercado* y las *funciones*²⁷. En el primer caso, todas las actividades necesarias para generar un producto o servicio quedan contenidas en la misma unidad; por ejemplo, una unidad de diabetes engloba las actividades y los profesionales de diferentes niveles asistenciales involucrados directamente en la atención de la diabetes. En el se-

gundo caso, las actividades se agrupan según las funciones que se utilizan para generar los productos o servicios, por ejemplo, basándose en especialidades (medicina interna, pediatría, enfermería, etc.). Ésta ha sido la base de agrupación de las actividades asistenciales en las organizaciones de salud.

La agrupación constituye un medio en sí mismo para coordinar las actividades y puestos de una organización^a ya que estimula 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 tanto, según sea la base de agrupación predominante, mercado o funciones, la OSI estará estimulando la coordinación de los procesos o de las funciones y deberá buscar mecanismos de coordinación adicionales que garanticen la coordinación entre individuos con la misma función de distintas unidades o bien de los procesos transversales en que participan individuos de diversas unidades operativas.

Por tanto, un elemento central en el análisis de la estructura de las OSI es la forma en que agrupan sus actividades de dirección, asistenciales y de apoyo fundamentales²⁸.

FORMAS DE COORDINACIÓN DE UNIDADES Y ACTIVIDADES

Mecanismos de coordinación de unidades y actividades

Las tres formas fundamentales en que las organizaciones coordinan su trabajo son la supervisión directa, la normalización y la adaptación mutua²⁷ (tabla 1-2). Con la supervisión directa se logra la coordinación mediante la responsabilización por parte de una persona del trabajo de las demás, a quienes da instrucciones y cuyas acciones controla. Con la normalización se alcanza la coordinación tras haber especificado de antemano los procesos de trabajo, los resultados o las habilidades requeridas para realizar el trabajo. En la adaptación mutua se consigue la coordinación del trabajo mediante comunicación informal entre quienes realizan las acciones, que además ejercen el control sobre ellas.

Los mecanismos de *normalización* y *supervisión* suelen utilizarse para coordinar actividades que no poseen un alto nivel de incertidumbre²⁷. A medida que la incertidumbre aumenta, se incrementa tanto el volumen de información que deben proporcionar los puntos de acción a los de decisión de forma que resulta más eficiente descentralizar la toma de decisiones. Para coordinar las actividades descentralizadas, puede recurrirse a mecanismos de normalización para situaciones que pueden ser anticipadas –y, por tanto, normalizadas– y que no necesitan una respuesta rápida.

Cuando el volumen de información que debe procesarse es grande²⁷ y las actividades muy especializadas e interdependientes²⁶, las organizaciones adoptan estrategias de coordinación basadas en la *adaptación mutua*, que estimulan el contacto entre individuos, para resolver el problema en el mismo nivel en que se genera la información. Se utiliza tanto en las situaciones sencillas, a través de la comunicación informal como en las situaciones más complejas; en éstas adquiere la forma de dispositivos de enlace²⁷: puesto de enlace, que carece de autoridad formal y se utiliza cuando se necesita un contacto considerable para coordinar el trabajo de dos unida-

^aDe hecho, Galbraith (1973) lo incluye dentro de la lista de mecanismos de coordinación.

Tabla 1-2. Tipos de mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial a partir de la clasificación de Mintzberg²⁸ y Galbraith³¹

Base de coordinación	Mecanismos teórico de coordinación		Instrumentos de coordinación asistencial
Normalización	De procesos de trabajo		Guías de práctica clínica, mapas de atención, guías farmacológicas y planificación del alta
	De habilidades		Sistema experto: formación continuada y alternativas a la consulta tradicional
	De resultados		Estandarización de resultados
Adaptación mutua	Comunicación informal		Correo electrónico, correo postal, página web, teléfono y reuniones informales
	Dispositivo de enlace	Puesto de enlace	Gestor de casos
		Grupos de trabajo	Grupos multidisciplinarios, interdisciplinarios y transdisciplinarios
		Comités permanentes	Comité de gestión interniveles
		Directivos integradores	Director asistencial, director de ámbito transversal
		Estructuras matriciales	–
	Sistema de información vertical		Sistema de información clínica integrados

des; grupos de trabajo (*task force*), que se forman para cumplir una tarea determinada y que se disuelven al concluirla; comité permanente, de carácter estable, constituido por distintos departamentos que se convocan con regularidad para comentar temas de interés común; directivo integrador o puesto de enlace dotado de autoridad formal, necesaria para integrar las actividades de las unidades organizativas cuyos objetivos y estrategias coinciden con los objetivos del sistema global, y estructuras matriciales, que combinan los dos tipos de agrupación y permiten organizar los recursos en torno a programas, productos o proyectos sin tener que renunciar a la especialización o duplicar recursos. Galbraith²⁹ añade los sistemas de información vertical.

Una estructura será *orgánica* si se coordina fundamentalmente mediante la adaptación mutua o *mecánica* (burocrática)²⁷ si lo hace por la normalización de los procesos de trabajo.

La estructura de una OSI podría caracterizarse como de mercado o funcional, dependiendo de la base predominante que utilice para agrupar sus unidades operativas. En la realidad, no aparecerán de forma absoluta, sino como una combinación de ambas. La normalización de resultados sería el mecanismo de coordinación más eficaz para coordinar estructuras de mercado. En las estructuras funcionales, el mecanismo más eficaz para coordinar las unidades sería la supervisión directa y la normalización de los procesos de trabajo²⁷, y en casos de incertidumbre, los mecanismos basados en la adaptación mutua.

Asimismo, una organización con una estructura funcional debería utilizar mecanismos para coordinar los procesos (directivos que integren procesos, puestos de enlace entre procesos, etc.), aproximándose a una estructura de mercado. Una organización de mercado, a su vez, debería utilizar mecanismos para coordinar las funciones, aproximándose a una organización funcional²⁹.

Sistemas de planificación y control

Las organizaciones también utilizan sistemas de planificación para coordinar las actividades y unidades. Pueden ser de dos tipos: sistemas de control del rendimiento y sistemas de planificación de acciones. En el sistema de control del rendimiento se negocian los subobjetivos y presupuestos con cada unidad y se controla el resultado. Resulta más eficaz cuando las unidades están agrupadas por mercados ya que contienen las actividades necesarias para generar un producto determinado y pueden fijarse objetivos vinculados con el proceso. En los sistemas de planificación de acciones, los objetivos globales de la organización se van concretando en objetivos, programas y acciones específicas para cada una de las unidades. Resulta más eficaz en el caso de unidades agrupadas de acuerdo con las funciones en que resulta más complicado fijar objetivos globales sobre un proceso.

DESCENTRALIZACIÓN EN LA TOMA DE DECISIONES

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 determinado mecanismo influye en el tipo de descentralización que adopta la organización. En un extremo, la centralización es el medio más preciso para coordinar la toma de decisiones puesto que se realiza en un único lugar y hay supervisión directa de su implementación. En el otro, el poder de decisión se concentra en el nivel operativo y se coordina, principalmente, mediante la normalización de las habilidades. Entre ambos extremos hay una variedad de combinaciones de mecanismos de coordinación y descentralización de decisiones.

Algunos autores^{3,8} sugieren que la centralización de las funciones de dirección de una OSI (integración funcional) incrementa el grado de integración asistencial. No obstante, las actividades relacionadas con las funciones de dirección (al menos, algunas) pueden estar descentralizadas en las unidades operativas y así establecerse mecanismos para garantizar la coordinación de estas actividades a lo largo de la OSI: los sistemas de control del rendimiento, la normalización (estandarización) y adaptación mutua en lugar de la supervisión directa.

Cultura organizativa

Otra dimensión básica que influye en la coordinación de una OSI es la cultura. Por un lado, puede contribuir a implantar los objetivos y estrategias globales en la medida en que sus miembros los acepten y se comprometan con ellos, es decir, que la cultura y estrategias de la OSI y sus unidades operativas estén alineadas y, por el otro, pueden constituirse en elemento integrador²⁵. La integración asistencial se verá fortalecida por la existencia de una cultura común y, además, por la presencia en ésta de valores orientados hacia la coordinación, como la colaboración, el trabajo en equipo y la orientación a resultados³⁰.

Se define como cultura de un grupo^b al 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 para ser consideradas válidas y transmitirlas a los nuevos miembros, como la manera correcta de percibir, pensar y sentir en relación con estos problemas²⁵. La cultura guía la adaptación de la organización al entorno (*adaptación externa*) y es un elemento de cohesión e identificación entre los miembros de la empresa que contribuye a la integración de sus miembros (*integración interna*). En organizaciones complejas, como las OSI, coexisten grupos diversos con cultura propia. La presencia de subculturas podría generar una falta de coordinación en las organizaciones y, por tanto, la existencia de una cultura común para todas las unidades operativas de la OSI contribuiría a la integración de la organización³¹.

La cultura puede ser analizada a partir del conjunto de elementos que la forman y que Schein²⁵ agrupa en tres niveles de mayor a menor visibilidad: artefactos, valores expuestos y presunciones básicas. Los *artefactos* son los más fáciles de observar, pero los más difíciles de descifrar. Incluyen las imágenes, el espacio físico, el lenguaje, el sistema de incentivos, etc.³⁰. Los *valores expuestos* son los que el grupo expresa en distintas situaciones. Por último, las *presunciones básicas* o *teorías en uso* son las presunciones implícitas que guían el comportamiento del grupo, es decir, influyen sobre qué percibir, pensar y sentir sobre determinados aspectos, lo que es la esencia de la cultura.

Para saber si existe una cultura común de la OSI y si está alineada con la dimensión estratégica de la organización, habrá que analizar si los diferentes elementos de la cultura son coherentes con los valores que se desprenden de los distintos aspectos estratégicos y si existe un consenso entre los diferentes grupos que conforman la OSI en torno a estos aspectos. Además, los valores y normas se deberían transmitir a los nuevos miembros e influir en el comportamiento de los grupos.

Entre las estrategias más efectivas que puede implementar una OSI para alinear la cultura con los valores y estrategias de la organización destacan: comunicación a sus miembros de los valores, objetivos y estrategias del sistema³⁰, preferentemente a través de múltiples canales enriquecidos³²; contratación y despido de empleados, y formación interna.

^b Con el término grupo, Schein se refiere a unidades sociales de todos los tamaños, incluyendo organizaciones y subunidades de las organizaciones.

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 calidad⁸ y el uso de incentivos económicos que generen comportamiento cooperativo³⁰ también formarían parte de las estrategias para fomentar una cultura organizativa única.

La integración entre las diferentes unidades organizativas no sólo estará fortalecida por la existencia de una cultura común, sino también por la existencia de valores orientados hacia la *coordinación*, como la colaboración, el trabajo en equipo, la comunicación y la orientación a resultados³⁰.

Liderazgo

Los líderes de las organizaciones desempeñan un papel clave en el cambio organizativo y en la adopción, por parte de los miembros de la organización, de la misión y estrategias basados en la integración clínica. Por tanto, uno de los aspectos clave 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 visión³⁰. 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 explicar las razones que se encuentran detrás de la evolución del sistema y cuál es el modelo de la siguiente fase⁸. Asimismo, deben ser capaces de entender la estrategia de la OSI y estar de acuerdo con ella⁸.

Sistema de asignación de recursos dentro de la OSI

Para alcanzar la eficiencia, la red debe proporcionar incentivos para tratar el problema de salud en el lugar más coste-efectivo dentro del continuo asistencial. Ello sólo 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, centros de atención primaria, etc.– se convierten en centros de costes que deben ser gestionados dentro de un único presupuesto⁵. Éstos deben darse cuenta de que son responsables tanto de los costes directos en que incurre la unidad como de los costes repercutidos sobre el resto de unidades. Como resultado, la red de proveedores tiene incentivos para tratar el problema de salud en el lugar más coste-efectivo dentro del continuo asistencial. Esto último implicaría la sustitución entre niveles asistenciales y la disminución del uso de pruebas y tests que no sean necesarios 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 tanto, menos beneficios. En un sistema de pago en que, por ejemplo, se remunere la atención primaria per cápita y la atención especializada mediante un pago por caso, el centro de beneficio, es decir, aquel que genera ingresos económicos para el sistema, es la atención especializada ya que produce más actividad.

Asimismo, el sistema de recompensa (incentivos) a los profesionales afecta los resultados de la atención en términos de coste, calidad y continuidad por los efectos que este sistema tiene en el comportamiento del trabajador³³.

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. La coordinación asistencial es la concertación de las diferentes actividades que se requieren para atender al paciente a lo largo del continuo asistencial –atención primaria, hospitalaria y socio-sanitaria–³⁴; se centra en la interacción entre proveedores. Cuando alcanza su grado máximo, puede afirmarse que la atención está integrada³⁵. La continuidad se centra en la relación entre el paciente y el proveedor; para que haya continuidad, el paciente debe *experimentar* la coordinación en la atención³⁶. Cuando el paciente percibe que la atención está coordinada, concluimos que se logra la continuidad asistencial. Haggerty et al³⁷ identifican tres tipos de continuidad en la atención: de información o disponibilidad y utilización de la información de episodios anteriores para prestar una atención apropiada a las necesidades actuales del paciente; de relación, centrada en la interacción de un paciente con un proveedor a lo largo del tiempo, y de gestión o provisión de la atención de manera coordinada a lo largo del tiempo.

Organización de la asistencia

La coordinación a lo largo del continuo asistencial requiere la organización de la asistencia, es decir, la distribución del trabajo con asignación de roles y tareas a los diferentes profesionales y niveles asistenciales³⁸. El modelo de colaboración entre profesionales y niveles asistenciales que se adopte dependerá de diversos factores, entre otros, la complejidad de las necesidades del paciente, el modelo organizativo y la cultura de colaboración de los profesionales.

A partir de la clasificación de Lorenz et al³⁹ pueden establecerse tres posibles modelos de colaboración entre los diferentes niveles asistenciales de una OSI: provisión paralela, gestor-consulta y coprovisión de la atención. 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 y sólo se requiere la coordinación en la información. En el modelo de *gestor-consulta*, 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. Es el caso del modelo de atención en 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 consultor⁴⁰. La *coprovisión de la atención* implica la responsabilidad compartida entre los profesionales que intervienen en la resolución del problema de salud. Ejemplos de coprovisión de la atención son los de grupos de trabajos interdisciplinarios para las terapias de rehabilitación en las cuales los profesionales fijan de manera conjunta los objetivos y la intervención que debe ser implementada⁴¹, o la llamada atención compartida (*shared care*), en la cual hay participación conjunta de los médicos de atención primaria y los especialistas en la planificación de la atención para los pacientes crónicos⁴².

El modelo de coprovisión es más efectivo para procesos complicados que requieren una colaboración intensa entre profesionales de distintos ámbitos. Para el resto de los procesos, el modelo asistencial de la red determinará el rol de cada nivel en la resolución del proceso, es decir, si la atención primaria asume la responsabilidad del continuo o se le atribuye a la especializada.

Dos aspectos centrales que definirán el modelo de organización asistencial de los servicios⁴³ son el papel de la atención primaria y el de los profesionales no médicos. La delegación de determinadas tareas clave 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 a los pacientes crónicos son numerosos³⁸.

Instrumentos de coordinación asistencial

Un aspecto crítico de la coordinación asistencial en una OSI es la combinación de mecanismos e instrumentos que utiliza para “concertar” las actividades necesarias para atender al paciente. No existe una combinación ideal de mecanismos de coordinación, sino que dependerá de cada situación y, en concreto, del grado de incertidumbre, especialización e interdependencia de las tareas.

Tradicionalmente, las organizaciones sanitarias han utilizado la normalización de las habilidades de los profesionales. En los últimos años y como consecuencia de la presión creciente para contener los costes y mejorar la calidad asistencial, los proveedores sanitarios han comenzado a estandarizar los procesos y resultados asistenciales⁴⁴. En situaciones de incertidumbre, elevada especialización y/o mucha interdependencia entre las actividades para atender al paciente, las organizaciones pueden utilizar estrategias de coordinación basadas en la adaptación mutua. La tabla 1-2 resume los mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial que se utilizan con más frecuencia en el entorno asistencial, utilizando las clasificaciones de Mintzberg²⁷ y Galbraith²⁹.

NORMALIZACIÓN DE PROCESOS: PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN

Y SUS INSTRUMENTOS

Entre los instrumentos basados en la normalización de procesos para coordinar la atención a lo largo del continuo asistencial, destacan los planes o protocolos que proporcionan una declaración explícita de qué atención se le tiene que prestar al paciente, en qué intervalos y quién debe prestársela³⁸. Aunque adoptan nombres y formas diversas, pueden mencionarse tres ejemplos básicos: las guías de práctica clínica, los mapas de atención y las guías farmacológicas compartidas.

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 un problema específico relacionado con la salud en circunstancias concretas⁴⁵. Contienen todas las actividades que deben realizarse con pacientes de determinadas patologías e inciden 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. Parece que su impacto sobre la práctica médica es limitado⁴⁶, por lo que se sugiere que su implantación se acompañe de diversas estrategias de refuerzo⁴⁷ que pueden incluir la traducción de las guías en protocolos y vías clínicas, así como el uso de recordatorios⁴⁸.

Los *mapas de atención*, trayectorias clínicas o protocolos son planes de gestión de la atención al paciente que fijan los objetivos para los pacientes y proveen la secuencia de las intervenciones que los médicos, enfermeros y otros profesionales deberán llevar a cabo para alcanzar los objetivos deseados en un tiempo determinado⁴⁴. Su objetivo es minimizar costes y tiempos de espera, y maximizar la calidad de la atención de un episodio único de enfermedad⁴⁹. Se han desarrollado fundamentalmente en los programas de gestión de casos y de enfermedades⁵⁰. Un tipo específico de mapa de atención es la *planificación del alta hospitalaria*, que define la provisión de servicios y el seguimiento y evaluación del paciente⁵¹.

Una *guía farmacológica compartida* proporciona la descripción de tratamientos farmacológicos para determinadas patologías, así como elementos de monitorización y comunicación⁵¹.

La efectividad de estos instrumentos depende de que sean implantados como parte de una estrategia general, que sean ampliamente divulgados, así como monitorizada su utilización y su utilidad, y sean actualizados cuando sea necesario⁴³.

Los diversos tipos de mapas de atención son también *mecanismos de normalización de resultados* ya que fijan de antemano el progreso que se espera alcanzar con los pacientes.

NORMALIZACIÓN DE HABILIDADES: SISTEMA EXPERTO

El sistema experto está formado por aquellas estrategias que contribuyen a incrementar el conocimiento de los médicos de atención primaria y, de esta manera, mejorar la coordinación entre niveles asistenciales.

Son estrategias complementarias al proceso de derivación de la atención primaria al especialista, que ayudan a mejorar la capacidad resolutoria de la atención primaria y, por tanto, la eficiencia del sistema. Incluye, por ejemplo, la conformación de

grupos de especialistas que actúan como expertos de referencia para los médicos de atención primaria; especialistas que trabajan en los centros de atención primaria como expertos locales, formando a los médicos de atención primaria y conociendo el contexto de la primaria; la visita conjunta, y sesiones clínicas conjuntas para analizar casos concretos⁴³.

Estas estrategias pueden ser parte de un plan global de formación continuada⁴³ si se aplican de forma sistemática para la consecución de objetivos definidos. Son los métodos considerados más eficaces para cambiar la práctica médica, por ser personalizados, basados en las necesidades individuales de aprendizaje y por requerir la participación activa del clínico⁴⁷. Para favorecer la comunicación y el conocimiento mutuo en aras de una mayor coordinación, algunos autores recomiendan que en la formación continuada de los médicos de atención primaria se contemple la rotación de éstos por distintos servicios de atención especializada, y en la formación de los especialistas se destine un tiempo a la estancia en atención primaria⁴⁷.

ADAPTACIÓN MUTUA: COMUNICACIÓN INFORMAL Y OTROS MECANISMOS

La coordinación basada en mecanismos de adaptación mutua incluye la utilización de la *comunicación informal* para transmitir información relevante del paciente entre profesionales o unidades mediante la utilización de diversas vías, como el correo electrónico, el teléfono o las reuniones informales. Además, las OSI introducen diversos dispositivos de enlace, como grupos de trabajo, puestos de enlace, la estructura matricial o la introducción de sistemas de información vertical.

En el ámbito sanitario, los *grupos de trabajo*^c, formados tradicionalmente para mejorar la coordinación de la atención, están constituidos por un número pequeño de personas con habilidades complementarias que se comprometen con un propósito, unos objetivos y una metodología para alcanzar estos objetivos comunes de que son responsables⁵². Según el grado de colaboración que se establece, pueden distinguirse tres tipos de grupos⁵²: *grupos multidisciplinarios*, en que los profesionales trabajan de manera paralela, con una definición clara de roles, tareas y las líneas jerárquicas de autoridad, mantienen elevados niveles de autonomía profesional y baja colaboración. Son los más comunes en el ámbito sanitario; *grupos interdisciplinarios*, cuyos profesionales se reúnen regularmente para coordinar el tratamiento de los pacientes, fijan los objetivos y realizan la intervención de forma conjunta y suelen asignar un miembro para la comunicación con el paciente; son más comunes en las terapias de rehabilitación. Por último, *grupos transdisciplinarios*, en que todos los miembros contribuyen consensuadamente a un plan individualizado para el paciente y uno o dos miembros son designados como agentes para la intervención, 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. Para que un grupo sea efectivo en la gestión coordinada del paciente⁵², debe ser pequeño, poseer la combinación correcta de habilidades y expe-

^c Siguiendo la terminología de Mintzberg (1990), deberíamos diferenciar entre grupo de trabajo y comité permanente, según su duración. La bibliografía sobre el tema en el ámbito sanitario suele referirse a ambos con el término genérico de grupo de trabajo (Mickan y Rodger, 2000).

riencia, estar comprometido con un propósito y unos objetivos de desempeño, de los cuales sean colectivamente responsables, comunicarse regularmente, adoptar una aproximación común, como miembro tener un rol dentro del grupo y compartir un conjunto de normas para guiar la actividad del grupo.

Sistemas de información vertical: sistema de información clínica

Un dispositivo de enlace que merece especial atención en la OSI es el sistema de información que conecta a pacientes y proveedores a lo largo del continuo asistencial⁵. El sistema de información vertical de una OSI incluye cuatro subsistemas diferentes: información económica (facturación, afiliación, costes, etc.); información operacional sobre la trayectoria del paciente (admisión, alta y derivación); planificación y análisis para predecir la demanda, medir los resultados y la utilización de servicios, e información clínica.

Las características básicas del sistema de información clínica que requiere la OSI son los siguientes:

1. Debe constituir un sistema integrado de registros clínicos a lo largo del continuo asistencial.
2. Debe incluir herramientas de soporte a la decisión clínica.
3. Debe contar con un sistema de análisis de información de apoyo a la práctica médica.

SISTEMA INTEGRADO DE REGISTROS CLÍNICOS A LO LARGO DEL CONTINUO ASISTENCIAL

El sistema de información de una OSI debe contener información longitudinal del paciente para ayudar al personal sanitario a gestionar la atención a lo largo de las unidades que forman parte de la OSI. Debería comprender la información clínica y demográfica clave del paciente⁵³ y ser accesible desde todos los puntos del sistema por los profesionales involucrados en el cuidado del paciente (médicos de atención primaria, especialistas, urgencias y otros)²¹. La integración de esta información contribuye a mejorar la coordinación asistencial y la continuidad (desde el punto de vista del paciente).

HERRAMIENTAS DE SOPORTE A LA DECISIÓN CLÍNICA

La aplicación de la informática al campo de la salud ha permitido el desarrollo de sistemas computarizados de orientación de las decisiones clínicas (SCOD), que son “sistemas de conocimiento que usan datos del paciente para generar un consejo específico para el caso”⁴⁸. El objetivo puede ser facilitar una identificación más exacta del diagnóstico, la determinación del medicamento y la dosis apropiada, mejorar la calidad de las actividades preventivas⁵⁴ o mejorar la calidad de la atención médica *activa*. Pueden ser sistemas de recordatorio de actividades de prevención, informatización de protocolos u otros sistemas de ayuda que permiten analizar la información clave del paciente, como los resúmenes de información clínica del paciente (que ayuden a

gestionar resultados anormales), la automatización de alertas y recordatorios, y la captura de resultados clave y datos anormales. La utilización de sistemas de apoyo a la decisión clínica para las actividades preventivas, la adscripción del médico al protocolo y la selección de la dosis para alcanzar el nivel terapéutico adecuado contribuyen a la mejora significativa de la práctica médica⁴⁸.

SISTEMA DE ANÁLISIS DE RESULTADOS DE SOPORTE A LA PRÁCTICA MÉDICA

Por último, el sistema de información de la OSI debe proveer de información sobre resultados que permita mejorar la gestión coordinada de la atención de la población. Existe un amplio consenso con 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 atención⁴⁷. Sin embargo, se enfrenta a dos problemas: en primer lugar, la dificultad en la medición de la calidad de la atención y, en segundo lugar, la forma más efectiva de suministrarla. La retroalimentación de la información sobre la calidad de la atención produce efectos diversos en función de la edad del médico (los médicos en formación son más receptivos), 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 pruebas)^{43,47}.

ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN VERTICAL

Para su implantación, se considera conveniente el desarrollo de un plan estratégico del sistema de información en que se identifiquen las prioridades de la OSI, la asignación de fondos y se provea de los recursos clave para orientar el sistema a la mejora de la coordinación y la continuidad asistencial⁵³. Otra alternativa sería incluirlo en el núcleo de estrategias de la OSI y comunicarlo a toda la organización⁸. La creación de grupos de trabajo para definir las necesidades y tomar decisiones estratégicas permite involucrar a los profesionales en el desarrollo del sistema²¹.

El uso extensivo del sistema de información requiere el entrenamiento de los profesionales sanitarios en su utilización y la demostración de que con estos sistemas habrá un uso más eficiente del tiempo que sin ellos⁵⁵.

Estrategias de gestión de la atención

En las últimas décadas se han implementado en distintos sistemas de salud estrategias para gestionar de forma coordinada la atención de pacientes con necesidades complejas que requieren una colaboración más estrecha entre distintos niveles asistenciales y que utilizan simultáneamente diversos instrumentos de coordinación. Son los programas de gestión de enfermedades y la gestión de casos.

PROGRAMAS DE GESTIÓN DE ENFERMEDADES

Los programas de gestión de enfermedades (PGE) son sistemas coordinados de información e intervenciones sanitarias para poblaciones que sufren enfermedades

que comparten el valor de los autocuidados en su tratamiento y control⁵⁶. Mediante estos programas, los responsables en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad se ponen de acuerdo en los estándares, personal y costes en que se incurre para proveer de la atención⁵⁷.

Los PGE se centran en pacientes con diagnósticos específicos y se dirigen a enfermedades de elevada prevalencia, que requieran una atención intensiva o de elevado coste, que representen un elevado gasto en prescripción farmacéutica, con intervenciones cuyos resultados puedan medirse y para los cuales se hayan descrito variaciones significativas en la práctica clínica⁵⁷.

Basan la coordinación asistencial a lo largo del episodio en la estandarización de los procesos fundamentalmente, mediante protocolos y guías basados en la evidencia empírica⁵⁸. Hacen poco hincapié en la coordinación con los servicios comunitarios, sociales, familia y cuidadores⁵⁹.

Las guías y protocolos de los PGE deben incluir⁵⁶ lo siguiente:

1. Identificación sistemática de la población de riesgo.
2. Educación sanitaria, para mejorar la capacidad de decisión y autocuidado de los pacientes. Pueden incluir el envío de cartas, la distribución de versiones de las guías orientadas a los pacientes con recomendaciones de tratamiento, seminarios, visitas individuales y otras.
3. Modelo de práctica integrado y colaborativo, con un equipo multidisciplinario: clínicos, personal de enfermería, proveedores, personal de apoyo y otros.
4. Información y retroinformación a los pacientes y médicos. A los médicos, usualmente se les proporcionan listados de pacientes con la enfermedad y las fechas en que recibieron los servicios recomendados. A los pacientes, se les puede incluir el envío de recordatorios sobre el plan de atención con objetivos y recomendaciones de tratamiento.
5. Indicadores de actividad y rendimiento (proceso y resultados), para el programa, en áreas clínicas, de utilización de servicios y costes, de estado funcional o auto-percepción de salud y de satisfacción.
6. Sistemas de información para identificar a los pacientes, para estratificarlos, para conocer los servicios que han utilizado y para evaluar el rendimiento del programa.

GESTIÓN DE CASOS

La gestión de casos es la provisión de una atención continua a lo largo de diferentes servicios mediante la integración y coordinación de necesidades y recursos en torno al paciente⁵⁰. Fundamentalmente se diferencia de la gestión de enfermedades en que se centra más en los pacientes individuales y sus familias que en la población de pacientes con una enfermedad concreta⁵⁶.

Se dirige a personas con un nivel de “riesgo elevado” ya que requieren una atención muy costosa, son vulnerables o presentan necesidades de salud y sociales complejas⁵⁰; entre ellos, se cuentan, por ejemplo, ancianos frágiles con alguna enfermedad crónica; pacientes con múltiples enfermedades crónicas o necesidades de salud complejas, con riesgo elevado por desequilibrio psicológico o psicosocial, o con

un problema agudo serio con el riesgo de presentar efectos graves a largo plazo. Este tipo de pacientes suele mostrar una combinación de problemas sociales y sanitarios, como dependencia funcional, diabetes, insuficiencia cardíaca, falta de soporte familiar o pobreza⁵⁹.

La gestión de casos se basa principalmente en la figura del *gestor de casos*, que ejerce el papel de coordinador de la atención del paciente a lo largo del continuo asistencial para alcanzar los resultados clínicos y económicos deseados⁶⁰. 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 paciente⁶⁰. Suele desempeñarla un profesional de enfermería con las habilidades adecuadas⁵⁹, con conocimiento de la población objetivo y de cómo trabajar dentro del sistema y la capacidad de reconocer y atender las necesidades no cubiertas de los pacientes⁵⁰.

Existen múltiples clasificaciones de programas de gestión de casos (PGC)⁵⁰. 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 individual. La comunicación y colaboración entre los gestores de casos y el resto de profesionales resulta más fácil en el primer caso⁵⁹.

Los elementos que debe contener este tipo de estrategias para ser eficaces en la coordinación de la atención y contribuir a reducir los costes totales del sistema son los siguientes⁵⁹:

1. Identificación de pacientes con “riesgo elevado” y evaluación de sus necesidades (p. ej., comorbilidades, medicación, etc.).
2. Planificación individual de la atención del paciente, orientada hacia problemas u objetivos concretos y que incorpore las aportaciones de múltiples disciplinas (médicos de atención primaria, trabajadores sociales, farmacólogos, etc.) y que contemple las intervenciones necesarias. Debido a la naturaleza social o funcional de muchos de los problemas, los servicios comunitarios desempeñan un papel clave en las intervenciones necesarias (ayuda a domicilio, servicios de transporte, programas de renta mínima, etc.).
3. 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. Educación sanitaria individualizada del paciente sobre sus problemas y autocuidado.
5. Evaluación periódica del paciente y ajuste del plan de atención si es necesario.

Resultados de la OSI en coordinación, continuidad y eficiencia

La evaluación de la coordinación y de la continuidad en los servicios sanitarios es un apartado escasamente desarrollado. En el caso de la coordinación, la mayoría de los estudios evalúan los efectos de la implementación de los instrumentos de coordina-

ción en la calidad de la atención y se suelen estudiar fundamentalmente desde el punto de vista de los servicios. Son escasos los estudios que tienen en cuenta la perspectiva del personal de salud, como usuario de los mecanismos de coordinación, y de la población, como usuaria de los servicios. En relación con la continuidad, desde el punto de vista del paciente, la mayoría de las evaluaciones se refieren a la continuidad de relación⁶¹.

El análisis de la coordinación puede realizarse utilizando indicadores para medir aspectos estructurales, de proceso y resultado relacionados con la coordinación de información y de la gestión de la atención⁶². La coordinación de la información a lo largo del proceso se analizaría evaluando la disponibilidad de mecanismos para transferir la información de un nivel asistencial a otro, el nivel de accesibilidad y la adecuación de la información compartida^{40,63}. La coordinación de la gestión de la atención se evaluaría, en primer lugar, con indicadores de estructura que midan la disponibilidad de mecanismos para gestionar coordinadamente al paciente a lo largo del continuo; en segundo lugar, con indicadores de proceso que midan el grado de adherencia de los profesionales a éstos, así como el grado de seguimiento longitudinal del paciente y las interrupciones que se producen^{40,63}, y, en tercer lugar, con indicadores de resultado que midan la duplicación innecesaria de insumo, como pruebas complementarias, medicamentos, así como resultados asistenciales vinculados con objetivos sanitarios de los mecanismos de coordinación implementados³⁶.

En términos generales, puede afirmarse que la *eficiencia* económica se refiere al mejor uso posible de los recursos, teniendo en cuenta las preferencias de la población⁶⁴. Se distingue en la teoría económica entre eficiencia técnica –producción de un bien o servicio utilizando la combinación de entradas de menor coste– y eficiencia distributiva, que se consigue cuando la combinación de bienes y servicios es la más valorada por los miembros de la sociedad⁶⁵. El análisis de la eficiencia de la OSI puede realizarse mediante indicadores relacionados, en primer lugar, con productos intermedios, como la estancia media ajustada por funcionamiento o el consumo de medicamentos genéricos y, en segundo lugar, con productos finales, relacionando el consumo de recursos con resultados asistenciales⁶⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm* 1993; 38 (4): 447-466.
2. Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hosp Health Serv Adm* 1993; 38 (4): 467-489.
3. Conrad DA, Dowling WL. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Manage Rev* 1990; 15 (4): 9-22.
4. Harrigan KR. Vertical integration and corporate strategy. *Academy of Management Journal* 1985; 28 (2): 397-425.
5. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff (Mill wood)* 1994; Winter: 46-64.
6. Ortún V. Gestión clínica y sanitaria. Barcelona: Masson, 2003.

7. Shortell SM, Hull KE. The new organization of the health care delivery system. *Baxter Health Policy Rev* 1996; 2: 101-148.
8. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan KL, Mitchell JB. *Remaking health care in America*. San Francisco: The Jossey-Bass health care series, 1996.
9. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications. *Int J Integr Care* 2002; 2: 1-8.
10. Shortell SM. The Evolution of Hospital System: Unfulfilled Promises and Self-Fulfilling Prophecies. *Med Care Rev* 1998; 45: 177-214.
11. Dranove D, Durkac A, Shanley M. Are multihospital systems more efficient? *Health Aff (Millwood)* 1996; 15 (1): 100-103.
12. Skelton-Green JM, Sunner JS. Integrated delivery systems: the future for Canadian health care reform? *Can J Nurs Adm* 1997; 10 (3): 90-111.
13. Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. *Cuadernos de gestión* 2002; 8 (4): 167-179.
14. Ibern P, Calsina J. Más allá de la separación de funciones: las organizaciones sanitarias integradas. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* 2001; informe 35: 17-20.
15. Alexander JA, Zuckerman HS, Pointer DD. The challenges of governing integrated health care systems. *Health Care Manage Rev* 1995; 20 (4): 69-81.
16. Forest PG, Gagnon D, Abelson J, Turgeon J, Lamarche P. *Issues in the governance of integrated health systems*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 1999.
17. Pointer DD, Alexander JA, Zuckerman HS. Loosening the Gordian Knot of governance in integrated health care delivery systems. *Front Health Serv Manage* 1995; 11 (3): 1-37.
18. Savage GT, Taylor RL, Rotarius TM, Buesseler JA. Governance of integrated delivery systems/networks: a stakeholder approach. *Health Care Manage Rev* 1997; 22 (1): 7-20.
19. Shortell SM, Hull KE. The new organization of health care: Managed care/integrated health systems. En: Altman S, Reinhart U, eds. *Strategic Choices for a Changing Health Care System*. Chicago: Association for Health Services Research, 1996.
20. Casanueva C, García J. *Gestión de empresas*. Madrid: Pirámide, 1999.
21. Coddington C, Moore C, Fischer E. *Making integrated health care work*. Englewood (Colorado): Center for Research in Ambulatory Health Care Administration, 1996.
22. Gillies RR, Shortell SM, Young G. Best practices in managing organized delivery systems. *Hosp Health Serv Adm* 1997; 42 (3): 299-321.
23. De Val Pardo I, Corella JM. *Sistemas de salud: diagnóstico y planificación*. Madrid: Díaz de Santos, 2001.
24. Peters JP. *El proceso de planificación estratégica para hospitales*. Barcelona: Masson, 1989.
25. Schein EH. *Organizational culture and leadership*, 2ª ed. San Francisco: Jossey-Bass, 1992.
26. Lawrence PR, Lorsch JW. *Organization and environment*. Boston: Harvard Business School Press, 1986.
27. Mintzberg H. *La estructura de las organizaciones*. Barcelona: Ariel, 1990.
28. Charns MP. Organization design of integrated delivery systems. *Hosp Health Serv Adm* 1997; 42 (3): 411-432.
29. Galbraith J. *Designing complex organizations*. Boston: Addison-Wesley Longman, 1973.
30. Kornaki MJ, Silversin J. How can IDSs integrate conflicting cultures? *Health Care Financ Manage* 1998; 52 (6): 34-36.
31. Young G. Managing clinical integration in integrated delivery systems: a framework for action. *Hosp Health Serv Adm* 1997; 42 (2): 255-279.
32. Barnsley J, Lemieux-Charles L, McKinney MM. Integrating learning into integrated delivery systems. *Health Care Manage Rev* 1998; 23 (1): 18-28.
33. Rosen B. Professional reimbursement and professional behavior: emerging issues and research challenges. *Soc Sci Med* 1989; 29 (3): 455-462.
34. Lamb GS. Outcomes across the care continuum. *Med Care* 1997; 35 (11; Supl.): 106-114.

35. Glendinning C, Jacobs S, Alborz A, Hann M. A survey of access to medical services in nursing and residential homes in England. *Br J Gen Pract* 2002; 52 (480): 545-548.
36. Reid R, Haggerty J, McKendry M. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care. Ottawa: CHSRF, 2002.
37. Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multi-disciplinary review. *BMJ* 2002; 327 (7.425): 1.219-1.221.
38. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Improving Outcomes in chronic illness. *Managed Care Quart* 1996; 4 (2): 12-25.
39. Lorenz AD, Mannsch LB, Gawinski BA. Models of collaboration. *Health Care Manage Rev* 1999; 26 (2): 401-410.
40. Starfield BH. Coordinación de la atención en salud. En: Starfield BH, ed. *Atención primaria*. Barcelona: Masson, 2002; 233-265.
41. Mickan S, Rodger S. Characteristics of effective teams: a literature review. *Aust Health Rev* 2000; 22 (3): 201-208.
42. Hickman M, Drummond N, Grimshaw JM. A taxonomy of shared care for chronic disease. *J Publ Health Med* 1994; 16 (4): 447-454.
43. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quart* 1996; 74 (4): 511-514.
44. Longest BB, Young GJ. Coordination and communication. En: Shortell SM, Kaluzny AD, ed. *Health care management*. Nueva York: Delmar, 2000; 210-243.
45. Grifell E, Carbonell JM, Infesta F. Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Barcelona: CHC Consultoria i Gestió, 2002.
46. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L et al. Changing provider behavior. *Med Care* 2001; 39 (8; Supl. 2): 2-45.
47. Grol R. Improving the quality of medical care. *JAMA* 2004; 286 (20): 2.578-2.585.
48. Johnston ME, Langton KB, Haynes RB, Mathieu A. Effects of computer-based clinical decision support systems on clinician performance and patient outcome. A critical appraisal of research. *Ann Intern Med* 1994; 120 (2): 135-142.
49. Plocher DW, Wilson WL, Lutz JA, Huston A. Care Management and Clinical Integration Components. En: Kongstvedt PR, ed. Boston: Jones and Bartlett, 2003.
50. Smith JE. Case Management: A Literature Review. *Can J Nur Adm* 1998; May-June: 93-109.
51. Hampson JP, Roberts RI, Morgan DA. Shared care: a review of the literature. *Fam Pract* 1996; 13 (3): 264-279.
52. Mickan S, Rodger S. The organisational context for teamwork: comparing health care and business literature. *Aust Health Rev* 2000; 23 (1): 133-142.
53. Jacobsen T, Hill M. Achieving information systems support for clinical integration. *J Nurs Adm* 1999; 29 (6): 31-39.
54. Kilbridge PM. The role of information systems in IDS-physician relationships. *Health Financ Manage* 1998; 52 (6): 31-33.
55. Artalejo FF, Banegas JR, Conde M, Hernández R, Rodríguez C, Olcoz M. ¿Cómo mejorar la atención a las enfermedades crónicas? Una ilustración en pacientes con insuficiencia cardíaca. En: Ortún V, ed. *Gestión clínica y sanitaria*. Barcelona: Masson, 2003; 1-17.
56. Peiró S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: Ortún V, ed. *Gestión clínica y sanitaria*. Barcelona: Masson, 2003; 17-89.
57. Pilnick A, Dingwall R, Starkey K. Disease management: definitions, difficulties and future directions. *Bull World Health Organ* 2001; 79 (8): 755-763.
58. Lawthers AG, Pransky GS, Peterson LE, Himmelstein JH. Rethinking quality in the context of persons with disability. *Int J Qual Health Care* 2003; 15 (4): 287-299.
59. Chen A, Brown R, Aliotta S, Fox P. Best practices in coordinated care. Princeton (NJ): Mathematica Policy Research, 2000.

60. Hill M. The development of care management systems to achieve clinical integration. *Advanced Prac Nurs Qua* 1998; 4 (1): 33-39.
61. Terraza R. Coordinación y continuidad: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* 2006; 20 (6): 485-495.
62. Zinn J, Mor V. Organizational structure and the delivery of primary care to older Americans. *Health Serv Res* 1998; 33: 334-340.
63. Devers K, Shortell S, Gillies R, Anderson D, Mitchell J, Morgan K. Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health Care Manage Rev* 1994; 19 (3): 7-20.
64. Barr N. *The economics of the welfare state*, 2ª ed. Oxford: Oxford University Press, 1993.
65. Hurley J, Birch S, Eyles J. Geographically-decentralized planning and management in health care: some informational issues and their implications for efficiency. *Soc Sci Med* 2004; 41 (1): 3-11.
66. Gerdtham U, Löthgren M. Health care system effects on cost efficiency in the OECD countries. Estocolmo: Stockholm School of Economics. Working Paper Series in Economics and Finance, 1998.

Capítulo 2

María Luisa Vázquez Navarrete
Ingrid Vargas Lorenzo
Rebeca Terraza Núñez

Sistema de salud en Cataluña

Cataluña, situada en el nordeste de la península ibérica, se extiende sobre un territorio de 31.895 km² y cuenta con una población de 6.995.206 habitantes. El 8,9 % de éstos proceden de otros países¹. Corresponde al 6,3 % del territorio del Estado español y al 15,8 % de su población total². El crecimiento de su producto interior bruto (PIB) en los últimos 4 años ha sido de un 3 % anual, con una evolución semejante al resto del Estado³ y su PIB per cápita alcanza aproximadamente 25.000 euros (frente a los 20.000 euros de media del Estado)¹. Su gasto en salud, cuyo 70 % es público, es aproximadamente del 4,6 % del PIB, por debajo de la media del Estado (5,5 % del PIB) y de la media europea (6,5 % del PIB)⁴. En relación con el sistema nacional de salud, con el 16,1 % de la población protegida, dispone del 16,2 % del gasto público en salud⁵.

La tasa de crecimiento de la población, que había sufrido un estancamiento en la década de los noventa del siglo pasado y se mantenía aproximadamente en 0,03 por cada mil habitantes, se ha incrementado en los últimos años, alcanzando los 2,91 por cada mil habitantes, principalmente debido a la inmigración, pero también a un aumento de las tasas de natalidad, que pasaron de 8,8 en 1995 a 11,5 por cada mil habitantes en 2004 y por una reducción de la mortalidad de 8,79 a 8,49 por cada mil habitantes¹. La esperanza de vida al nacer en el año 2000 era 83,2 años para las mujeres y 76,5 años para los hombres, 68 de los cuales aproximadamente sin discapacidad⁶. Las principales causas de mortalidad son los tumores en hombres y las enfermedades cardiovasculares en mujeres⁶. Cataluña cuenta con un sistema de salud público que forma parte del Sistema Nacional de Salud del Estado español y que ha sufrido numerosas reformas en las últimas décadas.

Evolución hacia el sistema de salud actual

Las reformas del sector de la salud, llevadas a cabo en Cataluña en los últimos 25 años, se iniciaron y desarrollaron de forma coherente y paralela a las reformas introducidas en el conjunto de la Administración pública del resto del Estado.

De las transformaciones del sistema de salud del Estado español destaca, como aspecto más relevante, la evolución de un modelo segmentado a un modelo de Sistema Nacional de Salud (SNS). En los años setenta, coexistía la Seguridad Social, dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y financiada con las cuotas de empleadores y trabajadores, a los cuales daba cobertura junto con sus familias, con un sistema de beneficencia y atención psiquiátrica, fundamentalmente dependiente de los gobiernos locales y del Estado, que proporcionaba servicios a las capas de población de rentas más bajas, y con la provisión privada para las rentas más altas. Para hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud, la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 definió el paso al SNS financiado principalmente mediante impuestos y de cobertura universal. Además, proporcionó el marco para la descentralización del sistema y la adscripción de las redes públicas de servicios de salud a las autoridades autonómicas⁷.

Dentro del proceso de descentralización política, Cataluña se convirtió, en 1981, en la primera Comunidad Autónoma del Estado en asumir las competencias en salud, seguida de Andalucía (1984), País Vasco y Comunidad Valenciana (1988)⁷. En ese momento, en Cataluña existía una red de proveedores de propiedad diversa, cuyos titulares eran administraciones locales, entidades religiosas, mutualidades y la Seguridad Social del Estado. Mientras que el 100 % de la atención primaria pertenecía a la Seguridad Social, ésta sólo disponía del 30 % de las camas hospitalarias, por lo que establecía contratos, el concierto, con otros proveedores –públicos o privados– en las zonas donde tenía cobertura, pero no infraestructura⁸.

En el momento de la transferencia de la red de la Seguridad Social, el gobierno de la Generalitat optó por mantener los establecimientos existentes y englobarlos en el sistema de salud en lugar de ampliar la red con establecimientos propios⁹. Esta decisión implicaba, por un lado, mantener la provisión heredada del sistema anterior y, por el otro, establecer un contrato con los establecimientos de titularidad independiente de manera que se separaban las funciones de financiación y provisión de la atención¹⁰. A partir de aquel momento, se desarrolló un proceso paulatino que terminaría en la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC)¹¹.

En primer lugar, se desplegaron instrumentos de planificación y gestión con el objetivo de rentabilizar los recursos existentes y definir los servicios sanitarios de responsabilidad de la Generalitat¹⁰. La primera herramienta de planificación normativa fue el *mapa sanitario* que permitió objetivar la estructura e idoneidad de la oferta existente, en cuanto a localización y tipología de servicios, para establecer los criterios de calidad para la modernización de las infraestructuras sanitarias¹². En 1983, se creó el Institut Català de la Salut (ICS) como entidad responsable de la gestión de las prestaciones y servicios sanitarios de la antigua Seguridad Social y de la concertación con el resto de centros de Cataluña¹³.

Posteriormente, en 1984, se constituyó la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública, la XHUP o red hospitalaria de utilización pública^{6,14}, con el objetivo de alcanzar una ordenación hospitalaria que permitiese la adecuada homogeneización de las prestaciones asistenciales, así como la utilización óptima de los recursos humanos y materiales. Para lograrlo, se puso en marcha el Plan de Reordenación Hospitalaria (PRH), que fijaba objetivos en términos de estructura, personal, costes y productivi-

dad¹⁵. Para que los distintos hospitales –benéfico–asistenciales, municipales, de la Diputación y los centros surgidos de cooperativas y mutualidades– pudieran formar parte de la red, debían cumplir una serie de requisitos especificados en el decreto. Al mismo tiempo, se optó por la adscripción a los servicios hospitalarios de los centros de especialidades, históricamente vinculados con la atención primaria¹². En este modelo, por tanto, se utilizaban los recursos propios (ICS) y el resto de recursos sanitarios existentes, una vez que estuvieran acreditados, mediante conciertos por el ICS⁸.

Al tiempo que se creaba la XHUP, se iniciaba el proceso de reforma de la atención primaria^{6,16}, por la cual se integraba la atención preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud comunitaria¹⁷. Se estructuraba sobre el trabajo de un equipo multidisciplinario, el equipo de atención primaria (EAP) con dedicación a tiempo completo. Esta reforma implicaba la sustitución paulatina del sistema de ambulatorios de la Seguridad Social por centros de salud dotados con equipos de atención primaria¹⁸.

En 1989, se creó la Dirección General de Recursos Económicos del Sistema Sanitario con el objetivo de que la Administración estableciera una relación de compra y no realizara la gestión directa de la producción de servicios de salud. Esta unidad fue la precursora del Servei Català de la Salut¹⁰.

La LOSC, promulgada en 1990, representó la formalización normativa de la situación que se había ido generando por la introducción de los anteriores cambios. Establecía un modelo sanitario público coherente con la Ley General de Sanidad de 1986 y consolidaba el sistema sanitario mixto de Cataluña, cuyos principios son los siguientes¹¹:

1. Universalidad.
2. Equidad en el acceso.
3. Concepción integral de la salud.
4. Integración de servicios.
5. Simplificación, racionalización, eficiencia y eficacia de la organización.
6. Descentralización y sectorización de la atención sanitaria.
7. Participación comunitaria.

Separación de funciones en el sistema de salud en Cataluña

En el modelo de separación de las funciones de financiación y provisión que se ha creado en Cataluña, el Departament de Salut es la autoridad sanitaria responsable de la dirección del sistema, es decir, de la planificación, ordenación, autorización e inspección, así como del control. El Servei Català de la Salut, ente público, se encarga de la compra de servicios a los proveedores concertados. La provisión corresponde a un conjunto de entidades de los diferentes niveles de atención¹⁹ –hospitalaria, sociosanitaria, de atención primaria y salud mental– que están en proceso de conformar el SISCAT^a. La relación entre el financiador público y los proveedores de salud se establece mediante los contratos de gestión.

^aEl SISCAT está constituido por los centros que configuran la red hospitalaria de utilización pública (XHUP), la red de centros sociosanitarios de utilización pública, la red de centros de salud mental de utilización pública y los centros y servicios de atención primaria.

El modelo se concretó en 1991 con la creación del Servei Català de la Salut (abreviado como SCS hasta 2001 y CatSalut desde entonces hasta la actualidad)⁹. El SCS surgió para desempeñar las funciones de distribución adecuada y mejora de la utilización de los recursos sanitarios y económicos, coordinación del dispositivo sanitario de cobertura pública y cambio hacia la calidad y modernización armónica, eficiente y coordinada del sistema sanitario público de Cataluña¹¹.

El Servei Català de la Salut se ordena en demarcaciones territoriales, las regiones sanitarias, que equivalen a las áreas de salud previstas por la LGS y que han sido delimitadas según criterios geográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, de la oferta de servicios, etc. La región sanitaria, órgano desconcentrado del SCS, dispone de los recursos necesarios de atención primaria y especializada suficientes y adecuados para la población, exceptuando el nivel más alto de especialización, que posee carácter suprarregional. Cuenta con instancias de participación social, los consejos de salud, compuestos por representantes de la Generalitat, consejos comarcales, ayuntamientos, organizaciones empresariales, asociaciones de consumidores y usuarios, así como corporaciones profesionales sanitarias. Sus funciones son asesorar y formular propuestas al consejo de dirección de la región sanitaria y verificar que sus actuaciones se desarrollen de acuerdo con las normativas y necesidades de la población, promover la participación comunitaria en los establecimientos de salud, informar sobre el Pla de Salut, memoria y presupuesto de la región sanitaria antes que sea aprobado¹¹.

A su vez, las regiones sanitarias se subdividen en sectores sanitarios, estructura desconcentrada de dirección, gestión y participación, que agrupa un conjunto de áreas básicas de salud (ABS). Las áreas básicas de salud son las unidades territoriales elementales para la prestación de servicios de atención primaria con acceso directo de la población.

La provisión de los servicios se realiza en centros de atención primaria, hospitales de agudos de tres tipos fundamentales –hospital general básico, hospital de referencia y hospital de alta tecnología–, centros sociosanitarios y centros de salud mental, y su gestión corre a cargo de un conjunto de proveedores de titularidad diversa. Por una parte, el ICS, que depende directamente del Departament de Salut y se financia por vía presupuestaria, proporciona el 80 % de la atención primaria y el 30 % de las camas hospitalarias de agudos. El ICS se organiza en una estructura desconcentrada a 9 ámbitos de atención primaria y una gerencia territorial. Por la otra, el resto de los proveedores son consorcios y empresas públicas, fundaciones municipales y entidades privadas sin ánimo de lucro y con él²⁰.

Para el desarrollo de sus funciones, que incluyen el establecimiento de prioridades y la distribución equitativa y eficiente de los recursos, el CatSalut se apoya en instrumentos de planificación estratégica²¹: el Pla de Salut de Cataluña, el Pla de Serveis Sanitaris i Sociosanitaris y los contratos y mecanismos de pago a proveedores²². El instrumento de planificación por excelencia es el Pla de Salut de Cataluña, que fija objetivos de salud trienales y establece prioridades de actuación e intervenciones concretas respecto a los problemas de salud más importantes⁹. Se concibió como un referente para la compra y la evaluación de la calidad de los servicios²², centrado en las necesidades de salud y perfiles epidemiológicos. En la práctica, no

se relaciona directamente con la compra de servicios y su contenido de evaluación es bajo¹⁹.

El CatSalut establece un contrato con los proveedores sanitarios que determina, por un lado, los servicios que deben prestar las instituciones y el nivel de competencia deseado (calidad, coste y tecnología) y, por el otro, la contraprestación económica correspondiente²³. Se definen las responsabilidades y riesgos de ambas partes: el CatSalut debe garantizar a toda la población una asistencia sanitaria de calidad en el marco de los recursos disponibles; los proveedores se responsabilizan de prestar los servicios que contratan y gestionar sus recursos con el fin de equilibrar el coste de estos servicios con los ingresos²³. Aunque no sería necesario, por ser financiado directamente de los presupuestos de salud, el CatSalut también establece contratos-programa con el ICS para contar con algunas bases de comparación con el resto de la red pública²⁰.

Mecanismos de pago

El Servei Català de la Salut, hasta ahora, realiza la compra de los servicios a los proveedores por nivel asistencial y mediante distintos mecanismos de pago: *por actividad* en la atención hospitalaria de agudos, en la atención sociosanitaria y hospitalizaciones psiquiátricas; *por estructura basado en la población*, en la atención primaria, en la salud mental de primer nivel y en algunos productos sociosanitarios, como programa de atención domiciliaria-equipos de soporte (PADES), Unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS), etc.²⁴.

En la atención especializada hospitalaria, la compra de servicios se basa en la actividad de diferentes líneas, fundamentalmente internamiento, atención ambulatoria y urgencias. Así, en el apartado de pacientes ingresados, el SCS paga a cada hospital un precio por alta, modulado por casuística atendida y estructura (aplicación de los grados de pertenencia). En las líneas de actividad de consulta externa y urgencias, se paga por actividad y según el nivel estructural del hospital definido *ad hoc*²⁰. En la línea de servicios sociosanitarios se definen diferentes niveles de internamiento, como cuidados paliativos, convalecencia y larga estancia, todos ellos basados en el pago por estancia y los dos últimos modulados por la complejidad de los cuidados. Finalmente, el mecanismo fundamental de contratación en la atención primaria es la asignación en base poblacional corregida por diversos factores, como edad, sexo, dispersión poblacional e indicadores orientativos de los niveles de renta²⁴.

Algunos problemas con el modelo

La LOSC proporcionó un marco legal para la provisión mixta de los servicios de salud y la contratación de la gestión de la atención primaria a empresas diferentes al ICS. En la práctica, en Cataluña coexisten dos redes de atención paralelas, el ICS y los proveedores concertados, con dos sistemas de financiación diferenciados, el primero de tipo presupuestario y el segundo basado en pagos por líneas de servicio me-

diante distintos mecanismos de asignación (actividad, estructura, etc.). Por tanto, el proveedor mayoritario, que implica el 30 % del presupuesto en salud¹⁷, el ICS, escapa al modelo planteado y recibe sus asignaciones por la vía presupuestaria, con una limitada negociación de la compra de sus servicios²⁵.

Además, la posición mayoritaria que ostenta la Generalitat en muchos de los proveedores concertados (empresas públicas, sociedades mercantiles o consorcios) cuestiona la separación efectiva de la función de compra y de la gestión de la provisión, aun más con la reciente inclusión en los presupuestos de salud de los presupuestos de las entidades con presencia mayoritaria de la Generalitat²⁶.

En relación con el sistema de compra, los instrumentos cada vez se han vuelto más complejos y se utilizan de manera discrecional. Esta falta de transparencia en la política de compra se ha traducido en un sentimiento generalizado de desigualdad en el trato a los hospitales²⁷.

Los incentivos económicos que generan los distintos mecanismos de pago no parece que sean los más adecuados. Con una asignación principalmente basada en la estructura, la atención primaria de salud dispone de escasos incentivos para aumentar su capacidad de resolución y para asumir su papel de puerta de entrada (*gate-keeper*) al sistema sanitario. A su vez, la atención especializada, remunerada en función de la actividad, dispone de incentivos para aumentar la producción de servicios. A pesar de que el sistema de pago de hospitales pretendía incentivar la sustitución de la actividad entre líneas asistenciales para mejorar la eficiencia del sistema, en la práctica no se ha logrado: la frecuentación hospitalaria ha continuado aumentando, entre otros factores, debido a los incentivos de los hospitales para crear más actividad con la finalidad de aumentar sus ingresos²⁰. En consecuencia, los incentivos del sistema de compra actual potencian la compartimentación y no la colaboración entre niveles asistenciales, no favorecen la sustitución entre líneas de servicio, la medición de calidad de servicios adecuada a cada línea y genera una insuficiente comunicación entre gestores y clínicos²⁸. Actualmente, se están llevando a cabo algunas transformaciones para la mejora de la compra de servicios, tomando como base el territorio (v. Prueba piloto de un sistema de compra en base poblacional, en este mismo capítulo).

Modelo asistencial

El modelo asistencial del sistema de salud de Cataluña, coherente con el sistema de salud del Estado español, se configura en dos niveles asistenciales: la atención primaria de salud, como puerta de entrada del sistema, y la atención especializada –de agudos, sociosanitaria, de salud mental y de drogodependencias– que realiza la función de apoyo para la resolución de problemas graves. Se trata, por tanto, de un modelo basado en la atención primaria, orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que busca garantizar la continuidad asistencial, con criterios de eficiencia. Aunque se han realizado importantes avances, el modelo no está plenamente desarrollado y aún persisten problemas de coordinación entre niveles.

Atención primaria

La atención primaria se define como el primer nivel de contacto del usuario con el sistema sanitario, que se caracteriza por la accesibilidad, integralidad, longitudinalidad (contacto a lo largo del tiempo) y capacidad para resolver los problemas más frecuentes. Su ejercicio consiste en un equilibrio entre la atención curativa y la prevención, la educación en salud y la rehabilitación, que realiza un equipo multidisciplinario, el EAP. Los EAP, formados por profesionales sanitarios y no sanitarios, son responsables de la atención primaria de salud para la población del área asignada (el área básica de salud). Incluyen médicos de familia, pediatras, odontólogos, enfermeros, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y personal de apoyo (auxiliares administrativos y celadores).

Antes de la reforma, los médicos de atención primaria trabajaban de manera individual, proporcionando exclusivamente atención curativa y con 2,5 horas de consulta al día, el uso de historias clínicas era limitado, como también la continuidad asistencial⁷. Durante las dos últimas décadas, se ha promovido la mejora de la atención primaria mediante la creación de la especialidad de medicina de familia y comunitaria y también con la reforma de la atención primaria. La reforma se centraba, por una parte, en aspectos organizativos, como la ampliación de la oferta de servicios, con una dedicación horaria mayor de los profesionales, la absorción progresiva de los antiguos médicos generales y el establecimiento de condiciones para el trabajo de equipo. Por la otra, implicaba cambios en el contenido del trabajo de los equipos que, además de la atención curativa, incluía la ejecución de programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación y participación en programas de investigación y docencia¹⁸.

El proceso de la reforma se inició en Cataluña hacia finales de 1986 con la instauración de los primeros EAP, se caracterizó por un ritmo lento de implementación y no se finalizó hasta 2003 debido a diversos factores. Un factor importante era la necesidad de fuertes inversiones tanto en recursos humanos como en la construcción y equipamiento de nuevos centros, que estaba limitado por la búsqueda de la contención del gasto, un presupuesto decantado hacia la atención especializada y un gasto farmacéutico creciente. También influyó el carácter voluntario de las reconversiones de los profesionales jerarquizados del modelo anterior que se iban integrando en los nuevos EAP¹⁸.

Se considera que se ha conseguido un cambio importante en la orientación de los servicios y una mejora de la calidad. No obstante, algunos aspectos aún no han sido plenamente desarrollados, como la mejora de la capacidad resolutoria, el enfoque comunitario, la coordinación con los otros niveles asistenciales o la implicación en investigación²⁹.

Atención especializada de agudos

La atención especializada de agudos también sufrió un proceso de reforma a partir de la LGS de 1986. Antes de la reforma, la atención especializada se dispensaba en

dos niveles: los ambulatorios y los hospitales. Con la reforma, se desarrolla la integración progresiva de los especialistas de los ambulatorios en los equipos hospitalarios, que proporcionan atención especializada directamente en el hospital, en sus consultas externas o en los centros de atención primaria. Asimismo, se promovió la atención ambulatoria de aquellos procesos en que no se necesita el ingreso. Con ello, se fue reduciendo progresivamente el número de camas de agudos⁷. Se ofrece asistencia de la práctica totalidad de especialidades existentes. El modelo de atención especializada de agudos se orienta a maximizar la atención sin ingreso, flexible y abierta. Durante 2006, se ha iniciado la elaboración de un nuevo plan de reforma de la atención especializada con el objetivo de adaptar la estructura y el sistema actual de provisión de la atención especializada a las necesidades cambiantes de la población²⁶.

Atención sociosanitaria: programa Vida a los años^b

Cataluña ha sido pionera, en el Estado español, en la planificación y organización de la oferta sociosanitaria con la creación del programa interdepartamental *Vida a los años* para la atención de personas mayores con enfermedades crónicas o incapacitantes. El modelo de atención sociosanitario defiende la concepción global de la persona y la necesidad de un enfoque integral y multidisciplinario, tanto en la valoración de las necesidades como en la implementación de los programas de intervención¹⁰. La oferta asistencial abarca centros sociosanitarios de internamiento, hospital de día y equipos de evaluación y soporte.

Los servicios de internamiento incluyen: *unidades de larga estancia*, destinadas a la atención continuada de personas con enfermedades o procesos crónicos y diferentes niveles de dependencia, las cuales no pueden ser atendidas en su domicilio (demencias, grandes discapacidades, sida o enfermedades psiquiátricas crónicas); *unidades de convalecencia*, destinadas a personas con enfermedades que se encuentran en fase de recuperación de un proceso agudo y con pérdida de autonomía potencialmente recuperable, y *curas paliativas*, destinadas a enfermos en situación avanzada o terminal. Los servicios de atención de día comprenden: *unidades de hospital de día*, destinadas a personas mayores con enfermedad, enfermos crónicos o enfermos terminales que requieren medidas integrales de soporte, rehabilitación, tratamiento o diagnóstico en régimen ambulatorio; *unidades de evaluación geriátrica* integral ambulatoria y curas paliativas, y *unidades de diagnóstico de demencias*.

Los equipos de evaluación y soporte son equipos especializados y capacitados para dar apoyo a los hospitales o a atención primaria en el cuidado de personas mayores con enfermedad, enfermos crónicos y enfermos terminales. Realizan las funciones de valoración y seguimiento, soporte, asistencia y conexión de recursos. Existen dos tipos: el *programa de atención domiciliaria-equipos de soporte (PADES)*, que proporciona apoyo especializado en geriatría y curas paliativas a atención primaria y específicamente para la intervención a domicilio, y actúan como coordinadores

^b *Vida als anys.*

con otros servicios sociosanitarios o sociales, y las *unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS)*, equipo especializado en geriatría y curas paliativas para la intervención en el hospital, que puede ser de geriatría, curas paliativas o mixta.

La financiación del programa *Vida a los años* se ha realizado básicamente a partir de los presupuestos sanitarios –en principio, no estaban destinados a este fin–, complementada por la aportación de los usuarios y, en su defecto, el Departament de Benestar Social mediante el denominado módulo social.

Las evaluaciones del programa son escasas hasta el momento, pero se considera que el modelo no ha sido desarrollado plenamente. Entre otras causas, se atribuye a la dificultad que representa la gestión de recursos que dependen de distintos departamentos o niveles de gobierno –Conselleries de Salut, Benestar Social y los ayuntamientos–³⁰.

Atención a la salud mental y drogodependencias

La atención psiquiátrica dependía de las diputaciones provinciales y entre 1990 y 1992 pasó al Departament de Salut. A partir de una provisión basada en unidades de media y larga estancia, se inició la transformación hacia un modelo basado en la atención intensiva a las personas con alta dependencia psiquiátrica y desinstitucionalización de las personas con baja dependencia⁶. La red de atención se ordenaba en atención hospitalaria, servicios comunitarios para el tratamiento y rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales graves y dispositivos para la salud mental infantil y juvenil.

En paralelo, se desarrollaba la atención a las drogodependencias por una red de atención específica (*Xarxa d'atenció a les drogodependències, XAD*) que ofrece tratamiento ambulatorio a los drogodependientes y también cuenta con recursos especializados en los centros de atención primaria y hospitales⁶.

Actualmente, se está desarrollando un nuevo modelo de atención para la atención a la salud mental y las adicciones que permita ofrecer una respuesta integral a las necesidades de la población en este ámbito²⁶.

Algunas tendencias actuales en el sistema de salud en Cataluña

En la actualidad, se están desarrollando algunas propuestas de cambio en lo que respecta a financiación y organización del sistema.

Prueba piloto de un sistema de compra en base poblacional

Para superar las barreras que genera el sistema de compra vigente, el CatSalut puso en marcha en 2001 una prueba piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios de base poblacional en cinco zonas de Cataluña³¹: Osona, Cerdanya, Alt

Maresme i Selva marítima, Altgarrotxa y Baix Empordà^c. En 2005, la prueba se extendió a otras cinco áreas (Montsià, Alt Penedès, Baix Penedès, Garraf, Barcelonès nord y Maresme), con lo cual se abarcaba el 20 % de la población en Cataluña³².

Los objetivos de la prueba son mejorar la equidad de acceso a los servicios y la eficiencia del sistema de salud mediante un sistema de compra que favorezca la gestión coordinada de los servicios de salud y la continuidad asistencial; estimular la creación de alianzas entre los proveedores que operan en el territorio, y evolucionar hacia la corresponsabilización de los proveedores en el uso de los recursos mediante la transferencia de una parte del riesgo de gestión.

En el nuevo modelo, el CatSalut compra una cartera de servicios de salud para una población definida geográficamente al conjunto de proveedores de un territorio. A cambio de cubrir el continuo de servicios que comprende las atenciones primaria, hospitalaria y sociosanitaria, el conjunto de proveedores recibe teóricamente una asignación per cápita ajustada por variables de necesidad. Las variables que se han incluido en el factor de ajuste, por considerarse explicativas del diferencial del gasto sanitario entre distintas poblaciones, han sido la edad, el sexo, el aislamiento geográfico y la densidad poblacional²⁰.

La cartera de servicios sanitarios básica que deben proporcionar las entidades proveedoras a la población de cobertura es definida por el CatSalut y comprende, como mínimo, los servicios de atención primaria y atención especializada de agudos para el territorio³³. Los servicios sociosanitarios, de salud mental y otros podían estar incluidos o excluidos de la cartera de servicios si eran prestados por proveedores que no participaban en la prueba³³. El conjunto de proveedores que participan se corresponsabilizan del gasto farmacéutico, transporte sanitario, otras prestaciones y derivaciones hospitalarias fuera del territorio³³.

La relación entre el conjunto de proveedores involucrados y el CatSalut se instrumenta por medio de un convenio de colaboración en que se establecen las condiciones de prestación de los servicios. El CatSalut fija una serie de objetivos de accesibilidad, calidad de la atención, efectividad y resultados de salud que el conjunto de proveedores se compromete a alcanzar y que se evalúan a finales de año²⁰. Actualmente, se están desarrollando las evaluaciones de los resultados económicos, de salud y del proceso desde el punto de vista de los agentes involucrados en la prueba.

No obstante, el análisis de la propuesta, así como los resultados preliminares de la evaluación desde el punto de vista de los actores principales, revela diversas debilidades en este sistema de compra que deberían ser corregidas antes que fuera ampliado a otros territorios^{31,34,35}.

Gobiernos territoriales de salud^d

En 2006 se promulga el Decreto³⁶ sobre los gobiernos territoriales de salud^d con el objetivo de canalizar la colaboración entre la Generalitat y los gobiernos locales, y

^c El proyecto también se conoce con el nombre de prueba piloto de financiación per cápita.

^d Adaptado del Departament de Salut, 2006³⁷.

contribuir a la mejora de la adaptación de las políticas de salud a los territorios y a una mayor participación ciudadana.

Los gobiernos territoriales de salud (GTS), con personalidad jurídica propia e independiente de las Administraciones que participan, se estructurarán en un consejo rector, un consejo de salud y una comisión coordinadora de entidades proveedoras.

El órgano de gobierno, el *consejo rector*, está formado por la Generalitat y las entidades locales, de manera paritaria. Los representantes de la Generalitat incluyen al presidente y combinarán el nivel local y autonómico, así como el Departament de Salut y el CatSalut. Las entidades locales deberán definir sus criterios para la designación de los representantes. El *consejo de salud* es un órgano de participación social, con una composición mixta de entidades y ciudadanos a título individual, del cual también formará parte el director del consejo y un secretario, encargado de proporcionar apoyo, información y facilitar las asambleas. Su función es formular propuestas y articular el diálogo entre la sociedad civil y el consejo rector. El objetivo de la *comisión coordinadora de entidades proveedoras* es mejorar la coordinación entre los proveedores y el gobierno de la salud del territorio, en la contratación y seguimiento de la compra de servicios. Sus miembros serán los gerentes o máximos directivos de los establecimientos de salud del territorio. Su presidente será el director ejecutivo del GTS, puesto que ocupará el director del sector sanitario o un delegado.

Para la implantación de los GTS se ha dividido el territorio en 37 demarcaciones (35 GTS más 2 territorios –Barcelona y Vall d’Aran– con un régimen específico), a partir de la delimitación propia de las áreas básicas que agrupan un número variable de municipios, entre 2 (Baix Llobregat: L’Hospitalet y El Prat de Llobregat) y 147 (Pla de Lleida). Para su implementación, se establecen primero los “pactos para la salud”, mediante los cuales el Departament de Salut suscribe acuerdos específicos con las Administraciones locales con el fin de facilitar los procesos de colaboración y descentralización. Los GTS tendrán carácter de consorcio²⁵. Hasta el momento se han establecido pactos de salud en 29 de las 37 demarcaciones y se han conformado 4 GTS en Osona, Garrotxa, Garraf y el Vallès.

Desarrollo de las organizaciones sanitarias integradas en Cataluña

La multiplicidad de entidades involucradas en la provisión de servicios de salud ha ido generando a lo largo de los años organizaciones para la gestión conjunta de las entidades. De este modo, en Cataluña se encuentran ejemplos de integración horizontal, es decir, entre entidades que proporcionan servicios en el mismo nivel asistencial y vertical, entre entidades que proporcionan servicios diferentes a lo largo del continuo asistencial. Los tipos de integración horizontal más frecuentes son las fusiones entre hospitales de agudos de la red de utilización pública. La aparición de integraciones de tipo vertical, que cubren un continuo de servicios de salud para una población definida geográficamente, se sitúa en Cataluña en la década de los noventa del siglo pasado, tras la aprobación de la LOSC. Esta ley posibilitaba la cesión de la gestión de los nuevos equipos de atención primaria a proveedores ajenos al ICS. Se trataban, en su mayoría, de hospitales de agudos concertados, que al mismo

Tabla 2-1. Organizaciones que integran el continuo asistencial

Consorti Sanitari de Terrassa-Fundació Hospital Sant Llàtzer (CSdT/FHSL)
Consorti Sanitari del Maresme (CSdM)
Fundació Privada Hospital de Puigcerdà
Corporació de Salut del Maresme i la Selva (CSMS)
Fundació Hospital Sant Jaume d'Olot
Institut d'Assistència Sanitària (IAS)
Gestió de Serveis Sanitaris (GSS)
Badalona Serveis Assistencials, S.A.
Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal (PAMEM)
Consorti Sanitari Integral
Grup d'Assistència Sanitària i Social (Grup SAGESSA)
Corporació Sanitària Clínic
Serveis d'Atenció Primària Parc Taulí, S.A.
Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIBE)
Servici Aranès de Salut
Fundació Centres Assistencials i d'Urgències (CAU)
Fundació Hospital de Campdevànol
Mútua de Terrassa. Mutualitat de Previsió Social a Prima Fixa

tiempo solían gestionar un centro sociosanitario. La reunión bajo la misma gestión de un hospital de agudos, de un centro de crónicos y un equipo de atención primaria fue el embrión de las OSI³⁸.

De acuerdo con la definición de organización sanitaria integrada utilizada en este estudio^e, se han catalogado 18 OSI en 2006 en Cataluña en la red concertada (tabla 2-1).

^eUna organización sanitaria integrada (OSI) es una red de organizaciones que ofrece una atención coordinada por medio del continuo asistencial a una población determinada y se responsabiliza de los costes y resultados de salud de la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat), 2005. Consultado el 1 de agosto de 2006.
2. Instituto Nacional de Estadística (INE), 2005. Consultado el 1 de agosto de 2006.
3. Direcció de Programació Econòmica. Indicadors de conjuntura econòmica. Evolució de l'economia catalana i els seus indicadors. Barcelona: Departament d'Economia i Finances, Generalitat de Catalunya, 2006.
4. Departament de Salut. Memòria d'activitat 2005. La xarxa sanitària d'utilització pública. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2006.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe del grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario, 2005. Disponible en: <http://documentacion.meh.es/doc/PortalVarios/FinanciacionTerritorial/Autonomica/IGTGS2005.pdf> (consultado el 2 de agosto de 2006).
6. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 2002-2005. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2003.
7. European Observatory of Health Care Systems. Health care systems in transition: Spain. Copenhagen: World Health Organization, 2000.
8. Sàrrias E. L'assistència sanitària conduïda (gestionada) a Catalunya [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona, 2000.
9. Ortún V. El sector de la sanitat. L'economia catalana davant del canvi de segle. Barcelona: Banco Bilbao-Vizcaya, Generalitat de Catalunya, Departament d'Economia i Finances, 1994.
10. Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 1993. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1994.
11. Llei d'ordenació sanitària de Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 1990.
12. Martín A, Puig C, José María F, Gavilán P, Vallribera P, Marimón S et al. Posicionament estratègic del CHC. Grup 2. Model i organització sanitaris. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2000.
13. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Llei 12/1983, d'Administració Institucional de la Sanitat i de l'Assistència i els Serveis Socials de Catalunya, de 14 de juliol.
14. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Decret 202/1985, de 15 de juliol, de Creació de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública.
15. Servei Català de la Salut. Els equipaments de la xarxa sanitària pública de Catalunya. Barcelona: Servei Català de la Salut, 2003.
16. Decret 84/1985, de 21 de març, de Mesures per a la Reforma de l'Atenció Primària de Salut de Catalunya.
17. Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2004. La xarxa sanitària d'utilització pública. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 2005.
18. Ponsà JA, Cutillas S, Elías A, Fusté J, Lacasa C, Olivet M et al. La reforma de l'atenció primària de salut. *Fulls Econòmics* 2003; 37: 8-15.
19. Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 1999. La xarxa sanitària d'utilització pública. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 2000.
20. Agustí E, Casas C, Brosa F, Argimón JM. Aplicación de un sistema de pago basado en la población en Cataluña. En: Ibern P, ed. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson, 2006.
21. Via-Redons JM. Contratación de proveedores de servicios sanitarios. La experiencia en el sector público de Cataluña. Seminario del Banco Mundial sobre el Sector Salud, París, 10-12 de mayo, 1999.
22. Servei Català de la Salut. El Pla de Salut a prop: Pla de Salut de Catalunya 1996-1998. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 1997.
23. Trias X. El Servei Català de la Salut i la nova organització de l'assistència sanitària pública a Catalunya. *Fulls Econòmics, Informes* 1992.

24. Servei Català de la Salut. La contractació de serveis sanitaris. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 1998.
25. Ris H, Pané O. La reforma d'atenció primària de salut després d'una dècada. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* 1997; 20: 7-11.
26. Departament de Salut. El pressupost de salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2006.
27. Consorci Hospitalari de Catalunya. Recomanacions i precaucions sobre l'ús de l'assignació per càpita a Catalunya. Versió preliminar per a la discussió. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2001.
28. Ortún V, López-Casasnovas G, Puig-Junoy J, Sabés R. El sistema de finançament capítatiu: possibilitats i limitacions. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* 2001; 35: 8-16.
29. Fusté J, Lacasa C, Cutillas S, Elías A, Olivet M, Ponsà JA et al. El model d'atenció primària davant d'una realitat canviant. El pla de millora de l'atenció primària. *Fulls Econòmics* 2003; 37: 16-23.
30. Rico A, Casado D, Sabés R. Situation in Spain. En: Van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, eds. *Integrated care in Europe*. Maarsen: Elsevier, 2003.
31. Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. *Cuadernos de Gestión* 2002; 8 (4): 167-178.
32. Servei Català de la Salut. Informe d'avaluació sanitària del projecte per a la implantació d'un sistema de compra en base poblacional. Barcelona: Servei Català de la Salut, 2005.
33. Servei Català de la Salut. Sistema de compra en base poblacional. Barcelona: Servei Català de la Salut, 2001.
34. Vázquez ML, Terraza R, Vargas I, Agustí E, Brosa F, Casas C. Opiniones sobre la mejora de la coordinación asistencial por la introducción de un sistema de compra en base poblacional. *Gac Sanit* 2006; 20 (Supl. 2).
35. Vázquez ML, Terraza R, Vargas I, Agustí E, Brosa F, Casas C. Proceso de implantación de un sistema de compra en base poblacional en Cataluña: opiniones de los actores clave [comunicación]. Toledo: XXVI Jornadas de Economía de la Salud, 2006; 24-26 de mayo.
36. Decreto 38/2006, de 14 de marzo, de la Regulación de la Creación de los Gobiernos Territoriales de Salud.
37. Departament de Salut. La nova governança del sistema públic de salut de Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2006.
38. Bohigas L. Las empresas de servicios sanitarios: innovación en la gestión sanitaria, 1998; 27-29 mayo.

Capítulo 3

Objetivos y métodos del estudio

María Luisa Vázquez Navarrete
Ingrid Vargas Lorenzo

En este libro se presentan resultados parciales del estudio que se está llevando a cabo sobre organizaciones sanitarias integradas en Cataluña y que se inició en junio de 2003. Este capítulo describe los objetivos y el diseño del estudio en su totalidad. No obstante, sólo profundiza en los aspectos metodológicos que sustentan los resultados presentados mientras que se mencionan brevemente las técnicas de recogida y análisis de información que aún están siendo aplicadas.

Objetivos del estudio

El *objetivo general* del estudio es analizar diferentes experiencias de organizaciones sanitarias integradas en Cataluña e identificar posibles áreas de desarrollo futuro, que contribuyan a mejorar su eficacia.

Entre los *objetivos específicos* pueden destacarse los siguientes:

1. Analizar y tipificar estas entidades, como organizaciones sanitarias integradas, según sus características principales y los criterios de clasificación de las OSI.
2. Determinar los elementos del entorno que favorecen o frenan la integración en estas OSI.
3. Analizar los elementos internos de las OSI –modelo de gobierno, dimensión estratégica, estructura organizativa, cultura, liderazgo y sistema de asignación– para determinar cómo influyen en la coordinación y eficiencia de estas organizaciones.
4. Analizar el desarrollo de los procesos de coordinación asistencial en las OSI estudiadas.

5. Analizar el desempeño de las organizaciones sanitarias integradas respecto a sus objetivos finales de continuidad y eficiencia, así como respecto a su meta intermedia de coordinación.

En este libro se abordan resultados relativos a los objetivos específicos 1, 2 y 4, y parcialmente los que hacen referencia al objetivo 3.

Diseño del estudio

Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo y participativo, con dos vertientes: un estudio de casos de seis organizaciones sanitarias integradas en Cataluña y un análisis comparativo de estas experiencias, basado en múltiples fuentes de evidencia.

El estudio de casos pretende proporcionar información para el desarrollo y sustentación de una comprensión amplia de esta iniciativa concreta (las organizaciones sanitarias integradas) en el sistema de salud en Cataluña. No pretende, necesariamente, la generalización de los resultados de una muestra a una población^{1,2}, sino usar estos resultados para sugerir una teoría o proporcionar apoyo empírico a la teoría existente³. De esta forma, la presente investigación es un paso inicial hacia una mayor claridad conceptual en lo que respecta a las dimensiones y objetivos clave para que las organizaciones sanitarias integradas puedan contribuir a la mejora de la coordinación asistencial y la eficiencia en la atención, en las condiciones actuales del sistema de salud.

El carácter participativo del estudio está determinado por la implicación directa de los equipos directivos de las OSI estudiadas en las diversas etapas de la investigación: la definición del alcance del estudio, el desarrollo de la guía de análisis, la selección de los informantes, la recogida y análisis de los datos, y la redacción de los resultados.

En la investigación se identifican tres fases diferenciadas, que se alimentan entre sí y que, en parte, se desarrollan en paralelo. La primera fase consistió en la elaboración de un marco conceptual a partir de la revisión de la bibliografía disponible sobre el tema y, con la base en este marco, se generó la guía para el análisis de las organizaciones sanitarias integradas (v. apéndice). La segunda etapa es el desarrollo de los casos, con el diseño del estudio, trabajo de campo y análisis de los datos. Esta fase aún no ha concluido. La tercera fase consiste en el análisis comparativo de las dimensiones más relevantes para obtener enseñanzas sobre la orientación futura de las OSI; esta fase se ha desarrollado con los datos disponibles actualmente y se presenta en los capítulos 10 y 11 de la obra.

Desarrollo del marco teórico y guía de análisis

Se realizó una revisión sistemática clásica de la bibliografía⁴ mediante una búsqueda exhaustiva y un análisis narrativo de la bibliografía para desarrollar un marco teórico y una guía para el estudio de las OSI.

ELABORACIÓN DEL MARCO TEÓRICO

Estrategia de búsqueda

En primer lugar, se realizó una búsqueda mecanizada en las siguientes bases de datos: MEDLINE, que cubre la producción biomédica angloamericana; EMBASE, de producción básicamente europea, y el IME (Índice Médico Español), por ser un estudio de ámbito nacional.

Se utilizaron palabras clave relacionadas con el tema de estudio, unidas por *and* y *or* (p. ej., *health care organization; health care systems; vertical integration; horizontal integration; organized delivery systems; integrated health care delivery systems; efficiency; barriers; difficulties; characteristics; objectives; definitions; continuity patient care; comprehensive care; coordination of care; continuity healthcare systems; concept AND measurement AND continuity; continuity AND coordination AND Spain, y health care delivery*).

La segunda búsqueda fue manual, revisando, por un lado, las revistas que normalmente publican artículos sobre nuestro tema y, por el otro, revisando las referencias bibliográficas de los artículos localizados durante la primera búsqueda.

Simultáneamente, se realizó una revisión y un análisis de la bibliografía de los autores que han desarrollado la teoría del análisis organizacional.

Criterios de selección

En una primera fase, se revisaron títulos y resúmenes, y se seleccionaron los artículos que contenían la definición de OSI, los que describían los objetivos que persigue este tipo de organizaciones, sus características y tipos de OSI, modelos de integración, elementos que benefician u obstaculizan la integración, y sus resultados, y los que definían coordinación y/o continuidad, sus aspectos o características y clasificación, mecanismos de coordinación y/o continuidad, medidas de coordinación y/o continuidad, relación entre coordinación y continuidad, y relación de la coordinación y continuidad con las organizaciones sanitarias integradas. En la segunda fase, se revisaron los artículos seleccionados.

Se revisaron artículos fundamentalmente en castellano, inglés y catalán aunque también en francés y alemán. Inicialmente, la búsqueda de la bibliografía científica se limitaba a los últimos 20 años (1983-2003), pero a partir de la búsqueda manual este período aumentó.

Estrategia de análisis

En el análisis se tomaron en cuenta los siguientes elementos: definiciones de OSI; objetivos de este tipo organizaciones; características que las identifican; tipos de OSI; modelos de integración; elementos que influyen en la integración y sus resultados; definiciones de coordinación y continuidad de la asistencia, y las dimensiones de la coordinación y continuidad que las afecta tanto positiva como negativamente; recopilación de los mecanismos de coordinación descritos y aplicación del marco teórico, propuesto por Mintzberg⁵ y Galbraith⁶; clasificación de las medidas de coordinación y continuidad de la asistencia más adecuadas al sistema sanitario; mecanismos de mejora de la continuidad; relación entre coordinación y continuidad asistencial, y coordinación y continuidad asistencial en las OSI.

A partir de esta revisión y análisis se construyó el marco teórico para el estudio, que se resume en el capítulo 1.

ELABORACIÓN DE LA GUÍA DE ANÁLISIS

En un segundo momento, a partir de los elementos esenciales del marco teórico, se elaboró una versión preliminar de la guía para el análisis de las organizaciones sanitarias integradas. Esta versión fue discutida con los representantes de las OSI y con el comité asesor externo del estudio, que está compuesto por representantes del mundo académico y del mundo de la gestión, organización y planificación de los servicios de salud^a. A partir de esta discusión, se llevaron a cabo ajustes y se elaboró la guía definitiva.

Esta guía (v. apéndice) recoge las dimensiones que influyen en el grado de integración de las OSI y, por tanto, en su eficacia para mejorar la coordinación asistencial y la eficiencia. La guía propone el análisis del desempeño de las OSI con relación a sus objetivos finales de mejora de la eficiencia y continuidad de la atención, mediante el análisis del tipo de integración (a partir de las características clave), de elementos del entorno (existencia de otros proveedores y tipo de mecanismos de pago de la provisión) e internos (modelo de gobierno, organización y gestión) que influyen en la integración. La evaluación de desempeño de las OSI valora las estrategias globales, así como los resultados de coordinación asistencial y eficiencia. Se evalúa la coordinación de la información a través de la red y de la gestión de la atención. La evaluación de la eficiencia de la OSI se refiere a la eficiencia técnica y asignativa⁷.

La aplicación de la guía no es inmediata, sino que requiere el diseño de un estudio con los métodos, técnicas e instrumentos de investigación adecuados para obtener la información necesaria para el análisis de las dimensiones abordadas.

Estudio de casos

El diseño del estudio de los casos es cualitativo, exploratorio y descriptivo, y combina una técnica cuantitativa de la investigación social, el análisis de registros.

La recopilación de información se inició en mayo de 2004 y aún sigue en curso. Los datos que en el libro se analizan se redactaron entre mayo de 2004 y agosto de 2005.

ÁREA DEL ESTUDIO Y MUESTRA

El área de estudio es Cataluña y, dentro de ésta, las once comarcas que constituyen el área de influencia de seis OSI con la responsabilidad de cubrir una gama de servicios sanitarios para la población de un territorio definido.

El caso de estudio es la organización sanitaria integrada, que se define como una red de proveedores de salud que ofrecen una atención de un continuo de prestacio-

^a Vicente Ortún, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona; Francesc Moreu, Consorci Hospitalari de Catalunya; Manel del Castillo, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat (Barcelona); Encarna Grifell, Hospital Sant Antoni Abat, Vilanova i la Geltrú; Antoni Anglada, Hospital General de Vic, y Olga Pané, Consorci Hospitalari de Catalunya.

nes a una población determinada y se responsabilizan de los costes y resultados de salud de la población.

En una primera etapa, se seleccionaron los casos de estudio mediante la aplicación de los siguientes criterios:

1. Ser un proveedor integrado verticalmente que, al menos, ofrezca servicios sanitarios de primer y segundo niveles.
2. Poseer una experiencia de más de 5 años de gestión conjunta.
3. Prestar la atención a una población definida.
4. Contar con la existencia de un hospital comarcal dentro de la red.

La muestra está compuesta por seis casos de estudio, cuyas características básicas se resumen en la tabla 3-1.

En una segunda etapa, se seleccionaron, para cada caso, la muestra de documentos para analizar y el personal de salud para entrevistar.

Muestra de documentos

Se seleccionó una muestra teórica de documentos, es decir, se recopilamos todos aquellos documentos que podían proporcionar información sobre las dimensiones de análisis de la OSI y su entorno, definidas en la guía.

Se habían definido los siguientes documentos: memorias de la OSI, contratos con el CatSalut, convenios de colaboración y cartera de servicios, estatutos, planes estratégicos, cuadros de mando, direcciones por objetivo, organigramas, actas, cuentas de explotación, contratos de gestión internos y modelos de contratos con los profesionales, manuales de organización asistencial, guías de práctica clínica, mapas de atención o trayectorias clínicas, planes de alta hospitalaria, guías farmacológicas compartidas, planes de formación, programas de gestión de enfermedades, programas de gestión de caso y manuales del sistema de información utilizados en la OSI.

No todos los documentos estaban disponibles o fueron proporcionados por cada OSI. La muestra final de documentos se presenta en la tabla 3-2.

Muestra de informantes

La muestra de informantes es una muestra de carácter teórico⁸, para incluir los diferentes grupos de entrevistados que pueden tener una opinión o influir en las dimensiones o procesos estudiados.

El proceso de selección de la muestra fue mixto⁹. Por una parte, se seleccionaron informantes de acuerdo con las categorías definidas; por la otra, se hizo una selección en bola de nieve o nominado⁸. En esta última, los informantes entrevistados sugirieron otros informantes para completar aspectos de la información que les eran desconocidos.

Se entrevistaron a las siguientes categorías de actores clave: directivos de las OSI, técnicos de apoyo de las OSI, directivos de las unidades operativas, profesionales de atención primaria y de atención especializada. La composición final de la muestra se detalla en la tabla 3-3.

Tabla 3-1. OSI, unidades operativas que la componen, comarcas donde se sitúan y población de referencia

OSI	Unidades operativas	Comarcas	Población de referencia (habitantes)
Badalona Serveis Assistencials (BSA)	5 ABS 1 Hospital general 1 Centro sociosanitario	Barcelonès	108.869*
Consorti Sanitari del Maresme (CSdM)	1 Hospital de referencia 3 ABS 1 Centro sociosanitario 1 CSM infantil y de adultos 1 CASS 1 Residencia	Maresme	217.934*
Consorti Sanitari de Terrassa-Fundació Hospital Sant Llàtzer (CSdT/FHSL)	4 ABS 1 Hospital de referencia 1 Centro sociosanitario	Terrassa	134.446
Corporació de Salut del Maresme i la Selva (CSMS)	5 ABS 2 Hospitales generales 3 Centros sociosanitarios	Maresme Selva marítima	178.685*
Grup d'Assistència Sanitària i Social (Grup SAGESSA)	5 ABS 2 Hospitales comarcales 1 Hospital de agudos 1 Hospital de referencia 2 Centros sociosanitarios 6 Residencias	Baix Camp Baix Ebre Montsià Priorat Ribera d'Ebre Terra Alta	312.642**
Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà (SSIIE)	4 ABS 1 Hospital general 1 Centro sociosanitario 2 Residencias de atención a la dependencia	Baix Empordà	118.137*

*Población de referencia hospitalaria.

**Población total de los municipios con centros de SAGESSA.

ABS, área básica de salud; CASS, centro de atención y seguimiento a las drogodependencias; CSM, centro de salud mental.

Tabla 3-2. Documentos analizados en cada OSI

Tipo de documento	BSA	CSdM	CSdT/ FHSLL	CSMS	SAGESSA	SSIBE
Estatutos	3	5	2	2	3	2
Memorias	4	9	3	2	2	1
Escrituras y actas de constitución	2	0	0	0	0	1
Contratos y su evaluación	7	3	1	13	3	3
Convenios	1	0	1	1	2	1
Organigrama	1	1	1	1	1	1
Planes estratégicos, planes de empresa, planes funcionales y documentos estratégicos	2	4	7	2	3	10
Cuadros de mando	3	0	1	0	0	1
Actas (de gobierno y comités de dirección)	0	6	60	6	2	3
Manuales de modelo organizativo*	0	2	3	2	3	2
Presupuesto y centros de coste	0	3	2	3	1	2
Modelo de organización asistencial*	3	3	1	3	4	3
Instrumentos de coordinación asistencial (GPC, trayectorias clínicas, comisiones, etc.)	8	8	2	18	3	3
Programa de gestión de enfermedades	0	0	1	0	0	1
Manual sobre el sistema de información*	3	3	0	4	0	1
Manual sobre el circuito administrativo*	1	0	0	1	0	0
Política de incentivos	0	0	0	0	0	3
Publicaciones	3	0	0	0	0	1
Total	41	47	85	58	27	39

*Se cuentan todos los documentos analizados sobre el tema aunque su formato sea distinto al de un manual (presentaciones, resúmenes, cuadros, etc.).

BSA, Badalona Serveis Assistencials; CSdM, Consorci Sanitari del Maresme; CSdT/FHSLL, Consorci Sanitari de Terrassa-Fundació Hospital Sant Llàtzer; CSMS, Consorci Sanitari del Maresme i la Selva; GPC, guías de práctica clínica; SAGESSA, Grup d'Assistència Sanitària i Social; SSIBE, Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà.

Tabla 3-3. Composición final de la muestra

Categoría	Tipo	BSA	CSdM	CSdT/ FHSLL	CSMS	SAGESSA	SSIBE
Directivos de la OSI	Gerente	0	1	1	1	0	0
	Director asistencial	0	1	1	1	0	1
	Director de enfermería	0	1	0	1	0	0
	Director del sistema de información	0	1	1	1	1	0
	Director económico-financiero	1	1	1	1	1	0
	Director de planificación	1	0	1	1	1	0
	Director de evaluación	0	0	0	0	0	1
	Director de la unidad médica	0	0	0	0	0	1
	Director de la unidad de urgencias	0	0	0	0	0	1
Técnicos de apoyo de las OSI		0	4	1	2	2	0
Directivos de unidad operativa	Director asistencial del hospital	1	0	0	0	0	0
	Coordinador de atención primaria	0	1	1	1	0	0
	Coordinador de salud mental	0	1	0	0	0	0
	Coordinador sociosanitario	1	1	1	0	0	0
Profesionales	Atención primaria	0	1	0	0	0	1
	Atención especializada	2	2	5	0	0	0
Total		6	15	13	9	5	5

BSA, Badalona Serveis Assistencials; CSdM, Consorci Sanitari del Maresme; CSdT/FHSLL, Consorci Sanitari de Terrassa-Fundació Hospital Sant Llützer; CSMS, Consorci Sanitari del Maresme i la Selva; SAGESSA, Grup d'Assistència Sanitària i Social; SSIBE, Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà.

TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

Para el estudio de los casos se utiliza una combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas de investigación social en la recopilación y análisis de información: análisis de documentos, entrevistas individuales y de grupo, y análisis de registros.

Análisis de documentos

Se desarrolló un análisis narrativo de contenido de los documentos seleccionados⁹⁻¹¹. Para obtener los datos de documentos, se desarrolló un instrumento específico a partir de la guía. En el análisis se utilizó una generación mixta de categorías, las del instrumento elaborado y categorías que emergieron de los datos. Se buscó información sobre las características básicas de las OSI, su origen y evolución histórica; elementos del entorno (población, territorio, otros proveedores existentes y modelo de compra de servicios), y elementos internos (modelo de gobierno, dimensión estratégica, estructura organizativa y sistema de asignación e incentivos). Se analizó la existencia de una perspectiva global de la red en la toma de decisiones del gobierno y consideración de las necesidades de la población que atiende; la existencia de objetivos y estrategias globales y si fomentan la integración de la red; la utilización de estructuras organizativas que favorecen la coordinación de las funciones de dirección, apoyo y asistenciales a lo largo de la OSI, y la existencia de un sistema de asignación que incentive la coordinación y la eficiencia en la red.

Además, se utilizó el análisis de documentos para determinar el proceso de coordinación a nivel general y para tres procesos asistenciales específicos. Se identificó el modelo de coordinación de la OSI y los instrumentos de coordinación y estrategias de gestión que utiliza para coordinar la asistencia, en general y a lo largo de procesos específicos. En cada OSI, se seleccionaron tres procesos asistenciales (agudo, crónico y crónico con dependencia), que respondían a las siguientes características: un problema de salud con elevada prevalencia, con interdependencias elevadas entre dos o más niveles asistenciales en la resolución del proceso y en el cual se hubiera implementado algún mecanismo para la coordinación asistencial a lo largo del proceso.

Entrevistas individuales

La entrevista consiste en una conversación en que se ejercita el arte de formular preguntas y escuchar respuestas. Su principal finalidad es la obtención de información, diferenciándose en este sentido de la conversación ordinaria, que posee un carácter pragmático. Busca comprender las perspectivas de los entrevistados sobre los fenómenos objeto de la investigación^{10,11}.

Se llevaron a cabo entrevistas individuales semiestructuradas, es decir, con una guía de preguntas, para completar la información obtenida del análisis de documentos, sobre la evolución histórica, elementos del entorno e internos, y que no se hallaba recogida en los documentos disponibles. Algunos de los informantes fueron entrevistados en varias ocasiones. Las entrevistas, de 1 a 2 horas de duración, se desarrollaron en el lugar de trabajo de los informantes y fueron registradas manualmente.

Actualmente, se está profundizando el estudio cualitativo, mediante entrevistas individuales y de grupo. Se realizarán entrevistas de grupo para completar las opiniones individuales en el estudio de la cultura y coordinación, entrevistándose a profesionales de atención primaria y especializada, y para analizar las opiniones, expectativas e intereses de los actores claves en relación con la coordinación y continuidad asistencial en la OSI para los procesos seleccionados. También se entrevistará a los usuarios de los servicios de salud de la OSI.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos cualitativos procedentes de las entrevistas individuales se utilizó la técnica cualitativa de análisis narrativo del contenido⁹¹². Se generaron categorías mixtas a partir de los guiones elaborados y las categorías emergentes de los datos. Se segmentaron los datos por caso de estudio y grupos de informantes.

El análisis de los datos se ha realizado, en primer lugar, para cada caso de estudio y, posteriormente, de forma comparativa. Este análisis se realiza en dos niveles: estructura y funcionamiento de las organizaciones sanitarias integradas, y agentes principales que están afectados por éstas, es decir, personal de salud (directivos y profesionales).

A lo largo del estudio, se ha demostrado que las OSI analizadas son organizaciones en evolución, por lo que algunos aspectos cambiaron una vez que finalizó el período de recopilación de los datos. Por ello, el análisis se realizó de acuerdo con los datos obtenidos aunque en algunos puntos se mencionan algunos cambios introducidos con posterioridad al análisis.

Con el trabajo en curso, se analizarán los valores expuestos de los actores clave, para determinar la existencia de una cultura única, orientada hacia la coordinación, con objetivos y estrategias comunes a lo largo de la OSI y el compromiso de los líderes con la integración de la red. Se estudiarán las opiniones y conocimientos sobre los objetivos y estrategias de la OSI, el sistema de incentivos y la pertenencia de la OSI, así como la existencia de actitudes de cooperación, trabajo en equipo y orientación a resultados, y opiniones del personal de salud sobre los mecanismos de coordinación.

Revisión de registros

Para analizar el desempeño de la OSI, con relación a sus objetivos de coordinación y eficiencia, se realizará una revisión de los registros asistenciales, administrativos y económicos de la OSI y un análisis descriptivo de los resultados. El análisis de la coordinación se realizará en los tres procesos seleccionados, utilizando indicadores para medir aspectos estructurales, de proceso y resultado relacionados con la coordinación de información y de la gestión de la atención. La coordinación de la información a lo largo del proceso se analizará, evaluando la disponibilidad de mecanismos para transferir la información de un nivel asistencial a otro, el nivel de accesibilidad y la adecuación de la información compartida. La coordinación de la gestión de la atención se evaluará, en primer lugar, con indicadores de estructura que midan la disponibilidad de mecanismos para gestionar de forma coordinada al paciente a lo largo del continuo; en segundo lugar, con indicadores de proceso que midan el grado de adherencia de los profesionales a estos mecanismos, así como el grado de seguimiento longitudinal del paciente y las interrupciones que se producen, y, en tercer lugar, con indicadores de resultado que midan la duplicación innecesaria de insumos, como pruebas complementarias, medicamentos, así como resultados asistenciales vinculados con objetivos sanitarios de los mecanismos de coordinación implementados.

El análisis de la eficiencia se realizará para el conjunto de la OSI y para los tres procesos seleccionados mediante indicadores relacionados, en primer lugar, con pro-

ductos intermedios, como la estancia media ajustada por funcionamiento o el consumo de medicamentos genéricos, y, en segundo lugar, con productos finales, relacionando el consumo de recursos con resultados asistenciales.

CALIDAD DE LOS DATOS

Para asegurar la calidad de los datos cualitativos, se ha realizado la triangulación de la información¹³⁻¹⁵ mediante la utilización de diferentes técnicas de recopilación de la información, comparaciones entre los distintos grupos de informantes, la intervención de varios investigadores en el análisis y el cotejo de los resultados con datos procedentes de otras fuentes. Además, los resultados procedentes de las entrevistas se han contrastado con los informantes.

Además de los mecanismos de rigor de la investigación cualitativa, la calidad científica se asegura por la existencia de un comité de asesores externos, procedentes tanto del mundo académico como del mundo de la gestión, organización y planificación de los servicios de salud.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los estudios realizados sobre el análisis, desempeño o evaluación de las organizaciones sanitarias integradas son escasos, por lo que en el marco teórico podrían haberse obviado aspectos que sean relevantes para el estudio, pero que no están disponibles.

La profundidad del análisis documental ha estado determinada por la disponibilidad de documentos, en algunos casos, así como por la autorización para acceder a ellos, en otros.

Por tratarse de la primera investigación que se realiza sobre las organizaciones sanitarias integradas de Cataluña y España, no se cuenta con información previa que permita la comparación de los resultados del estudio. Las comparaciones se realizan con estudios procedentes de Estados Unidos o Canadá y, por tanto, están limitadas a causa de las diferencias fundamentales en los sistemas de salud de estos países.

BIBLIOGRAFÍA

1. Depoy E, Gitlin L. Introduction to research. Multiple strategies for Health and Human Services. Londres: Mosby, 1994.
2. Yin RK. Case study research. Design and methods, 2ª ed. Londres: SAGE, 1994.
3. Stake RE. Case studies. En: Denzin NK, Lincoln YS, eds. Handbook of qualitative research, 2ª ed. Thousand Oaks (California): 2000; 435-454.
4. Guardiola E. El artículo de revisión: Hacia un mayor rigor científico. Revisiones en Salud Pública 1991; 2: 197-218.
5. Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. Barcelona: Ariel, 1988.
6. Galbraith J. Organization design. Reading (Massachusetts): Addison-Wesley, 1977.
7. Vázquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Rev Esp Salud Pública 2005; 79: 633-643.

8. Fernández de Sanmamed MJ. Diseño de estudios y diseños muestrales en investigación cualitativa. En: Vázquez ML, da Silva MRF, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, eds. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2006.
9. Miles M, Huberman A. Qualitative data analysis. Londres: SAGE, 1994.
10. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós, 1987.
11. Vallés MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis, 2003.
12. Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto, 1999.
13. Delgado ME, Vargas I, Vázquez ML. El rigor en la investigación cualitativa. En: Vázquez ML, da Silva MRF, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, eds. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2006.
14. Patton Q. Qualitative evaluation and research methods. Londres: SAGE, 1990.
15. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud. Rev Esp Salud Pub 2002; 76 (5): 473-482.

II. Estudios de caso

Capítulo 4

Badalona Serveis Assistencials

Diana M. Henao Martínez
Josep Ramon Llopart López

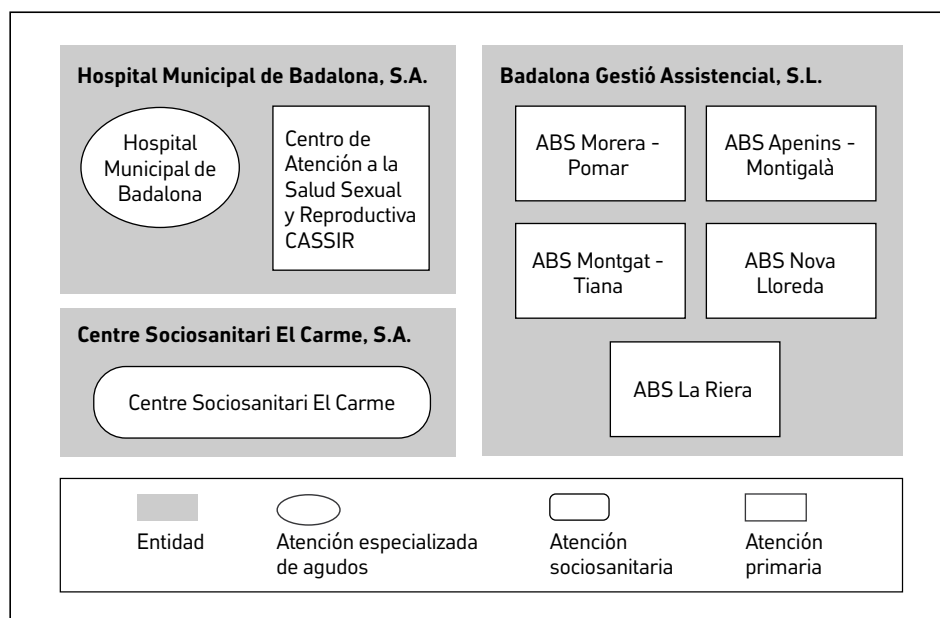
Badalona Serveis Assistencials (BSA) es una organización sanitaria, integrada por tres entidades: Hospital Municipal de Badalona, S.A. (HMB), Centre Sociosanitari El Carme, S.A. (CSSC) y Badalona Gestió Assistencial, S.L. (BGA) (fig. 4-1). El HMB presta servicios de atención sanitaria especializada de agudos e incluye el Centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSiR). El CSSC provee de los servicios sociosanitarios y BGA presta servicios de atención primaria. BSA brinda atención del continuo asistencial a los municipios de Montgat, Tiana y a 6 de las 12 áreas básicas de salud (ABS) de Badalona, que suman una población total de 108.869 habitantes¹ y coincide con el área de referencia hospitalaria. El ámbito de actuación del CSSC es más amplio y corresponde a la población del Barcelonès nord, con un total de 379.921 habitantes².

Características clave

La amplitud de la integración de BSA abarca atención primaria, atención especializada y atención sociosanitaria. En atención especializada, además de las actividades correspondientes a un hospital general básico, se realizan pruebas como la detección de cáncer de mama y el programa de atención a la mujer aunque no cuenta con servicio de obstetricia. En atención sociosanitaria, presta los servicios de hospitalización de larga estancia, curas paliativas, convalecencia y hospital de día³. En cuanto a la profundidad de la integración, BSA presta atención en un hospital, un centro sociosanitario, cinco centros de atención primaria (CAP), en los cuales se realiza el 50 % de las consultas de especialistas del hospital^a, un consultorio y el CASSiR. La organización proporciona, en su totalidad, los servicios contratados y sólo subcontrata con entidades privadas de la región pruebas de alta complejidad de laboratorio, resonancia magnética o gammagrafía y rehabilitación.

^aPrincipalmente, en el CAP Nova Lloreda.

Figura 4-1. Relaciones entre las entidades y unidades operativas que componen BSA, 2004.



ABS, área básica de salud; BSA, Badalona Serveis Assistencials.

Las tres entidades que actualmente se reúnen bajo la marca BSA poseen personalidad jurídica propia, HMB y el CSSC son sociedad anónima y BGA, sociedad limitada⁴. HMB es propiedad del ayuntamiento de Badalona y, a su vez, es propietario de las otras dos entidades. Las tres son gestionadas por CHC Consultoria i Gestió, S.A.¹. En octubre de 2005, se produjo la fusión por absorción de CSSC y BGA en el HMB, que cambió su nombre a Badalona Serveis Assistencials, S.A., cuya propiedad mantiene el ayuntamiento de Badalona⁵.

Según los niveles asistenciales que integra, BSA es una organización con *integración vertical hacia atrás*, pues los servicios que proporciona se encuentran en diferentes etapas en el proceso de producción de salud y la integración parte desde el hospital hacia la atención primaria. Según el nivel de producción de servicios, se clasifica como una organización con *integración total* ya que produce internamente todos los servicios de que provee y, por la forma de relación entre las entidades que conforman la organización, ésta es una *organización sanitaria integrada virtual* ya que cada entidad posee personalidad jurídica independiente.

Evolución histórica

La Fundación Hospital Municipal de Badalona, de carácter benéfico y social, propiedad del ayuntamiento de Badalona^{6,7}, que inauguró el hospital el 17 de enero de

1932, puede ser considerada el centro precursor de la organización. En 1990, se constituyó la empresa municipal, Hospital Municipal de Badalona, S.A. para gestionar otros centros asistenciales. La Fundación mantuvo la propiedad del patrimonio hasta 1999, año en que fue disuelta y transfirió los bienes a HMB.

HMB gestionaba inicialmente el hospital de agudos y el centro de planificación familiar^b y, a partir de 1991, también el Centre Sociosanitari El Carme⁷. Este centro había sido una clínica privada que, por problemas económicos, se reorientó hacia la atención sociosanitaria. El ICS adquirió el edificio y lo cedió al ayuntamiento de Badalona, y la Generalitat encargó a HMB la gestión de servicios sociosanitarios en este centro⁸.

En 1994, se constituyó la empresa Badalona Gestió Assistencial, S.A., propiedad de HMB (90 %) y de la Fundación (10 %)³. BGA inició la gestión de servicios de atención primaria con el ABS Morera-Pomar y, posteriormente, amplió las actividades con el ABS Apenins-Montigalà, en 1997, con el ABS Montgat-Tiana, en 2000, con el ABS Nova Lloreda, en 2002 y con el ABS La Riera, en 2003⁹. A finales de 1999, el consejo de administración de HMB aprobó el nombre de Badalona Serveis Assistencials, como marca corporativa del grupo formado por HMB y BGA¹⁰.

Durante el año 2000, se constituyó la empresa Centre Sociosanitari El Carme, S.A., propiedad de CHC Consultoria i Gestió, S.A. (60 %) y HMB (40 %), para la construcción de las instalaciones del nuevo centro sociosanitario y, a partir de abril de 2003, al terminar la construcción, recibió la gestión del CSSC. Con el transcurso del tiempo, el HMB fue aumentando su proporción en la propiedad del CSSC hasta convertirse en el único propietario en diciembre de 2004.

La constitución de BGA representó el punto de partida para la integración de servicios de diferentes niveles asistenciales e iniciar el proceso para formar BSA, que aún continúa en proceso de cambio. Factores políticos y económicos influyeron en la constitución de la organización¹¹. La publicación de la LOSC, en 1990, hizo posible la diversificación de proveedores de servicios de atención primaria de salud y permitió la constitución de BGA. Al mismo tiempo, a causa de las dificultades económicas del CSSC, fue absorbida por HMB. El proceso de conformación de BSA fue liderado por directivos y profesionales del hospital y el alcalde de Badalona de la época.

Con el proceso de integración, se han ido produciendo cambios importantes en el ámbito organizativo. Cuando HMB comenzó a gestionar el CSSC, se amplió el organigrama con una dirección médica sociosanitaria. Posteriormente, con la creación de BGA se amplió nuevamente el organigrama y se sumó al equipo directivo el director asistencial de atención primaria. A partir de este momento –1994–, el equipo directivo comenzó a funcionar como órgano de gestión transversal para las tres entidades y éstas se agruparon como una sola organización. El organigrama se estructuró divisionalmente por líneas de servicios (atención primaria, atención especializada de agudos y atención sociosanitaria).

^b Actualmente, CASSiR.

Elementos del entorno

Los municipios, a los cuales BSA presta sus servicios, pertenecen a la comarca del Barcelonès nord y uno de ellos es de la comarca del Maresme y cubren una población de 230.507 habitantes¹². Son municipios de carácter urbano, con alta densidad poblacional, que oscila entre los 9.723 habitantes por km² de Badalona y los 2.825 habitantes por km² de Montgat, cifras muy superiores al promedio de la Comunidad Autónoma (210 habitantes por km²). El 71,7 % de la población se encuentra entre los 15 y los 64 años, proporción ligeramente superior a la media de Cataluña. Las diversas vías que cruzan estos municipios proporcionan un buen acceso a los centros de atención de BSA.

En el territorio de acción de BSA existen, además, otros proveedores de salud. El ICS presta servicios de atención primaria a una población de 120.865 habitantes¹² mediante 6 ABS de Badalona y, en atención especializada, el Hospital Germans Trias i Pujol presta sus servicios a la población de Badalona a la cual no le corresponde atender a BSA. Además, es hospital de referencia para los habitantes de la región sanitaria del Barcelonès nord y Maresme^{13,14}. En salud mental de adultos, el Instituto Municipal de Servicios Personales del ayuntamiento de Badalona atiende a la población de Badalona¹⁵. La relación de BSA con estas entidades aún no ha generado mecanismos de coordinación para la atención de pacientes.

Actualmente, los servicios que presta BSA son contratados por el CatSalut, por líneas de servicios y distintos tipos de pago, con cada una de las entidades. Con BGA contrata la atención primaria mediante pago per cápita. Con HMB contrata la atención especializada y su pago se realiza por actividad. Con CSSC contrata la atención sociosanitaria y el pago se efectúa según estancias¹⁶. Los objetivos que incluyen los contratos están orientados hacia los resultados de la actividad asistencial.

Modelo de gobierno

Para ejercer el control, existen tres órganos de gobierno que corresponden a cada una de las entidades que forman la organización: el consejo de administración de HMB, el consejo de administración del CSSC y el administrador único de BGA¹⁷ (tabla 4-1). La coordinación entre los órganos de gobierno se lleva a cabo con la presencia de algunos miembros en ambos órganos y la participación en las reuniones del gobierno, con voz, pero sin voto, de la gerente, que es la misma para las tres empresas. A la reunión del cierre de gestión anual asisten el director económico financiero y el director médico del hospital para presentar informes sobre la organización, la actividad asistencial y el estado financiero de las tres entidades. Cada consejo de administración tiene una reunión trimestral.

Las funciones del consejo de administración del HMB son la aprobación de presupuestos y gastos, aprobación de la plantilla de personal y del plan anual de la entidad, así como todas las funciones necesarias para el desarrollo de la sociedad permitidas por la ley¹⁸. Por su parte, el consejo de administración del CSSC se encarga de la representación de la sociedad, de censurar la gestión social y de

Tabla 4-1. Composición de los órganos de gobierno de BSA

Consejo de administración del Hospital Municipal de Badalona, S.A.	Consejo de administración del Centre Sociosanitari El Carme, S.A.	Badalona Gestió Assistencial, S.L.
Presidenta: alcaldesa de Badalona	Presidenta: alcaldesa de Badalona	Administrador único: gerente del HMB
Vicepresidente: concejal del ámbito de servicios personales del ayuntamiento de Badalona	Vicepresidente: concejal del ámbito de servicios personales del ayuntamiento de Badalona	
Consejeros: 7 representantes del ayuntamiento de Badalona	Vocales: 6 representantes del ayuntamiento de Badalona	

aprobar las cuentas¹⁹. Los órganos de gobierno aprobaron las estrategias y misión global de la organización a partir de la formulación propuesta por el consejo de dirección²⁰.

Dimensión estratégica

BSA cuenta con un plan estratégico para toda la organización, que contiene la misión, las estrategias y los objetivos globales para un período de 4 años²¹. El plan fue elaborado con la participación voluntaria de personal y el consejo directivo.

Las estrategias de la organización²¹ abordan el posicionamiento como referente sanitario en Badalona, el desarrollo asistencial por procesos, la mejora de las condiciones de confortabilidad y funcionalidad, motivación e implicación de los profesionales, y sostenibilidad económica y financiera, entre otras. A cada una de las estrategias se le suma una serie de objetivos, algunos de los cuales hacen referencia a la integración entre niveles o a la coordinación asistencial. Éstos se citan a continuación: desarrollo de un sistema de atención integral a domicilio; creación de la estructura y formación para desarrollar la organización por procesos; rediseño de los procesos clave; elaboración, revisión e implementación de trayectorias y guías de práctica clínica; creación de marcos de colaboración con otros proveedores; desarrollo de un plan integrado de sistemas de información; revisión de los sistemas de evaluación e incentivación de los profesionales, e implementación de un cuadro de mando integral²¹. Las unidades operativas no tienen plan estratégico propio, pero elaboran objetivos operativos anuales, basándose en los objetivos globales de la organización²⁰. Estos objetivos son revisados por el área de calidad de la dirección de planificación con el fin de asegurar que se corresponden con los objetivos del plan estratégico. Los objetivos trazados por el CatSalut hacen alusión a algunos aspectos de la coordina-

ción entre niveles asistenciales, la atención oncológica, atención del usuario, calidad de la prescripción farmacéutica y los sistemas de información, entre otros.

Estructura organizativa

La gerente de BSA, que depende de los consejos de administración, cuenta con el apoyo de dos unidades (calidad y comunicación). De la gerencia dependen las direcciones de los servicios de apoyo no asistenciales (económico-financiera; recursos humanos; planificación, y servicios generales) y los servicios de apoyo asistenciales, que son transversales para toda la organización. En la misma categoría de dependencia se encuentran las direcciones asistenciales de cada una de las entidades; la dirección asistencial de HMB se divide en médica y enfermería. Bajo cada una de estas direcciones se encuentran los servicios y unidades que les corresponden. Entre el médico de urgencias y el gerente de la organización existen dos niveles jerárquicos, lo cual indica una estructura plana.

El organigrama de BSA elaborado en 1994 sufrió algunos cambios hasta la forma que adquirió en 2004 (fig. 4-2)^c. Es un organigrama divisional con funciones de apoyo integradas para toda la organización, donde cada división se corresponde con un nivel asistencial. La agrupación de las actividades en BSA se congregan por niveles asistenciales.

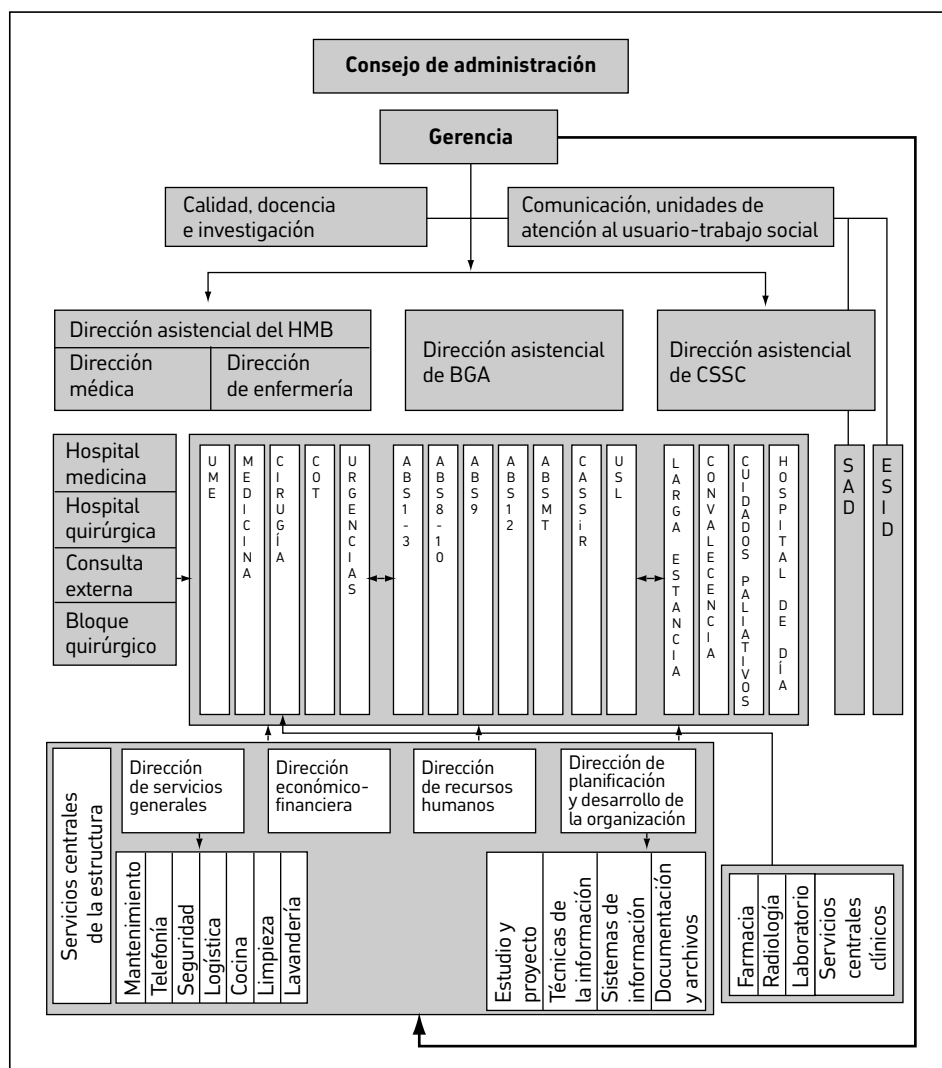
El órgano de gestión de la organización es el consejo de dirección. Este consejo está formado por la gerente, la dirección de comunicación y atención al usuario, las direcciones de los servicios de apoyo asistenciales y no asistenciales, y las direcciones asistenciales de la organización. En BSA, el consejo de dirección es único para toda la organización. Se encarga de la designación de salarios e incentivos, y de las relaciones con otras instituciones. Otras funciones de dirección, como el establecimiento de metas, objetivos y estrategias de la organización, planificación asistencial, financiera, de inversiones y presupuestos, la creación de nuevas unidades operativas, el establecimiento de mecanismos de comunicación y coordinación y el control de los resultados obtenidos por las unidades se realizan de manera conjunta entre los integrantes del consejo de dirección. Son delegadas a los directores de las unidades operativas funciones, como el reclutamiento, selección y acogida del personal, evaluación de desempeño, despidos y sanciones, y la gestión del presupuesto asignado a la unidad operativa.

Las funciones de dirección realizadas conjuntamente se encuentran centralizadas y se coordinan con el consejo de dirección y el director de planificación, quien hace las veces de directivo integrador y trata con los directores de las diferentes unidades los temas que les conciernen.

Los resultados de BSA se controlan con un cuadro de mando integral con datos asistenciales, económicos y de recursos humanos de toda la organización. Los datos

^c En 2005, con la fusión de las tres entidades, se eliminaron las direcciones por nivel asistencial y se creó una dirección médica de atención clínica, que engloba la dirección médica del hospital y la dirección asistencial de atención primaria; se transformó la dirección asistencial sociosanitaria en atención a la dependencia y, además, se creó una dirección de salud pública.

Figura 4-2. Organigrama de BSA, 2004.



ABS, área básica de salud; BGA, Badalona Gestió Assistencial; COT, cirugía ortopédica y traumatología; CSSC, Centre Sociosanitari El Carme; ESID, equipo de soporte integrado domiciliario; HMB, Hospital Municipal de Badalona; SAD, servicio de atención domiciliaria; UME, unidad de medicina del deporte; USL, unidad de salud laboral.

asistenciales, los cuales se actualizan a las dos de la madrugada de cada día, se refieren a la actividad y se analizan de forma global, por servicios y por especialidad en hospital y consulta externa, y atención primaria, entre otros²².

Para la coordinación de los procesos asistenciales en los que participa más de un nivel asistencial se utilizan diversos mecanismos, ya sean del tipo de adaptación mutua o de normalización (tabla 4-2).

Tabla 4-2. Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial desarrollados en BSA

Base de coordinación	Tipos de mecanismos de coordinación	Mecanismos/instrumentos existentes
Normalización	De procesos de atención	Guías de práctica clínica (GPC)
		Criterios de derivación
		Desde atención primaria a los servicios del hospital y sociosanitario
		Del hospital al centro sociosanitario, a la atención primaria y al PADES
		Del centro sociosanitario al hospital y a la asistencia primaria
		Circuitos administrativos
	De habilidades	Sesiones compartidas entre hospital y atención primaria
		Visitas de especialistas en los centros de atención primaria (CAP)
Adaptación mutua	Comunicación informal	Correo electrónico y teléfono
	Directivo integrador	Director de planificación y desarrollo
	Grupos de trabajo	Grupo de trabajo interniveles
	Sistema de información vertical	El sistema de información integra información asistencial y administrativa

PADES, programa de atención domiciliaria – equipos de soporte.

Sistema de asignación de recursos y de incentivación al personal

BSA elabora un presupuesto por entidades que actúan como centros de coste. Dentro del presupuesto, se tienen en cuenta partidas para compras, servicios externos, tributos, personal, etc. Para la elaboración del presupuesto, se definen las líneas estratégicas, se realiza una previsión de la actividad asistencial, posteriormente se proyectan los objetivos de las unidades operativas y, finalmente, se hace una previsión de recursos humanos y formación. Para la transferencia en la prestación de servicios entre las tres entidades, se estableció un precio cuya base fue calculada en el momento en que se iniciaron las transferencias y ha ido aumentando en función del IPC. Los gastos de gestión se imputan a los centros de coste dentro del rubro denominado “estructura” y representan el 15 % de los gastos de ésta⁵.

Para la asignación de incentivos, la gerencia establece los *contratos de gestión* con los servicios del hospital y el servicio sociosanitario, como herramienta para comprometer al personal con el cumplimiento de los objetivos. Los contratos especifican los objetivos, la cartera de servicios, la actividad asistencial que se espera alcanzar, el pacto económico y la asignación de recursos humanos y materiales. El cumplimiento del contrato se valora en función de los resultados de los indicadores relativos a los objetivos pactados²³. Según la puntuación obtenida, el servicio tendrá la posibilidad de acceder a los incentivos. El jefe del servicio decide la forma de aplicación de los fondos: gratificaciones extraordinarias al personal del servicio, exceptuando al propio jefe del servicio; formación; asistencia a congresos, o compra de equipos²³. Con el personal de atención primaria se pacta un porcentaje variable del sueldo que dependerá del resultado de los indicadores individuales que se hayan trazado, basándose en los objetivos operativos anuales.

Coordinación asistencial

Organización asistencial

En BSA, como en el resto del sistema de salud, la atención primaria es la puerta de entrada a los servicios de la organización, que, de acuerdo con la complejidad, solucionará el problema o lo derivará a la atención especializada de agudos o a la atención sociosanitaria. La consulta especializada se realiza en los CAP, en el 50 %, y en el hospital o en el CSSC, en el otro 50 %.

La atención primaria y el hospital se coordinan mediante las sesiones compartidas entre los especialistas del hospital y la atención primaria. La atención primaria y la atención sociosanitaria se coordinan mediante el PADES ya que sirve de vínculo entre los diferentes recursos asistenciales; el programa brinda soporte especializado en geriatría a la atención primaria y, específicamente, realiza intervención en el domicilio del paciente. Por último, el centro sociosanitario mediante la UFISS facilita la conexión con el hospital de agudos y la atención domiciliaria.

Actualmente, se está desarrollando un nuevo programa, el SAID (Servei d'Atenció Integral a Domicili), que puede considerarse una estrategia de gestión compartida para coordinar la atención domiciliaria, con la idea de unir todos los niveles asistenciales para este servicio²⁴.

Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial entre niveles

BSA utiliza diferentes mecanismos de coordinación entre niveles, los cuales pueden clasificarse en dos grandes grupos: normalización y adaptación mutua. Entre los instrumentos de coordinación, se encuentran las guías de práctica clínica, grupos de trabajo, circuitos administrativos, sistema de información vertical (SIV), etc. (tabla 4-2).

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Las guías de práctica clínica son uno de los instrumentos de coordinación utilizados en BSA para unificar criterios de atención entre los niveles asistenciales. Entre los documentos elaborados se encuentran la guía de práctica clínica de insuficiencia cardíaca, la guía de atención al enfermo paliativo y la guía del ictus, estas últimas explicadas en sus correspondientes procesos.

La *guía de práctica clínica de insuficiencia cardíaca*²⁵ fue elaborada en octubre de 2000 por profesionales de atención primaria, de atención sociosanitaria y el hospital de agudos con el objetivo de lograr una actuación integrada en la insuficiencia cardíaca. En la guía se definen los criterios para realizar el diagnóstico y el tratamiento de la insuficiencia cardíaca; contiene los criterios de derivación al especialista, de ingreso hospitalario, de derivación al centro sociosanitario y la atención domiciliaria. Se encuentra a disposición del personal asistencial de la organización en papel e informatizada con vínculo directo a la historia clínica de atención primaria y el hospital.

Además de las guías de práctica clínica, se han elaborado *criterios de derivación* entre los diferentes niveles: desde la atención primaria hasta el hospital (los servicios de alergología, cardiología, dermatología, endocrinología, neurología, otorrinolaringología, neumología, reumatología y traumatología) y a la atención sociosanitaria, y criterios de derivación de estas especialidades a la atención primaria; del hospital al centro sociosanitario, a la asistencia primaria y al PADES; del centro sociosanitario al hospital y a la asistencia primaria²⁶. Los criterios de derivación se encuentran disponibles en formato de papel en cada uno de los servicios y centros de atención.

SESIONES COMPARTIDAS ENTRE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

Los especialistas del hospital o del centro sociosanitario²⁶ realizan sesiones en los ABS para tratar temas asistenciales de interés común, como criterios para la derivación de pacientes, actualización sobre enfermedades o presentación de guías. Hasta 2005, eran programadas trimestralmente por la comisión de coordinación entre niveles y, actualmente, por la dirección médica del área clínica de BSA.

CIRCUITOS ADMINISTRATIVOS

Uno de los circuitos establecidos en BSA se utiliza para la *derivación de pacientes a especialistas*. Cada médico de atención primaria cuenta con un diagrama que le permite determinar el lugar en que será atendido el paciente puesto que, según la especialidad, las visitas pueden realizarse en los CAP o en el hospital. El objetivo es prestar el servicio en el lugar más próximo al paciente y, además, facilitar la comunicación entre especialistas y médicos de cabecera.

Otro de los circuitos administrativos que se utiliza es la *petición de citas*. En la unidad de atención al usuario es posible programar las visitas de los pacientes, ya sea desde atención primaria, hospital de agudos o centro sociosanitario hacia los otros niveles.

GRUPO DE TRABAJO INTERNIVELES

La comisión de trabajo interniveles cumplió labores entre 2002 y 2004. Estaba constituida por el director de planificación, el jefe de servicio de medicina interna, el direc-

tor asistencial del hospital, los directores de las ABS, la supervisora de urgencias y la médico de la UFISS. Esta comisión se encargaba de coordinar las actividades que involucraban a los diferentes niveles, como la elaboración de guías de práctica clínica, las sesiones entre médicos de atención primaria y hospital, la definición de criterios de derivación entre niveles y la historia clínica informatizada, entre otras.

SISTEMA DE INFORMACIÓN VERTICAL

El sistema de información²⁷ de BSA, implementado desde 1998, es una red interna que tiene por objetivo la eliminación completa del uso del papel y llegar a convertirse en un hospital digital. Este objetivo se cumplimenta con otros, como realizar una gestión del conocimiento para ser un nodo de excelencia. El sistema contiene los aplicativos específicos para cada servicio, la historia clínica informatizada e información de la organización, a la cual los profesionales asistenciales y administrativos acceden a través de la red interna. Su base de datos es única y en ella se almacenan los datos de todos los pacientes atendidos por la organización.

Los datos clínicos de los pacientes se recogen en dos historias clínicas: la de atención primaria y la de atención especializada (hospital y centro sociosanitario). Los pacientes se identifican mediante un número autogenerado por el sistema, nombre y apellido o número de la Seguridad Social. Contienen datos asistenciales y generales de los pacientes y la agenda de visitas de médicos y enfermeras de atención primaria y atención especializada.

La historia clínica de atención primaria está organizada por los episodios que presenta cada paciente, clasificados según la clasificación internacional de atención primaria (CIAP). El menú de aplicaciones de la historia tiene comandos para episodios, apuntes de historia clínica, anamnesis, condicionantes y problemas, vacunas, prescripción farmacéutica, incapacidad temporal, órdenes clínicas y datos generales del paciente. La historia clínica de atención especializada presenta los datos del paciente en forma de árbol de informes, con múltiples niveles de carpetas que corresponden a cada servicio médico; en la carpeta del servicio cuelga el informe de alta o el plan de seguimiento del proceso del paciente.

Las historias de atención primaria y especializada utilizan diferentes programas^d, por lo que no pueden integrarse, pero se comparten y son accesibles desde los distintos niveles de atención. De la historia clínica de atención especializada se accede directamente a la historia de atención primaria. Lo contrario no es posible y se utiliza el acceso directo del escritorio del ordenador. Ambas historias se encuentran vinculadas con el servicio de diagnóstico por imagen y laboratorio para realizar las peticiones y ver los resultados desde la historia del paciente que le corresponde.

El sistema de información compartido y, en especial, la historia clínica informatizada se ha implementado por completo en atención primaria y en atención especializada falta menos del 5 %. Por tanto, es posible acceder al sistema desde cada CAP, el servicio de urgencias, todas las plantas del hospital y el centro sociosanitario. Para

^d La atención primaria utiliza el programa OMI-AP y la atención especializada utiliza el programa GesDoHC.

mejorar el sistema, se está desarrollando un programa computarizado de orientación a las decisiones clínicas. Trimestralmente, se analiza la información sobre las actividades asistencial y farmacéutica desagregada por profesional, ABS y/o servicio.

Para implantar el sistema de información en BSA, la unidad de sistemas de información capacitó en el uso adecuado del sistema a grupos organizados por servicio y CAP. Dentro del plan estratégico, existe un objetivo que hace referencia al sistema de información. Para elaborar dicho objetivo y las estrategias para cumplirlo, se llevó a cabo un análisis de las necesidades informáticas en la organización; se evaluó el estado del sistema de información y la viabilidad económica, de tiempo y complejidad de las propuestas, para definir los proyectos y el cronograma de trabajo.

SERVEI D'ATENCIÓ INTEGRAL A DOMICILI

El Servei d'Atenció Integral a Domicili (SAID)²⁸ agrupa el conjunto de servicios prestados en el domicilio del usuario y su objetivo es mantener la salud y la independencia de la persona en su hogar. Se encarga de coordinar todos los servicios de atención domiciliaria con que cuenta la organización: el programa de atención domiciliaria de atención primaria (ATDOM), el PADES, la UFISS, el equipo de expertos en curas paliativas, trabajadoras sociales de atención primaria y los servicios sociales del ayuntamiento de Badalona. Además, está implementando la hospitalización a domicilio.

Los servicios que presta el SAID se congregan en dos líneas, salud y dependencia. Salud contempla la atención al enfermo frágil, al geriátrico y al crónico, la atención de los procesos agudos (urgencias domiciliarias y hospitalización a domicilio) y la atención al enfermo paliativo. Además, realiza actividades de promoción de la salud, información y orientación al paciente y su familia o cuidadores. Dependencia se refiere a servicios de ayuda a domicilio, servicios hoteleros, telealarma, ayudas técnicas y préstamos de aparatos.

Algunos servicios pueden ser solicitados directamente por los usuarios al SAID (urgencias, ayuda a la dependencia, etc.) y otros servicios (rehabilitación, hospitalización en domicilio, etc.) deben ser prescritos por un profesional.

El equipo de profesionales del SAID está formado por una jefe de servicio, dos gestoras de caso (una enfermera y una trabajadora social) y una coordinadora administrativa, ubicadas en el CSSC. La gestora de caso se encarga de recibir y dar respuesta a las solicitudes del servicio que provienen de los diferentes niveles asistenciales, asignar los servicios más adecuados y realizar un seguimiento periódico del caso. La petición del servicio se realiza desde atención primaria, atención especializada de agudos o atención sociosanitaria, por medio de la hoja de solicitud de atención domiciliaria que se encuentra en la historia clínica informatizada de los pacientes. El equipo valora al paciente y se decide el ingreso al servicio de atención domiciliaria, se acuerda con el médico que ha solicitado el servicio, el plan de cuidados del paciente y la gestora realiza el seguimiento del caso hasta darle el alta.

Para la atención en el domicilio, el personal utiliza diferentes recursos electrónicos que facilitan la obtención de los datos clínicos del paciente (historia clínica, resultados de radiodiagnóstico, datos de laboratorio y pruebas complementarias), la

realización en el domicilio de pruebas diagnósticas (como electrocardiogramas) o la comunicación entre los miembros del SAID y con los centros y servicios de BSA.

Se inició en mayo de 2005 y se prevé que su implantación dure 3 años, con incrementos progresivos de la actividad y de recursos. Actualmente, presta algunos de los servicios de la línea de salud.

Coordinación en algunos procesos asistenciales seleccionados

Para profundizar el análisis de las estrategias introducidas para mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, tomamos como ejemplos la demencia, las curas paliativas y el ictus.

PROCESO CRÓNICO: DEMENCIA

Para la atención de problemas que plantea la demencia se creó el *equipo de referencia para el deterioro cognitivo y las demencias* en 2003. El equipo está compuesto por un geriatra, una neuróloga, dos enfermeras, un psiquiatra, una trabajadora social y un psicólogo. Los casos son detectados por el médico de cabecera y los especialistas que realizan un diagnóstico inicial y los derivan al equipo de referencia. El equipo de referencia, ubicado en el centro sociosanitario, realiza la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes remitidos. El médico geriatra del equipo coordina la atención de los pacientes con demencia a lo largo del continuo y planifica los ingresos al CSSC. La atención médica y de enfermería principalmente tiene lugar en la consulta externa.

Para la coordinación de este proceso se desarrolló el *protocolo de intervención en el enfermo con demencia*, que fue elaborado por la UFISS en 1997 con el objetivo de realizar evaluación, tratamiento y seguimiento integral de todos los enfermos con demencia²⁹. Describe el plan de intervenciones que debe realizar cada nivel asistencial para el abordaje del deterioro cognitivo y la demencia.

Los pacientes y, en especial, las familias y cuidadores reciben información personalizada y reforzada con folletos respecto al tratamiento del paciente en el domicilio. El seguimiento de los pacientes se realiza cada 6 meses y entre un control y otro es atendido por el médico de cabecera, quien puede derivarlo nuevamente al equipo cuando no pueda resolver el problema. La información de los pacientes y los respectivos informes se encuentran a disposición de los profesionales en la historia clínica. La comunicación por vía telefónica o por correo electrónico entre los médicos de cabecera y el equipo de referencia es otro medio de uso generalizado para resolver dudas o comentar casos de pacientes que deban derivarse.

PROCESO CRÓNICO CON DEPENDENCIA: CURAS PALIATIVAS

La unidad de curas paliativas (UCP) está formada por miembros de las UFISS y PADES, trabajo social, atención primaria, hospital de agudos y clínica del dolor. Fue creada con el fin de atender las enfermedades en etapa terminal, dar a conocer y utilizar los recursos disponibles mediante la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales en el tema de curas paliativas³⁰. Los casos son detectados y derivados a

la UCP por el médico de cabecera y el personal médico del hospital, que también atiende los casos agudos. En el centro sociosanitario se realiza la valoración conjunta de los pacientes y se atiende en la UCP a los enfermos complejos y en estado pre-agónico. El grupo de profesionales de la UCP se encarga de gestionar la atención, pero, en caso de encontrarse hospitalizado, la gestión pasa al médico del servicio en que se encuentre el paciente con el apoyo de los profesionales de cuidados paliativos.

El principal instrumento de coordinación es la *guía de cuidados paliativos*, cuyo objetivo es establecer circuitos de comunicación y unificar criterios entre los profesionales de los diferentes niveles para hacer posible una derivación ágil y efectiva de los enfermos en fase terminal²⁹. La guía fue elaborada con la participación de médicos especialistas del hospital, enfermeras del centro sociosanitario y atención primaria, y la trabajadora social del CSSC en 2002. En la guía se describen las herramientas con que cuentan y la actuación indicada para la atención de enfermos que requieren cuidados paliativos, criterios de derivación acordados y pautas para el tratamiento del dolor, así como las consideraciones éticas y las recomendaciones para la atención de la familia³⁰.

PROCESO AGUDO: ICTUS

La atención del paciente con ictus se ha implementado de forma integrada desde principios de 2004. En ella están involucrados profesionales del hospital, el centro sociosanitario, la UFISS y el Instituto Rehabilitador de Barcelona. Este equipo presenta y comenta cada uno de los casos con su respectivo informe clínico, social y de rehabilitación para decidir con posterioridad la conducta indicada. La atención del paciente es coordinada por el médico internista que recibe el caso. En el hospital se recibe a la mayor parte de los pacientes de este tipo, pero, en caso de requerir servicios de la UCP o de convalecencia, el paciente es derivado a la unidad de curas paliativas; el médico de cabecera se encarga de derivar al hospital a los pacientes que hayan iniciado el proceso más de 6 horas antes. En el caso de pacientes que hayan iniciado el proceso menos de 6 horas antes, activa el código ictus de la región sanitaria y el paciente es derivado al hospital de referencia.

La guía del ictus se utiliza como instrumento de coordinación de este proceso desde 2004, con el objetivo de mejorar la asistencia del paciente con ictus hasta su retorno al domicilio³¹. En la guía se concretan las actividades que deben desarrollar los profesionales de los niveles que intervienen. En la elaboración de la guía participó un grupo de trabajo multidisciplinario compuesto por profesionales de los servicios de neurología, medicina interna y urgencias, médico adjunto geriatra del centro sociosanitario y una rehabilitadora del Instituto Rehabilitador de Barcelona.

Discusión

Badalona Serveis Assistencials es una organización sanitaria del Barcelonès nord, que presta los servicios del continuo asistencial con las tres empresas que lo componen: Hospital Municipal de Badalona, Badalona Gestió Assistencial y Centre Sociosanitari El Carme, las cuales están en transición hacia la conversión de una empresa

única y, por tanto, para ser una organización sanitaria integrada de tipo vertical, según las relaciones establecidas entre las empresas que integran la OSI con los cambios asistenciales y organizativos que ello conlleva.

El tipo de integración que presenta esta organización –integración vertical hacia atrás–, según Conrad y Dowling³², está diseñada para aumentar la coordinación y control de las atenciones de salud a lo largo del continuo asistencial.

La evolución histórica habla del Hospital Municipal de Badalona como servicio precursor de la organización y BGA como empresa impulsora de la prestación de servicios integrados. De acuerdo con la bibliografía³³, cuando las redes derivan de una organización hospitalaria, es frecuente encontrar dificultades para romper con la cultura centrada en el hospital y adaptarse a un esquema primarista. Aunque no se desconoce la experiencia en la gestión que poseen las organizaciones hospitalarias, se espera que con el progreso de la organización, cada vez sea mayor el papel que desempeña la atención primaria en la prestación de servicios.

Como organización sanitaria integrada, la penetración del continuo de servicios de BSA alcanza el 100 % por coincidir la población de referencia del continuo de servicios con la población de referencia de la *zona d'avaluació del capítatiu* (hospital). No obstante, la población de referencia para la atención sociosanitaria es mayor y abarca 4 municipios más, para la cual BSA no presta la atención del continuo asistencial.

Frente al comprador, actúan como una única entidad representadas por la gerencia única. No obstante, el contrato por líneas de servicios que se establece con el CatSalut no incentiva la mejora en la capacidad de resolución de la atención primaria, ni la coordinación con otros niveles asistenciales, sino que se incentiva el aumento de la actividad contratada en especializada³⁴. Si se aumentara la resolución de la atención primaria y se lograra disminuir la actividad hospitalaria, ello llevaría a una disminución de los ingresos económicos del hospital. Por tanto, este tipo de contratación se contrapone a los objetivos fundamentales de las OSI, justamente la coordinación entre los niveles asistenciales y la atención en el lugar más coste-efectivo.

Para el gobierno, la organización posee tres órganos que, por coincidir en su composición, pueden catalogarse como un gobierno centralizado, del cual se espera claridad de objetivos, unidad de mando única y compromiso con la totalidad del sistema³⁵. Los órganos de gobierno de BSA cumplen con la función de asegurar una gestión financiera adecuada y buscan, además, que la gestión alcance un nivel de desempeño elevado; sin embargo, funciones que propone la bibliografía³⁶ para un buen funcionamiento del gobierno, como la formulación de la misión o políticas globales, o su propia evaluación, no son contempladas dentro de las funciones del órgano de gobierno de BSA y son llevadas a cabo por el órgano de gestión de la organización. Este tipo de órgano de gobierno puede perder la objetividad y visión de conjunto de la organización hasta finalmente convertirse en un “órgano legislativo”, al cual se llevan las prioridades y políticas de la propia organización³⁷. Un aspecto importante en la composición es la presencia de miembros con influencia política en el territorio, pues este aspecto se considera relevante para el cumplimiento de responsabilidades del gobierno con la población que atiende. La asistencia de la gerente a las reuniones de los gobiernos, en representación de las tres entidades, se entiende como una forma de mantener la visión global de la organización; para ello, la bibliografía³⁸ reco-

mienda la formación y la información de los miembros del gobierno, quienes, en el caso de BSA, reciben información de la organización no sólo por la gerente, sino también por el director asistencial.

La existencia de un plan estratégico para toda la organización y, por tanto, de una estrategia global son elemento clave que puede aportar un vínculo común a todas las acciones^{39,40}. Además, la realización del análisis de situación por el personal de la organización para el plan estratégico es una forma de conseguir la apropiación de las líneas estratégicas marcadas, sus respectivos objetivos y proyectos por el personal para que vele por su cumplimiento. El plan incluye líneas estratégicas y objetivos considerados efectivos para mejorar la coordinación, como la alineación de los incentivos⁴¹, desarrollar sistemas de información integrados^{32,42} y estrategias de gestión de la atención⁴³.

El tipo de estructura del modelo organizativo de BSA es un diseño divisional en que cada línea corresponde a un nivel asistencial. Este tipo de estructuras se adopta cuando se han diversificado los productos y se crean unidades para cada línea de servicio; en estas estructuras, las unidades son semiautónomas, con una descentralización limitada en la cual los directores de línea mantienen parte de la autoridad⁴⁴. El sistema de planificación para coordinar las unidades es del tipo de sistema de control de rendimiento en que se negocian los objetivos entre las unidades operativas y los directivos de BSA, y las acciones específicas de las unidades operativas las deciden ellas mismas.

La organización cuenta con un presupuesto por entidades, no con un presupuesto global, donde las entidades se gestionan como centros de coste, tal y como sugiere la bibliografía para la asignación de recursos en este tipo de organizaciones⁴⁵. Así, cada unidad se hace responsable de los costes directos en que incurre y de los costes indirectos. Al tener los objetivos globales alineados con el sistema de incentivos económicos para los profesionales del hospital, el centro sociosanitario y atención primaria, se espera resolver los problemas de salud en el punto más coste-efectivo dentro del continuo asistencial, aspecto que sería interesante evaluar con un análisis de desempeño de la organización.

El modelo de colaboración asistencial presenta las características del tipo coprovisión de la atención dado que la responsabilidad frente al paciente no recae explícitamente sobre un profesional asistencial, sino que se comparte entre ellos según la etapa del tratamiento o nivel de atención en que se encuentre el paciente. Un ejemplo de este modelo de colaboración asistencial es el *equipo de referencia para el deterioro cognitivo y las demencias*. En él, los profesionales fijan de manera conjunta los objetivos y la intervención que debe ser implementada en el proceso del paciente⁴⁶.

En este modelo de colaboración asistencial, la coordinación en la información sobre el paciente es fundamental. BSA introdujo la comisión de trabajo interniveles mediante la cual se unificaban todos los mecanismos que debían utilizarse entre los niveles de la organización. La organización ha desarrollado mecanismos de distintos tipos.

Entre los mecanismos de coordinación de procesos, se ha desarrollado un reducido número de GPC y un alto número de protocolos de derivación entre niveles. Es

fundamental para este tipo de organizaciones poseer buenos instrumentos de coordinación y las GPC, por tratarse de “recomendaciones para ayudar en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada en el abordaje de un problema de salud⁴⁷”, se han convertido en instrumentos clave para coordinar la atención a lo largo del continuo asistencial y sus beneficios potenciales se reflejan, entre otros aspectos, en mejores resultados de salud en los pacientes, en la disminución de la variabilidad no justificada en la selección de tratamientos y mejora de la eficiencia de los recursos⁴⁸. Así pues, éstas son algunas de las razones que justifican el avance en la elaboración de protocolos hasta llegar a convertirse en GPC que involucren uno o más niveles asistenciales.

El sistema de información, además de información administrativa, contiene la historia clínica de los pacientes, cuya principal debilidad es la división de la historia por niveles de atención y la utilización de diferentes programas informáticos. Sin embargo, la organización ha tratado de minimizar esta dificultad mediante un repositorio único de datos clínicos, un sistema de identificación del paciente y un sistema de información de los productos intermedios, como el de diagnóstico por imagen. Estos aspectos son mencionados por la bibliografía⁴⁹⁻⁵¹, como aproximaciones para diseñar un sistema de registro integrado que serviría para mejorar la continuidad desde el punto de vista clínico y del paciente.

En BSA, además de poseer algunas de las características que la bibliografía señala de importancia para lograr dos de los objetivos finales que persigue este tipo de organizaciones, como son la mejora de la eficiencia global en la provisión y la continuidad de la atención, es necesario realizar un análisis de desempeño que permita evaluar el logro de dichos objetivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Badalona Serveis Assistencials. Memòria 2003.
2. Institut d'Estadística de Catalunya. Padrón municipal de habitantes por sexo. Cifras oficiales. Badalona, Montgat, Tiana, Sant Adrià de Besòs y Santa Coloma de Gramenet, 2004.
3. Badalona Serveis Assistencials. Modelo organizativo 2004.
4. Escripura de constitució de societat atorgada per Badalona Gestió Assistencial, S.L. Badalona, 1993.
5. Entrevista al director económico-financiero de Hospital Municipal de Badalona, S.A., 2005.
6. Niño J, Ruesga O. Hospital Municipal de Badalona: Un repàs per la nostra història. Girona: Algraf Impremta, 1993.
7. Hospital Municipal de Badalona. Una mirada enrere, per anar endavant. Cornellà de Llobregat (Barcelona): Treballs Gràfics, 2001.
8. Badalona Serveis Assistencials. D'on venim. Cap on anem. Centro Sociosanitario El Carmen. Cornellà de Llobregat (Barcelona): Treballs Gràfics, 2003.
9. Badalona Serveis Assistencials. Modelo organizativo 2003.
10. Libro de actas del consejo de administración del Hospital Municipal de Badalona, S.A., 1999.
11. Badalona Gestió Assistencial. Modelo de gestión empresarial. Premio Nacional a la innovación en la gestión y administración sanitaria, 7-6-2001.
12. Institut d'Estadística de Catalunya. Padrón municipal de habitantes por sexo. Cifras oficiales. Badalona, Montgat y Tiana, 2004.

13. Institut Català de la Salut. Centres i Serveis. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2001. Consultado el 24 de mayo de 2005; disponible en: http://www.gencat.net/ics/usuarios/centres_serveis.htm
14. Institut d'Estadística de Catalunya. Población según sexo y edad. Badalona, 2004.
15. Institut Municipal de Serveis Personals (IMSP). Serveis de salut mental d'adults [citado el 24 de mayo de 2005]; disponible en: <http://www.sugra.com/utills/ajBadalona/General.jsp>
16. Badalona Serveis Assistencials. Coordinación de niveles asistenciales 2003.
17. Estatuts de la Societat Badalona Gestió Assistencial, S.L., 1993.
18. Estatutos de la sociedad privada municipal Hospital Municipal de Badalona, S.A., 1990.
19. Estatuts Socials de la Companyia Mercant Centre Sòcio-sanitari El Carme, 1991.
20. Entrevista con el director de planificación de BSA, 2004.
21. Badalona Serveis Assistencials. Un nou impuls. Pla estratègic 2004-2007; 2004.
22. Badalona Serveis Assistencials. Quadre de Comandament 2003.
23. Hospital Municipal de Badalona. Contracte de Gestió de l'any 2004. Servei de Medicina, 2004.
24. Badalona Serveis Assistencials. Coordinació entre nivells. Objectius BSA 2002.
25. Badalona Serveis Assistencials. Guia clínica de la insuficiència cardíaca, 2000.
26. Direcció de planificació i desenvolupament organitzatiu. Comissió de coordinació entre nivells. Objectius BSA 2003.
27. Badalona Serveis Assistencials. La historia clínica electrònica: una herramienta de coordinación entre niveles. Feria internacional de informática, multimedia y comunicaciones, 2003.
28. Badalona Serveis Assistencials. Presentació del Servei d'Atenció Integral a Domicili (SAID), 2005.
29. Equip de referència pel deteriorament cognitiu i les demències. Sistema integral-integrat. Badalona Serveis Assistencials.
30. Batalla M, Benavente P, Carrasco I, Clavera S, Fernández I, Flores E et al. Guia d'atenció al malalt pal·liatiu. Badalona Serveis Assistencials.
31. Hospital Municipal de Badalona. Guia de l'ictus.
32. Conrad DA, Dowling WL. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Manage Rev* 1990; 15 (4): 9-22.
33. Pané O, Segú JL, Via JM. Descripción y valoración de alternativas de cambio en los sistemas sanitarios basados en la potenciación de atención primaria en salud. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 1997.
34. Anàlisi de l'estratègia de compra del SCS.
35. Forest PG, Gagnon D, Abelson J, Turgeon J, Lamarche P. Issues in the governance of integrated health care delivery systems. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 1999.
36. Savage GT, Taylor RL, Rotarius TM, Buesseler JA. Governance of integrated delivery systems/networks: a stakeholder approach. *Health Care Manage Rev* 1997; 22 (1): 7-20.
37. Alexander JA, Zuckerman HS, Pointer DD. The challenges of governing integrated health care systems. *Health Care Manage Rev* 1995; 20 (4): 69-81.
38. Alexander A. La mala calidad y su costo. Buenos Aires: Addison Wesley Iberoamericana, 1994.
39. Canueva C, García J. Gestión de empresas. Madrid: Pirámide, 1999.
40. Shortell SM, Hull KE. The new organization of the health care delivery system. *Baxter Health Policy Rev* 1996; 2: 101-148.
41. Coddington C, Moore D, Fischer A. Making Integrated Health Care Work. Englewood (Colorado): Center of Research in Ambulatory Health Care Administration, 1996.
42. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. Remaking health care in America. San Francisco: Jossey-Bass, 2000; 212-240.
43. Conrad DA. Coordinating patient care services in regional health systems: the challenge of clinical integration. *Hosp Health Serv Adm* 1993; 38 (4): 491-508.
44. Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. Barcelona: Ariel, 1988.
45. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff (Millwood)* 1994; 13 (5): 46-64.

46. Micken S, Rodger S. The organisational context for teamwork: comparing health care and business literature. *Aust Health Rev* 2000; 23 (1): 179-192.
47. SEQC. Guías de práctica clínica. Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular, 2005 [citado el 6 de junio de 2005]; disponible en: <http://www.seqc.es/article/articleview/250/1/11/>
48. García JF, Bravo R. Guías de práctica clínica en internet. *Aten Primaria* 2001; 28: 74-79.
49. Jacobsen T, Hill M. Achieving information systems support for clinical integration. *J Nurs Adm* 1999; 29 (6): 31-39.
50. Kilbridge PM. The role of information systems in IDS-physician relationships. *Healthc Financ Manage* 1998; 52 (6): 31-33.
51. Kilbridge PM. Physicians and information systems. *Healthc Exec* 1998; 13 (3): 60.

Capítulo 5

Consorti Sanitari del Maresme

Ingrid Vargas Lorenzo
Albert Verdaguer Munujos

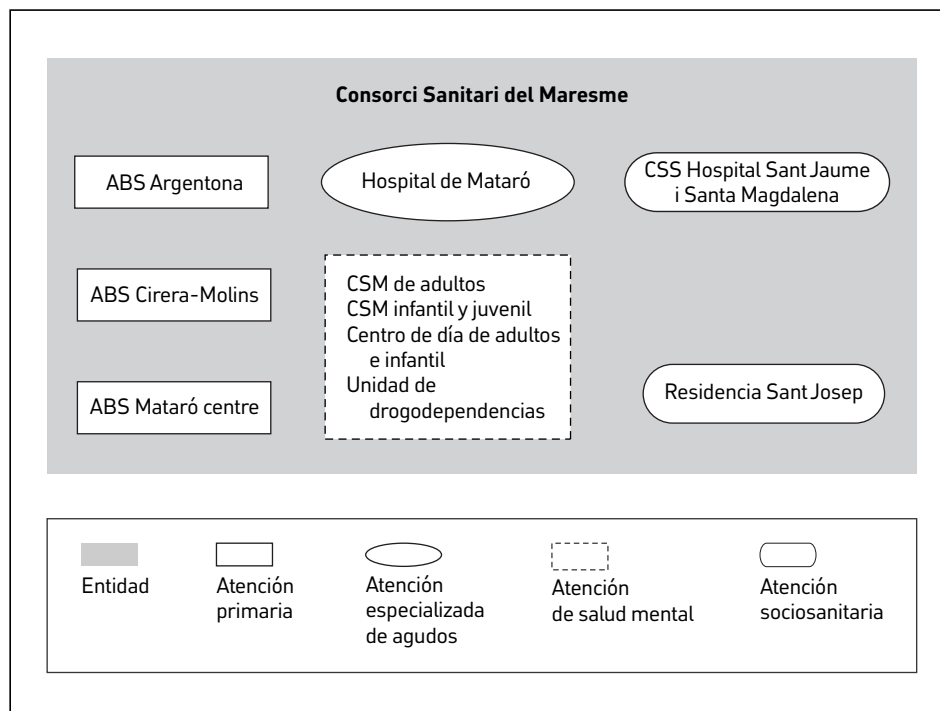
El Consorci Sanitari del Maresme (CSdM) es una organización sanitaria integrada creada en 1998 para prestar servicios de atención primaria de salud, atención especializada, prevención y rehabilitación a la población residente en la franja del centro de la comarca del Maresme¹. El CSdM, integrado por tres instituciones públicas, el Servei Català de la Salut, el Consell Comarcal del Maresme y el ayuntamiento de Martorel¹, gestiona diversas unidades operativas de los distintos niveles de atención (fig. 5-1). Provee del continuo asistencial (atención primaria, atención especializada de agudos y atención sociosanitaria) al 14 % de la población de la zona de influencia hospitalaria (ZIH), la cual cuenta con una población de 217.934 habitantes². El área de referencia de la atención sociosanitaria y de salud mental es mayor y abarca toda la comarca del Maresme, esto es, 377.608 habitantes³.

Características clave

La amplitud de la integración de servicios del CSdM comprende el continuo asistencial –atención primaria, atención especializada de agudos y atención sociosanitaria–. En atención primaria, proporciona las prestaciones propias de este nivel –medicina de familia, pediatría, etc.–. En atención especializada, además de los servicios propios de un hospital de referencia, provee de atención ambulatoria de salud mental para la población infantil, juvenil y adulta, hospitalización y atención urgente de psiquiatría, y atención a las drogodependencias. En atención a la dependencia, ofrece larga estancia, convalecencia, cuidados paliativos, hospital de día y soporte especializado en geriatría y cuidados paliativos a la atención hospitalaria y primaria⁴.

En cuanto a la profundidad de la integración, el CSdM cuenta con cinco consultorios locales y tres CAP para atención primaria, un hospital para la atención especializada de agudos y un centro para la atención sociosanitaria⁵.

Figura 5-1. Relaciones entre las unidades operativas del CSdM, 2005.



ABS, área básica de salud; CSdM, Consorci Sanitari del Maresme; CSM, centro de salud mental; CSS, centro sociosanitario.

El CSdM proporciona directamente el núcleo de la actividad asistencial que le contrata el Servei Català de la Salut (CatSalut) y sólo contrata como servicios externos algunas exploraciones complementarias, como resonancia magnética, medicina nuclear y otras pruebas de alta tecnología.

El consorcio de gestión es la fórmula de relación adoptada para la prestación integrada de los servicios. Se trata, por tanto, de una entidad pública de carácter asociativo, dotada de personalidad jurídica plena e independiente de la de sus miembros y con capacidad jurídica de derecho público y privado¹. Las tres administraciones fundadoras conservan su patrimonio y se lo ceden al CSdM para la prestación de los servicios.

Por tanto, según estas características, podríamos clasificar el CSdM como una organización sanitaria integrada verticalmente hacia atrás, pues la amplitud de integración comprende diversos niveles asistenciales a lo largo del continuo, originándose desde la atención especializada hacia la atención primaria; con integración total porque provee de todos sus servicios a partir de recursos internos y con integración vertical porque todos los servicios se integran bajo la misma titularidad aunque la propiedad no sea completa.

Evolución histórica

Los servicios precursores del CSdM son el Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena, cuyo origen se remonta al siglo XVII, y el Hospital de la Aliança Mataronina, mutualidad de previsión social fundada en 1909. Con el fin de reordenar la oferta pública hospitalaria de Mataró, se decidió fusionar los dos hospitales, construyendo uno nuevo. Para su gestión se creó en 1991 el Consorci Sanitari de Mataró (CSM)⁶, participado por el ayuntamiento de Mataró, la Fundació Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena y la Aliança Mataronina⁷.

En 1993, CSM se dota con una empresa municipal –Serveis de Prevenció Assistencial i Sòcio-Sanitaris (PASS)– para la gestión integrada de los servicios de atención primaria, atención sociosanitaria, de salud mental, salud pública y servicios sociales^a que había ido incorporando tras su constitución⁸.

Finalmente, y por iniciativa de la Generalitat, en lugar de adscribir el nuevo hospital al CSM, se decide crear otro consorcio para gestionarlo y, en 1998, se constituye el Consorci Sanitari del Maresme (CSdM)⁹. Casi 2 años más tarde, en junio de 2000, el CSdM pasa a gestionar el ABS de Argentona⁹, lo que representa el primer paso hacia la integración de los diferentes niveles asistenciales. Este proceso continúa con la absorción progresiva de los diferentes servicios que gestionaba el PASS¹⁰⁻¹². En 2000, también comienza, por iniciativa del Servei Català de la Salut, la integración con PASS, a partir de la unificación de la gerencia y la constitución de una agrupación de interés económico (AIE) para compartir los servicios de compra, suministros e informática¹². En 2005, con la incorporación del antiguo Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena, que había asumido la actividad sociosanitaria de Llar Cabanelles, se completó la integración de todos los servicios del PASS. Los presidentes de los Consorcios (CSdM y CSM) lideraron el proceso de integración del CSdM¹³.

La estructura organizativa del CSdM se ha ido adaptando a la incorporación de las nuevas líneas de servicio¹³: los coordinadores médicos y de enfermería de los nuevos niveles asistenciales se han incorporado en el comité de dirección asistencial del CSdM, bajo las nuevas direcciones.

Los determinantes de la transformación del CSdM en una organización que integrara los diferentes servicios sanitarios de la comarca, que no eran del ICS, fueron de diversa índole. Como determinante político, la voluntad del Departament de Sanitat de reordenar la oferta sanitaria de la comarca mediante la integración de los servicios en un consorcio público con mayoría de la Generalitat¹⁴. Entre los motivos de tipo económico se encuentran, por un lado, la fusión del PASS con el CSdM, como respuesta a los problemas económicos por los cuales atravesaba el primero¹², y por el otro, el interés por parte del CSdM de cubrir líneas asistenciales con incremento de la demanda, como la salud mental y la atención sociosanitaria¹⁰. Finalmente, se alude, como determinante organizativo, al interés por parte del CSdM de potenciar la coordinación asistencial mediante alianzas con otros proveedores locales¹¹.

^a ABS Cirera-Molins, el centro sociosanitario Llar Cabanelles, el PADES, los centros de salud mental infantil y juvenil y de adultos, el centro de drogodependencia, la residencia Sant Josep, la unidad de drogodependencias y el Institut de Recerca Epidemiològica i Clínica.

Elementos del entorno

La comarca del Maresme, próxima a la ciudad de Barcelona, se extiende desde la cordillera litoral hasta el mar y desde el municipio de Montgat hasta el de Tordera. La ciudad de Mataró es la capital de la comarca⁶. El sector sanitario del Maresme, que pertenece a la región sanitaria del Barcelonès nord y el Maresme, coincide aproximadamente con la comarca¹⁵. De tipología predominantemente urbana, presenta buenas comunicaciones internas y con el resto del territorio⁶. Con una densidad poblacional alta (946,6 habitantes por km²) y una población relativamente joven, el Maresme se encuentra entre las comarcas catalanas con un crecimiento poblacional más elevado (20,3 % en 2001)³.

Además del CSdM, otras entidades proveen de servicios públicos de salud para el área de referencia. En atención primaria, el proveedor mayoritario es el Institut Català de la Salut (ICS) que ofrece servicios al 86 % de la población del área¹⁶ con diez ABS¹⁵. En atención especializada, algunas consultas externas de especialidades continúan dependiendo del ICS (CAP II). En salud mental, la media y la larga estancias las proporciona la Comunitat Terapèutica del Malgrat¹⁷.

Los esfuerzos de coordinación entre el CSdM y los proveedores de la zona, impulsados por la región sanitaria del CatSalut, se concretan en un pacto de circuitos y normas de derivación entre el ICS y el CSdM para algunas de las patologías de derivación más frecuente con lista de espera¹⁸.

El CatSalut compra la provisión por línea de servicios, utilizando mecanismos de pago diversos para las diferentes unidades operativas del CSdM: un presupuesto que se basa en la estructura del equipo para la atención primaria y un pago por actividad según la línea de producto para la atención especializada¹⁹. En 2005, el CSdM entró en la prueba piloto del sistema de compra en base poblacional del SCS, por la cual recibe una asignación per cápita a cambio de proporcionar una cartera de servicios para una población de referencia.

Modelo de gobierno

El CSdM posee un órgano de gobierno centralizado, el consejo rector, en que el Servei Català de la Salut mantiene la mayoría absoluta (seis representantes; uno de ellos ejerce la presidencia), el ayuntamiento de Mataró (tres representantes; entre ellos se elige al vicepresidente) y el Consell Comarcal del Maresme (un representante)¹. Sus miembros son directivos del CatSalut, políticos (alcalde de Mataró y concejales de áreas sociales) y otras figuras de reconocimiento local¹³. El gerente del CSdM asiste a las sesiones del consejo rector con voz, pero sin voto¹.

Entre las funciones del órgano de gobierno del CSdM, definidas por su estatuto –norma básica del consorcio–, se destacan, por estar relacionadas con su rol estratégico: la orientación general de las funciones del Consorcio dentro de los objetivos estatutarios, la aprobación de los planes y presupuestos para alcanzar estos objetivos, la aprobación de los reglamentos organizativos y de funcionamiento de las diversas actividades y, en general, de todas aquellas decisiones relacionadas con ampliación

de actividades, inversiones o convenios con otras entidades¹. Del análisis de las actas del gobierno se desprende que, en la práctica, el gobierno del CSdM se concentra en el seguimiento presupuestario y de la actividad asistencial y en la aprobación de planes estratégicos y acuerdos institucionales²⁰. Los representantes del ayuntamiento llevan al consejo rector algunos temas relacionados con las necesidades de la población, como la propuesta de crear una nueva ABS para descongestionar los servicios de atención primaria o la necesidad de realizar campañas informativas para la utilización racional de las urgencias²¹.

La gerencia, órgano ejecutivo del CSdM, se encarga de proponer estrategias al consejo rector y éste, de aprobarlas, tal y como sucedió con el plan estratégico¹¹ y planes de empresa²¹, en cuya formulación no participó el gobierno de la entidad¹¹. La información que la gerencia del CSdM suministra al órgano de gobierno para el seguimiento de la actividad del CSdM se presenta por línea asistencial y se refiere a productos intermedios, como altas, visitas, sesiones y estancia media para la atención aguda y visitas por tipo de actividad para la atención primaria²⁰.

Dimensión estratégica

El CSdM cuenta con un plan estratégico para toda la organización para el período 2000-2004¹¹. El plan se realizó en dos fases: en la primera, se definió la visión del CSdM y se dio prioridad a los principales proyectos estratégicos de la organización con relación a tres grandes temas: problemas de salud, ámbito organizativo asistencial y ámbito de apoyo asistencial y al ciudadano; en la segunda fase, se elaboró el diagnóstico estratégico y se definieron las principales políticas y acciones que debían llevarse a cabo¹¹. Se constituyeron grupos de trabajo en que participaban profesionales de la entidad para identificar los diferentes proyectos estratégicos del CSdM¹¹. La priorización de estos proyectos y la elaboración posterior del plan las realizaron el comité de dirección del CSdM, el director de la región sanitaria Barcelonès nord y Maresme y asesores externos^{11,22}.

La misión y valores del CSdM, recogidos en el plan estratégico, contemplan dos de los elementos que delimitan una organización sanitaria integrada: la responsabilidad con un territorio determinado y el interés en garantizar la continuidad de la atención (tabla 5-1)¹¹. El objetivo de prestar una atención hospitalaria coordinada con los otros niveles asistenciales también se recoge en los estatutos de constitución del CSdM¹. La visión de futuro del CSdM expresa la voluntad de avanzar en la gestión integrada de los servicios públicos sanitarios y sociales del territorio de referencia mediante el establecimiento de pactos de colaboración y alianzas con otros proveedores¹¹.

El plan estratégico recoge numerosos objetivos y políticas estratégicas relacionados con la coordinación, la eficiencia, la mejora de la calidad asistencial, la innovación y la adaptación de la oferta a las necesidades de la población. Se señala como objetivo “la promoción de la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales para garantizar que el proceso se realice sin discontinuidades” y, como estrategias para alcanzarlo, se escogen, por un lado, la búsqueda de fórmulas interorganizativas (“la

Tabla 5-1. Misión y valores del CSdM (2000-2004)

Misión	El CSdM es una organización de provisión de servicios sanitarios que da cobertura integral a las necesidades de salud del ciudadano de su área de influencia
Valores	1. El ciudadano es el eje central de la actividad del CSdM 2. Compromiso con la sociedad, por tratarse de una organización sanitaria implicada en un territorio; compromiso con la eficacia de las instituciones y el uso eficiente de los recursos 3. Ofrecer una atención integral e integrada a la persona. Ello implica asegurar la continuidad de la atención en todas las modalidades asistenciales 4. Trabajar para la mejora continua de la calidad 5. Basar la organización en el equipo humano. El trabajo en equipo es el eje de la asistencia

adopción de alianzas con el conjunto de proveedores locales y otros hospitales de referencia”) y, por el otro, instrumentos de coordinación asistencial (“protocolos compartidos”, “gestores de caso” e “historia clínica única informatizada”).

En relación con la mejora de la eficiencia, el CSdM se plantea, además de la introducción de instrumentos de coordinación asistencial (protocolos, GPC, etc.), adoptar una orientación comunitaria mediante políticas de prevención, educación sanitaria y gestión de la demanda “para hacer frente a un entorno presupuestario restrictivo”; adaptar la organización a las necesidades de una “empresa de servicios de salud” mediante una estructura más descentralizada, e introducir incentivos a la eficiencia y al logro de resultados, la corresponsabilización de los profesionales con las políticas institucionales y la selección del personal y formación de acuerdo con el modelo. Algunos autores utilizan el término “empresa de servicios de salud” (ESS) para referirse a las organizaciones sanitarias integradas²³.

La dirección del CSdM establece objetivos específicos con los servicios hospitalarios. Junto a los objetivos de actividad y calidad, se fijan objetivos de coordinación con la atención primaria –realización y seguimiento de GPC y criterios de derivación– y de eficiencia –en su mayoría, de control de la estancia media²⁴–. Para el resto de niveles, se mantienen los objetivos que el CatSalut fija en los contratos.

Estructura organizativa

El CSdM presenta una estructura funcional en que se encuentran integradas las direcciones médicas y de enfermería, así como las funciones de apoyo. Las actividades asistenciales médicas se agrupan por servicios, según las especialidades, y las de enfermería, por áreas. Mientras que las áreas y los servicios se establecen

por niveles asistenciales, las funciones de apoyo asistencial (anatomía patológica, laboratorio, farmacia, etc.) y no asistencial (recursos humanos, economía y finanzas, sistemas de información y servicios generales) están integradas para toda la organización.

En el organigrama del CSdM (fig. 5-2) aparece representada la gerencia acompañada por tres unidades de apoyo (*staff*): la unidad de investigación, la de calidad y la de atención al usuario y trabajo social. De la gerencia dependen jerárquicamente seis direcciones transversales para toda la organización: la dirección médica, la de enfermería y cuatro no asistenciales. De la dirección médica dependen los responsables de los dieciséis servicios clínicos hospitalarios, los coordinadores de atención primaria, salud mental y atención sociosanitaria, así como los servicios asistenciales de apoyo, admisión, archivo y documentación. De la directora de enfermería dependen las responsables de las nueve áreas asistenciales de enfermería²⁵. El director médico y la directora de enfermería coinciden con el director médico y la directora de enfermería del hospital.

El CSdM dispone de dos órganos de gestión: el consejo de dirección y el consejo de dirección asistencial¹³. El primero está formado por la gerencia y las seis direcciones transversales mientras que el segundo lo compone la gerencia, la dirección y la subdirección médica y de enfermería, así como los coordinadores médicos y de enfermería de atención primaria, atención sociosanitaria y salud mental. El consejo de dirección ejerce un rol más estratégico –la discusión de las políticas del CSdM, el control presupuestario de toda la organización, la dirección de las actividades de apoyo asistencial y el establecimiento de las inversiones– mientras que la función básica del consejo de dirección asistencial es el seguimiento de la actividad asistencial y actúa como órgano de información asistencial de las diferentes áreas asistenciales del CSdM²⁶. La dirección médica desempeña, de manera centralizada, las funciones de dirección relativas a los servicios asistenciales –planificación, gestión de personas y asignación de recursos–.

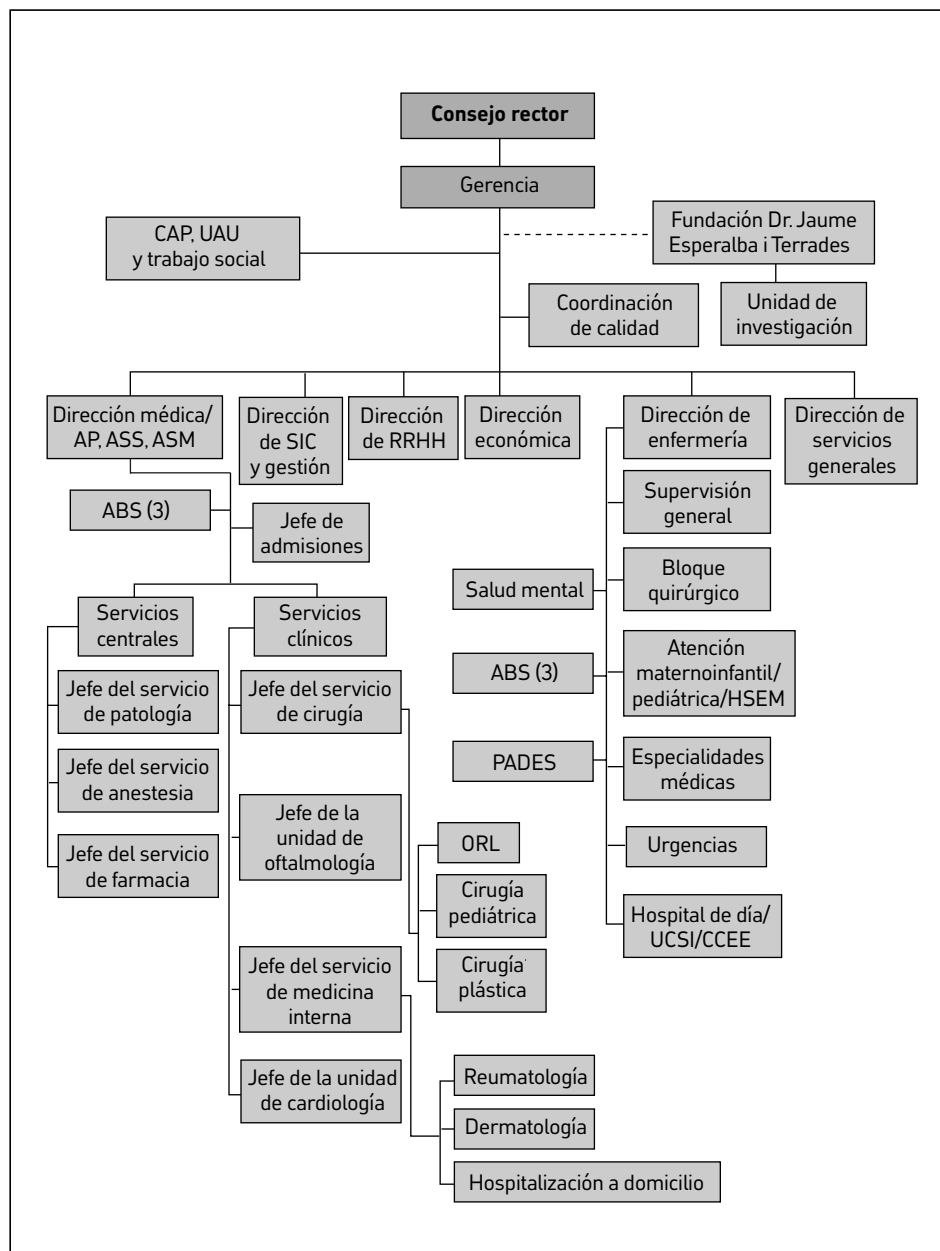
La dirección médica del CSdM realiza reuniones periódicas con los responsables de atención primaria, salud mental, atención sociosanitaria y jefes de servicios y unidades del hospital²⁶. Por su parte, la dirección de enfermería del CSdM se reúne periódicamente con las de las diferentes áreas, así como con los responsables de formación y metodología y evaluación de enfermería para coordinar las funciones de dirección e intercambiar información²⁷.

Sistema de asignación de recursos y de incentivación al personal

El presupuesto del CSdM está integrado para toda la organización²⁸ y se gestiona de forma centralizada²⁹. Se elabora a partir de los objetivos y las acciones estratégicas, así como el incremento de actividad previsto^{28,30,31}.

Los recursos se distribuyen a los centros de costes, que coinciden con las unidades asistenciales (equipos de atención primaria, servicios hospitalarios, etc.), las de apoyo y las no asistenciales. Los centros de beneficio coinciden con aquellas unidades a las cuales el CatSalut compra servicios: los CAP, hospitalización, etc.²⁹.

Figura 5-2. Organigrama del CSdM, 2004.



ABS, área básica de salud; AP, atención primaria; ASM, atención de salud mental; ASS, atención sociosanitaria; CAP, centro de atención primaria; CCEE, consultas externas; HSEM, hospitalización. Servicios de especialidades médicas; ORL, otorrinolaringología; PADES, programa de atención domiciliaria-equipos de soporte; RRHH, recursos humanos; SIC, sistemas de información y control; UAU, unidad de atención al usuario; UCSI, unidad de cirugía sin ingreso.

Coordinación asistencial

Organización asistencial

Las bases del modelo organizativo asistencial que pretende implementar el CSdM surgen de su plan estratégico¹¹ y se enmarcan en el modelo asistencial que define el Sistema Nacional de Salud. En éste, la atención primaria asume el rol de puerta de entrada (*gatekeeper*) y filtro del sistema, actuando como gestor del paciente a lo largo del continuo asistencial. Mientras tanto, el especialista, que representa la figura del consultor, realiza los procedimientos diagnósticos y terapéuticos especializados³². Esta distribución de roles en la asistencia conforma un modelo de colaboración entre la atención primaria y la especializada de tipo gestor-consultor³³.

Para mejorar el nivel de resolución de la atención primaria, se ha ampliado su cartera de servicios con la transferencia de algunas prestaciones desde la atención especializada, como el control del tratamiento anticoagulante oral³⁴ o el seguimiento de algunos procesos postoperatorios²⁷, y el acceso a determinadas pruebas complementarias, como los electrocardiogramas y las espirometrías⁴.

Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial entre niveles

Tal y como determina el plan estratégico del CSdM¹¹, los mecanismos de coordinación basados en la estandarización de los procesos de trabajo han sido los más desarrollados en el ámbito de la entidad, fundamentalmente para coordinar la gestión del paciente entre la atención primaria y la atención especializada (tabla 5-2). Entre ellos, cabe señalar la elaboración de guías de práctica clínica, protocolos, planes de cuidados tras el alta hospitalaria y, especialmente, circuitos y criterios de derivación. Además, el CSdM emplea los instrumentos basados en la adaptación mutua contemplados dentro del programa *Vida als anys*^b para coordinar la atención sociosanitaria con los otros niveles de atención³⁵, así como algunas estrategias basadas en la normalización de las habilidades para mejorar la capacidad resolutoria de la atención primaria y el intercambio de información sobre el paciente entre algunos niveles asistenciales.

En el CSdM se han elaborado aproximadamente diez documentos entre *guías de práctica clínica (GPC)* y *protocolos* mediante grupos de trabajo formados por profesionales de los distintos niveles, que se encuentran disponibles en su *intranet*. La mayor parte de estas guías y protocolos se ha consensuado con los equipos de atención primaria de la comarca gestionados por el ICS.

Los *circuitos del cáncer de mama, colon y pulmón, y los criterios de derivación*, uno de los instrumentos más utilizados por el CSdM para la coordinación entre la atención primaria y la especializada, fueron impulsados por la región sanitaria en el año 2000 para abordar la atención coordinada de varias patologías con listas de espera. Definen qué casos pueden derivarse al especialista y cuáles deben ser trata-

^bUFISS y PADES.

Tabla 5-2. Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial desarrollados en el CSdM

Base de la coordinación	Tipo de instrumento de coordinación	Instrumento	Niveles asistenciales que coordina
Normalización de procesos de trabajo	Protocolos/guía de práctica clínica	GPC de la diabetes, EPOC, artrosis de cadera, neoplasia de mama, enfermedad tromboembólica, cardiopatía isquémica, ictus y neumonías	AP-AEA-ASS
		Guía del tratamiento del dolor	AP-ASS/PADES-AEA
	Círculo y normas de derivación	Plan de curas de pacientes portadores de PEG	AP-AEA-ASS
		Cistitis de repetición, disfunción eréctil, hipertrofia prostática benigna, incontinencia urinaria, fibromialgia, osteoporosis, diabetes, obesidad, dislipemias, disfunción tiroidea, cardiopatía isquémica, cefaleas, mareos-vértigo, temblores y osteoporosis	AP-AEA
	Círculo administrativo	Diagnóstico rápido del cáncer de mama, colon y pulmón	AP-AEA
Normalización de habilidades Adaptación mutua	Plan de alta	Planificación de cuidados de enfermería tras el alta hospitalaria	AP-AEA-ASS
	Sistema experto	Consulta de casos clínicos	AP-AEA
		Sesiones clínicas	
	Puesto de enlace	UFISS de geriatría y cuidados paliativos	AEA-ASS
		PADES	AP-ASS
	Grupo de trabajo	Elaboración de las trayectorias clínicas y GPC	AP-AEA-ASS
		CIMS	AP-UFISS/AEA-ASS
	Comisión permanente	Comisión de protocolos de enfermería	AP-AEA-ASS
		<i>Intranet</i> , correo electrónico y teléfono	AP-AEA-ASS
	Comunicación informal	Informe de alta de enfermería	AP-AEA-ASS
		Prescripción médica informatizada	AEA
	Sistema de información vertical	Trayectorias clínicas y plan de curas informatizados	AEA
		Protocolos de AP informatizados	AP

AEA, atención especializada de agudos; AP, atención primaria; ASS, atención sociosanitaria; CIMS, comisión de ingreso sociosanitario; EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; GPC, guía de práctica clínica; PADES, programa de atención domiciliaria-equipos de soporte; PEG, gastrostomía percutánea; SS, servicios sociales; UFISS, unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria.

dos por la atención primaria, la información que debe acompañar la derivación (pruebas complementarias y tratamiento relacionados con la patología) y, a veces, contiene un árbol de decisión para orientar el diagnóstico y la derivación (preprotocolo)³⁶⁻³⁸. Para su elaboración, se crearon comisiones en que participaba la atención primaria (ICS y CSdM), la atención especializada del ICS (CAP II) y el Hospital de Mataró³⁹.

Otro de los instrumentos basados en la normalización de los procesos de trabajo utilizado es el *plan de cuidados tras el alta hospitalaria*, cuyo objetivo es coordinar los cuidados de enfermería del paciente tras el alta²⁷. Se elabora para los procesos asistenciales en que se ha implementado una trayectoria clínica –plan asistencial estandarizado referido a un episodio⁴⁰–. Están acompañados de los informes de alta médica y de enfermería, y se transmiten al recurso de destino –EAP y centros sociosanitarios¹⁸–. Actualmente, se encuentran implantados nueve planes de cuidados⁴¹.

La coordinación entre la atención sociosanitaria y los otros niveles asistenciales se realiza fundamentalmente mediante el PADES y la UFISS que, además de realizar funciones de valoración y asistencia, actúan como *dispositivos de enlace* para la atención de las personas con riesgo sociosanitario. El primero da soporte especializado en geriatría y cuidados paliativos a la atención primaria e interviene específicamente en el domicilio. El equipo de la UFISS está especializado en geriatría y cuidados paliativos e interviene en el hospital⁴². El ingreso de los pacientes en las diferentes unidades sociosanitarias está coordinado por una *comisión de ingresos* (CIMS), en que participan los dos PADES del área, representantes del centro sociosanitario, el equipo UFISS y la unidad geriátrica de agudos (UGA)⁴².

Para reforzar la capacidad resolutoria de la atención primaria con *mayor acceso a conocimiento especializado*, algunas especialidades del hospital –cardiología, endocrinología, medicina interna y psiquiatría– realizan visitas mensuales a los centros de atención primaria, en las cuales se discuten casos clínicos complejos, se realizan actividades de formación continuada y sesiones clínicas periódicas^{22,43}.

El objetivo del *sistema de información* del CSdM es proporcionar herramientas electrónicas que den soporte a la actividad asistencial a lo largo del continuo asistencial⁴⁴. Se estructura en cuatro grandes ámbitos: el acceso al sistema, la gestión asistencial, la gestión no asistencial y la información para la gestión. En el área de acceso al sistema, la *intranet* y el correo electrónico son los instrumentos comunes. Éste último es uno de los instrumentos más utilizados para la comunicación directa entre los médicos de atención primaria y los especialistas (comentarios de casos, etc.)⁴⁵. La estación de trabajo clínico (ETC) y sus tres componentes, –la ETC hospitalaria, la ETC sociosanitaria y la ETC de atención primaria (OMI-AP)– son las herramientas básicas para la gestión asistencial. Han sido concebidas como instrumento para compartir información y son el primer paso hacia la historia clínica electrónica compartida⁴⁴. Actualmente y de maneras diversas, sólo la atención especializada de agudos y la atención primaria disponen de acceso a parte de la información sobre el paciente, procedente de los otros niveles asistenciales. La atención especializada de agudos accede, además, a la información propia de su nivel, a las pruebas complementarias realizadas al paciente desde cualquier punto del CSdM y los diagnósticos

de los ingresos en el centro sociosanitario⁴⁶. Asimismo, en el momento del ingreso hospitalario, se solicita a la atención primaria, por correo electrónico, los diagnósticos principales, la medicación actual y las alergias del paciente que constan en la historia clínica de atención primaria⁴⁵. El acceso a información desde la atención primaria es limitado: sólo dos de los tres equipos de atención primaria gestionados acceden a información de la atención del paciente en el hospital (ingresos y visitas de consultas externas), pruebas complementarias (resultados de laboratorio e historial de radiología)⁴⁶ y el informe del alta médico⁴².

Dentro de cada nivel asistencial del CSdM, se han informatizado algunas herramientas de soporte a la decisión clínica. En el ámbito hospitalario, la *prescripción médica informatizada*, que orienta la prescripción durante el internamiento (pruebas complementarias, medicamentos, etc.)⁴⁷, y la *hoja de administración de la medicación informatizada*, para facilitar el seguimiento por parte de enfermería de las tareas planificadas según la trayectoria clínica y el plan de curas asignado⁴⁸. En octubre de 2004, se había informatizado el 70 % de las 60 trayectorias clínicas desarrolladas en el CSdM⁴⁶. En atención primaria se han informatizado algunos protocolos –hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia–, que contienen las actividades de prevención, control y tratamiento recomendados, así como recordatorios de las actividades preventivas⁴⁹.

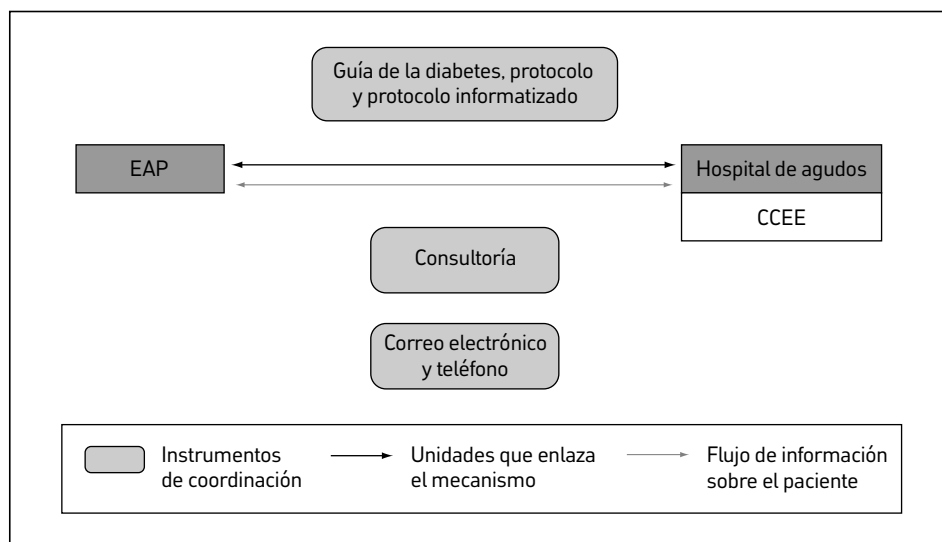
Coordinación en procesos asistenciales seleccionados

PROCESO CRÓNICO: DIABETES

De acuerdo con el modelo asistencial del CSdM, la prevención, detección y seguimiento de la diabetes la realiza el *médico de cabecera del paciente*⁴⁹. La *enfermería de atención primaria* lleva a cabo la educación sanitaria, las actividades de control (peso, tensión arterial, control del pie diabético, etc.) y prescribe las pruebas complementarias para las visitas médicas según lo establecido en la *guía de práctica clínica*⁵⁰. El paciente es derivado al *endocrinólogo del hospital* cuando presenta las condiciones establecidas en la guía⁵⁰. Este nivel desempeña el rol de consultor y realiza el seguimiento de los pacientes con diabetes más complejos (fig. 5-3).

Por tanto, el instrumento fundamental desarrollado por el CSdM para coordinar la atención de los pacientes con diabetes es la guía de práctica clínica, que contiene las actividades recomendadas para la prevención, diagnóstico y seguimiento para la atención primaria, así como los criterios para la derivación al especialista. En su elaboración, durante 2004, participaron médicos de atención primaria del CSdM y especialistas del Hospital de Mataró y del CAP II de Mataró, gestionado por el Institut Català de la Salut. La GPC se ha traducido en un protocolo con los circuitos y normas de derivación, que se ha informatizado para dar soporte a las decisiones clínicas. Asimismo, contiene un recordatorio de las actividades preventivas⁴⁹. La difusión de la GPC se realizó mediante una sesión conjunta con los equipos de atención del CSdM y el equipo realizador. Para mejorar la capacidad de resolución de la atención primaria, se realizan de manera periódica *asesorías* del endocrinólogo del hospital y se utiliza el *correo electrónico* y el *teléfono* para comentar casos concretos⁴⁹.

Figura 5-3. Unidades asistenciales implicadas y sus mecanismos de coordinación para la atención de la diabetes en el CSdM.



CCEE, consultas externas; EAP, equipo de atención primaria.

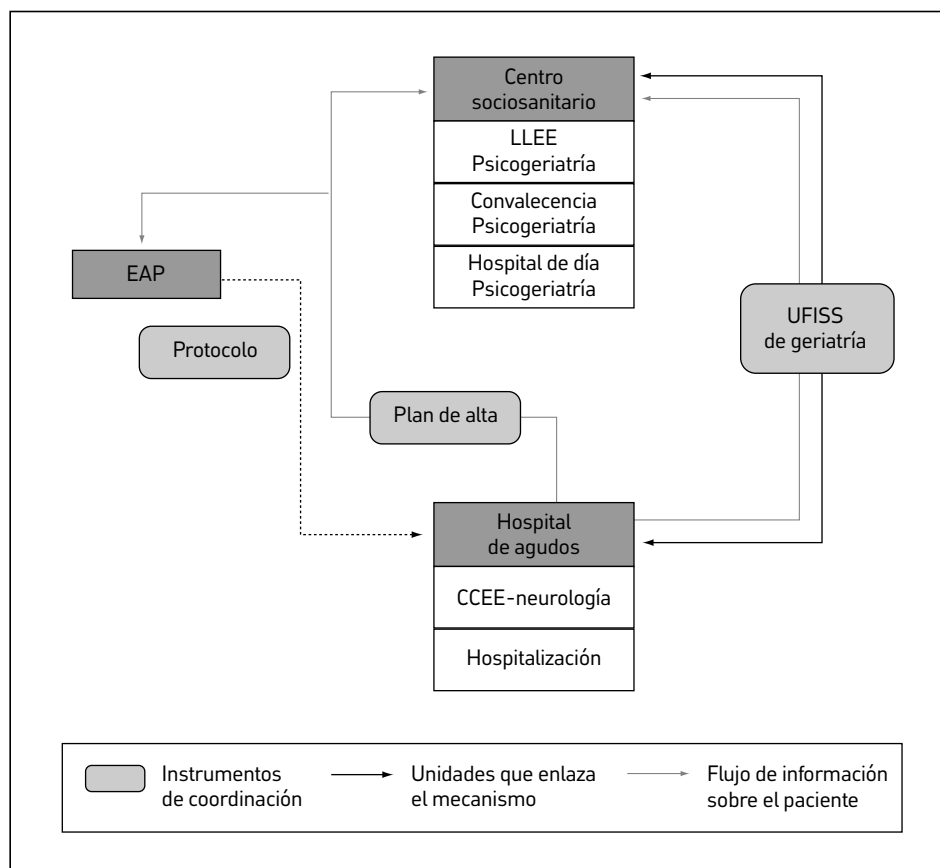
PROCESO CRÓNICO CON DEPENDENCIA: DEMENCIA

Los roles de los diferentes servicios implicados en la atención de la demencia a lo largo del continuo asistencial y los mecanismos implantados para coordinar la asistencia del proceso se definen a continuación (fig. 5-4): la atención primaria realiza la selección de los pacientes con demencia mediante la aplicación de un *protocolo* que ha sido consensuado con los otros niveles asistenciales⁵¹. La evaluación y seguimiento del paciente la realiza el neurólogo del hospital, con el apoyo del neuropsicólogo, el geriatra y el trabajador social⁵². Aquellos casos que presentan pluripatologías, trastornos de la conducta, cuidador cansado, etc., se derivan al centro sociosanitario, a través del equipo de la UFISS, que actúa como *puesto de enlace*. Junto con el plan de diagnóstico y tratamiento de demencias, se adjunta información sobre la medicación habitual del paciente y las pruebas realizadas. Para los pacientes con demencia moderada y grave, se elabora un *plan de cuidados de enfermería* (enfermedad de Alzheimer, demencias y trastornos de la conducta) tras el alta hospitalaria, a partir de lo definido en la trayectoria clínica de la demencia. El plan de cuidados se acompaña del informe de alta de enfermería, documento que contiene datos administrativos y clínicos sobre el paciente, y recomendaciones para el seguimiento.

PROCESO AGUDO: CÁNCER DE MAMA

Los roles de algunos de los servicios implicados en la atención del cáncer de mama se definen en la GPC elaborada por el CSdM⁵³. Los *equipos de atención primaria* se

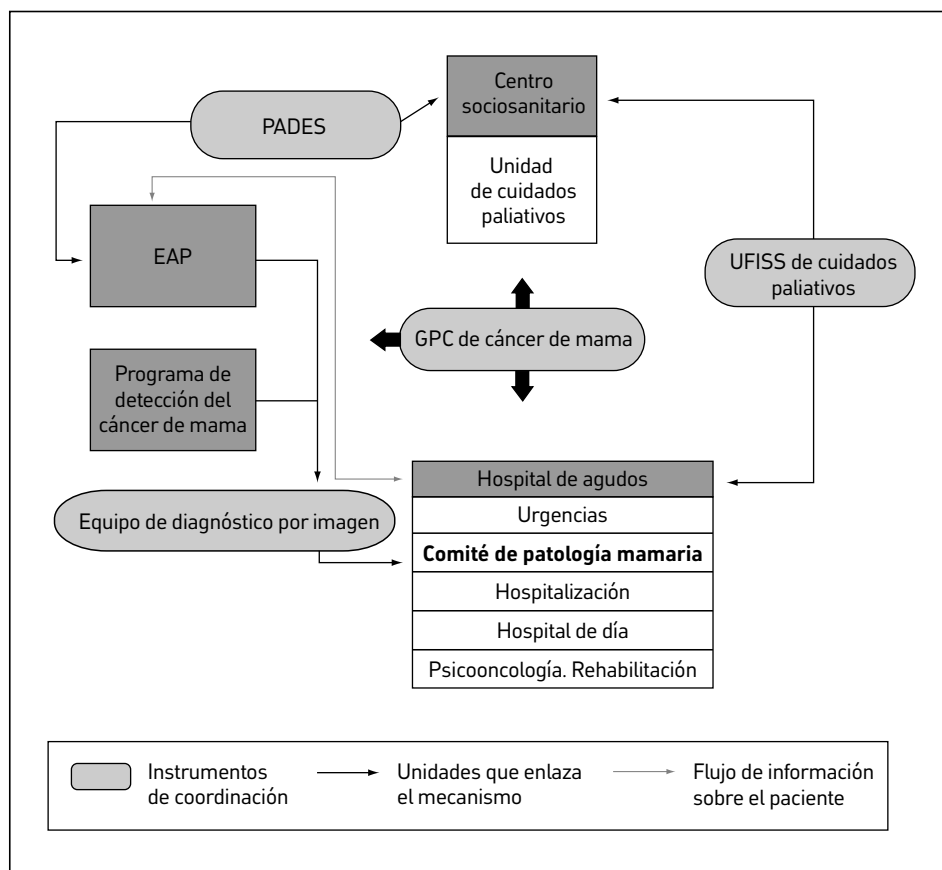
Figura 5-4. Unidades asistenciales implicadas y sus mecanismos de coordinación para la atención de la demencia en el CSdM.



CCEE, consultas externas; EAP, equipo de atención primaria; LLEE, larga estancia; UFISS, unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria.

ocupan de promover la detección precoz del cáncer de mama, asegurar la adecuada derivación de las mujeres con síntomas y coordinar su atención a lo largo del continuo asistencial. Para derivarlos al hospital, los *equipos de diagnóstico por imagen de la atención primaria* presentan los casos al *comité de patología mamaria (CPM)*, que también recibe los casos detectados por el *programa de detección de cáncer de mama*, que controla a todas las mujeres entre los 50 y los 69 años de edad censadas en la comarca. El CPM coordina la atención especializada y garantiza un diagnóstico y tratamiento dentro de los estándares actuales. En los casos en que la enfermedad se encuentra en un grado avanzado, la *UFISS de cuidados paliativos* valora y coordina la atención del paciente con el recurso más apropiado: unidad de cuidados paliativos o larga estancia, consultas externas de cuidados paliativos o seguimiento por parte de la atención primaria y/o el PADES de cuidados paliativos (fig. 5-5)⁵⁴.

Figura 5-5. Unidades asistenciales implicadas y sus instrumentos de coordinación para la atención del cáncer de mama en el CSdM.



EAP, equipo de atención primaria; GPC, guía de práctica clínica; PADES, programa de atención domiciliaria-equipos de soporte; UFISS, unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria.

Por tanto, el CSdM dispone de los siguientes mecanismos de coordinación entre niveles para la atención del cáncer de mama: la *GPC*; el *círculo de diagnóstico y tratamiento rápido* del cáncer de mama⁵⁵; el equipo de diagnóstico por imagen de la atención primaria que actúa como *dispositivo de enlace* entre la atención primaria y la especializada⁵⁶, y los equipos UFISS y PADES de cuidados paliativos, que actúan como *dispositivos de enlace* entre el centro sociosanitario y el resto de niveles asistenciales. Se celebran periódicamente reuniones de coordinación entre UFISS, PADES y el servicio de oncología del Hospital de Mataró⁵⁴.

El objetivo de la GPC, elaborada en abril de 2004, es mejorar la atención de este tipo de pacientes, basándose en la mejor evidencia científica posible. Para su confección, se tomaron como referencia la oncoguía de mama de la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques y el Departament de Salut⁵⁷. En el proceso de

elaboración, coordinados por la unidad de patología mamaria, participaron, además de los servicios hospitalarios, los equipos de atención primaria del CSdM y del ICS, sus equipos de diagnóstico por imagen, el programa de atención a la mujer de la región sanitaria y del departamento de psicooncología de la Asociación Española contra el Cáncer.

La *intranet* del CSdM ha sido el canal utilizado para difundir la GPC a los profesionales involucrados.

Las pacientes identificadas con un alto riesgo de padecer cáncer de mama entran en el circuito de diagnóstico rápido descrito anteriormente, que garantiza un tiempo de espera máximo de 15 días para las pruebas diagnósticas desde la solicitud⁵⁵.

Discusión

El CSdM es una organización sanitaria integrada con una amplitud que comprende el continuo asistencial desde la atención primaria hasta la atención sociosanitaria. Se trata de una organización sanitaria integrada verticalmente hacia atrás, con provisión total de sus servicios, y propiedad vertical, pues integra todos los dispositivos bajo la misma titularidad, el consorcio de gestión. Su población de referencia es diferente según el nivel asistencial: la población adscrita a las ABS gestionadas por el CSdM representa el 14 % de la población de la zona de influencia hospitalaria y ésta, el 62 % de la población del área de referencia del centro sociosanitario y de salud mental.

La constitución del consorcio y, por tanto, el determinante inicial de la creación del CSdM fue la construcción de un nuevo hospital de agudos en un esfuerzo por reordenar la oferta pública hospitalaria de la ciudad de Mataró. No obstante, el propósito de convertirse en una organización sanitaria integrada se recoge en sus estatutos fundacionales de forma que 2 años después de la puesta en marcha del hospital se inicia el proceso de integración de otros servicios con la gestión de la primera ABS, proceso que adquiere mayor magnitud con la fusión con el PASS.

Entre las características del entorno que pueden influir en la coordinación asistencial del CSdM, destaca la presencia del Institut Català de la Salut, como proveedor mayoritario de atención primaria de la zona. Este rasgo otorga especial importancia a las fórmulas de relación interorganizativa y mecanismos de coordinación que se establecen entre las dos entidades. Aunque las alianzas de colaboración asistencial con los proveedores locales es una de las políticas estratégicas del CSdM para potenciar la coordinación asistencial^{9,11,13}, con la excepción de la integración con el PASS, no se ha producido ningún avance importante en este ámbito. Los únicos esfuerzos de coordinación han sido impulsados por la región sanitaria del CatSalut y se concretan en el pacto de circuitos y normas de derivación entre el ICS y el CSdM para algunas de las patologías de derivación más frecuente.

Otro de los elementos del entorno que influyen en la integración asistencial es el sistema de incentivos asociado con la compra de servicios que realiza el CatSalut al CSdM. La combinación de un mecanismo de pago a la primaria del CSdM basado en la estructura y otro para la atención especializada en la actividad no incentiva el he-

cho de aumentar la capacidad de resolución de la atención primaria en el sistema. Por el contrario, incentiva a la atención especializada a aumentar su producción de actividad, “captándola de otros ámbitos⁵⁸”. Por ello, la participación del CSdM en la prueba piloto de financiación per cápita del CatSalut podría ser una oportunidad para fortalecer la coordinación asistencial y la eficiencia global. Teóricamente, el pago per cápita a una OSI contribuye al hecho de que las diferentes unidades alineen sus intereses con los objetivos globales de la red al percibir que reciben un único presupuesto y que las acciones en un punto concreto de la red repercuten en la cuenta de resultados del resto⁵⁹. Sin embargo, para que se produzcan estos resultados, sería necesario que la asignación real a las entidades que participan en la prueba piloto se basara en una fórmula de financiación per cápita, en lugar de la negociación de un presupuesto basado en el coste histórico, tal y como ha sucedido hasta el momento⁶⁰.

El CSdM cuenta con un órgano de gobierno centralizado, compuesto por políticos locales y directivos del CatSalut. El órgano de gobierno representa la propiedad y debería desempeñar un rol estratégico, elaborando las políticas que guíen la toma de decisiones de la OSI y evaluando el desempeño de su gestión⁶¹. Los estatutos del CSdM asignan al gobierno funciones de carácter estratégico, pero hacen hincapié en el rol sancionador más que en la participación activa en la formulación de políticas y estrategias; destaca la ausencia de la evaluación del desempeño de la gestión⁶². El consejo rector desarrolla, por tanto, un *papel pasivo* concentrado en la práctica en el seguimiento presupuestario y de la actividad del CSdM, en que son temas clave de preocupación el presupuesto y el crecimiento de la demanda asistencial (urgencias, etc.). Aunque no participa en las decisiones estratégicas de la organización, se involucra, a veces, en temas de la gestión diaria (selección de personal, etc.). Además, la buena gobernabilidad de una OSI requiere que el gobierno posea una visión global de la organización y que incluya las necesidades de salud de la población⁶¹. Aunque sería necesario entrevistar a los miembros del gobierno para conocer sus opiniones y actitudes y analizar su compromiso con la visión global del CSdM, del análisis de documentos se identifican aspectos favorables y desfavorables en relación con la buena gobernabilidad. Entre los primeros, la información por parte de la gerencia de los objetivos y estrategias del CSdM y la incorporación de representantes políticos locales, que recogen en su participación temas relativos a las necesidades de salud de la población de la comarca. Entre los elementos desfavorables, destaca la falta de participación del gobierno en la formulación de objetivos y estrategias del CSdM y la evaluación inapropiada del desempeño del CSdM. La información que periódicamente se le facilita al órgano de gobierno del CSdM no permite fortalecer su visión global de la OSI, pues se trata de información por línea asistencial, pero sin incluir la atención sociosanitaria, y se refiere exclusivamente a productos intermedios, como visitas o altas, de difícil interpretación y escasamente relacionados con resultados asistenciales globales. No se monitoriza el progreso en la integración asistencial ni se incluyen resultados de salud de la población.

La *existencia de objetivos y estrategias globales para todo el CSdM* claramente orientados a la búsqueda de la coordinación y eficiencia es uno de los elementos considerados clave por la bibliografía para facilitar la integración en las organizaciones sanitarias⁶³. El plan estratégico del CSdM contempla la mayoría de las estrate-

gias señaladas por diversos autores como las más efectivas en la integración⁶³⁻⁶⁵, como el desarrollo de instrumentos de coordinación, sistemas de información integrados, programas de mejora de la calidad o la propia planificación estratégica global. No obstante, no se recoge, entre las estrategias, el refuerzo de la atención primaria para mejorar la eficiencia dentro de la red⁶⁴ o el desarrollo de un sistema de monitorización del desempeño de la OSI⁶³. Los objetivos y estrategias globales deberían estar alineados con los de las unidades operativas para actuar de vínculo común para todas las acciones que se desempeñen dentro de la organización⁶⁶. En el caso del CSdM, falta la traducción de estos objetivos globales a objetivos específicos para las unidades (centros de atención primaria, de salud mental y de atención sociosanitaria), pues tan sólo se fijan objetivos para los servicios hospitalarios y éstos están poco orientados a la coordinación, eficiencia y a resultados más allá del propio servicio.

El CSdM presenta una *estructura organizativa funcional* con las actividades asistenciales agrupadas por especialidad médica (servicios) y respetando la división por nivel asistencial. Este tipo de diseño compartimenta la atención y dificulta la coordinación a lo largo del proceso asistencial⁶⁷. Las funciones de dirección asistenciales (médica y enfermería) y no asistenciales (económica, recursos humanos, servicios generales y sistemas de información) aparecen integradas para toda la OSI mediante un instrumento de coordinación fundamental: el directivo integrador. El nivel de centralización en la toma de decisión de esta figura es bastante elevado, en especial las referidas a planificación, gestión de personas y asignación de recursos.

Otro de los elementos internos que dificulta la integración asistencial en el CSdM es el escaso uso de *sistemas de asignación en el interior de la organización* que promueva la coordinación asistencial y la alineación de los objetivos de las unidades con los objetivos globales. La forma de pago actual del CatSalut incentiva la asignación interna de los recursos para maximizar los ingresos; principalmente, mediante más ingresos hospitalarios, visitas de consulta externa, urgencias, etc. Por tanto, está poco relacionado con el hecho de proporcionar la atención en el lugar más coste-efectivo dentro del continuo asistencial. La única excepción es la construcción de un presupuesto global para todo el CSdM a partir de los objetivos globales estratégicos. En teoría, ello facilitaría el traspaso de servicios de un recurso a otro, de acuerdo con los objetivos globales de la organización⁵⁹.

En el CSdM, roles y tipo de colaboración entre niveles asistenciales están definidos por el *modelo asistencial* del Sistema Nacional de Salud al cual pertenecen. En él, la atención primaria asume el rol de puerta de entrada (*gatekeeper*) y filtro del sistema, y mantiene la responsabilidad principal del paciente a lo largo del continuo asistencial³². El especialista representa la figura del consultor, configurándose entre ambos un modelo de colaboración del tipo *gestor-consultor*³³. Para reforzar este modelo, se usan algunas estrategias complementarias a la derivación convencional que ayudan a mejorar la capacidad resolutoria de la atención primaria –consultas de casos y sesiones clínicas⁶⁸–, pero no forman parte de ningún programa de formación continuada con las características necesarias para cambiar la práctica clínica⁶⁹.

El nivel de desarrollo de los *instrumentos de coordinación* en el CSdM es bajo, lo cual actúa en detrimento de la continuidad asistencial en una organización, cuya estructura basada en la agrupación de las actividades asistenciales por especialidades

y niveles fragmenta la asistencia. El énfasis se pone en los mecanismos basados en la normalización de los procesos de trabajo, sobre todo para coordinar la atención primaria y la atención especializada de agudos; y dentro de esta categoría, sobre todo los circuitos y normas de derivación, y no tanto los protocolos conjuntos. En general, se han desarrollado más instrumentos para la coordinación de las actividades de enfermería que para las médicas a lo largo del proceso.

Especialmente relevante resulta la ausencia de mecanismos para transferir la información de un nivel a otro y la desigualdad en el acceso a la escasa información que se comparte: 1) no existe ningún sistema de registro clínico integrado a lo largo del continuo asistencial⁶⁴; sólo, algunos servicios hospitalarios comparten información clínica con la atención primaria (pruebas complementarias e informes de alta); 2) las herramientas informáticas de soporte a las decisiones clínicas se desarrollan sólo en un nivel asistencial y son estáticas, pues no usan los datos del paciente para generar consejos específicos. Ello reduce los beneficios de este tipo de herramientas para mejorar la adherencia de los clínicos a los protocolos⁷⁰, y 3) no se han desarrollado sistemas de análisis de la información de resultados que den soporte a la práctica médica⁶⁹. Los cuadros de mando contienen esencialmente información segmentada por nivel asistencial sobre actividades intermedias: altas, visitas, pruebas complementarias, etc., poco útiles para mejorar la gestión del paciente a lo largo del continuo.

La coordinación en el proceso agudo seleccionado –el *cáncer de mama*– se realiza mediante una GPC, acompañada de un circuito y un puesto de enlace, para mejorar el diagnóstico en la atención primaria y su derivación a la atención especializada. Refuerza la transición entre el nivel de agudos y la atención primaria, pero apenas se implementan mecanismos de coordinación con otros niveles asistenciales ni queda claro el rol de los diferentes niveles en el seguimiento del paciente, especialmente el de la atención primaria. Se pone énfasis en la coordinación sólo en el momento de la transición hospitalaria hacia otros niveles y la escasez de instrumentos de coordinación y definición de roles en otros niveles del continuo se aprecia de nuevo en el proceso crónico con dependencia analizado –la *demencia*–. Para el caso del proceso crónico –*diabetes*–, se han desarrollado estrategias para la gestión del paciente en el continuo que refuerzan el modelo de atención basado en la atención primaria como gestor del paciente: guías de práctica clínica, consultorías periódicas de los especialistas en el centro e instrumentos de comunicación, como el teléfono o el correo electrónico.

Para los procesos anteriores, los entrevistados identifican las guías de práctica clínica, como instrumentos para coordinar la atención del paciente a lo largo del continuo. A pesar de que en su elaboración suelen participar casi todos los servicios, a la mayoría no se las podría considerar así porque no contienen el conjunto de actividades que deben realizársele al paciente⁷¹. Comprenden exclusivamente recomendaciones y criterios de derivación para la atención primaria. Otra de las dificultades halladas en su análisis es la ausencia de estrategias para mejorar su efecto en la práctica médica. La evidencia sugiere que las GPC, como instrumento aislado, ejercen un limitado impacto en la práctica médica⁷². Sin embargo, sólo en el caso de la GPC de la diabetes se va más allá de su divulgación mediante una sesión clínica y se traducen en protocolos y mapas de atención, se informatizan o se monitorizan^{69,72}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Resolució de 17 de juliol de 1998 per a l'aprovació dels Estatuts del Consorci Sanitari del Maresme. DOGC/núm. 2.723 - 14.9.1998; 11.488-11.491. 17-7-1998.
2. Consorci Sanitari del Maresme. Àrea d'influència. Home page Consorci Sanitari del Maresme 2005; disponible en: <http://www.csm.scs.es/general/fGeneral.php?MzA%3D>
3. Idescat. Estadística básica territorial. Consultado el 11 de febrero de 2005; disponible en: www.idescat.net
4. Consorci Sanitari del Maresme. Memòria 2003. Mataró: CSdM, 2004.
5. Web del Consorci Sanitari del Maresme. Consultado el 27 de octubre de 2004; disponible en: www.csm.scs.es
6. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Hospital de Mataró. Mataró: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1999.
7. Ayuntamiento de Mataró. Estatutos del Consorci Sanitari de Mataró. B.O.P. de Barcelona/núm. 283 - 26.11.1991; 9-13. 1991.
8. Consorci Sanitari del Maresme. Presentación del Consorci Sanitari del Maresme. Mataró: CSdM, 2004.
9. Consorci Sanitari del Maresme. Atenció integral de la salut. Mataró: CSdM, 2001.
10. Consorci Sanitari del Maresme. 1999-2004: 5 anys millorant la salut del Maresme. Mataró: CSdM, 2004.
11. Consorci Sanitari del Maresme. Pla Estratègic del CSdM. Presentació del Consell Rector. Mataró: CSdM, 2003.
12. PASS. Pla d'empresa 2003-2007 del PASS. 15-7-2003.
13. Informació obtenida en entrevista individual con directivo de la OSI. CSdM, 28-10-2004.
14. Consorci Sanitari del Maresme. Acta de 17/07/2002 del Consell Rector. Mataró: CSdM, 2002.
15. Regió sanitària Barcelonès nord i Maresme del Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2002. La xarxa sanitària d'utilització pública del Barcelonès nord i Maresme. Badalona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut, Generalitat de Catalunya, 2002.
16. Idescat. Padró municipal d'habitants. Xifres oficials. Consultado el 12 de agosto de 2005; disponible en: www.idescat.net
17. Consorci Sanitari del Maresme. Pla estratègic. Grups de treball, 15-11-2000.
18. Informació obtenida en entrevista individual con técnico de apoyo de OSI. CSdM, 22-10-2004.
19. Servei Català de la Salut. Contracte entre el Servei Català de la Salut i el Consorci Sanitari del Maresme, de l'Equip d'Atenció Primària Argentona. Període 2002-2004; 2002.
20. Consorci Sanitari del Maresme. Actas del Consell Rector del CSdM en el período comprendido entre el 1-2-02 y el 5-11-04.
21. Consorci Sanitari del Maresme. Acta de 18-6-03 del Consell Rector del CSdM, 2003.
22. Consorci Sanitari del Maresme. Memòria 2001. Mataró: CSdM, 2002.
23. Bohigas L. Las empresas de servicios sanitarios: innovación en la gestión sanitaria. Vitoria: XVIII Jornadas de Economía de la Salud, 1998.
24. Consorci Sanitari del Maresme. Direcció Mèdica. Objectius 2003.
25. Torrus C. Organigrama del CSdM. Mataró: CSdM, 2004.
26. Informació obtenida en entrevista individual con directivo de la OSI. CSdM, 8-11-2004.
27. Marbá L. Interrelación de la enfermería de los distintos niveles de atención, como garantía en la continuidad de los cuidados [ponencia]. A Coruña: IV Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería, 9-10-5-2002.
28. Consorci Sanitari del Maresme. Pressupost 2002. Mataró: CSdM, 2002.
29. Informació obtenida en entrevista individual con directivo de la OSI. CSdM, 18-10-2004.
30. Consorci Sanitari del Maresme. Pressupost 2004. Mataró: CSdM, 2004.
31. Consorci Sanitari del Maresme. Pressupost 2003. Mataró: CSdM, 2003.

32. Morell JJ. Coordinación entre atención primaria y especializada. Visión desde la pediatría de atención primaria. Ponencia inaugural del IV Curso de Pediatría en atención primaria. Madrid, 2003.
33. Lorenz AD, Mannsch LB, Gawinski BA. Models of collaboration. *Health Care Manage Rev* 1999; 26 (2): 401-410.
34. Consorci Sanitari del Maresme. Memòria 2003. Mataró: CSdM, 2003.
35. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Ordre de 15 de maig de 1991, per la qual es determinen les activitats d'assistència socio-sanitària que es poden concertar amb les entitats titulars de centres, serveis i establiments socio-sanitaris. DOGC núm. 1.452. 7-6-1991.
36. CSdM. Coordinació atenció primària-especialitzada: endocrinologia, nutrició i lípids. Mataró: CSdM, 2004.
37. Unitat d'urologia. Hospital de Mataró. Incontinència, 2004.
38. Circuit d'atenció a pacients amb fibromialgia o síndrome de fatiga crònica, 2004.
39. Informació obtenida en entrevista individual con directivo de la OSI. CSdM, 22-10-2004.
40. Esteve M, Serra-Prat M, Zaldívar C, Verdaguer A, Berenguer J. Evaluación del impacto de una trayectoria clínica sobre el ictus isquémico. *Gac Sanit* 2004; 18 (3): 197-204.
41. CSdM. Metodologia assistencial: Trajectòries. 8-11-2004.
42. Informació obtenida en entrevista individual con directivo de la unidad operativa. CSdM, 2005.
43. Servei de Psiquiatria. CSdM. Centre de Salut Mental d'Adults de Mataró. Protocol de col·laboració amb l'atenció primària de salut. 10-7-2003.
44. Barnet X. Presentación interna de los sistemas de información del CSdM, 2004.
45. Informació obtenida en entrevista individual con directivo de la unidad operativa. CSdM, 27-10-2004.
46. Informació obtenida en entrevista individual con técnico de apoyo de OSI. CSdM, 27-10-2004. CSdM.
47. Direcció mèdica de SyfC. Presentación del Projecte e-TP, 2004.
48. Consorci Sanitari del Maresme. Manual d'usuari de trajectòries clíniques, plans de cures, administració de la medicació, constants i gràfics amb el PDA. Versió 0.1. 20-11-2003.
49. Informació obtenida en entrevista individual con profesional de la atención primaria. CSdM, 27-10-2005.
50. CSdM. Diabetes mellitus 2. Prevenció primària, 2004.
51. Unitat de diagnòstic i tractament de demències. Unitat de diagnòstic i tractament de demències, 2004.
52. Informació obtenida en entrevista individual con profesional de la atención especializada. CSdM, 2005.
53. Hospital de Mataró. CSdM. Càncer de mama. Guia de pràctica clínica, 2004.
54. Hospital de Mataró, Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena. Organització actual en cures pal·liatives. 21-10-2004.
55. Consorci Sanitari del Maresme. Circuit de diagnòstic ràpid per a pacients amb sospita de patir càncer de mama, 2004.
56. Informació obtenida en entrevista individual con profesional de la atención especializada. CSdM, 27-11-2005.
57. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Oncoguia de mama. Barcelona: AATRM, 2003.
58. Pané O, Farré J, Parellada N, Estevan N. ¿Los hospitales comarcales aumentan su actividad para neutralizar el efecto contenedor de la reforma? *Cuadernos de gestión* 1995; 1 (2): 104-109.
59. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff (Millwood)* 1994; 13 (5): 46-64.
60. Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. *Cuadernos de gestión* 2002; 8 (4): 167-179.
61. Alexander JA, Zuckerman HS, Pointer DD. The challenges of governing integrated health care systems. *Health Care Manage Rev* 1995; 20 (4): 69-81.

62. Savage GT, Taylor RL, Rotarius TM, Buesseler JA. Governance of integrated delivery systems/networks: a stakeholder approach. *Health Care Manage Rev* 1997; 22 (1): 7-20.
63. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan KL, Mitchell J.B. *Remaking health care in America*, 1ª ed. San Francisco: The Jossey-Bass health care series, 1996.
64. Coddington C, Moore C, Fischer E. *Making integrated health care work*. Englewood (Colorado): Center for Research in Ambulatory Health Care Administration, 1996.
65. Conrad DA, Dowling WL. Vertical Integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Manage Rev* 1990; 15 (4): 9-22.
66. De Val Pardo I. *Sistemas de salud: diagnóstico y planificación*. Madrid: Díaz de Santos, 2001.
67. Charns MP. Organization design of integrated delivery systems. *Hosp Health Serv Adm* 1997; 42 (3): 411-432.
68. Wagner EH, Austin BT, Vonkorff M. Improving Outcomes in Chronic Illness. *Manage Care Quart* 1996; 4 (2): 12-25.
69. Grol R. Improving the quality of medical care. *JAMA* 2004; 286 (20): 2.578-2.585.
70. Johnston ME, Langton KB, Haynes RB, Mathieu A. Effects of computer-based clinical decision support systems on clinician performance and patient outcome. A critical appraisal of research. *Ann Intern Med* 1994; 120 (2): 135-142.
71. Grifell E, Carbonell JM, Infiesta F. *Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica*. Barcelona: CHC Consultoria i Gestió, 2002.
72. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L et al. Changing provider behavior. *Med Care* 2001; 39 (8; Supl. 2): 2-45.

Capítulo 6

Consorti Sanitari de Terrassa-Fundació Hospital Sant Llàtzer

Ingrid Vargas Lorenzo
Rosa Ruiz Cortinas

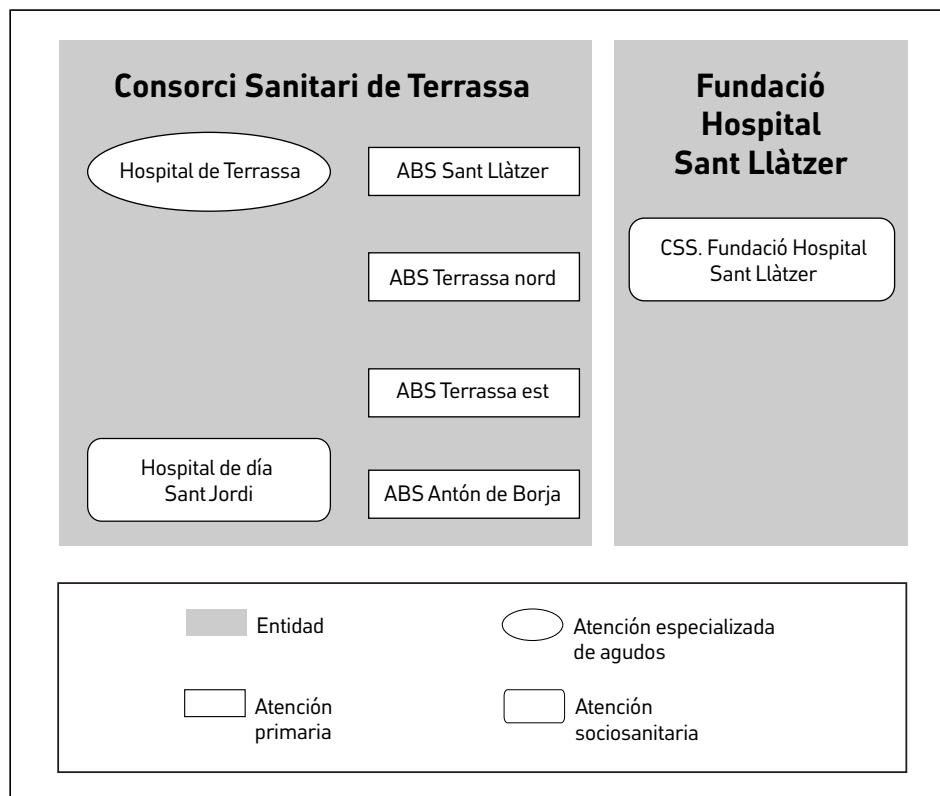
El Consorci Sanitari de Terrassa (CSdT), junto con la Fundació Hospital Sant Llàtzer (FHSLL), forman la organización sanitaria integrada (CSdT/FHSLL) que gestiona la atención primaria, la atención especializada de agudos y la atención sociosanitaria de la población residente en una parte de Terrassa y Sabadell. El CSdT, a su vez, está constituido por dos Administraciones públicas, la Generalitat de Cataluña y el ayuntamiento de Terrassa, y una fundación privada, el Hospital Casa de Caritat de Sant Llàtzer¹. El CSdT/FHSLL actualmente gestiona diversos dispositivos asistenciales que ofrecen atención del continuo asistencial². Todas las unidades operativas están integradas en el CSdT, excepto el centro sociosanitario Fundació Hospital Sant Llàtzer, que mantiene un acuerdo de gestión³ (fig. 6-1).

El área geográfica a la cual el CSdT/FHSLL ofrece el continuo de servicios de salud coincide aproximadamente con el ámbito de influencia del hospital y cuenta con una población de 134.446 habitantes⁴. Comprende diversos barrios en el norte, centro y este de Terrassa, la mitad del municipio de Rubí y los municipios de Castellbisbal y Matadepera.

Características clave

El CSdT/FHSLL ofrece el continuo de servicios de salud –atención primaria, atención especializada de agudos y atención sociosanitaria– para su población de referencia. En atención primaria, proporciona las prestaciones propias de este nivel –medicina de familia, pediatría, etc.–. En atención especializada, proporciona una cartera de servicios que abarca la casi totalidad de especialidades medicoquirúrgicas y de soporte a la atención primaria⁵, excepto reumatología ambulatoria, neurología y rehabilitación –provisas por el otro hospital de agudos de la zona^{6,7}–. En atención sociosanitaria, ofrece unidad de larga estancia, convalecencia, geriatría, curas paliativas, evaluación

Figura 6-1. Unidades operativas del CSdT/FHSL, 2004.



ABS, área básica de salud; CSdT/FHSL, Consorci Sanitari de Terrassa-Fundació Hospital Sant Llàtzer; CSS, centro sociosanitario.

geriátrica y soporte a la atención primaria y especializada³. Asimismo, realiza actividades de protección de la salud –control de piscinas e infección por *Legionella*⁸–.

Para proporcionar esta atención, el CSdT/FHSL dispone de cuatro CAP, dos consultorios, un hospital de agudos, un centro sociosanitario y un centro de salud mental de adultos². El CSdT/FHSL provee directamente de todos los servicios que ofrece, excepto de algunas pruebas diagnósticas y la especialidad de endocrinología, que subcontrata a la Mútua de Terrassa⁷. Las dos Administraciones y la fundación que forman el CSdT se relacionan mediante un *consorcio administrativo*¹, entidad pública con personalidad jurídica plena e independiente de la de sus miembros, en la cual las entidades consorciadas mantienen la titularidad de los bienes, pero ceden su uso al CSdT¹ e integran la mayoría de las unidades. Con el hospital sociosanitario, propiedad de la Fundació Hospital Sant Llàtzer, se ha establecido un contrato de gestión.

Atendiendo a las diferentes características de una OSI, podría clasificarse la alianza entre las dos entidades, CSdT y FHSL, como una organización integrada vertical-

mente hacia atrás, pues incluye diferentes niveles asistenciales y surge desde la atención especializada de agudos hacia la atención primaria; con integración total, porque provee del núcleo de sus servicios internamente; y virtual, por la forma de relación entre las dos entidades que la componen.

Evolución histórica

El servicio precursor del CSdT/FHSL es la Fundació Hospital Sant Llàtzer, entidad beneficosanitaria propiedad del ayuntamiento de Terrassa desde antes del siglo XV, cuyo protagonismo aumentó en tiempos de la II República y que, finalmente, se integró en la red hospitalaria pública (XHUP)⁹.

Con el traspaso de competencias sanitarias del gobierno central, en 1981, la Generalitat recibió el Hospital de la Mancomunitat de Sabadell-Terrassa, construido, pero sin utilizar². De acuerdo con el mapa sanitario de 1981, se convirtió en el hospital de agudos de la ciudad de Terrassa, bajo el nombre Hospital de Terrassa⁹. Para su gestión, se creó en 1988 el Consorci Hospitalari de Terrassa¹⁰, con la participación de la Generalitat, el ayuntamiento de Terrassa y la Fundació Sant Llàtzer². Desde su inicio, gestionaba un ABS, el CAP Terrassa nord¹⁰, por lo que en 2002 se modificó el nombre, sustituyendo el término *hospitalari* por *sanitari* (CSdT). La Fundació Hospital Sant Llàtzer se transformó en centro sociosanitario.

El proceso de integración de servicios de otros niveles asistenciales se desarrolló a lo largo de una década: en 1993 se creó el CAP Sant Llàtzer y la unidad de hospitalización penitenciaria; en 1994, el CAP Antón de Borja y el consultorio de Matadepera; en 2003, el CAP Terrassa est y se estableció el acuerdo con la Fundació Hospital Sant Llàtzer para la gestión conjunta del CSdT y el centro sociosanitario (2004)³ y con el ayuntamiento para ofrecer servicios de salud pública¹¹. Su área de referencia del CSdT se amplió hacia la zona de Sabadell¹².

La creación del CSdT fue posible por voluntad del ayuntamiento y del Departament de Sanitat i Seguretat Social. Mientras tanto, los directivos y profesionales del antiguo Hospital Sant Llàtzer, especialmente su gerente, formaron el núcleo impulsor del proyecto².

Por tanto, el determinante inicial de la creación del CSdT fue la puesta en marcha del hospital de la Mancomunitat Sabadell-Terrassa¹. A lo largo del tiempo, también influyeron factores de índole económica y de salud, que motivaron la integración de otros proveedores: la atención primaria, para mejorar la planificación y coordinación del alta hospitalaria^{5,13}; y con el centro sociosanitario, para disminuir la estancia media hospitalaria, aprovechar economías de escala y garantizar la continuidad asistencial¹³.

La estructura organizativa del CSdT/FHSL ha ido cambiando a lo largo de los años en función del proyecto organizativo de los diferentes equipos directivos: de una estructura funcional con una dirección médica única conjunta para todos los niveles asistenciales en la primera etapa (1989-1994)¹⁰ se evoluciona a un diseño divisional con una dirección por nivel asistencial en el período 1995-2000¹⁴. En la última etapa (2000-2004), vuelven a integrarse las direcciones y se crea una única dirección asistencial¹⁵.

Elementos del entorno

El área de referencia del CSdT/FHSLL se sitúa en la comarca del Vallès Occidental, que reúne un total de 23 municipios y cuya capitalidad comparten Sabadell y Terrassa, con el Hospital de Terrassa ubicado en la zona limítrofe entre ambos.

La comarca, con el 11,3 % de la población de Cataluña (773.800 habitantes¹⁶), abarca menos del 2 % del territorio. Se trata, pues, de una comarca densamente poblada (1.355,4 hab./km²)¹⁷, con crecimientos poblacionales (13,1 %) superiores a la media de Cataluña (7,4 %) y menor índice de envejecimiento¹⁷. A pesar de ser un centro con importante dinámica económica, su economía ha sufrido fuertes tensiones en los últimos años, que se reflejan en una tasa de paro ligeramente superior a la media de Cataluña¹⁷. Su territorio, cruce de comarcas del interior de Cataluña y el norte y el sur de la conurbación de Barcelona, cuenta con una excelente red de carreteras y autopistas¹⁸.

En el Vallès Occidental, además del CSdT/FHSLL prestan servicios otras entidades de la red pública: en el área de Terrassa, una organización sanitaria integrada, la Mútua de Terrassa, que gestiona el Hospital Mútua de Terrassa, con un centro de salud mental infantil y cinco ABS, y el Institut Català de la Salut (ICS), que gestiona un ABS; en la de Sabadell, otra organización sanitaria integrada, el Consorci Sanitari del Parc Taulí (CSPT), que gestiona el hospital de referencia y un ABS, y el Institut Català de la Salut (ICS), que gestiona atención primaria en diecisiete ABS⁹.

En el ámbito de la alta tecnología (radioterapia y oncología), el CSdT/FHSLL se coordina con la Mútua de Terrassa y el CSPT para evitar duplicidades¹¹. La colaboración con el CSPT se pone en marcha en 2005 mediante un convenio de colaboración y la constitución de una comisión permanente para promover la coordinación, definir objetivos asistenciales y docentes compartidos, articular políticas de compra, laborales y de formación continuada comunes, y establecer conjuntamente criterios de derivación y guías de práctica clínica¹⁹. Para potenciar la alianza estratégica entre el CSdT/FHSLL y el CSPT, el CatSalut ha nombrado a los mismos representantes para sus órganos de gobierno respectivos. En un futuro, se espera sustituir la comisión permanente por un ente con personalidad jurídica propia, en que participen ambos consorcios¹⁹.

El CatSalut compra por línea de servicios, utilizando mecanismos de pago diferentes para cada una: para la atención primaria, un presupuesto de acuerdo con la estructura del equipo; para la especializada, pago por actividad según la línea de producto²⁰⁻²².

Asimismo, el CatSalut fija los objetivos al CSdT/FHSLL por nivel de asistencia. Estos objetivos se refieren a los ámbitos de accesibilidad, efectividad, coordinación, eficiencia y satisfacción^{20,21,23}. En general, se trata de objetivos relacionados con el registro de información de tipo asistencial (derivaciones, reingresos, etc.) o de proceso (establecer un circuito administrativo, una GPC, etc.)^{20,21}. Pocos objetivos se refieren a la coordinación asistencial y los existentes no se establecen conjuntamente para los niveles implicados: se establecen objetivos de proceso para la atención primaria que promueven la gestión compartida de una patología trazadora –EPOC– (consensuar una cartera de servicios y el nivel de resolución de la atención prima-

ria, así como definir circuitos y flujos)²³, pero no se establecen para otros niveles asistenciales involucrados en el proceso. No obstante, en 2005 se disminuyó el número de objetivos, se concentraron en resultados asistenciales y se reforzaron los de continuidad con la inclusión de algunos relacionados con el seguimiento del paciente en el momento del alta hospitalaria²⁴.

Modelo de gobierno

La organización consta de dos gobiernos: el consejo de gobierno del CSdT y el patronato de la FHSLL. El primero lo forman seis representantes de la Generalitat, que son directivos del CatSalut y empresarios locales, con mayoría absoluta; dos representantes políticos del ayuntamiento de Terrassa y dos de la Fundació Hospital Sant Llàtzer. El patronato de la Fundació está formado por cargos municipales y representantes de entidades ciudadanas²⁵.

Con excepción de los representantes de la Generalitat, los miembros de los órganos de gobierno proceden de ámbitos diversos y ajenos al sector sanitario. Su dedicación se concentra exclusivamente en la asistencia a las reuniones mensuales, excepto la presidenta del CSdT, que dedica 2 días por semana a desempeñar esta función²⁵. El gerente asiste a las reuniones del consejo y del patronato con voz, pero sin voto¹.

Entre las funciones que los estatutos del CSdT y FHSLL otorgan a los órganos de gobierno¹ se encuentran la aprobación de planes y presupuestos, del resultado de la gestión asistencial y económica, los reglamentos organizativos y de funcionamiento y, en general, de todas las decisiones relacionadas con la ampliación de actividades, inversiones o convenios con otras entidades. La presidenta del CSdT tiene atribuidas las funciones de ejecutar los acuerdos de gobierno, elevar el proyecto a sus miembros, elaborar el organigrama, constituir comisiones y administrar los bienes del Consorci¹.

En la práctica, el gobierno se concentra en la aprobación de acuerdos con otros proveedores sanitarios, apertura de nuevas líneas asistenciales, seguimiento de la actividad asistencial y de la cuenta de explotación²⁶. La presidenta, junto con el gerente, presenta al resto de miembros del gobierno los objetivos estratégicos y planes de empresa²⁶. La información que la gerencia proporciona al gobierno incluye datos asistenciales por línea de servicios y relativa a productos intermedios (altas, estancias, visitas, pruebas complementarias, etc.), así como los cambios organizativos, seguimiento de servicios nuevos, etc.²⁶. Por su parte, las intervenciones de los políticos locales se relacionan, en su mayoría, con aspectos de insuficiencia de recursos (plazas sociosanitarias y centros de atención primaria) y listas de espera en los especialistas en los dos municipios con representación política en el órgano de gobierno²⁶.

Dimensión estratégica

El CSdT/FHSLL recoge en diversos documentos, estrategias, estatutos y planes de empresa su propuesta de modelo integral de atención, que engloba todos los nive-

les asistenciales, así como la actuación en un área geográfica con una población definida^{1,2,10}. Estos elementos también están presentes en la misión de la organización: “Queremos ser una institución de atención integral a la salud de las personas, orientada a la población del Vallès Occidental y fuertemente vinculada con los municipios, una organización actual, tanto en su modelo de atención (integración de niveles, alternativas a la atención convencional, etc.), como en su estructura física y en sus equipamientos, y en sus instrumentos de organización y gestión, que utiliza las alianzas estratégicas como vehículo para conseguir sus objetivos²⁷”.

Los objetivos y estrategias del CSdT/FHSLL para 2004-2008 se enmarcan dentro del plan de reordenación de la atención especializada del Vallès Occidental¹²: ampliación del área de referencia del CSdT hacia Sabadell; mantenimiento de la actividad terciaria del CSdT en coordinación con los otros hospitales, y promoción de alianzas estratégicas y programas de gestión clínica compartidos entre niveles asistenciales.

Además, el plan de empresa actual^{5,27} incluye otras estrategias relacionadas con la integración interorganizativa: 1) ampliación de los servicios ofrecidos, mediante alianzas estratégicas con otras entidades: municipios, para la provisión de servicios de salud pública; con otros proveedores sanitarios del territorio –el ICS para la atención primaria y el CSPT para la atención de agudos– y con entidades no sanitarias para mejoras económicas, de investigación y formación; 2) implementación de un modelo de organización asistencial descentralizado basado en unidades funcionales; 3) potenciación de instrumentos de planificación y de gestión clínica; 4) coordinación entre niveles asistenciales mediante equipos multidisciplinarios, un sistema de información integrado, gestión integral de la farmacia y un plan de mejora continua de la calidad en toda la organización, y 5) potenciación de la atención a domicilio, de alternativas a la hospitalización convencional y aumento de la capacidad de resolución de la atención primaria.

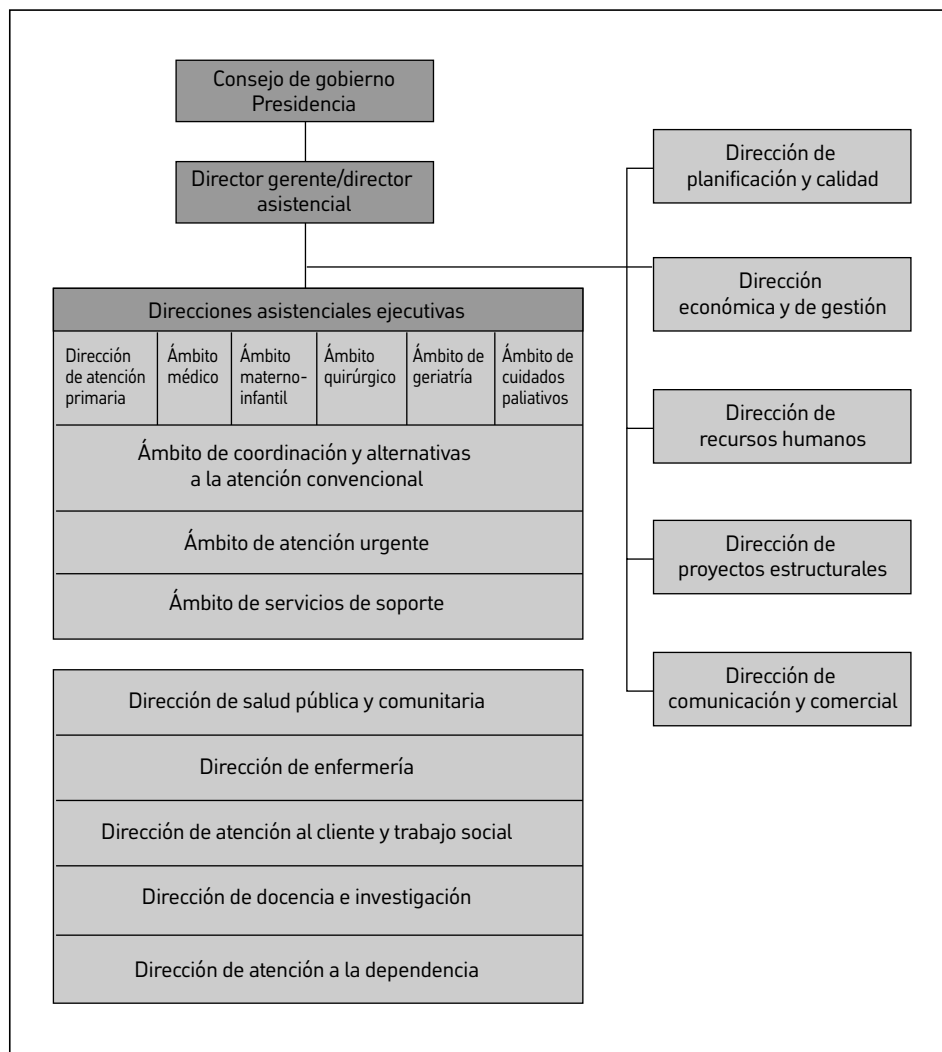
Estrategias de mejora de la coordinación y la eficiencia, basadas en instrumentos de coordinación, aparecen en los diferentes planes del CSdT/FHSLL desde su constitución^{5,9,11}.

Estructura organizativa

A lo largo de los 15 años de vida, el CSdT/FHSLL ha implantado diversos diseños organizativos¹⁴. La forma organizativa actual es un diseño funcional con integración de la dirección asistencial y de las funciones de apoyo para toda la organización¹⁰.

El director gerente, que también ejerce las funciones de dirección asistencial, depende directamente de la presidencia del CSdT/FHSLL. De la gerencia, a su vez, dependen las direcciones ejecutivas de los ámbitos asistenciales y las direcciones de soporte no asistencial y asistencial (fig. 6-2)¹⁵. Se han establecido dos tipos de ámbitos: por nivel asistencial y horizontales. Entre los primeros, están los de atención primaria, médica, maternoinfantil, quirúrgica, cuidados paliativos, geriatría, coordinación y alternativas a la atención convencional, atención urgente y servicios de soporte. Los ámbitos horizontales, integrados para todos los niveles asistenciales, son:

Figura 6-2. Organigrama del CSdT/FHSLL, 2005.



salud pública y comunitaria, enfermería, atención al cliente y trabajo social, docencia e investigación, y atención a la dependencia¹⁵. El responsable de cada ámbito se encarga del control de resultados y del establecimiento del presupuesto de los servicios²⁵. Conjuntamente con el responsable del servicio o del equipo, gestiona el presupuesto, planifica la asistencia del ámbito y todas aquellas actividades que tienen que ver con la gestión de las personas: selección, formación, etc.²⁵.

El CSdT/FHSLL cuenta con cuatro órganos de gestión¹⁵: *comité de dirección*, de carácter estratégico e informativo, en el cual participan todos los directivos de la

organización; *comité de coordinación asistencial*, que conecta los ámbitos asistenciales por niveles asistenciales con los horizontales, y la dirección de planificación y calidad. Ejerce un rol estratégico centrado en el ámbito asistencial²⁸: dirigir la estrategia asistencial, diseñar políticas asistenciales comunes (calidad, metodología asistencial, docencia e investigación) y coordinar los temas transversales para toda la organización; *comité de gestión clínica*, compuesto por las direcciones de los ocho ámbitos asistenciales, enfermería y la dirección asistencial-gerencia, con funciones asistenciales operativas, y *comités de dirección* de cada nivel asistencial, responsables de la gestión operativa de ese nivel²⁹. En la práctica, los dos primeros poseen un carácter más informativo y los otros dos ejercen un rol más ejecutivo²⁸⁻³⁶.

Para coordinar las funciones de dirección, se utilizan, además, otros instrumentos de coordinación: *comités permanentes* –de recursos humanos, de soporte no asistencial y de calidad¹⁵–, *grupos de trabajo* para coordinar aspectos globales, como la planificación estratégica de la organización, y *políticas comunes*, como el plan de calidad del CSdT/FHSL³⁷.

Sistema de asignación de recursos y de incentivación al personal

El CSdT/FHSL recibe la financiación por nivel asistencial y elabora el presupuesto de forma global para toda la organización a partir de los objetivos estratégicos anuales fijados en el plan de empresa y del gasto histórico. La asignación interna de recursos se realiza por ámbito asistencial y servicio, según la estructura organizativa⁷. Los responsables de los ámbitos gestionan las partidas de personal, consumos y productos intermedios, a partir del precio estimado para las pruebas complementarias. Para el seguimiento del presupuesto, los responsables de los ámbitos y servicios reciben información sobre gasto de personal y de funcionamiento (consumos, mantenimiento, etc.).

Los gastos se imputan en cuatro niveles: dirección, ámbitos, soporte y recursos humanos y planificación. Los centros de beneficio coinciden con las unidades que perciben un ingreso por la compra de servicios del CatSalut (consultas externas, hospitalización, atención primaria, etc.)⁷.

Coordinación asistencial

Organización asistencial

La organización de la asistencia en CSdT/FHSL³⁸ se enmarca en el modelo del sistema de salud catalán, en que la atención primaria asume el rol de puerta de entrada (*gatekeeper*)⁶ y el especialista actúa de consultor y realiza los procedimientos diagnósticos y terapéuticos especializados³⁹. No obstante, adopta modelos diversos. Por un lado, ha incorporado especialistas a la mayoría de los centros de atención primaria que no pasan visita conjuntamente con los médicos de cabecera y a los cuales,

no obstante, pueden consultarles casos. Por el otro, en los centros de atención primaria restantes se ha establecido la consulta regular de casos en seis especialidades (psiquiatría, neumología, cardiología, aparato digestivo, medicina interna y geriatría) para reforzar la capacidad de resolución de la atención primaria⁶.

Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial entre niveles

Para fortalecer la coordinación en la atención al paciente entre la atención primaria y la atención especializada de agudos, el CSdT/FHSL ha desarrollado mecanismos basados en la estandarización de procesos –guías de práctica clínica, protocolos y circuitos de derivación– y en el intercambio de información clínica –sistema de información–. La coordinación entre los servicios sociosanitarios y el resto de niveles asistenciales se realiza con los instrumentos basados en la adaptación mutua: equipos de evaluación y soporte a la atención primaria (PADES), soporte al hospital (UFISS) y las comisiones permanentes⁴⁰ (tabla 6-1).

Se han elaborado 14 documentos entre *GPC* y *protocolos* para la coordinación de la atención del proceso a lo largo de los niveles asistenciales. Una vez que se ha detectado la necesidad de elaborar una GPC, se crean grupos de trabajo en los cuales participan profesionales de diferentes niveles y especialidades⁴¹. La guía elaborada se difunde entre el personal involucrado en la atención del proceso, generalmente, mediante las sesiones clínicas⁴².

Para garantizar la continuidad asistencial tras el alta del paciente desde las unidades sociosanitarias –larga estancia, curas paliativas y convalecencia–, se elabora un *plan* que contiene la situación clínica, funcional y cognitiva, el plan de cuidados y las recomendaciones terapéuticas. El informe se envía al recurso al cual se deriva el paciente: CAP, residencia asistida u hospital de agudos. En los casos complejos, se establece comunicación telefónica con los médicos de cabecera⁴³⁻⁴⁵.

Los *circuitos de cribación de cáncer de mama y cuello uterino*, elaborados por el servicio de obstetricia y ginecología del hospital, recogen las recomendaciones del Departament de Salut y los criterios de derivación desde la atención primaria hacia la atención especializada en los diferentes casos⁴⁶.

Las *consultorías* y las *sesiones clínicas* son un instrumento bastante utilizado en el CSdT para acercar el conocimiento especializado a los otros niveles asistenciales. En las consultorías, el especialista se traslada al centro de atención primaria para analizar casos clínicos complejos, como forma de mejorar la capacidad de resolución de los médicos de cabecera⁶, pero no intervienen de manera sistemática en sus sesiones clínicas⁴⁷. También, se promueve el intercambio de especialistas entre el hospital de agudos y el centro sociosanitario. Especialistas del hospital (neumología, psiquiatría, dermatología, oftalmología y odontología) actúan como consultores de las diferentes unidades del centro sociosanitario y médicos de la UFISS y de la unidad de curas paliativas actúan como asesores y participan en sesiones de algunos servicios del hospital de agudos^{40,45}. El equipo del PADES realiza sesiones clínicas a petición de los CAP⁴⁸.

PADES y UFISS, además de realizar funciones de valoración y asistencia, actúan como *puestos de enlace* entre el centro sociosanitario y los otros niveles asistencia-

Tabla 6-1. Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial desarrollados en el CSdT/FHSL

Base de la coordinación	Tipo de instrumento de coordinación	Instrumento	Niveles asistenciales que coordina
Normalización de procesos de trabajo	Protocolos/guía de práctica clínica	Asma, asma infantil, depresión, AC*FA, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, faringitis en niños e inmigración	AP-AEA
		Ictus, EPOC, ATDOM	AP-AEA-ASS
		Enfermos terminales –dolor y duelo–	AP-ASS/PADES
		Maltrato a la infancia	AP-AEA-SS
	Plan de alta	Paciente en unidad de convalecencia, curas paliativas y larga estancia	ASS-AP ASS-AEA
	Circuito administrativo	Cribación de cáncer de mama, cuello uterino y pulmón	AP-AEA
Normalización de habilidades	Sistema de experto	Consulta de casos clínicos	AEA-ASS AP-AEA
Adaptación mutua	Puesto de enlace	UFISS de geriatría	AEA-ASS
		PADES	AP-ASS
	Grupo de trabajo	Elaboración de las GPC	
	Comisión permanente	Comisión de coordinación AP-ASS	AP-ASS
		CIMS	AP-AEA-ASS
		Comisión de farmacia integral	AP-AEA-ASS
	Comunicación informal	Comunicación telefónica	ASS-AEA-AP
	Sistema de información vertical		AP-AEA (hospitalización)

AC*FA, fibrilación auricular; AEA, atención especializada de agudos; AP, atención primaria; ASS, atención sociosanitaria; ATDOM, programa de atención domiciliaria; CIMS, comisión de ingreso sociosanitario; EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; GPC, guía de práctica clínica; PADES, programa de atención a domicilio-equipos de soporte; SS, servicios sociales; UFISS, unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria.

les, para la atención de las personas con riesgo sociosanitario. Los pacientes con riesgo sociosanitario son: personas mayores con enfermedad, personas con enfermedad en situación terminal y personas con enfermedades crónicas evolutivas y dependencia funcional⁴⁰. El equipo PADES –un médico, dos enfermeros y un trabajador social– proporciona apoyo especializado en geriatría y curas paliativas a la atención primaria y actúa a domicilio. El equipo UFISS –un geriatra, un enfermero y un trabajador social–, especializado en geriatría, interviene en el hospital⁴⁰.

Además, existe una *comisión entre la atención primaria y el centro sociosanitario* para mejorar la comunicación, unificar criterios y desarrollar protocolos conjuntos para la atención de pacientes con riesgo sociosanitario. Esta comisión está constituida por representantes del PADES, de la UFISS, unidades de hospitalización sociosanitarias y representantes de los centros de atención primaria⁴⁰.

El ingreso de los pacientes en las unidades sociosanitarias del área se coordina mediante una *comisión de ingresos* en que participan un representante de cada centro sociosanitario del territorio, las UFISS del Hospital de Terrassa y de la Mútua de Terrassa, un representante de los servicios sociales municipales y un representante de la región sanitaria del CatSalut⁴³.

La *comisión de farmacia integral* para mejorar el uso racional del medicamento de forma consensuada entre los profesionales de todos los ámbitos asistenciales del CSdT aplica políticas conjuntas de selección de medicamentos y eficiencia⁴⁹. La comisión está compuesta por farmacéuticos, médicos asistenciales de los tres ámbitos, jefes de compras y, para aspectos específicos, otros profesionales (enfermería, etc.).

El acceso a la *información* sobre el paciente es desigual entre los diferentes niveles asistenciales⁴¹. Sólo, la atención primaria recibe información del paciente de otro nivel de atención: informe de alta de los servicios hospitalarios que están informatizados, los informes de radiología, anatomía patológica y laboratorio. Para ello, se dispone de un identificador único del paciente que relaciona los diferentes números del paciente de los distintos niveles asistenciales. Los médicos de cabecera reciben también un aviso cuando sus pacientes ingresan en el hospital, son dados de alta o son atendidos en el servicio de urgencias. El intercambio de información entre el centro sociosanitario y el hospital de agudos se realiza fundamentalmente en las sesiones conjuntas⁵⁰.

Como *herramientas de soporte a las decisiones clínicas* (SCOD) se han informatizado algunos protocolos desarrollados, con el programa informático OMI-AP: HTA, diabetes, PAPPS (programa de actividades preventivas de promoción de la salud), atención domiciliaria, EPOC, enfermedad tiroidea y niño sano. Contienen las actividades de prevención, control y tratamiento recomendadas, e incluyen recordatorios de actividades preventivas.

Coordinación en procesos asistenciales seleccionados

PROCESO CRÓNICO: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

El CSdT/FHSLL inició en 2005 la implantación de un programa para la gestión de la EPOC, que presenta elementos característicos de los programas de gestión de

enfermedades (PGE). Los objetivos del programa son: 1) disminuir el número de ingresos y visitas por agudización de la EPOC; 2) disminuir la estancia media de los ingresos por EPOC; 3) potenciar la comunicación entre todos los niveles asistenciales involucrados para facilitar la atención integral del proceso, y 4) aumentar la eficiencia⁵¹. Para su elaboración, se creó un comité multidisciplinario en que participaban todos los niveles asistenciales –neumólogos, médicos de urgencias, internistas, médicos de atención primaria, especialistas del centro sociosanitario, enfermería del hospital y de atención primaria–, coordinado por el neumólogo del hospital⁵¹. Se realizaron 10 reuniones, de las cuales se obtuvo un documento de consenso⁵².

El programa define los roles de los profesionales y circuitos, establece mecanismos para la coordinación de la información y de la gestión del proceso, y nuevos recursos para la atención (fig. 6-3)⁵¹.

El gestor del proceso depende del nivel de complejidad del paciente: el equipo de atención primaria realiza la detección, diagnóstico, prevenciones primaria y secundaria, y gestión del grupo de pacientes menos complejos⁵² (I)^a. La *unidad de EPOC* –un neumólogo y un fisioterapeuta– actúa como gestora para los pacientes con riesgo más elevado, es decir, II, III y IV (con acceso directo al especialista) y coordina la atención con el resto de servicios, mediante la UFISS y el PADES.

El programa introduce, además de los ya existentes, nuevos mecanismos para mejorar la continuidad asistencial de la EPOC⁵¹: 1) la figura de *responsable-coordinador único del programa EPOC*, el neumólogo; 2) el *comité permanente de EPOC*, órgano asesor, consultor y promotor de los protocolos de actuación, con representación de todos los servicios implicados: atención primaria, agudos (urgencias, medicina interna y neumología) y centro sociosanitario; 3) *registro informático específico de todos los pacientes con riesgo de EPOC*, para facilitar su identificación por todos los profesionales implicados en el proceso asistencial, y 4) *estandarización de los procesos de trabajo* mediante un protocolo de la EPOC que establece las actividades que deben realizar los diferentes niveles asistenciales implicados en el proceso, según el grupo de riesgo de EPOC; también establece los objetivos comunes del equipo de trabajo y el tipo de pacientes candidatos a este recurso asistencial⁵¹.

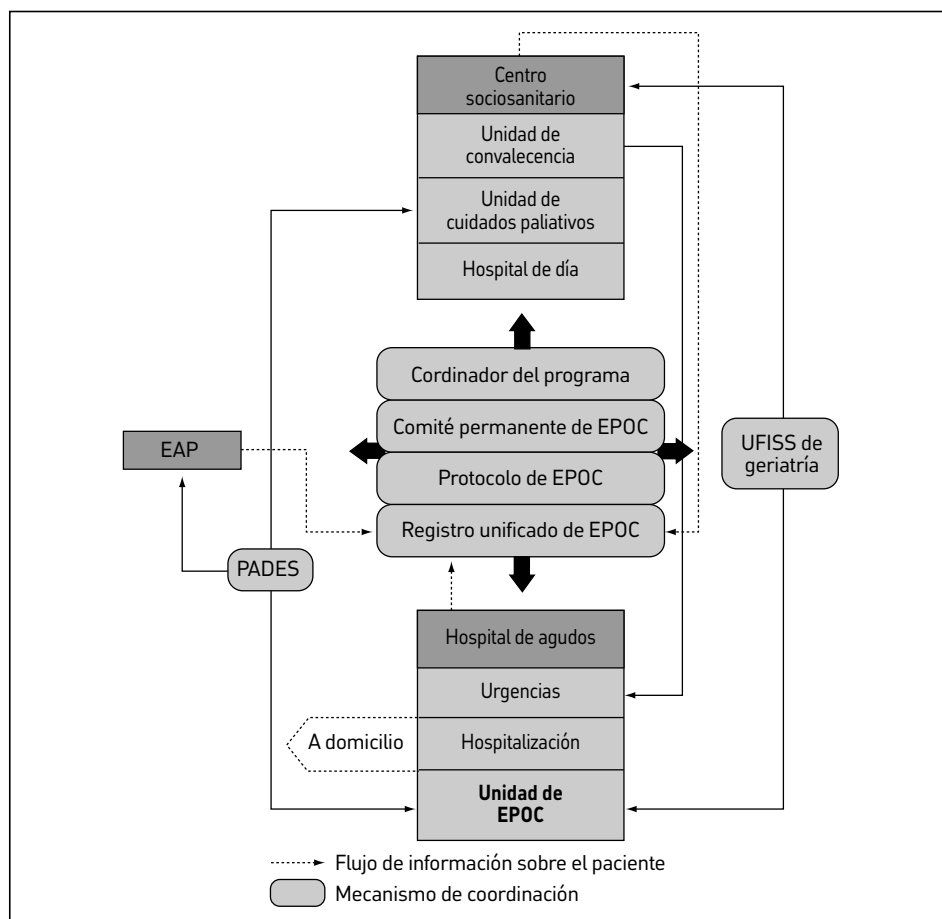
Además, el programa contempla otros dos elementos propios de los PGE: la identificación de la población de riesgo que debe cubrir el programa y su clasificación en cuatro grupos según el nivel de complejidad, y las actividades de educación al paciente, que incluyen talleres de EPOC para el aprendizaje en el uso de la medicación, las bases para una correcta respiración y recomendaciones nutricionales.

El programa propone reforzar la hospitalización domiciliaria⁵¹, que estaría a cargo de un equipo especializado con la tecnología apropiada.

No se ha contemplado ningún sistema de indicadores para evaluar los resultados del programa, ni tampoco la retroalimentación a los profesionales con información sobre el proceso.

^aI. Pacientes diagnosticados recientemente sin problemas de tratamiento; II. Pacientes con EPOC que requieren, por primera vez, atención en un servicio de urgencias y/o ingresan por primera vez; III. Pacientes reingresados; IV. Pacientes que requieren atención paliativa.

Figura 6-3. Programa de gestión de la EPOC del CSdT/FHSLL: unidades asistenciales implicadas e instrumentos de coordinación.



EAP, equipo de atención primaria; EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva; PADES, programa de atención domiciliaria-equipos de soporte; UFISS, unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria.

PROCESO CRÓNICO CON DEPENDENCIA: ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Un paciente con un diagnóstico de AVC se valora, aplicando la guía de actuación médica⁵³ y de enfermería⁵⁴. Cuando el paciente ingresa en planta, se han aplicado la guía de actuación, la detección de la situación funcional y el protocolo de situación familiar. Además, la UFISS, junto con el fisioterapeuta y el dietista, realizan la valoración geriátrica y, junto con los familiares, determina el tipo de recurso al cual se deriva el paciente⁵⁵: unidad de convalecencia; unidad de curas paliativas; unidad de larga estancia; residencia asistida para pacientes crónicos, o domicilio con rehabilitación en el hospital de día o domiciliaria.

El ingreso de los pacientes en las diferentes unidades sociosanitarias se coordina a través de la *comisión de ingresos (CIMS)*. En el momento del alta hospitalaria, se transfiere al recurso de destino el informe de alta, junto con la valoración global realizada por la UFISS y el plan de cuidados. Si no lo realiza el médico de cabecera, éste también recibe la información.

El médico de cabecera realiza el seguimiento de los pacientes poco complicados, con el apoyo de la UFISS, que coordina la rehabilitación con el hospital de día o con el servicio de fisioterapia domiciliaria. El especialista realiza el seguimiento de pacientes con numerosos síndromes geriátricos⁵⁵.

Como instrumento de coordinación, se encuentra la *guía de atención integral a los pacientes con AVC*⁵⁶, que recoge las actuaciones que deben realizarse desde la detección del caso hasta el momento del alta hospitalaria. Entre los objetivos de la guía, destacan la mejora de la calidad asistencial, la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y el inicio precoz de la rehabilitación del paciente. Los servicios implicados son el equipo de urgencias, la planta de agudos y la UFISS. La GPC fue elaborada por la UFISS y el servicio de medicina interna, con el apoyo de la unidad de investigación y docencia en 1993, y fue divulgada en sesiones clínicas con los médicos⁵⁵. Las unidades e instrumentos de coordinación involucrados se representan en la figura 6-4.

Además de los instrumentos de coordinación mencionados, existen otros de carácter informal⁵⁵: reuniones entre los médicos de medicina interna y los médicos de la UFISS para revisar los casos; desplazamientos de la enfermera de la UFISS al centro sociosanitario para seguir la evolución del paciente, y reuniones periódicas entre el PADES, la UFISS, la atención primaria y la atención especializada.

PROCESO AGUDO: FRACTURA DE FÉMUR EN ANCIANOS

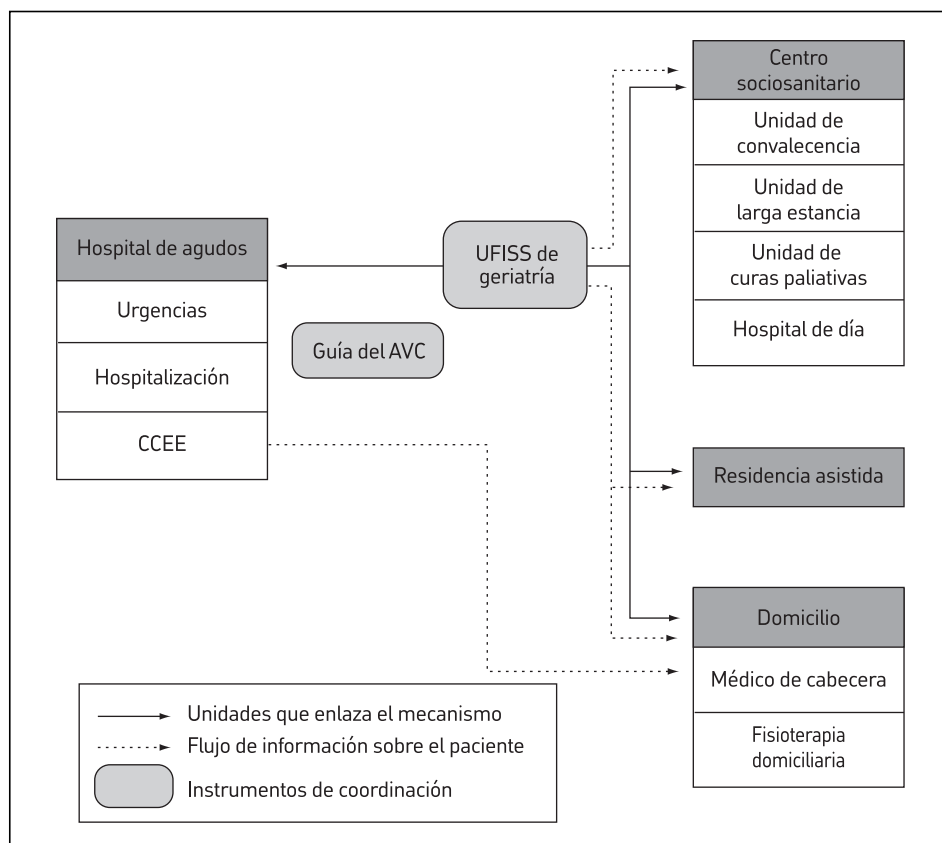
El servicio de urgencias hospitalario suele ser la puerta de entrada al sistema de los pacientes mayores con fractura de fémur. El gestor del caso es el traumatólogo, que actúa en coordinación con la UFISS de geriatría⁵⁷. En el momento del ingreso, se comunica a la UFISS de geriatría para realizar la valoración y el plan terapéutico geriátrico. Durante el ingreso hospitalario, la UFISS realiza el informe de valoración definitiva para llevarlo a la CIMS en caso de que sea necesario el recurso sociosanitario.

Para la coordinación de la atención entre las unidades que intervienen se utiliza el informe de alta, que incluye la pauta médica, la programación de las pruebas diagnósticas y las visitas de seguimiento posteriores con el traumatólogo. Esta información se comunica al médico de cabecera o al centro sociosanitario, según dónde se derive el caso.

Igualmente, en la unidad de convalecencia se elabora un plan del alta en que constan las situaciones clínica, funcional y cognitiva, el plan de curas y las recomendaciones terapéuticas⁴⁰. El informe se transmite al recurso, al cual se deriva el paciente: al CAP si es al domicilio, a la residencia o al hospital de agudos si se produce un traslado urgente por agudización del enfermo o ingreso programado. En los casos más complejos, hay comunicación telefónica con los médicos de cabecera⁴³⁻⁴⁵.

Para los pacientes con fractura de fémur, se desarrolló en 1999 un protocolo de la gestión del proceso en el hospital. En su elaboración, participaron la UFISS, el servicio de traumatología y enfermería⁵⁷. El protocolo fue presentado a los médicos implicados de los servicios hospitalarios.

Figura 6-4. Mecanismos de coordinación entre unidades para la atención del AVC en el CSdT/FHSL.



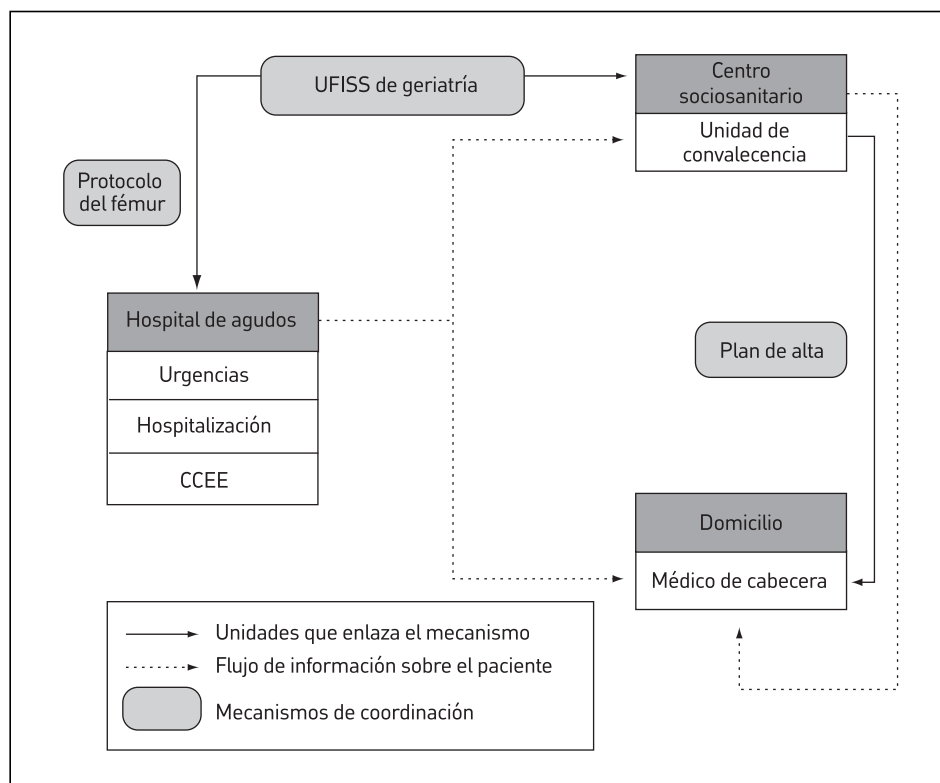
CCEE, consultas externas; UFISS, unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria.

La figura 6-5 resume las unidades e instrumentos de coordinación involucrados en la atención del proceso.

Discusión

El CSdT/FHSL es una organización sanitaria integrada que proporciona servicios de atención primaria, atención especializada y atención sociosanitaria a una población de 134.446 habitantes que reside en la comarca del Vallès Occidental. Se trata de una organización sanitaria integrada verticalmente hacia atrás, es decir, desde la atención hospitalaria hacia la atención primaria, con provisión total de sus servicios y propiedad virtual de los servicios.

Figura 6-5. Mecanismos utilizados para la coordinación de la atención de la fractura de fémur en el CSdT/FHSL.



CCEE, consultas externas; UFISS, unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria.

Los elementos clave que definen a una OSI –la propuesta de un modelo integral que incluya todos los niveles asistenciales y la actuación en un área geográfica con una población definida– se encuentran en diferentes documentos estratégicos de esta organización, incluyendo sus estatutos de constitución^{2,10}.

Si bien el determinante inicial de la creación del CSdT/FHSL fue la puesta en marcha del hospital de agudos, desde sus inicios gestionaba un centro de atención primaria, hecho que probablemente influyó en su desarrollo posterior. La organización de la integración en torno al hospital (integración vertical hacia atrás) implica, para algunos autores^{58,59}, el ejercicio del liderazgo por este nivel asistencial, lo cual ha sido objeto de numerosas controversias. Por un lado, se apunta al riesgo de un excesivo “hospitalcentrismo” en la toma de decisiones para la red que podría retrasar la innovación y la reasignación de recursos entre niveles asistenciales, especialmente en un entorno con sistemas de asignación que no la incentivan⁶⁰. Por otro lado, se señala como fortalezas de este tipo de OSI, las experiencias financiera y organizativa del nivel hospitalario⁶¹.

El CSdT/FHSLl provee de la práctica totalidad de los servicios a lo largo del continuo asistencial para su población de referencia. Debido a los desequilibrios en la oferta hospitalaria de la zona –ligeramente superior a la media de Cataluña en el sector de Terrassa e inferior en el de Sabadell– se expandió su área de referencia hacia Sabadell y se establecieron fórmulas de colaboración con el CSPT para evitar la duplicación en la atención de alta tecnología y alguna especialidad⁶².

Entre los elementos del entorno que podrían dificultar la coordinación asistencial en el interior de la red del CSdT/FHSLl, destacan los mecanismos de asignación en la compra de servicios por el CatSalut. La falta de integración en la compra de servicios de salud en Cataluña, en cuanto a los incentivos que generan los mecanismos de pago utilizados y a los objetivos de compra establecidos, ya ha sido analizada por diversos autores^{63,64}. Esta falta de integración se manifiesta notoriamente cuando el proveedor al cual se le asignan los recursos es una única organización que proporciona diferentes niveles asistenciales. En el esquema actual, el CSdT/FHSLl posee pocos incentivos para aumentar la capacidad de resolución de la atención primaria ya que sus ingresos aumentan con la actividad hospitalaria⁵⁹. En cambio, predominan los incentivos a la eficiencia entre niveles y no a la coordinación para tratar el problema de salud en el lugar más coste-efectivo a lo largo del continuo⁶³. Así, la búsqueda de la eficiencia en el nivel hospitalario (reducción de la estancia hospitalaria) aparece en el CSdT/FHSLl como uno de los determinantes de la integración hospitalaria con la atención sociosanitaria y la atención primaria. Tampoco son globales los objetivos que fija el CatSalut al CSdT/FHSLl y los pocos que se refieren a coordinación asistencial no se establecen conjuntamente con los servicios implicados.

Entre los elementos internos que influyen en el proceso de integración asistencial, se encuentra el *gobierno de las instituciones*⁶⁵. Los estatutos del CSdT/FHSLl otorgan a los órganos de gobierno un rol estratégico en la formulación de las políticas para la toma de decisiones de las OSI y la evaluación de su desempeño. No obstante, en la práctica, este órgano desempeña un papel más pasivo y sancionador, que se concentra principalmente en el seguimiento presupuestario y de la actividad de la organización, con la excepción de la figura de la presidencia, que participa activamente en la toma de decisiones de la organización. En el análisis, se observaron otros elementos favorables y desfavorables en relación con la buena gobernabilidad del CSdT/FHSLl. Entre los primeros, la información exhaustiva por parte de la presidencia y gerencia del CSdT/FHSLl de los objetivos y estrategias de la organización, así como la incorporación de representantes políticos del ámbito local que recogen algunos temas relativos a las necesidades de salud de la población aunque más desde una perspectiva municipal que comarcal. Entre los elementos desfavorables, destaca la evaluación inapropiada del desempeño de las OSI. La información que periódicamente se facilita al órgano de gobierno no permite fortalecer una visión global de la OSI, al tratarse de una información por línea asistencial (agudos y primaria, fundamentalmente), referida a productos intermedios (visitas, altas o estancia media) de difícil interpretación y poco relacionada con resultados asistenciales globales. Tampoco se monitoriza el progreso en la integración asistencial ni se incluyen resultados de salud de la población.

La existencia de un conjunto de objetivos y estrategias globales para toda la organización, claramente orientado hacia la coordinación asistencial y la eficiencia, constituye una de las principales fortalezas del CSdT/FHSLl desde el punto de vista de la integración asistencial⁶². Para alcanzar estos dos objetivos, entre sus estrategias contempla muchas de las consideradas efectivas para lograr la integración: para mejorar la coordinación, el desarrollo de mecanismos de coordinación asistencial, y para mejorar la eficiencia, el establecimiento de alianzas con otros proveedores, el progreso en instrumentos de planificación y gestión clínica, y la mejora de la capacidad resolutoria de la atención primaria. Vale la pena mencionar la ausencia de estrategias, como el desarrollo de un sistema de monitorización del desempeño de la OSI⁶⁶.

La coordinación a lo largo del continuo de servicios se ve obstaculizada o facilitada por el tipo de estructura que adopte la organización⁶⁷. El CSdT/FHSLl presenta una estructura organizativa *funcional* en la cual las actividades asistenciales se agrupan por especialidad médica (servicios), respetando la división por nivel asistencial. Este tipo de diseño organizativo por funciones, muy utilizado por los proveedores sanitarios, compartimenta la atención y dificulta la coordinación a lo largo del proceso asistencial⁶⁸. Para mejorar la coordinación *intrahospitalaria*, ha agrupado los servicios hospitalarios relacionados en *ámbitos asistenciales*. El propósito para un futuro consiste en el hecho de que estos ámbitos reúnan todos los servicios relacionados a lo largo del continuo y así puedan descompartimentar la atención.

Asimismo, un elemento considerado facilitador de la coordinación de la atención es la integración de las funciones de dirección y apoyo a lo largo de la OSI de manera que añadan el mayor valor al sistema (*integración funcional*)⁶². Gillies et al⁶⁶ sostienen que, en la medida en que se consiga la integración funcional, se incrementará el grado de integración clínica o coordinación asistencial del sistema. El CSdT/FHSLl ha integrado estas funciones y las de dirección asistencial para toda la organización. Para coordinar estas funciones, utiliza mecanismos basados en la adaptación mutua: directivos integradores –director asistencial y direcciones de recursos humanos, económica, sistema de información, etc., únicas para toda la organización– y comisiones permanentes –comité de dirección, gestión clínica, etc.–. El uso elevado de este tipo de mecanismos se debe a la descentralización en la toma de decisiones asistenciales a los responsables de ámbitos.

Los mecanismos de financiación de los servicios en Cataluña se traducen, en el interior de las OSI, en la utilización de sistemas de asignación inadecuados para mejorar la coordinación y la eficiencia. Bajo la forma de pago actual, el incentivo para el CSdT/FHSLl es asignar internamente los recursos de manera que se maximicen los ingresos, mediante más ingresos hospitalarios, visitas de consulta externa, urgencias, etc.; probablemente, todo ello está poco relacionado con el hecho de proporcionar la atención en el lugar más coste-efectivo dentro del continuo asistencial. Ello se manifiesta en la poca utilización de mecanismos internos para incentivar la coordinación asistencial y alinear los objetivos de las diferentes unidades con los objetivos globales del CSdT. La descentralización del presupuesto a los ámbitos asistenciales, responsabilizándolos de los costes directos, constituye la única excepción.

Los roles y el tipo de colaboración entre los diferentes niveles asistenciales del CSdT/FHSLl están definidos por el modelo asistencial del Sistema Nacional de Sa-

lud: la atención primaria asume el rol de puerta de entrada (*gatekeeper*)³⁹ y la atención especializada de consultor⁶⁹. La incorporación de médicos especialistas en la mayoría de los centros de atención primaria contribuye a mejorar el acceso de la población a la atención especializada⁷⁰ aunque se corre el riesgo de no mejorar la capacidad resolutoria de la atención primaria⁷¹ y, por tanto, la eficiencia del sistema⁷². Para evitar este riesgo, la presencia del especialista en el CAP debería ir acompañada de un plan de formación de los médicos de atención primaria junto con el ejercicio del rol consultor por parte del especialista. Esta estrategia aún no se ha utilizado en el CSdT/FHSL.

En general, el nivel de desarrollo de los instrumentos de coordinación es limitado, lo que actúa en detrimento de la coordinación asistencial en una organización cuya estructura se basa en la agrupación de las actividades asistenciales por especialidades y niveles que fragmenta la asistencia. Los mecanismos existentes se basan en la normalización de los procesos de trabajo y, sobre todo, en el hecho de coordinar la atención primaria y la atención especializada de agudos: guías de práctica clínica, circuitos y planes de alta. Resulta coherente con la tendencia a la estandarización de los procesos y resultados asistenciales que se observa en el entorno sanitario, como consecuencia de la búsqueda de contención de costes y mejora de la calidad de la atención⁷³.

La falta de coordinación en la información del paciente a lo largo del continuo se debe a la falta de instrumentos para transferir la información de un nivel a otro y a la desigualdad en el acceso a la escasa información que se comparte. A pesar de que el desarrollo de un sistema de información integrado aparece entre los objetivos y estrategias del CSdT, aún se encuentra en una fase inicial de integración: 1) no existe un sistema de registro clínico integrado a lo largo del continuo asistencial⁷⁴; sólo la atención primaria recibe alguna información del paciente procedente de los otros niveles de atención (pruebas complementarias e informes de alta); 2) las herramientas informáticas de soporte a las decisiones clínicas sólo se han desarrollado para la atención primaria y son de carácter estático, pues no usan los datos del paciente para generar consejos específicos. Ello reduce su potencial beneficio en la adherencia de los clínicos a los protocolos⁷⁵, y 3) no se han desarrollado sistemas de análisis de la información de resultados que den soporte a la práctica médica⁷⁶.

En los procesos seleccionados, excepto en el crónico, se observa que el énfasis se pone en la coordinación de la transición hospitalaria, escasez de instrumentos y definición de roles de los niveles asistenciales. La coordinación en el proceso agudo –*fractura de fémur en ancianos*– se concentra en la transición entre el hospital de agudos y la atención sociosanitaria, y se basa casi exclusivamente en la utilización de un puesto de enlace (el equipo de la UFISS). Aunque cuenta con algunos instrumentos de coordinación con la atención primaria (información sobre el paciente en otros niveles y reuniones de coordinación con el centro sociosanitario), su rol en el proceso no está definido claramente. Situación semejante se aprecia en el proceso crónico con dependencia –*AVC*–, cuya coordinación se basa en un puesto de enlace, la planificación del alta hospitalaria y una GPC para el AVC.

En el caso del proceso crónico –*EPOC*–, se observan estrategias para la gestión del paciente que refuerzan el modelo de atención basado en la atención primaria

como gestor del paciente: se utilizan GPC, consultorías periódicas de los especialistas en el centro y mecanismos de comunicación informales, como el teléfono o el correo electrónico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Decret 58/1988, de 10 de març, pel qual es crea el Consorci Hospitalari de Terrassa i se n'aproven els Estatuts. DOGC, editor: 25-3-1988.
2. Consorci Sanitari de Terrassa. 15 anys de Consorci Sanitari de Terrassa, 2004.
3. Consorci Sanitari de Terrassa. Acta de Consell de Govern del CSdT de 24 de febrer de 2004.
4. Servei Català de la Salut. Registre Central d'Assegurats. Població amb TSI assignada al CSdT. 31-12-2004.
5. Consorci Sanitari de Terrassa, Gerència de consorcis i Empreses Públiques del SCS, Regió sanitària centre del SCS. Pla d'empresa del Consorci Sanitari de Terrassa 2001-2003; 2001.
6. Consorci Sanitari de Terrassa. Pla funcional del CAP Terrassa est. 1-10-2003.
7. Informació obtenida en entrevista individual con directivo de OSI. CSdT, 15-3-2005.
8. Informació obtenida en entrevista individual con directivo de OSI. 6-5-2005.
9. Consorci Sanitari de Terrassa. Pla estratègic "4", 1993.
10. Consorci Sanitari de Terrassa. Cinc anys després 1989-1994; 1994.
11. Consorci Sanitari de Terrassa. Pla estratègic i informe de planificació, 1991.
12. Consorci Sanitari de Terrassa. Acta de Consell de Govern del CSdT de 19 de novembre de 2004.
13. Consorci Sanitari de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa: pla d'empresa 2004-2008. Consell de Govern. 18-12-2003.
14. Consorci Sanitari de Terrassa. Història d'un projecte. 10 anys, Consorci Sanitari de Terrassa 1989-1999; 1999.
15. Consorci Sanitari de Terrassa. Organigrama 2004 del Consorci Sanitari de Terrassa. 1-12-2004.
16. Idescat. Padró municipal d'habitants. Xifres oficials. Consultado el 12 de agosto de 2005; disponible en: www.idescat.net
17. Idescat. Estadística bàsica territorial. Consultado el 11 de febrero de 2005; disponible en: www.idescat.net
18. Consell Comarcal del Vallès Occidental. La comarca. Territori i població. Consell Comarcal del Vallès Occidental. Consultado el 12 de agosto de 2005; disponible en: www.ccvoc.org
19. Corporació Sanitària Parc Taulí, Consorci Sanitari de Terrassa. Convenio de colaboración entre la Corporació Sanitària Parc Taulí y el Consorci Sanitari de Terrassa. 15-2-2005.
20. Servei Català de la Salut. Contracte de compra de serveis sòcio-sanitaris 2003. Part variable, 2004.
21. Servei Català de la Salut. Contracte de compra de serveis d'atenció hospitalària 2001-2004; 2004.
22. Servei Català de la Salut. Compra de serveis 2005. Contractes d'equips d'atenció primària. 2-7-2005.
23. Servei Català de la Salut. Objectius de salut, qualitat i accessibilitat del contracte de compra de serveis d'atenció primària 2003-2005; 2003.
24. Servei Català de la Salut. Compra de serveis 2005. Contractes d'equips d'atenció primària. 2-7-2005.
25. Informació obtenida en entrevista individual con directivo de OSI. CSdT, 9-2-2005.
26. Consorci Sanitari de Terrassa. Actas de Gobierno 28/Ene/2003, 27/May/2003, 16/Sep/2003, 28/Oct/2003, 18/Dic/2003, 27/Ene/2004, 24/Feb/2004, 17/Marz/2004, 27/Abr/2004, 19/Nov/2004, 14/12/2004.
27. Consorci Sanitari de Terrassa. Marc general per establir els objectius 2005. 8-10-2004.
28. Consorci Sanitari de Terrassa. Acta 30/04/04 del Comité de Dirección Asistencial del CSdT. 30-4-2004.

29. Consorci Sanitari de Terrassa. Acta del Comitè Directiu Plenari. 16-4-2004.
30. Consorci Sanitari de Terrassa. Acta del Comitè Directiu Plenari. 10-9-2004.
31. Consorci Sanitari de Terrassa. Acta del Comitè Directiu Plenari. 6-2-0005.
32. Consorci Sanitari de Terrassa. Acta 30 de abril de 2004 del Comitè de Direcció Asistencial del CSdT. 30-4-2004.
33. Consorci Sanitari de Terrassa. Acta de 26 de novembre de 2004 del Comitè de Direcció Asistencial. 26-11-2004.
34. Consorci Sanitari de Terrassa. Acta de 30 de Abril de 2004 del Comitè de Direcció Asistencial del CSdT. 30-4-2004.
35. Consorci Sanitari de Terrassa. Acta de 21 de Mayo de 2004 del Comitè de Direcció Asistencial del CSdT. 21-5-2004.
36. Consorci Sanitari de Terrassa. Acta de Reunió de 22 de novembre de 2004 del Comitè de Gestió Clínica. 22-11-2005.
37. Consorci Sanitari de Terrassa. Pla de Qualitat del Consorci Sanitari de Terrassa 2005-2008; 2005.
38. Informació obtenida en entrevista individual con directivo de OSI. CSdT, 21-1-2005.
39. Morell JJ. Coordinación entre atención primaria y especializada, visión desde la pediatría de atención primaria. Ponencia inaugural del IV Curso de Pediatría en atención primaria. Madrid, 2003.
40. Hospital Fundació Sant Llàtzer. UFISS: col.laboració i coordinació entre nivells, 2004.
41. Informació obtenida en entrevista individual con directivo de OSI. CSdT, 3-2-2005.
42. Informació obtenida en entrevista individual con directivo de la OSI. CSdT, 11-8-2005.
43. Hospital Fundació Sant Llàtzer. Unitat de convalescència. Col.laboració i coordinació entre nivells, 2004.
44. Hospital Fundació Sant Llàtzer. Unitat de Llarga estada. Col.laboració i coordinació entre nivells, 2004.
45. Hospital Fundació Sant Llàtzer. Unitat de cures pal.liatives. Col.laboració i coordinació entre nivells, 2004.
46. Servei d'Obstetrícia i Ginecologia. Consorci Sanitari de Terrassa. Cribatge del càncer de cèrvix, 2004.
47. Informació obtenida en entrevista individual con directivo de OSI. CSdT, 10-3-2005.
48. Hospital Fundació Sant Llàtzer. PADES. Col.laboració i coordinació entre nivells, 2004.
49. Consorci Sanitari de Terrassa. Farmàcia Integral: Pla Estratègic. 29-10-2004.
50. Informació obtenida en entrevista individual con profesional de la atención especializada. CSdT, 6-4-2005.
51. Consorci Sanitari de Terrassa. Programa de MPOC. Grup de Treball de MPOC. 15-1-2005.
52. Informació obtenida en entrevista individual con profesional de la atención especializada. CSdT, 14-4-2005.
53. Consorci Sanitari de Terrassa. Servei de Medicina Interna. Protocol AVC isquèmic agut, 2004.
54. Consorci Sanitari de Terrassa. Servei de Medicina Interna. Protocol d'infermeria AVC, 2005.
55. Informació obtenida en entrevista individual con profesional de la atención especializada. CSdT, 19-4-2005.
56. Consorci Sanitari de Terrassa. Guia d'atenció integral als pacients amb accident vascular cerebral agut, 2005.
57. Informació obtenida en entrevista individual con médico especialista. CSdT, 15-4-2005.
58. Ortún V. Los contornos de las organizaciones sanitarias [ponencia]. En: Costes y calidad en la contratación de servicios de salud. Murcia: Asociación de Economía de la Salud, 1997.
59. Pané O, Farré J, Parellada N, Estevan N. ¿Los hospitales comarcales aumentan su actividad para neutralizar el efecto contenedor de la reforma? Cuadernos de Gestión 1995; 1 (2): 104-109.
60. Vargas I. La sanitat a Catalunya: situació actual i perspectives de futur. En: Varios autores, eds. Memòria econòmica de Catalunya. Barcelona: Cambra de Comerç de Barcelona, 2005.

61. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff (Millwood)* 1994; Winter: 46-64.
62. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan KL, Mitchell J.B. *Remaking health care in America*, 1ª ed. San Francisco: The Jossey-Bass health care series, 1996.
63. Ortún V, López G, Puig-Junoy J, Sabés R. El sistema de finançament capitatiu: possibilitats i limitacions. *Fulls Econòmics* 2001; 35: 8-16.
64. Ortún V. La articulación entre niveles asistenciales. En: Del Llano J, Ortún V, Martín Moreno JM, Millán J, Gené J, eds. *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1998; 349-357.
65. Alexander JA, Zuckerman HS, Pointer DD. The challenges of governing integrated health care systems. *Health Care Manage Rev* 1995; 20 (4): 69-81.
66. Gillies RR, Shortell SM, Young G. Best practices in managing organized delivery systems. *Hosp Health Serv Adm* 1997; 42 (3): 299-321.
67. Lawrence PR, Lorsch JW. *Organization and environment*. Boston: Harvard Business School Press, 1986.
68. Charns MP. Organization design of integrated delivery systems. *Hosp Health Serv Adm* 1997; 42 (3): 411-432.
69. Lorenz AD, Mannsch LB, Gawinski BA. Models of collaboration. *Health Care Manage Rev* 1999; 26 (2): 401-410.
70. CatSalut. Consorci Sanitari de Barcelona. *Resum de l'informe sobre la RAE a la regió sanitària de Barcelona ciutat*, 2005.
71. Wagner EH, Austin BT, Vonkorff M. Improving Outcomes in chronic Illness. *Manage Care Quart* 1996; 4 (2): 12-25.
72. Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)* 2005; 106 (3): 97-102.
73. Longest BB, Young GJ. Coordination and communication. En: Shortell SM, Kaluzny AD, eds. *Health care management*, 4ª ed. Nueva York: Delmar, 2000; 210-243.
74. Coddington C, Moore C, Fischer E. *Making integrated health care work*. Englewood (Colorado): Center for Research in Ambulatory Health Care Administration, 1996.
75. Johnston ME, Langton KB, Haynes RB, Mathieu A. Effects of computer-based clinical decision support systems on clinician performance and patient outcome. A critical appraisal of research. *Ann Intern Med* 1994; 120 (2): 135-142.
76. Grol R. Improving the quality of medical care. *JAMA* 2004; 286 (20): 2.578-2.585.

Capítulo 7

Corporació de Salut del Maresme i la Selva

Jordi Valls Soler
Maria Àngels Pons Mesquida

La Corporació de Salut del Maresme i la Selva (CSMS) es un consorcio público, situado en un territorio que abarca la zona norte del Maresme y la más meridional de la vecina comarca de la Selva, en la parte central del litoral de Cataluña. Está constituida por cuatro entidades con fórmulas jurídicas diversas: dos organismos autónomos locales (Hospital Sant Jaume de Calella y Hospital Municipal de Lloret de Mar), un consorcio público de gestión (Consorti Sanitari de la Selva) y una fundación privada sin ánimo de lucro (Hospital-Asil Sant Jaume de Blanes) y gestiona, además, el ABS Malgrat-Palafolls (fig. 7-1).

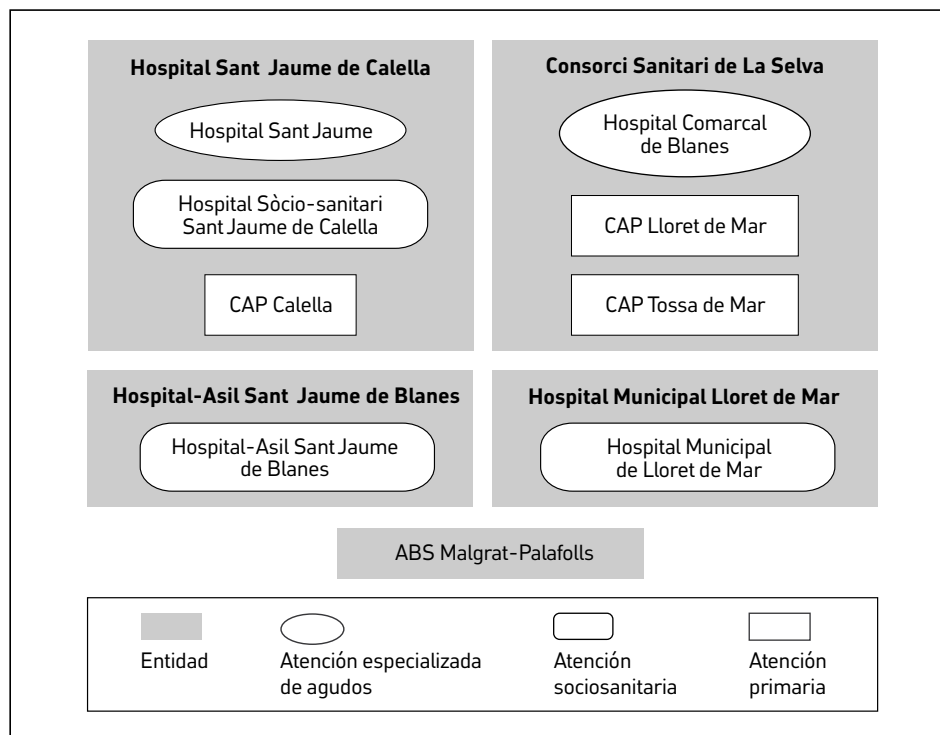
La Corporació brinda atención del continuo asistencial¹ (atención primaria, atención especializada de agudos y atención sociosanitaria) a los municipios de Malgrat de Mar, Calella y Palafolls en el Maresme y a los municipios de Lloret de Mar y Tossa de Mar en la Selva, abarcando una población de 67.586 habitantes². El área de influencia de la atención especializada es más amplia y asciende a 178.685 habitantes. Por tanto, la CSMS proporciona el continuo asistencial al 37,8 % de su territorio.

Características clave

La amplitud de la integración abarca atención primaria, atención especializada de agudos y atención sociosanitaria. En atención primaria, se ofrecen los servicios propios de este nivel: medicina familiar y comunitaria, pediatría, odontología preventiva, enfermería y servicios sociales¹. En atención especializada, se proporcionan los servicios propios de un hospital general básico (nivel 2)³, como son: tratamientos médicos y quirúrgicos en régimen de hospitalización, cirugía sin ingreso, servicios de hospital de día, urgencias, rehabilitación, servicio diagnóstico y consultas ambulatorias especializadas, y atención a las drogodependencias⁴. En atención sociosanitaria, se abordan las actividades de cuidado de larga y media estancias, convalecencia y

¹Sólo para la población de la zona norte del Maresme.

Figura 7-1. Entidades y unidades operativas que constituyen la CSMS, 2004.



CAP, centro de atención primaria; CSMS, Corporació de Salut del Maresme i la Selva.

cuidados paliativos, hospital de día, consultas externas de geriatría y equipos de soporte a la atención domiciliaria (PADES). En cuanto a la profundidad de la integración¹³, la Corporació cuenta con cinco centros de atención primaria, dos hospitales comarcales y tres centros de atención sociosanitaria.

Las entidades que constituyen la Corporació se relacionan mediante la fórmula jurídica de consorcio público de gestión¹, en la cual sus miembros mantienen su personalidad jurídica independiente y ostentan la titularidad del patrimonio, pero los trabajadores son absorbidos por la nueva organización. Por tanto, se trata de una *OSI vertical*, por ejercer el control sobre todas las partes de la organización. Atendiendo a los niveles de atención que se integran, la CSMS es una organización con *integración vertical* ya que se encuentran en diferentes etapas en el proceso de producción de salud (atención primaria, atención especializada de agudos y atención sociosanitaria) y “hacia atrás” puesto que la integración se realizó desde el nivel hospitalario hacia la atención primaria, como etapa previa. Además, es una organización con *integración horizontal* en el nivel hospitalario, es decir, también integra unidades en la misma etapa en el proceso de producción de salud. Por producir el total de servicios que ofrece se clasifica como OSI con *integración total*¹⁴.

Evolución histórica

Antes de 1993, existían dos hospitales comarcales muy próximos geográficamente que ofrecían asistencia sanitaria de forma independiente. Por un lado, el Hospital Sant Jaume de Calella ofrecía sus servicios de hospital comarcal y centro sociosanitario a la población de la zona norte del Maresme. Por el otro, el Hospital-Asil Sant Jaume de Blanes ejercía las funciones de hospital de agudos para las poblaciones costeras de la comarca de la Selva. Estas funciones serían sustituidas por el nuevo Hospital Comarcal de Blanes, inaugurado en 1993 mientras que el antiguo hospital quedaba como centro geriátrico y sociosanitario. Para la puesta en marcha del nuevo hospital, se había creado en 1992 el Consorci Sanitari de la Selva con la participación del Servei Català de la Salut, el ayuntamiento de Blanes, el Consell Comarcal de la Selva y la Fundació Asil Sant Jaume de Blanes⁵. El nuevo Consorci, favorecido por la nueva Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, que permitía la diversificación de los proveedores de atención primaria, asumió la gestión de los CAP de la ABS de Lloret de Mar-Tossa de Mar cuando ésta se puso en funcionamiento en 1994.

En 1993, con un entorno de restricciones económicas, se desarrolló un proyecto de cogestión del Hospital Sant Jaume de Calella y el Hospital Comarcal de Blanes, que buscaba la optimización de recursos y conseguir economías de escala^{6,7}. Para la gestión única, se constituyó una sociedad entre el CHC (70 % de participación), un proveedor, el organismo autónomo local Hospital de Calella (15 % de participación) y el ayuntamiento de Blanes (15 %), BCGest, S.L. Posteriormente, se equilibró la participación, con el 50 % para cada territorio entre proveedores y ayuntamientos, y actualmente, la CSMS dispone del 85 % de las acciones y el ayuntamiento de Blanes, del 15 %.

BCGest gestionaba el Hospital Sant Jaume de Calella y los centros integrados en el Consorci Sanitari de la Selva: el Hospital Comarcal de Blanes y los CAP de Lloret de Mar y Tossa de Mar. En 1998, el Hospital-Asil Sant Jaume de Blanes se sumó al grupo de centros gestionados; en 1999 y 2000, se añadieron los CAP de Calella y de Malgrat de Mar y Palafrúls, respectivamente, y en 2001, se unió el Hospital Municipal de Lloret de Mar. Este proceso evolutivo culminó con la creación, en 2001, de la Corporació de Salut del Maresme i la Selva.

La etapa entre los años 1994 y 2000, caracterizada por la incorporación progresiva de los mencionados dispositivos sanitarios, fue liderada por la gerencia y el equipo directivo de las diferentes unidades operativas, con la aprobación del Servei Català de la Salut y las Administraciones locales del momento.

A lo largo del tiempo, se fueron produciendo cambios a diferentes niveles⁸. La evolución de los órganos de gobierno fue paralela a la evolución institucional. Inicialmente, los órganos de gobierno de los distintos centros eran independientes y, al formarse la CSMS, se creó un único órgano de gobierno para toda la organización, el consejo rector, en que participan todas las entidades constituyentes. Igualmente, la estructura organizativa y de gestión también evolucionó. Partiendo de una organización basada en equipos directivos independientes en cada centro, la gestión conjunta de BCGest representó la unificación de la gerencia y las direcciones de soporte,

manteniéndose las direcciones asistenciales por centros. En 1997, se unificaron las direcciones médicas y de enfermería de los centros del mismo nivel de atención. Finalmente, en 2003, se estableció un organigrama único a partir de la fusión de las direcciones de las tres divisiones existentes (atención especializada de agudos, atención primaria y atención sociosanitaria). Actualmente, la CSMS tiene una sola dirección asistencial (que asume las funciones de las direcciones médicas de los hospitales comarcales, centros de atención primaria y centros sociosanitarios) y una única dirección de enfermería para todo el conjunto asistencial.

En cuanto a la organización de la asistencia hospitalaria^{8,9}, desde mediados de los noventa del siglo pasado se introdujo una política de aprovechamiento de los recursos tecnológicos especializados, que incluía la unificación de los servicios asistenciales de apoyo (laboratorio, farmacia, radiología y anatomía patológica) de los dos hospitales de agudos. Esta unificación afectaba las jefaturas de todos estos servicios y, en algunos casos, la concentración física de recursos (laboratorios), la utilización conjunta de tecnología (diagnóstico por imagen) o de recursos humanos especializados. Posteriormente, también se abordaron la unificación de jefaturas, modelos organizativos y procedimientos en otros servicios asistenciales, como anestesiología, urgencias, rehabilitación, etc. Actualmente, existen diferentes especialidades organizadas, como equipos de médicos que distribuyen su dedicación entre ambos centros hospitalarios (oftalmología, ORL, cirugía vascular, urología, cardiología, hematología, etc.), pero que concentran determinados procedimientos asistenciales que requieren recursos tecnológicos específicos en uno de los dos centros. Desde el año 2003, la CSMS orienta sus esfuerzos hacia un nuevo modelo de organización asistencial basado en los procesos asistenciales y que agrupa las unidades por ámbitos asistenciales.

Elementos del entorno

La CSMS abarca parte de dos comarcas y provincias: la parte meridional de la Selva (Girona) y la zona norte del Maresme (Barcelona). El área de referencia de los dos hospitales corresponde a 16 municipios con una población de 178.685 habitantes. La proporción de la población que se encuentra entre los 15 y los 64 años (70,2 %) es mayor que el promedio de la Comunidad Autónoma. Los indicadores socioeconómicos del Maresme y la Selva muestran un crecimiento económico mayor, pero con una tasa de desempleo similar a la de Cataluña¹⁰. Se trata de un territorio muy turístico con buenas vías de comunicación y transporte público, que permiten el acceso a los diferentes municipios costeros¹.

En el área de influencia de la Corporació, también existen otros proveedores de asistencia sanitaria. En atención primaria, el Institut Català de la Salut (ICS) cubre el 62,2 % de la población de referencia de la CSMS. En atención a la salud mental, la Comunitat Terapèutica del Maresme presta servicios en la parte del territorio correspondiente al Maresme (113.965 habitantes) y el Institut d'Assistència Sanitària de Girona (IAS) cubre la población de la Selva (64.720 habitantes). La Fundació Teresa Ferrer ofrece sus servicios de atención a las drogodependencias a la población de la

Selva. La coordinación entre la CSMS y el ICS se cataliza por un comité mixto formado por los directivos asistenciales de las dos instituciones. Como mecanismos de coordinación establecidos se encuentran las GPC compartidas, los especialistas de medicina interna y pediatría que actúan como consultores de los CAP y la programación descentralizada de visitas especializadas desde los CAP.

La CSMS participa en la prueba piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios de base poblacional en el territorio del Maresme y la Selva: CatSalut compra la cartera de servicios de salud para una población definida geográficamente al conjunto de proveedores de servicios sanitarios que opera en la zona, CSMS y el ICS¹¹⁻¹³. El pago a los servicios se realiza mediante una asignación por habitante ajustada a las necesidades de la población. En esta prueba, los objetivos generales se orientan hacia la coordinación horizontal, la coordinación entre niveles asistenciales, la mejora de la eficiencia de las instituciones, la colaboración entre proveedores y la satisfacción de la población. Al tratarse de un proyecto en fase piloto, junto con la financiación per cápita se mantiene el sistema de facturación convencional por líneas de servicio de atención primaria, atención especializada de agudos y atención sociosanitaria, que se coteja con la financiación en base poblacional. Por tanto, la organización establece con el CatSalut un doble contrato, uno por líneas de servicios y otro por colaborar en la prueba piloto de financiación per cápita, lo que implica tener que cumplir con los objetivos de ambos contratos.

Modelo de gobierno

La Corporació posee un único órgano de gobierno centralizado, el consejo rector, cuyas funciones, según los estatutos¹³, abarcan la aprobación de los planes generales anuales y plurianuales con sus presupuestos; la aprobación de movimientos económicos y presupuestarios; el nombramiento del secretario/a del propio consejo, gerente y cargos de dirección; la adquisición de bienes inmuebles y nuevas infraestructuras; la defensa de los intereses del Consorci, y, en general, la aprobación de medidas adecuadas para una mejor organización y funcionamiento del Consorci.

De acuerdo con las actas¹⁴, las funciones que el consejo rector ejecuta en la práctica son, fundamentalmente, el seguimiento de la actividad asistencial y presupuestaria mediante informes de gestión y de la gerente, y su función principal consiste en aprobar presupuestos y créditos. El consejo rector no formula, sino que aprueba la misión global, las estrategias y objetivos de la organización, a partir de las propuestas realizadas por el comité de dirección. Debate y aprueba o critica los resultados de funcionamiento de la organización presentados por la gerente a partir de la evaluación realizada por el consejo de dirección. Entre las funciones del órgano de gobierno, no se contempla ninguna forma de evaluación del propio desempeño.

En el consejo rector están representadas las entidades que integran la Corporació: Hospital Sant Jaume de Calella (6 miembros), Hospital-Asil Sant Jaume de Blanes (2 miembros), Consorci Sanitari de la Selva (4 miembros) y Hospital Municipal de Lloret de Mar (1 miembro) (tabla 7-1). Los miembros del consejo rector incluyen cargos políticos electos (alcaldes y concejales), así como algunos cargos del CatSalut. El

Tabla 7-1. Composición del consejo rector de la CSMS

Cargo	Entidad de procedencia
Presidente	Consortori Sanitari de la Selva
Vicepresidente	Fundació Hospital-Asil Sant Jaume de Blanes OAL Hospital Sant Jaume de Calella
Secretario	Servei Català de la Salut
Vocales	OAL Hospital Sant Jaume de Calella (5) Fundació Hospital-Asil Sant Jaume de Blanes (1) Consortori Sanitari de la Selva (3) Ayuntamiento de Lloret de Mar (1)

OAL, organismo autónomo local.

número de representantes se estableció en los estatutos de la CSMS, que se revisan cuando se amplía con una nueva institución. La dedicación de los miembros del consejo rector es parcial. Se reúnen mensual o bimensualmente, según las necesidades. La gerente del Consortori asiste a las sesiones del consejo rector con voz, pero sin voto.

Dimensión estratégica

El comité de dirección de la CSMS elabora anualmente un documento estratégico¹⁵, *Línies estratègiques i objectius directius*, en el cual se recoge la misión, visión y valores de la entidad, una actualización de sus líneas estratégicas generales establecidas para 3 años y la concreción de los objetivos y líneas de actuación que se abordarán en el ejercicio. El comité de dirección, en sesiones conjuntas, elabora este documento a partir de la propuesta de la dirección general que establece las líneas esenciales para la definición de los objetivos del siguiente ejercicio y la revisión de los ejes estratégicos. El documento resultante se eleva, junto con el presupuesto del año siguiente, al consejo rector para su aprobación. Los objetivos asistenciales son trasladados a los coordinadores de los “ámbitos asistenciales” y a los mandos responsables de los servicios de apoyo al diagnóstico o al tratamiento y se recogen en los contratos anuales que se establecen entre cada jefe de ámbito y la dirección de CSMS¹⁶. Incluyen los objetivos fijados por el comprador público (CatSalut), los objetivos corporativos, los objetivos vinculados con los procesos (derivados de las guías de práctica clínica vigentes) y los objetivos de actividad para cada ámbito.

La visión, misión y valores son comunes para toda la CSMS y giran en torno a la atención integrada a la población, basada en el respeto a los clientes y trabajadores, la colaboración, la rigurosidad y la eficiencia¹⁷. Los cuatro ejes estratégicos actua-

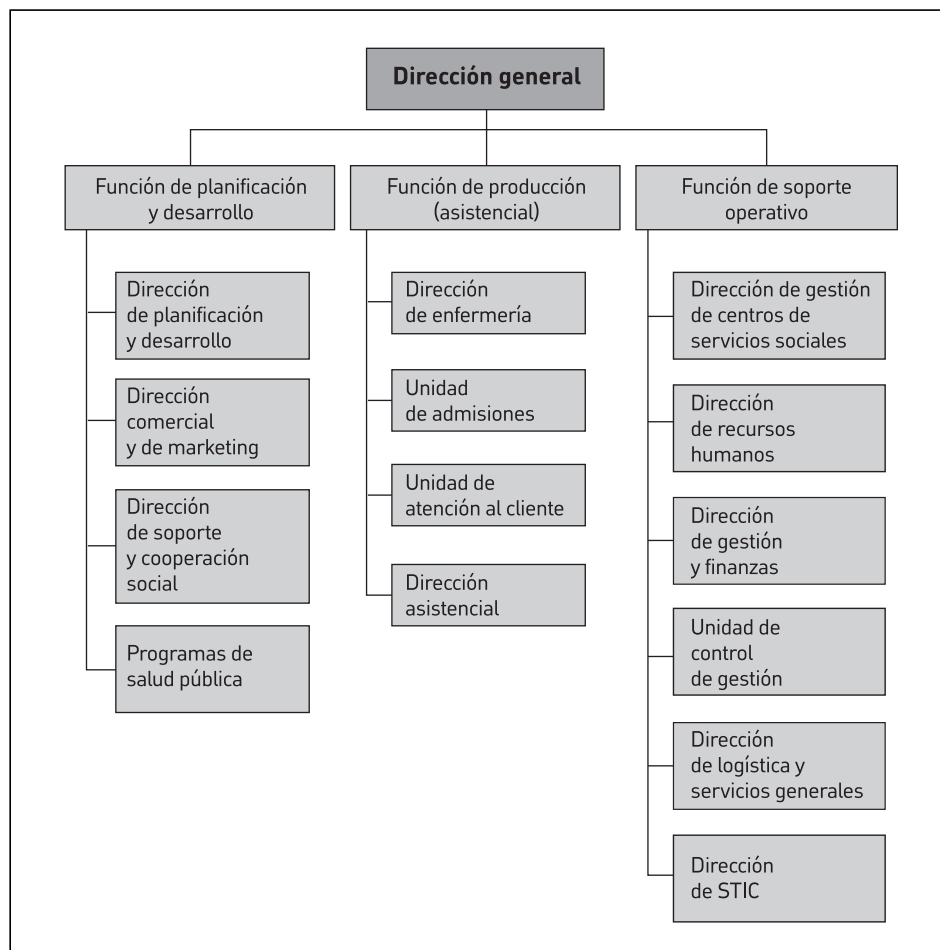
les de la CSMS son: 1) desarrollar e implantar un modelo de atención integral orientado al paciente, que abarque la mejora de la capacidad resolutive de la atención primaria, el fomento del uso de criterios estandarizados y la colaboración con el ICS en el nuevo modelo de compra de servicios del CatSalut; 2) mejorar la organización, mediante la implantación o mejora de los dispositivos asistenciales, la implantación de procesos estandarizados, la revisión de la cartera de servicios, el desarrollo de nuevos sistemas de información y documentación, la aplicación de políticas de calidad e investigación y la mejora de la organización de la atención al cliente; 3) definir políticas de recursos humanos que favorezcan la integración de los diferentes equipos de profesionales, y 4) fortalecer el liderazgo y el posicionamiento estratégico.

Los objetivos anuales de CSMS, para las diferentes áreas de gestión representadas en el comité de dirección, se orientan hacia la mejora del nivel de informatización de los datos clínicos y de los instrumentos de gestión, la optimización de la gestión de personas, una gestión de recursos económicos de acuerdo con el presupuesto asignado y adaptado a las necesidades de las unidades operativas, una buena gestión de los clientes, la mejora de la calidad y el desarrollo de la atención al cliente. En el área de gestión de los servicios asistenciales, los objetivos se refieren a la promoción de un modelo de atención integral orientado al paciente, al fomento de la colaboración interniveles y con otros proveedores, y a la mejora de la eficiencia global del sistema.

Estructura organizativa

El organigrama actual de la CSMS¹⁸, elaborado en 2003, presenta una dirección general y, por debajo, tres áreas funcionales: producción asistencial, planificación y desarrollo, y soporte operativo. Cada área funcional consta de varias direcciones (fig. 7-2). La estructura de la CSMS se basa en un único equipo de dirección para toda la organización y no existen equipos directivos dedicados a la gestión individualizada de las unidades operativas. El organigrama muestra dos niveles jerárquicos y grupos amplios de individuos en cada nivel. Así, todos los directivos dependen, en el mismo nivel, de la dirección general, por encima de la cual se sitúa el consejo rector. En una posición jerárquicamente inferior, se sitúan los diferentes servicios y unidades asistenciales. Del director asistencial dependen veinte cargos, distribuidos en los diferentes niveles asistenciales: tres en atención primaria, uno en atención sociosanitaria, cuatro en servicios de diagnóstico y apoyo, y los doce restantes en servicios clínicos de atención especializada. Cada uno de estos cargos intermedios es responsable de un equipo de profesionales. De la dirección de enfermería dependen catorce jefes de enfermería, también de los diferentes niveles. Del jefe del servicio de admisiones dependen los coordinadores de cada uno de los centros de la CSMS. Por último, la unidad de atención al cliente es una unidad centralizada y única, compuesta por el jefe de la unidad y un técnico. Los servicios asistenciales especializados se han integrado de manera que hay un único servicio para ambos hospitales y un único jefe de servicio que coordina la actividad del conjunto hospitalario Blanes-Calella¹⁹.

Figura 7-2. Organigrama de la CSMS, 2003.



STIC, sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones.

El órgano de gestión de la CSMS es el comité de dirección formado por todo el equipo directivo. A la vez, dentro de este comité, se encuentra el comité de dirección asistencial, integrado por los directivos del área de producción asistencial, la dirección general y la dirección de planificación. El comité de dirección ejerce las funciones de dirección de forma centralizada, se encarga de determinar las líneas estratégicas y los objetivos generales, y fija el marco de recursos disponibles. La función del comité de dirección asistencial es dirigir la gestión, organización y planificación de los servicios asistenciales que presta la Corporación. Establece las líneas de desarrollo de los servicios asistenciales, asigna los objetivos asistenciales y los evalúa. También, es el órgano encargado de ejercer un seguimiento de las iniciativas surgidas en los dife-

rentes ámbitos asistenciales y de adoptar medidas para conseguir un desarrollo coherente y armónico.

Las funciones de apoyo asistenciales, ya sean para el diagnóstico (laboratorio, radiología, o anatomía patológica) o para el tratamiento (rehabilitación, anestesia o farmacia), están centralizadas y dan soporte a todos los equipos asistenciales de la CSMS. Las funciones no asistenciales de gestión económico-financiera, contabilidad, tesorería, control de gestión, logística, gestión de sistemas de información, servicios generales y gestión de recursos humanos también se encuentran centralizados para ofrecer servicio a toda la organización.

El sistema de planificación y control global que utiliza la Corporació es un sistema de planificación de acciones en que los directivos fijan los objetivos anuales de la Corporació, los presupuestos y controlan el cumplimiento de las acciones de los ámbitos asistenciales.

Los diferentes equipos de profesionales que componen la CSMS, ya sean unidades de atención especializada, equipos de atención primaria o de enfermería, se agrupan en "ámbitos asistenciales". El ámbito asistencial resulta de la agregación de los diferentes equipos que intervienen en determinado grupo de procesos similares de atención. Cada ámbito tiene un coordinador y un órgano de participación, el comité de ámbito, de carácter permanente y multidisciplinario, constituido por representantes de médicos especialistas y de atención primaria y profesionales de enfermería. Su función es analizar los distintos aspectos de la atención sanitaria (circuitos, técnicas, materiales, tratamientos aplicados, organización de los recursos, etc.) y proponer soluciones de mejora. La coordinación entre los ámbitos asistenciales se realiza en un comité de coordinación asistencial, al cual asisten los coordinadores de ámbito, el director asistencial, la directora de enfermería y el director de planificación y que se reúne mensualmente.

La Corporació utiliza diversos instrumentos de coordinación asistencial y de gestión clínica, entre ellos: grupos de trabajo, comisiones permanentes, guías de práctica clínica conjuntas, sesiones de especialistas en la atención primaria, circuitos de petición de citas y sistemas de información vertical. Según estos mecanismos de coordinación para los procesos asistenciales y de dirección, la CSMS posee una estructura orgánica en que predominan los mecanismos de adaptación mutua (tabla 7-2).

Sistema de asignación de recursos y de incentivación al personal

La Corporació dispone de un presupuesto único^{20,21}. Los ingresos proceden, en su mayoría, de la venta de servicios al CatSalut y una pequeña proporción, de la venta a otras entidades y a particulares, y se presupuestan en función de los contratos firmados y la previsión de actividad. Se presupuesta de acuerdo con los costes actualizados de dicha actividad, las nuevas acciones derivadas de los objetivos corporativos, así como otros costes (como los financieros). El control presupuestario se ejerce mediante la definición de centros de coste que se corresponden con estructuras organizativas: servicios, unidades o equipos asistenciales. Su presupuesto se determina, basándose en los recursos humanos asignados y la previsión de con-

Tabla 7-2. Mecanismos e instrumentos de coordinación según la clasificación de Mintzberg (1988)

Base de coordinación	Tipo de mecanismos	Instrumento de coordinación
Normalización	Procesos de trabajo	Guías de práctica clínica conjuntas entre niveles Planificación del alta Circuitos administrativos: diagnóstico rápido de neoplasia digestiva
	Habilidades	Sistema experto: especialistas que pasan consulta en atención primaria
Adaptación mutua	Comunicación informal	Comunicación entre profesionales de atención primaria y especializada: correo electrónico y teléfono
	Grupos de trabajo	Comisión de elaboración de guías de práctica clínica
	Comités permanentes	Comités de ámbito (8) Comité de coordinación asistencial Unidades funcionales: ictus, diagnóstico rápido de neoplasia digestiva y dolor torácico
	Puesto de enlace	Coordinador de ámbito; PADES y UFISS
	Sistema de información vertical	Comparte información asistencial y administrativa entre niveles Sistema de petición de citas a la atención especializada Notificación de ingreso a la atención primaria

PADES, programa de atención a domicilio-equipos de soporte; UFISS, unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria.

sumo de materiales y de utilización de recursos (pruebas complementarias y productos intermedios). A este presupuesto básico se le imputan otras partidas de coste indirecto, como lavandería, seguridad, hostelería, limpieza o mantenimiento. Las partidas de coste correspondientes a suministros no se asignan a centros de coste concretos, sino que se gestionan a nivel global de la organización (agua, electricidad, gas, teléfono, etc.).

La distribución porcentual de los gastos de explotación corresponde al 10,9 % para la atención primaria, al 76,4 % para la atención hospitalaria de agudos y al 12,7 % para la atención sociosanitaria. Los porcentajes de inversión por línea asistencial son los si-

guientes: el 95 % de inversiones para la atención hospitalaria, el 2 % para la atención primaria y el 3 % para la atención sociosanitaria.

La Corporació aplica un sistema de incentivos económicos vinculados con el grado de consecución de los objetivos anuales, en el caso de los mandos asistenciales (jefes de servicio, jefes de ámbito y jefes de área de enfermería). Estos objetivos se establecen de manera conjunta entre la dirección y cada uno de los jefes a partir de los objetivos corporativos y las líneas estratégicas fijadas para cada ejercicio. Este modelo no se extiende ni a los directivos de la Corporació ni al resto de profesionales. En cuanto a las políticas retributivas, existe una notable heterogeneidad salarial dentro de la CSMS, que deriva de la aplicación de tres convenios colectivos distintos, que proceden de las diversas empresas a partir de las cuales se formó.

Coordinación asistencial

Organización asistencial

La Corporació aplica un modelo de atención definido como gestor-consultor, enmarcado en el Sistema Nacional de Salud, en que la atención primaria actúa como puerta de entrada y desempeña el papel de gestor del paciente a lo largo del continuo asistencial. El médico de atención primaria es el responsable del paciente, actúa como enlace en la comunicación con los especialistas de otros niveles asistenciales, se encarga de resolver las necesidades en salud del paciente y de consultar o derivar al especialista. Los médicos del hospital y el centro sociosanitario ejercen de consultores de atención primaria y prestan los servicios temporales de agudos o crónicos, ya sean de corta, media o larga estancia.

Para garantizar la continuidad asistencial, además de los roles clásicos de cada nivel asistencial y la atención primaria, como puerta de entrada al sistema, la Corporació está dirigiendo sus esfuerzos hacia un nuevo modelo organizativo asistencial, basado en ámbitos funcionales²². Cada ámbito está orientado hacia la atención de grupos de pacientes similares, requiere compartir la responsabilidad entre los distintos niveles asistenciales y hace hincapié en el funcionamiento integrado de equipos y profesionales que intervienen en la atención de un tipo de paciente²³. Los ocho ámbitos existentes son: atención a la patología médica, atención a la patología quirúrgica, atención a la patología osteoarticular, atención ginecoobstétrica, atención a la patología infantil, atención al anciano, atención urgente y emergencias, y atención domiciliaria integral.

Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial entre niveles

Los instrumentos de coordinación asistencial y de gestión de la atención entre niveles que la CSMS ha introducido son de distintos tipos, basados tanto en la normalización de procesos y habilidades, como en la adaptación mutua (tabla 7-2): GPC conjuntas, planificación del alta, sistema experto, grupos de trabajo, comités per-

manentes, circuitos administrativos de petición de citas y sistemas de información vertical.

Hasta el momento, la CSMS ha desarrollado un total de 14 *guías de práctica clínica conjuntas*²⁴. Para su elaboración, el comité de ámbito actualmente propone la elaboración de la GPC, que es aprobada y supervisada por el comité de dirección asistencial. Para su elaboración, se forman grupos interdisciplinarios, de siete a nueve personas, con la participación de profesionales de diferentes especialidades, ámbitos de trabajo, niveles y centros. Se elaboran sobre la base de la evidencia disponible y del consenso del grupo. Una vez que se han elaborado, las guías se someten a la aprobación de la dirección y posteriormente se difunden mediante su presentación en sesiones y reuniones explicativas. Para la implantación de las guías en la práctica diaria, se han utilizado diversas estrategias: la traducción de las GPC a protocolos y trayectorias clínicas, la informatización de las GPC, la evaluación del grado de cumplimiento y el control mediante unos indicadores de calidad determinados previamente.

El sistema de *planificación del alta* se aplica desde enfermería del hospital, que hace llegar a atención primaria la hoja de alta de enfermería, en la cual hay información médica, continuidad de cuidados, evaluación del paciente y tratamiento de cirugía ambulatoria; además, se prepara una previsión de actividades destinadas al paciente y a la familia. Se elabora cuando es necesaria, generalmente en pacientes crónicos o complejos de medicina interna.

Entre los *circuitos administrativos*, cuentan con un sistema de petición de citas para otro nivel asistencial dentro de la organización y con otros proveedores, como el ICS. Desde atención primaria se programan visitas a los especialistas por el sistema informático, sin necesidad de pasar por el servicio de admisiones, ni servicios intermedios. También, los centros de atención primaria del ICS pueden acceder a las agendas de trabajo de los médicos de atención especializada del hospital de Blanes o de Calella por vía informática. Existe un sistema único de atención al cliente, que se encarga de las reclamaciones, sugerencias, de los problemas relacionados con citas de los clientes, mide la satisfacción del cliente y detecta áreas de mejora.

El *sistema experto* se basa fundamentalmente en la existencia de médicos especialistas de referencia, a los cuales, desde la atención primaria y por vía telefónica o por correo electrónico, puede solicitárseles orientación sobre el tratamiento de pacientes. También, incluye visitas de especialistas de medicina interna, cirugía general y cirugía vascular a los centros de atención primaria, donde realizan sesiones clínicas conjuntamente con los médicos de atención primaria. En estas sesiones, hay intercambio de conocimientos entre profesionales, discusión de casos y protocolización de los procedimientos de actuación.

Los *comités permanentes*, utilizados como mecanismos de coordinación, son los comités de los ámbitos, las unidades funcionales y el comité de coordinación. Los comités de ámbitos están formados por grupos de siete a nueve profesionales, de diferente procedencia, que representan las diferentes disciplinas, servicios y niveles de atención que intervienen en los procesos. Presentan las propuestas de cambios organizativos asistenciales y de mejoras generales en el funcionamiento. Así pues, las unidades funcionales son comités permanentes, orientados hacia el abordaje

integral de enfermedades concretas, en las cuales intervienen diferentes profesionales y disciplinas, de distintos niveles asistenciales. Sus integrantes trabajan en las acciones diagnósticas, terapéuticas o preventivas relacionadas con ese proceso. Existen tres unidades funcionales: ictus, diagnóstico rápido de neoplasia digestiva y dolor torácico. El comité de coordinación asistencial, mencionado en el apartado de estructura organizativa, es responsable de la coordinación entre los ocho ámbitos asistenciales.

El *sistema de información vertical* está en fase de transición hacia una historia clínica electrónica que pueda ser utilizada por cualquier profesional o equipo asistencial de la institución. Actualmente, se ha implantado un sistema de historia clínica electrónica^b en los cinco centros de atención primaria, que utilizan todos los profesionales para programar la actividad, registrar los episodios clínicos, la gestión de actividades preventivas y planes personalizados, y la emisión informatizada de recetas y otro tipo de documentos (informes de asistencia, partes de alta y baja laboral, etc.).

En cuanto a la atención especializada, tanto en los hospitales comarcales como en los centros sociosanitarios se está desarrollando una estación propia de trabajo clínico (iETC) que permite presentar de forma ordenada toda la información de un paciente disponible en el sistema. Esta información incluye: datos personales y administrativos, episodios de asistencia realizados (consultas, hospitalizaciones, urgencias, pruebas complementarias, actos quirúrgicos) o programados, informes de asistencia (hospitalización y urgencias), resultados de laboratorio, dictámenes de anatomía patológica (biopsias y estudios citológicos), curso clínico (con las anotaciones de los médicos, enfermería, trabajo social, etc.), medicación administrada durante las hospitalizaciones, etc. Se utiliza casi universalmente en urgencias y hospitalización, pero menos en consultorios. Farmacia, laboratorio y anatomía patológica se encuentran casi totalmente informatizados; en cambio, en radiología es mucho menor la informatización.

La iETC y el sistema de información de atención primaria pueden compartir información clínica de forma bidireccional gracias al hecho de que se dispone de un identificador único para cada persona registrada en la CSMS. Este identificador consiste en un código individual y único para cada cliente, el código de cliente de la Corporació, con independencia del centro en que éste sea atendido. Cualquier profesional de la CSMS de cualquier nivel asistencial puede acceder, según un protocolo de acceso y seguridad, a toda la información disponible del paciente, a partir de una única interfaz y en una sola búsqueda.

Como sistemas computarizados de orientación hacia las decisiones clínicas se encuentran: planes personales y protocolos en atención primaria, sistema de prescripción y administración de medicamentos de planta, sistema andorrano de selección de pacientes para clasificar las urgencias y sistema de alerta de controles y prevención en la historia clínica electrónica de atención primaria.

Como sistemas de análisis de la información de resultados de la atención sanitaria se elabora, mensualmente, un cuadro de mando para cada equipo asistencial, que contiene los indicadores básicos de funcionamiento (actividad, consumo de recursos

^b Software OMI-AP, de la firma Stacks.

e indicadores cualitativos), así como indicadores específicos relativos a los objetivos anuales fijados para dicho equipo asistencial.

Para la implantación del sistema de información en la CSMS, se ha elaborado un plan estratégico, el *plan de sistemas de información*²⁵, cuya finalidad es exponer los objetivos, la situación actual, los medios técnicos y la planificación de los sistemas de información. Además, se realizan cursos de formación para cada servicio.

Coordinación en procesos asistenciales seleccionados

Para el análisis en detalle de la coordinación entre niveles en la organización, se presentan tres procesos concretos: uno crónico, el asma infantil; uno crónico con dependencia, el accidente vascular cerebral o ictus, y uno considerado agudo, la neoplasia digestiva.

PROCESO CRÓNICO: ASMA INFANTIL

El tratamiento de los pacientes con asma infantil se realiza mediante el tratamiento conjunto por los especialistas de atención primaria y atención especializada. Como instrumentos de coordinación, se dispone de un protocolo de tratamiento del asma infantil y un circuito de programación de visitas y altas con seguimiento pediátrico extrahospitalario²⁶. Se han consensuado los criterios de atención al niño asmático tanto en la atención primaria, como en el hospital.

El protocolo, elaborado en enero de 2003, pretende dar mayor conocimiento del asma infantil desde la perspectiva de los profesionales expertos²⁶. El objetivo de la actualización de este protocolo ha sido tanto la incorporación de avances científicos en el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de esta enfermedad, como la coordinación de la atención entre la atención primaria y la atención especializada. Contiene información sobre el diagnóstico del asma infantil, el tratamiento, los factores de riesgo y su prevención, los criterios de derivación al especialista y el seguimiento de la enfermedad. También, se aborda una parte de educación al niño asmático y a su familia, que se complementa con hojas educativas conjuntas para la atención primaria y el hospital.

El protocolo ha sido elaborado por un grupo de trabajo compuesto por pediatras de atención primaria y del hospital, expertos en esta enfermedad, de la CSMS, el ICS y el Consorci Sanitari del Maresme. Para su divulgación, se han seguido varias estrategias: presentaciones para todos los pediatras del territorio, tanto a nivel hospitalario como en atención primaria, ediciones en papel y en CD distribuidas por todos los centros, y su inclusión en el sistema de información de las tres entidades participantes. El documento no incluye indicadores de evaluación, ni tampoco una vía clínica para la participación de la enfermería. Sólo se presenta la actuación de los médicos en los diferentes niveles asistenciales.

PROCESO CRÓNICO CON DEPENDENCIA: ICTUS

Para el tratamiento coordinado del ictus, la CSMS cuenta con una guía de práctica clínica del AVC, circuitos administrativos interniveles y una comisión permanente, la

unidad funcional de ictus, que se encarga de la atención continuada de pacientes con esta enfermedad²⁷. En la unidad de ictus, participan diferentes profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, auxiliares de clínica, fisioterapeutas y trabajadores sociales), diversas especialidades (medicina interna, neurología, geriatría, rehabilitación y medicina de familia), diversos servicios (urgencias, medicina interna y convalecencia) y afecta los tres niveles asistenciales. Sus funciones son: 1) atender a los pacientes con AVC en todas las fases del proceso, de manera integral y en el lugar más adecuado; 2) garantizar la prevención secundaria y el control de los factores de riesgo de los pacientes con AVC; 3) apoyar las actividades de prevención que lleva a cabo la atención primaria; 4) potenciar la formación continuada sobre patología vascular cerebral; 5) elaborar una memoria anual de todas sus actividades; 6) implementar el programa de calidad de AVC; 7) implementar y seguir la vía clínica de AVC, y 8) mantener actualizada la GPC de AVC.

La intervención de la unidad se activa en el momento de producirse el ingreso hospitalario de un paciente con AVC y continúa en el domicilio del paciente hasta que éste es dado de alta por el equipo de atención domiciliaria. Los diferentes profesionales trabajan de una manera coordinada, cada uno haciéndose cargo de su área de conocimiento y especialidad, pero hay un responsable principal del paciente, el médico de atención. Se trabaja con un enfoque integral del problema, tanto en sentido evolutivo como en sentido psicosociosanitario (aspectos sanitarios, sociales, familiares, laborales, etc.). Durante su estancia en el nivel de atención especializada, la información clínica se elabora de forma integrada de manera que los distintos profesionales utilizan los mismos registros en la historia clínica, parcialmente informatizada (curso clínico, informes y tratamientos farmacológicos). La historia clínica puede consultarse desde la atención especializada y la atención primaria, tanto durante el proceso agudo como en la fase posterior de rehabilitación y dependencia crónica. La unidad se coordina mediante sesiones y reuniones. Se llevan a cabo sesiones semanales en cada hospital comarcal, en las cuales se realiza la elaboración y el seguimiento del plan integral individualizado del paciente con ictus. Participan los diferentes profesionales implicados en la atención de cada paciente con ictus y las decisiones tomadas se anotan en el curso clínico informatizado del plan de atención al paciente. Con periodicidad mensual, se realizan reuniones para resolver problemas de funcionamiento de la unidad.

Los tres circuitos administrativos usados como instrumento de coordinación para la comunicación entre los profesionales de los diferentes niveles son: 1) circuito de comunicación al CAP de que uno de sus pacientes ha sido hospitalizado por ictus, 2) circuito de aviso a los profesionales hospitalarios necesarios en la atención de cada paciente en concreto, y 3) circuito de convocatoria de sesiones y reuniones. Otro de los instrumentos utilizados en el abordaje del proceso asistencial del ictus es la GPC del AVC de la Corporació, elaborada en 2002. Contiene información relativa a la etiología de la enfermedad, el diagnóstico y tratamiento, y controles del alta y actuación de los distintos niveles implicados.

PROCESO AGUDO: NEOPLASIA DIGESTIVA

Para el tratamiento de la neoplasia digestiva, desde noviembre de 2003, se ha elaborado un programa de diagnóstico rápido de neoplasia digestiva (NeDig), que equivale a una unidad funcional, en la cual participan diferentes profesionales de la atención primaria y la atención hospitalaria (medicina interna, gastroenterología, endoscopia, cirugía, oncología, radiología, laboratorio, anatomía patológica y anestesiología)²⁸. Los objetivos de este programa son dos: 1) garantizar el diagnóstico rápido de las neoplasias digestivas y un inicio más precoz del tratamiento, mediante el establecimiento de tiempos máximos y 2) realizar el estudio diagnóstico sin hospitalización siempre que el estado del paciente lo permita para evitar ingresos con finalidad exclusivamente diagnóstica.

Los instrumentos de coordinación son una guía de decisiones clínicas, el protocolo de derivación y la descripción de la actuación de cada nivel: se detalla la actuación de cada profesional, tanto del médico como de enfermería, de atención primaria y atención especializada. El circuito se inicia con la sospecha clínica de neoplasia en atención primaria o urgencias, desde donde el paciente entra en el programa NeDig, con acceso preferente a consultas externas y un médico internista se responsabiliza del caso para realizar su estudio. La unidad NeDig decide el plan terapéutico. Los distintos profesionales que conforman el equipo de la unidad funcional de NeDig son los responsables de la asistencia y el internista del programa actúa como gestor del caso; es el médico responsable del paciente durante el proceso diagnóstico y terapéutico, y cuenta con el soporte del resto de especialistas. En caso de derivación del paciente a un hospital de mayor complejidad, el internista y el cirujano elaboran y firman el informe, y el cirujano será el responsable de contactar con el servicio de cirugía al cual se deriva al paciente. En el proceso de asistencia del paciente, se utilizan diversos instrumentos de coordinación: las peticiones de exploración por circuito preferente, el curso clínico electrónico con las decisiones de las sesiones clínicas, y el informe de asistencia en el momento del alta del programa.

Este programa hace hincapié en la coordinación de la información mediante la utilización de la estación de trabajo clínico de la *intranet* y la gestión de la atención del paciente por medio del médico internista responsable del paciente. Para su divulgación, se han realizado presentaciones en los centros sanitarios, se ha distribuido el documento en soporte papel e informático, se encuentra disponible en la *intranet* y se realizan recordatorios anuales para atención primaria. La implantación del programa se ha centrado en la traducción a vías clínicas y su evaluación.

Discusión

La CSMS es una organización sanitaria integrada que ofrece servicios asistenciales en los diferentes niveles: atención primaria, atención especializada de agudos y atención sociosanitaria. La amplitud de integración de la Corporación abarca en su continuo asistencial la promoción y la prevención, la atención ambulatoria, los tratamientos de pacientes agudos y crónicos, y los tratamientos de rehabilitación. Adicionalmente, también se han integrado servicios de atención domiciliaria y algunos servicios so-

ciales. La CSMS proporciona servicios asistenciales a diversos municipios en dos comarcas de la costa norte de Cataluña y proporciona el continuo asistencial al 37,8 % de la población de su territorio ya que el proveedor de atención primaria mayoritario es el ICS.

La integración entre proveedores de la Corporació ocurre en el mismo nivel asistencial (integración horizontal) y en distintos niveles asistenciales (integración vertical)²⁹. La integración horizontal estaría diseñada para aumentar la coordinación y el control de las atenciones de salud que se encuentran en la misma etapa de provisión de servicios de salud y para facilitar la colaboración interorganizacional y la comunicación entre proveedores de salud que se han involucrado en la provisión de estos servicios³⁰. Además, la integración vertical proporciona mayor coordinación y control de las atenciones de salud a lo largo del continuo asistencial.

La Corporació mantiene un convenio de colaboración con el ICS en el territorio, en el marco de la prueba piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios de base poblacional. Los objetivos generales y específicos fijados en esta prueba se centran en temas de coordinación y continuidad asistencial, por lo que se potencia el modelo de organizaciones sanitarias integradas. Además, el sistema de asignación capítativo proporciona, teóricamente, una flexibilidad presupuestaria que permite redistribuir el presupuesto global según las necesidades de los servicios, ámbitos o centro³¹. En la práctica, existe un doble contrato y dobles objetivos, lo que representa carga doble de trabajo a la hora de gestionar y rendir cuentas, y a la larga, podría ser una amenaza para la implantación y ampliación futura del sistema de pago capítativo. Asimismo, en relación con el sistema, la asignación per cápita a los territorios piloto se ha basado principalmente en la negociación de un presupuesto, a partir del coste histórico, más que en una fórmula de financiación capítativa, lo que podría promover la asignación arbitraria de fondos y perpetuar las ineficiencias e inequidades ya existentes³¹.

En cuanto al modelo de gobierno, la Corporació posee un único órgano de gobierno totalmente centralizado, el consejo rector, que, según la bibliografía, conlleva una serie de ventajas para la organización³²: claridad de los objetivos, unidad de mando y compromiso con la totalidad del sistema que gobierna. Aunque no existe evidencia empírica de qué modelo de gobierno permite alcanzar mayor grado de integración del sistema³³, el órgano de gobierno de la CSMS cumple con algunos de los atributos que la bibliografía considera deseables para un buen gobierno, como la presencia de algunas figuras políticas, que podrían facilitar el conocimiento de la población del territorio y sus necesidades de salud³³.

Los miembros del gobierno de la CSMS proceden de las entidades que integran la OSI, lo cual puede aportar información valiosa para conocer la situación del sistema y formular los objetivos y estrategias, pero puede perderse la objetividad y la visión de conjunto, y convertir este órgano en una “cámara legislativa”, a la cual se lleven las prioridades y políticas propias³³. Además, al parecer, la complejidad del gobierno de este tipo de organizaciones requeriría la presencia de miembros con una dedicación elevada³³ y una preparación específica. No obstante, en el caso de la Corporació, la dedicación de sus componentes es parcial y sin ninguna preparación específica. En el ámbito de la gobernabilidad, la CSMS debería desarrollar algunos mecanismos,

como órgano de gobierno, para conseguir mayor implicación en el funcionamiento de la organización, mayor participación y entendimiento de la visión del sistema, la información y formación de los miembros para fortalecer su visión global, y una evaluación del desempeño del propio órgano de gobierno³³.

La dimensión estratégica de la Corporació muestra un conjunto coherente de misión, valor, metas y objetivos, elementos clave para la integración organizativa³⁴, y para definir el alcance y la dirección de las actividades de la organización. Existe alineación horizontal y vertical de los objetivos, y estrategias de las unidades operativas y los de la Corporació, por lo que al parecer la CSMS está integrada en su dimensión estratégica. Además, los objetivos y las estrategias se presentan orientados hacia la coordinación. La existencia de una estrategia global puede aportar un vínculo común para todas las acciones que se desempeñen a largo plazo dentro de la organización³⁵.

La CSMS consta de un único órgano de gestión que desempeña las funciones y actividades de dirección de forma centralizada y utiliza un sistema de planificación de acciones³⁶, en el cual los objetivos globales de la organización se van concretando en objetivos, programas y acciones específicas para cada una de las unidades.

Se encuentra en transición desde un modelo divisional hacia una agrupación por ámbito funcional, que implica la agrupación en una misma unidad de las actividades y profesionales de los diferentes niveles asistenciales que están involucrados directamente en un proceso asistencial determinado. 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 servicio³⁷.

El sistema de asignación de la Corporació se basa en un presupuesto único para toda la organización. A la luz de la bibliografía, para alcanzar la eficiencia, la red debe tratar el problema de salud en el lugar más coste-efectivo dentro del continuo asistencial y, para ello, los incentivos de las diferentes unidades están alineados con los objetivos globales del sistema, es decir, 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, ámbitos, etc.– se convierten en centros de costes que deben ser gestionados dentro de un único presupuesto³⁸. La CSMS se encuentra sometida a un doble presupuesto y, aunque se aproxima a las condiciones que la bibliografía cita como necesarias para favorecer la eficiencia dentro del continuo asistencial, aún persisten elementos que no lo favorecen, como es el hecho de tener que responder a diferentes tipos de objetivos.

El sistema de incentivos a los profesionales afecta los resultados de la atención en términos de coste, calidad y continuidad por los efectos que este sistema tiene en el comportamiento del trabajador³⁹. La Corporació dispone de un sistema de incentivos únicamente para los mandos medios y no existe ningún sistema de incentivos a profesionales, además de presentar diferencias salariales entre profesionales de un mismo nivel, especialmente en el ámbito sociosanitario. Probablemente, se necesitaría eliminar, en primer lugar, estas diferencias para evitar que pudieran ac-

tuar en detrimento de la posible mejora de la coordinación en el interior de la organización.

En el ámbito de la coordinación asistencial, la organización presenta características de un modelo de atención definido como gestor-consultor, en el cual la atención primaria actúa como puerta de entrada al sistema sanitario y desempeña un papel de gestor del paciente a lo largo del sistema asistencial. En este caso, es fundamental una buena coordinación entre el gestor del paciente y el consultor en la información sobre el paciente⁴⁰.

La CSMS utiliza diversos mecanismos para mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Las guías de práctica clínica es uno de los instrumentos de coordinación preferentes en la CSMS, presenta un total de 13 GPC, su finalidad es estandarizar los procesos asistenciales y definir los roles en los diferentes niveles asistenciales. Otro de los instrumentos de coordinación asistencial utilizados son los grupos de trabajo y los comités permanentes que, según la clasificación de Mickan y Rodger⁴¹, se trata de grupos interdisciplinarios. Estos grupos presentan algunos de los elementos que la bibliografía considera que proporcionan un buen grado de coordinación: número de integrantes pequeño, participantes de diferentes procedencias, según el proceso, comunicación regular entre integrantes, cada miembro tiene una tarea asignada dentro del grupo y se comparte una serie de normas para guiar la actividad del grupo⁴².

El sistema experto es un instrumento de coordinación presente en la organización, que pretende mejorar el poder resolutorio de la atención primaria y agilizar el canal de comunicación con la atención especializada. En la actualidad, el sistema experto se centra en disponer de médicos especialistas de referencia, a los cuales por correo electrónico o por vía telefónica se les pueda consultar dudas sobre determinados casos, y así conseguir una respuesta rápida. Sin embargo, hay algunos aspectos poco desarrollados que dificultan conseguir un sistema experto que represente una alternativa a la consulta tradicional: las visitas de los especialistas a la atención primaria son muy esporádicas y de unos pocos servicios; además, los planes de formación para médicos de atención primaria son informales y no continuados.

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 organización, por lo que la información debe ser accesible desde todos los puntos del sistema por parte de aquellos profesionales involucrados en el cuidado del paciente (médicos de atención primaria, especialistas, urgencias, etc.)⁴³. El sistema de información vertical de la CSMS comparte información clínica de informes asistenciales, analíticas e información administrativa a lo largo de la organización y los profesionales autorizados pueden consultar esta información desde cualquier parte de la organización. A pesar de estar orientado hacia la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, con acceso a la información desde los distintos niveles asistenciales, la historia clínica no se encuentra integrada a lo largo de la organización y aún presenta algunas dificultades para obtener información de un paciente en determinado momento. Además, el sistema de información carece de un sistema de análisis de resultados de la población atendida.

BIBLIOGRAFIA

1. Corporació de Salut del Maresme i la Selva. Memòria 2003.
2. Institut d'Estadística de Catalunya. Padrón municipal de habitantes por sexo. Cifras oficiales. Malgrat de Mar, Calella, Palafolls, Lloret de Mar y Tossa de Mar, 2003.
3. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Núm. 3.477-20.9.2001. Estatuts de Calella, 2001.
4. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm* 1993; 38 (4): 447-466.
5. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Núm. 1.688-30.12.1992. Estatuts del Consorci Sanitari de la Selva, 2005.
6. Corporació de Salut del Maresme i la Selva. Evolució històrica BCGest, 2004.
7. Jornada tècnica de CHC Consultoria i Gestió, S.A. Unificació funcional de dos hospitals comarcals, 2003.
8. Corporació de Salut del Maresme i la Selva. Projecte AMSM 1993-2004: la constitució d'un grup sanitari, 2004.
9. Corporació de Salut del Maresme i la Selva. El nuevo modelo asistencial de la Corporación, 2004.
10. Idescat. Població segons sexe i edat. Grans grups Catalunya. Sèrie temporal. Idescat 2001; disponible en: www.idescat.net
11. CatSalut. Contrato del convenio de coordinación de la prueba piloto del sistema de compra en base poblacional en el ámbito geográfico de Alt Maresme-Selva marítima, 2004.
12. CatSalut. Anexo I al convenio de coordinación de la prueba piloto del sistema de compra en base poblacional en el ámbito geográfico de Alt Maresme-Selva marítima. Objetivos específicos 2003.
13. CatSalut. Anexo II al convenio de coordinación de la prueba piloto del sistema de compra en base poblacional en el ámbito geográfico de Alt Maresme-Selva marítima. Indicadores para la monitorización y evaluación de los objetivos específicos para el año 2003.
14. Corporació de Salut del Maresme i la Selva. Actas del Consell Rector, 2004.
15. Comité de Direcció CSMS. Línies estratègiques i objectius 2004; 2003.
16. Corporació de Salut del Maresme i la Selva. Contratos de gestión entre CSMS y los jefes de ámbitos asistenciales, 2003.
17. Corporació de Salut del Maresme i la Selva. Visió, missió i valors de la Corporació, 2004.
18. Corporació de Salut del Maresme i la Selva. Organigrama de Direcció de la CSMS, 2003.
19. Corporació de Salut del Maresme i la Selva. Oferta de Serveis Assistencials de la divisió hospitalària, 2002.
20. Hospital Sant Jaume de Calella. Plantilla de seguimiento mensual de la actividad asistencial, 2003.
21. Corporació de Salut del Maresme i la Selva. Balanç de la situació econòmica a 31.12.03. CSMS, 2003.
22. Corporació de Salut del Maresme i la Selva. El nuevo modelo asistencial de la Corporación, 2004.
23. Cunillera R. Instrumentos para mejorar la continuidad asistencial. De la coordinación a la integración, 2004.
24. Corporació de Salut del Maresme i la Selva. Guías clínicas de la CSMS, 2004.
25. STIC-CSMS. Plan del sistema de información, 2002.
26. Corporació de Salut del Maresme i la Selva. Registro del protocolo del alta del niño asmático, 2004.
27. Unitat Ictus del CSMS. Pla funcional de la Unitat Ictus, 2003.
28. Corporació de Salut del Maresme i la Selva. Programa de diagnóstico rápido de neoplasia digestiva, 2003.
29. Conrad DA, Dowling WL. Vertical Integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Manage Rev* 1990; 15 (4): 9-22.
30. Simoens S, Scott A. Towards a definition and taxonomy of integration in primary care. HERU Discussion Paper, 1999.

31. Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. Cuadernos de gestión 2002; 8 (4): 167-179.
32. Forest PG, Gagnon D, Abelson J, Turgeon J, Lamarche P. Issues in the governance of integrated health care delivery systems. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 1999.
33. Alexander JA, Zuckerman HS, Pointer DD. The challenges of governing integrated health care systems. Health Care Manage Rev 1995; 20 (4): 69-81.
34. Shortell SM, Hull KE. The new organization of the health care delivery system. Baxter Health Policy Rev 1996; 2: 101-148.
35. Canueva C, García J. Gestión de empresas. Madrid: Pirámide, 1999.
36. Lamb G. Outcomes across the care continuum. Med Care 1997; 35 (11): 106-114.
37. Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. Barcelona: Ariel, 1988.
38. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. Health Aff 1994; Winter: 46-64.
39. Rosen B. Professional reimbursement and professional behavior: emerging issues and research challenges. Soc Sci Med 1989; 29 (3): 455-462.
40. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2001.
41. Micken S, Rodger S. The organisational context for teamwork: comparing health care and business literature. Aust Health Rev 2000; 23 (1): 133-142.
42. Micken S, Rodger S. Characteristics of effective teams: a literature review. Aust Health Rev 2000; 22 (3): 201-208.
43. Coddington C, Moore C, Fischer E. Making integrated health care work. Englewood (Colorado): Center for Research in Ambulatory Health Care Administration, 1996.

Capítulo 8

Grup d'Assistència Sanitària i Social (Grup SAGESSA)

Lluís Colomés Figuera
Maria Àngels Pons Mesquida

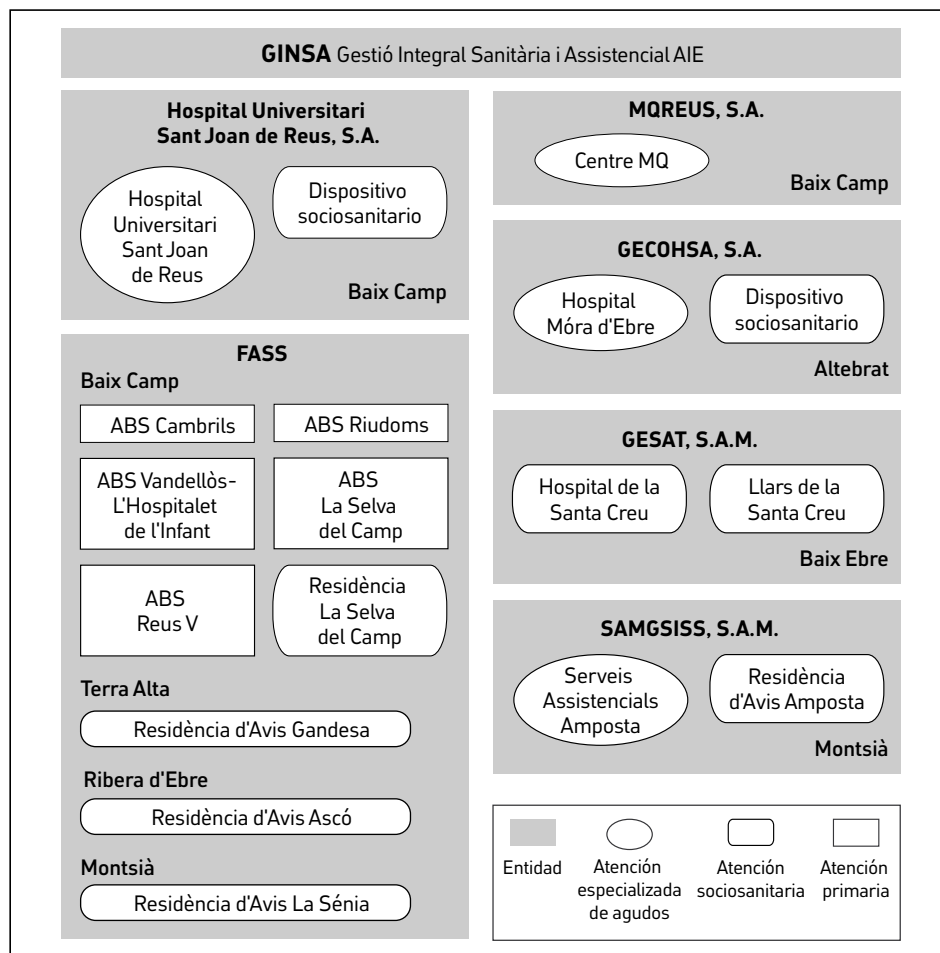
El Grup SAGESSA (Grup d'Assistència Sanitària i Social) es una entidad de titularidad pública dedicada a la gestión de servicios asistenciales de los diferentes niveles en el ámbito geográfico de las comarcas del sur de Cataluña: Baix Camp, Baix Ebre, Montsià, Priorat, Ribera d'Ebre i Terra Alta; las tres últimas forman Altebrat¹². Está constituido por seis entidades asistenciales independientes: Hospital Universitari Sant Joan de Reus, S.A., GECOHSA, S.A., MQREUS, S.A., GESAT, S.A.M. (sociedad anónima municipal), SAMGSISS, S.A.M. y FASS (Fundació Assistencial Sanitària, Sòcio-sanitària i Social), que se relacionan mediante una asociación de interés económico (AIE) (fig. 8-1).

El Grup SAGESSA presta atención del continuo asistencial (atención primaria, atención especializada de agudos y atención sociosanitaria) en Reus y otros doce municipios de la comarca del Baix Camp, abarcando un total de 65.554 habitantes³, que corresponde al 45 % de la población de esta comarca. En cambio, la atención especializada se ofrece a la totalidad de los habitantes del Baix Camp (145.675 habitantes)³. En las otras cinco comarcas, Grup SAGESSA no provee del continuo asistencial, sino que presta servicios especializados y sociosanitarios. En el territorio de Altebrat, proporciona los servicios de un hospital comarcal a 43.048 habitantes³. Además, el Hospital Universitari Sant Joan de Reus es hospital de oncología de referencia y, junto con el Hospital Joan XXIII de Tarragona del ICS, comparte una unidad de hemodinámica cardíaca de referencia para el sur de Cataluña.

Características clave

Grup SAGESSA brinda en el Baix Camp una cartera de servicios que corresponde al continuo asistencial: atención primaria, atención especializada de agudos y atención sociosanitaria⁴. En atención primaria, se ofrecen servicios de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, odontología, atención directa con diagnóstico y tratamiento en medicina familiar y comunitaria, pediatría y obstetricia. En atención

Figura 8-1. Entidades y unidades operativas del Grup SAGESSA, 2004.



ABS, área básica de salud.

hospitalaria de agudos, se ofrecen todos los servicios correspondientes a un hospital de referencia^{5,6}. En atención sociosanitaria y social, comprende convalecencia, larga estancia, curas paliativas, asistencia domiciliaria, hospital de día y UFISS geriátrica. En las otras comarcas, proporciona los servicios propios de un hospital general básico, atención domiciliaria (PADES) y atención sociosanitaria.

En cuanto a la profundidad de la integración, Grup SAGESSA en el Baix Camp gestiona cinco ABS con cinco CAP y diez consultorios locales, dos hospitales de agudos, un dispositivo de atención sociosanitaria y un equipo de soporte domiciliario (PADES). Si se consideran todos los centros asistenciales gestionados por el Grup en todo el territorio, la red asistencial aumenta ya que se le suman dos hospitales de agudos, un centro sociosanitario, cinco residencias asistidas y tres equipos de atención domiciliaria⁷.

Atendiendo a los niveles de atención que se integran, el Grup es una organización con integración vertical ya que se encuentran diferentes etapas en el proceso de producción de salud y “hacia atrás” puesto que la integración se realizó desde el hospital hacia la atención primaria, fusionándose la gestión de ambos. Es una organización con integración horizontal en el nivel hospitalario, con dos centros situados en la misma etapa en el proceso de producción de salud. Dado que produce el total de servicios que ofrece, se clasifica como OSI con integración total.

El Grup SAGESSA es una sociedad anónima mercantil con capital público que forma el paraguas virtual, bajo el cual se encuentran las seis entidades asistenciales –cada una con personalidad jurídica propia– y que se relacionan mediante una asociación de interés económico (AIE), llamada Gestió Integral Sanitària i Assistencial GINSA. GINSA es una empresa de gestión que permite compartir servicios comunes no asistenciales entre todos los centros que forman el Grup¹⁸. Por tanto, según la forma de relación entre los dispositivos asistenciales, se trata de una OSI virtual.

Evolución histórica

El inicio de la organización data de 1987, cuando el Hospital Sant Joan de Reus, propiedad del ayuntamiento de Reus, se transformó en Sociedad Anónima Municipal (S.A.M.), dotada de un consejo de administración con representantes de cada partido político del ayuntamiento y cuyo presidente o consejero delegado era el alcalde. En 1988, el ayuntamiento de Reus creó otra sociedad anónima para la gestión del Hospital Comarcal de Móra d'Ebre, GECOHSA. Su consejo rector, de carácter informativo y consultivo, estaba formado por los presidentes de los consejos comarcales y por los alcaldes de los municipios del territorio de Altebrat. Posteriormente, ese mismo año se creó SAGESSA, S.A. para la gestión conjunta de ambas empresas. En 1989, los ayuntamientos de Amposta y Tortosa crearon sus sociedades anónimas municipales, SAMGSISS y GESTA, respectivamente, para gestionar sus centros sociosanitarios. En abril de 1989, se optó por una gestión conjunta de todas estas entidades bajo una única gerencia y surgió el Grup SAGESSA, inicialmente como empresa de gestión de servicios asistenciales, propiedad de los ayuntamientos de Reus, Tortosa y Amposta y de los seis consejos comarcales. A partir de ese año, fueron integrándose nuevas unidades operativas bajo la gestión del Grup SAGESSA. En 1991, se produjo la incorporación de la primera ABS, Vandellòs-L'Hospitalet de l'Infant y se creó SERVEIS (Fundació Assistencial Grup SAGESSA) para gestionar los nuevos centros sin personalidad jurídica propia que fueron incorporándose en años sucesivos. En 1995, se incorporó el ABS de Riudoms; en 1999, el ABS de Cambrils, y en el 2000, las ABS de la Selva del Camp y Reus V^{1-4,9}.

En 1996, se creó la Societat Gestió Integral Sanitària i Assistencial AIE (GINSA) para gestionar las entidades de Grup SAGESSA, que, a su vez, pasó a adoptar un papel estratégico y representativo. La creación de GINSA permitió que el Grup y sus entidades se dotasen de un personal común, lo que facilitaba la gestión conjunta de proyectos y estrategias, y la optimización de recursos y facturación¹.

Las circunstancias que determinaron la constitución del Grup SAGESSA fueron de ámbito político, económico y social. En el ámbito político, influyó, por un lado, la

LOSC, que contemplaba la existencia de diversos proveedores sanitarios, y, por el otro, la creación de las sociedades anónimas municipales (S.A.M.) para la gestión de los servicios asistenciales que acababa con la gestión directa por el ente territorial y la voluntad de los ayuntamientos de fusionar sus empresas de gestión en un único órgano gestor. En el ámbito económico, se buscó la profesionalización de la gestión de los centros asistenciales y un único gerente de las S.A.M., tratando de optimizar recursos. La creación del Grup SAGESSA fue liderada e impulsada por el gerente del Hospital Sant Joan de Reus, con el apoyo de los directivos y la aprobación del Servei Català de la Salut y las Administraciones locales del momento.

Los cambios, desde el inicio de la formación del Grup SAGESSA, han sido múltiples. En la forma de relación entre las organizaciones, se pasó de la creación de las sociedades anónimas municipales independientes, pero que compartían un mismo gerente, a una gestión conjunta de estas entidades bajo la gerencia de SAGESSA (1989) y, posteriormente, bajo la gestión de GINSA (1996), que proporcionó un carácter estratégico representativo a Grup SAGESSA. En cuanto al gobierno, con SAGESSA (1989) se crearon dos órganos rectores que no existían hasta entonces, formados por representantes de todas las entidades constituyentes y, al mismo tiempo, cada entidad mantuvo sus propios órganos de gobierno. Los cambios en la estructura organizativa se han centrado en el organigrama: hasta el 2000, el organigrama de GINSA estaba formado por un director general y dos gerencias: el área de planificación y evaluación, y el área operativa. A partir de ese año, se organizó bajo el mando de un único director general y cuatro gerencias: área de asuntos jurídicos, área de planificación estratégica, área operativa y área de recursos humanos¹⁰.

Elementos del entorno

El Grup SAGESSA se encuentra en seis comarcas del sur de Cataluña que cuentan con buenas vías de comunicación. La densidad de población de estas comarcas es diversa y varía entre un máximo de 209,5 habitantes por km² en el Baix Camp y un mínimo de 16,5 habitantes por km² en Terra Alta. Con el 63,8 % de la población entre los 15 y los 64 años, y el 23,7 % de 65 años o más, presenta cifras muy similares a la media de la Comunidad Autónoma¹¹.

En el área de influencia del Grup SAGESSA, existen otros dos grandes proveedores de asistencia sanitaria: el ICS y el Institut Pere Mata. En la comarca del Baix Camp, el ICS proporciona el 55 % de la atención primaria (80.121 habitantes) y proveedores privados proporcionan³ el 20 % de la atención sociosanitaria (29.135 habitantes). En las comarcas de Alt de l'Ebre, Baix Ebre y Montsià, el ICS cubre el 100 % de la atención primaria. En el Baix Ebre y en el Montsià, el ICS provee, además, de la atención hospitalaria a una población de 66.369 y de 57.550 habitantes, respectivamente³. El Institut Pere Mata provee de servicios de atención a la salud mental en todo el territorio y dispone de centros para adultos e infantiles, centros de día y unidades diagnósticas de demencias¹². Como instrumento de coordinación en Amposta, existe un convenio de colaboración y se ha establecido un comité que se reúne regularmente.

En el resto de las áreas, el principal instrumento de coordinación es la participación en la elaboración de alguna de las guías de práctica clínica.

El Grup SAGESSA participa en la experiencia piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios en base poblacional en el territorio de Altebrat¹³. El CatSalut compra la cartera de servicios de salud para una población definida geográficamente al conjunto de proveedores de servicios sanitarios que opera en la zona, en este caso, el Grup SAGESSA y el ICS. Por tanto, en las comarcas de Altebrat hay un doble contrato: el de la prueba piloto de compra en base poblacional y el contrato por líneas de servicios, que se mantiene de forma simultánea. Ello exige el cumplimiento de los objetivos fijados en los contratos convencionales con el CatSalut por líneas de servicios y los fijados en la prueba piloto. En el resto de territorios en que hay alguna unidad operativa del Grup SAGESSA, el sistema de compra de servicios con el CatSalut es por líneas de servicios¹⁴⁻¹⁶.

Los mecanismos de pago a las unidades operativas del Grup SAGESSA son diversos: pago en base capitativa indirecta y por estructura para la atención primaria; pago por actividad, el Hospital Sant Joan de Reus; pago por programa a los servicios asistenciales de Amposta; dentro de la prueba piloto, el Hospital Comarcal Móra d'Ebre, y por concierto y estancia a los servicios sociosanitarios.

Modelo de gobierno

El Grup SAGESSA está gobernado por dos órganos centrales: el consejo rector, consultivo, y el consejo de administración, representativo y ejecutivo. Cada centro del Grup mantiene su propio órgano de gobierno local, el consejo de administración¹⁸.

El consejo rector, de acuerdo con sus estatutos, es el órgano consultivo de la sociedad, que ejerce las funciones de asesoramiento, consulta, planificación, estrategia, seguimiento y supervisión de las actividades. Está formado por los miembros del consejo de administración y por las personas que, procedentes de los territorios donde se ubican centros de SAGESSA, hayan sido designadas por las entidades constituyentes del Grup, de acuerdo con el porcentaje de propiedad y hasta un máximo de 40 personas (tabla 8-1). Sus miembros son figuras políticas, que no han recibido formación específica para ser miembros del consejo rector¹⁷. El consejo rector se reúne dos veces al año.

El consejo de administración del Grup, de acuerdo con los estatutos, representa la sociedad, es el responsable de administrar los bienes muebles e inmuebles, otorgar contratos jurídicos o de trabajo, dirigir la organización comercial de la sociedad y sus negocios, realizar préstamos o créditos y ejecutar los acuerdos adoptados en la junta general de accionistas. Son competencia de la junta general: modificar los estatutos en caso necesario, nombrar nuevos directivos del Grup y aprobar la actividad financiera y presupuestaria. Los miembros del consejo de administración son: el presidente, que es un concejal del ayuntamiento de Reus; doce vocales, que son figuras políticas de los territorios donde se ubican algunos de los centros del Grup y los presidentes de los seis consejos comarcales; el director general, y el secretario general, con voz, pero sin voto (tabla 8-1)¹⁸.

Tabla 8-1. Composición del consejo rector y el consejo de administración

Consejo rector		Consejo de administración		
Territorio	Procedencia	Cargo	Procedencia	Entidades que representa
Reus (presidente)	Alcalde y presidente del consejo de administración	Presidente	Alcalde de Reus	Ayuntamiento de Reus Consejo comarcal del Baix Camp
Baix Camp	3 Alcaldes 7 Concejales municipales 2 Miembros del consejo comarcal	Consejero delegado Vocales	Concejal de Reus 4 Concejales municipales 1 Miembro del consejo comarcal	
Baix Ebre	4 Concejales municipales 2 Miembros del consejo comarcal	Vocales	1 Concejat municipal 1 Miembro del consejo comarcal	Ayuntamiento de Tortosa Consejo comarcal del Baix Ebre
Montsià	2 Alcaldes 4 Concejales municipales 1 Miembro del consejo comarcal	Vocales	1 Concejat municipal 1 Miembro del consejo comarcal	Ayuntamiento de Amposta Consejo comarcal del Montsià
Priorat	1 Alcalde 3 Concejales municipales	Vocales	1 Miembro del consejo comarcal	Consejo comarcal del Priorat
Ribera d'Ebre	4 Alcaldes 1 Concejat municipal 1 Miembro del consejo comarcal	Vocal	1 Miembro del consejo comarcal	Consejo comarcal de la Ribera d'Ebre
Terra Alta	3 Alcaldes 1 Concejat municipal 1 Miembro del consejo comarcal	Vocal	1 Miembro del consejo comarcal	Consejo comarcal de la Terra Alta
	Director general		Director general	
	Secretario general		Secretario general	

El gobierno local de cada entidad, de acuerdo con las actas, se encarga de representar la entidad, otorgar contratos, aprobar préstamos o créditos y estar informado de la actividad económica y financiera del centro, de la actividad asistencial y de los convenios de colaboración establecidos con otras entidades del territorio. Está constituido por figuras políticas del municipio donde se ubica el centro, miembros del consejo comarcal, el director general del Grup SAGESSA y el secretario general o gerente del área de recursos del Grup, con voz, pero sin voto.

La existencia de dos órganos de gobierno centrales hace necesario la utilización de algunos mecanismos para coordinarse entre ellos: presencia de todos los miembros del consejo de administración en el consejo rector; el mismo presidente y el mismo secretario general, así como la presencia del director general en ambos órganos de gobierno. La coordinación entre el consejo de administración de cada centro y los gobiernos centrales se garantiza mediante la presencia de algunos miembros en los órganos de gobierno locales y en los centrales, y la del director general en todos los órganos de gobierno.

Dimensión estratégica

El Grup SAGESSA no dispone de un plan estratégico formal aunque cuenta con objetivos estratégicos y operativos, definidos anualmente y disponibles en la *intranet* del grupo. Estos objetivos son elaborados por una comisión permanente, llamada *estructura horitzontal de desenvolupament estratègic*, formada por el director general, los gerentes de las distintas áreas de dirección, los directores de nivel asistencial (atención primaria, atención especializada de agudos y atención sociosanitaria) y los directores de los hospitales Sant Joan de Reus y de Móra d'Ebre. Es una comisión de apoyo a la gerencia para la planificación y elaboración de estrategias del grupo, que se reúne mensualmente.

El Grup SAGESSA, en su declaración de principios, describe misión, visión, valores y objetivos de la organización. La misión consiste en procurar a los ciudadanos una atención sociosanitaria excelente. La visión se basa en tres ejes principales: la mejor salud, la mejor atención y los mejores profesionales. Entre los valores del Grup, aparecen aspectos de calidad de la atención, una dirección flexible y participativa y la eficiencia, como característica indisociable de la calidad¹.

Los objetivos estratégicos del Grup SAGESSA se clasifican en tres grupos, según los ejes de la visión: la mejor atención, haciendo referencia al año del consentimiento informado y las voluntades anticipadas; la mejor salud, destacando el desarrollo de protocolos de actuación y coordinación, y los mejores profesionales, haciendo hincapié en la realización de programas de formación en habilidades directivas. Entre los objetivos operacionales, cabe destacar, en relación con la coordinación, la formación de alianzas estratégicas con el ICS y la gestión por procesos. Además, hay objetivos orientados a la percepción de la organización por parte de la sociedad y otros de bioética¹⁹.

Además, cada uno de los centros del Grup tiene sus propios objetivos, definidos a partir de los principios y de las estrategias de la organización, y de los objetivos

anuales establecidos por el CatSalut. Los objetivos fijados por cada centro se concretan y especifican más para cada servicio. Entre los objetivos y líneas estratégicas de las unidades asistenciales, siempre están presentes los objetivos de los contratos con el CatSalut, el cumplimiento del presupuesto de actividad y económico, el desarrollo de alianzas estratégicas con otros proveedores del CatSalut, la gestión por procesos y los relativos a la coordinación asistencial, como es el desarrollo del programa de atención interniveles (PAIS).

Estructura organizativa

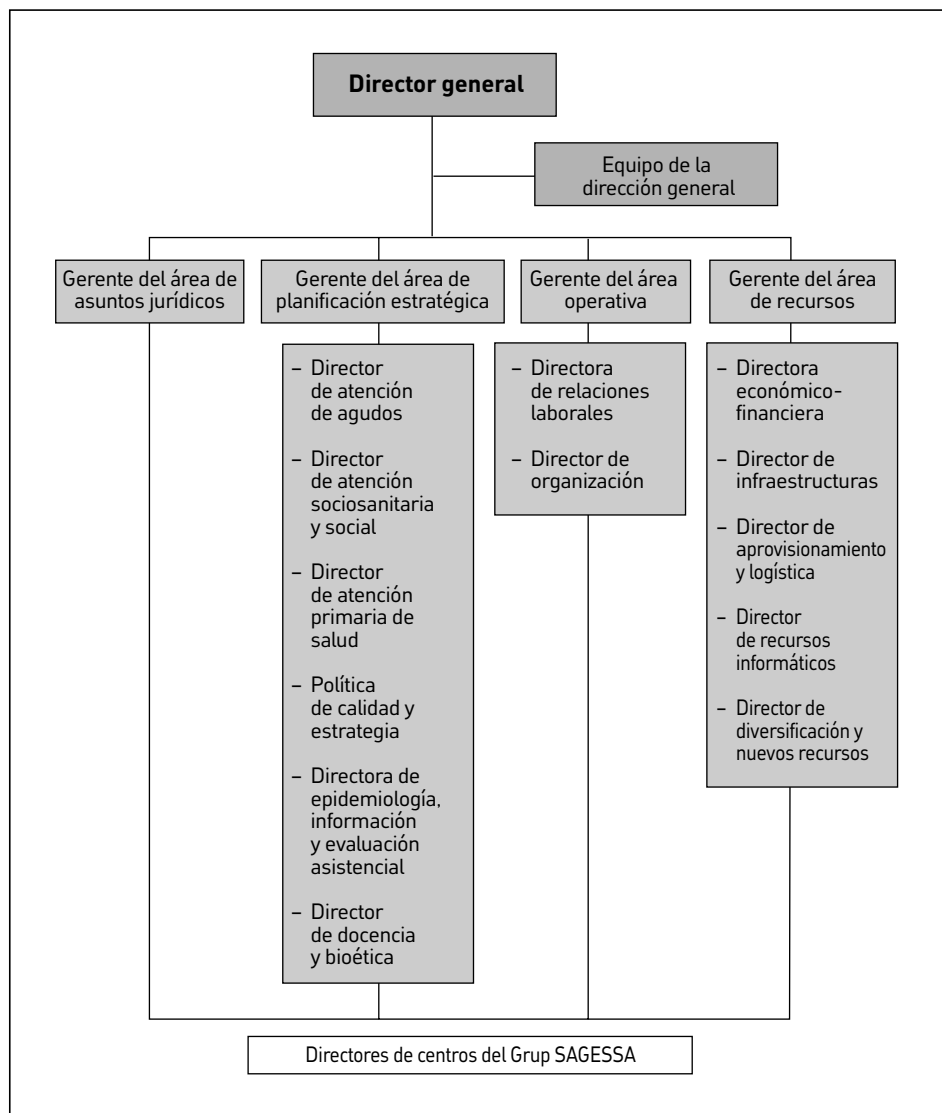
El Grup SAGESSA presenta un único órgano de gestión para toda la organización, el consejo de dirección, constituido por el director general, los cuatro gerentes de área de GINSA, la junta de dirección de cada centro asistencial del Grup. Realiza la función de administración, gestión y planificación global de todos los centros de la organización. El consejo de dirección es el órgano ejecutivo del consejo de administración y el elemento de coordinación es el director general. La dirección de cada centro es responsable de la junta de dirección, se encarga de la microgestión, la organización y la planificación asistencial del centro.

En el organigrama del Grup SAGESSA, elaborado en 2003¹⁰, se observan varias líneas jerárquicas. En la parte superior está la dirección general con su personal y, por debajo, las cuatro gerencias que se organizan en diferentes direcciones. En una línea jerárquica inferior a las cuatro gerencias, se encuentra la dirección de los centros, que forman el nivel asistencial y se divide en cuatro partes según el territorio: área del Baix Camp, área de Altèbrat, área del Baix Ebre y área del Montsià (fig. 8-2). Atendiendo a este modelo organizativo, el Grup SAGESSA es una organización que presenta una estructura alta con muchos niveles jerárquicos y su base de agrupación es por nivel asistencial.

Las funciones de dirección del Grup SAGESSA se reparten entre la dirección central y la dirección de los centros. La asignación de recursos, sistema de salarios e incentivos, evaluación y relaciones exteriores son funciones desempeñadas por la dirección central del Grup SAGESSA. Las funciones de planificación y organización global son responsabilidad del consejo de dirección del Grup SAGESSA, pero de la planificación asistencial se encarga la dirección de cada centro. La planificación de recursos humanos, políticas de investigación y docencia son responsabilidad conjunta de ambas direcciones. La función de gestión de personas la desempeña la dirección de cada centro. Para coordinar las funciones de dirección descentralizada, se utiliza un dispositivo de enlace, como es la figura de un directivo integrador (directores de nivel asistencial) y, también, los sistemas de planificación y control global de la organización. Las funciones de apoyo del Grup SAGESSA están centralizadas, excepto los aspectos de microgestión que se desarrollan en cada centro.

La estructura del Grup SAGESSA se basa en un diseño organizativo divisional, con una base de agrupación por nivel asistencial y con una diversidad de mecanismos de coordinación de procesos que no permiten determinar si es una estructura orgánica o mecánica.

Figura 8-2. Organigrama del Grup SAGESSA, 2003.



Sistema de asignación de recursos y de incentivación al personal

Cada centro del Grup SAGESSA dispone de un presupuesto, gestiona directamente sus gastos y se responsabiliza de los costes directos e indirectos que genera sobre el sistema. El presupuesto del año se elabora a partir de los objetivos fijados por el CatSalut, considerando la actividad realizada por centro asistencial, los gastos y

el presupuesto histórico, añadiendo los gastos generados por las necesidades determinadas para el año siguiente²⁰.

Cada centro posee capacidad de compra de servicios dentro del grupo y a otros proveedores, en caso que la organización no disponga de esos servicios, y puede comprar lo que necesite en función del presupuesto disponible. Entre centros del Grup SAGESSA se realiza la facturación de productos intermedios en función de los precios establecidos por producto, que se van incrementando anualmente.

La contratación del Grup SAGESSA por el CatSalut se basa fundamentalmente en pago por línea de servicio y no permite traspasar recursos monetarios y humanos de una unidad a otra, que son responsables de administrar sus recursos.

En el Grup SAGESSA existe un sistema de incentivos a directivos, responsables de servicios y a los profesionales de atención primaria, en función del convenio que les corresponda, que están ligados a objetivos del Grup SAGESSA, objetivos de centro u objetivos individuales²¹. Los incentivos son mayores o menores según el grado del directivo y pueden oscilar entre el 10 y el 20 % del salario.

Coordinación asistencial

Organización asistencial

La asistencia se organiza de acuerdo con el modelo del sistema de salud catalán, en que atención primaria ejerce de puerta de entrada al sistema, permite el acceso a la atención especializada y actúa de gestor del paciente.

Para mejorar la coordinación de la atención entre los diferentes niveles asistenciales, el Grup SAGESSA ha elaborado un programa de atención interniveles (PAI)²². Los objetivos del programa son garantizar la continuidad asistencial, la participación de los profesionales en la gestión clínica diaria, mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios de salud, la colaboración del grupo con los otros proveedores sanitarios, definir la cartera de servicios para los principales grupos de patologías, establecer una visión global e integrada de la patología y conseguir la adecuación de recursos. Este programa se basa fundamentalmente en la elaboración de guías de práctica clínica en las cuales se detallan los procedimientos y actuaciones de los diferentes profesionales sanitarios frente a un paciente con determinada enfermedad.

Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial entre niveles

El Grup SAGESSA ha introducido diversos mecanismos de coordinación asistencial, que se basan fundamentalmente en la normalización y la adaptación mutua. Entre los primeros, se utilizan las guías de práctica clínica, sistema de expertos y circuitos administrativos de petición de citas mientras que, entre los segundos, destacan los grupos de trabajo y el sistema de información vertical (tabla 8-2). A partir de 2006, se pretende poner en marcha la gestión de casos.

El Grup dispone de un total de 32 *guías de práctica clínica (GPC)* de contenido amplio que detalla información sobre el proceso que abarca: factores de riesgo sobre los cuales hay que actuar, nivel asistencial más adecuado y eficiente para recibir la atención sanitaria, procedimientos diagnósticos y terapéuticos más efectivos según la evidencia científica, la experiencia de los profesionales y los recursos, consentimiento informado, e información para el paciente y la familia. El objetivo primordial de las GPC es asegurar la provisión de aquellos servicios de los cuales se ha demostrado científicamente que mejoran la salud, en el momento y nivel asistencial más adecuados y de la forma más eficiente. Para la confección de las guías, se realiza una revisión bibliográfica tanto del tema, como de guías ya existentes, para el posterior desarrollo y adaptación por un grupo de expertos. El grupo de elaboración procede de todas las instituciones involucradas en la atención y no sólo del Grup SAGESSA. Las guías se presentan en todos los centros donde se realizan actividades sobre pacientes con estas patologías y están disponibles en la *intranet* de la organización. Además, se entregan a los otros proveedores participantes, como el ICS, para que se

Tabla 8-2. Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial del Grup SAGESSA

Base de coordinación	Mecanismos de coordinación	Instrumentos de coordinación asistencial
Normalización	Procesos de trabajo	GPC conjuntas entre niveles Planificación del alta Circuitos administrativos
	Habilidades	Sistema experto de especialistas que visitan atención primaria
Adaptación mutua	Comunicación informal	Comunicación entre profesionales de atención primaria y especializada: correo electrónico y teléfono
	Grupos de trabajo	Grupo del programa atención interniveles, grupo de elaboración de las GPC y comité de coordinación AP-AEA
	Comité permanente	Comité de coordinación asistencial
	Sistema de información vertical	No hay HC compartida. Se comparte información de analíticas de laboratorio e informes clínicos Sistema de petición de citas a las CCEE Notificación de ingreso a la atención primaria

AP-AEA, atención primaria-atención especializada de agudos; CCEE, consultas externas; GPC, guías de práctica clínica; HC, historia clínica.

encarguen de su difusión. Incluyen una serie de indicadores para evaluación de su utilización y de la mejora de la calidad.

La *planificación del alta* es un mecanismo poco formalizado. En algunos servicios, hay un plan interno de alta precoz, en el cual la supervisora de planta del hospital contacta con la enfermera del CAP al cual pertenece el paciente. Se completa una hoja de enfermería donde se detalla información médica, continuidad de cuidados, evaluación del paciente y tratamiento. Se realiza, cuando es necesario, el seguimiento del paciente y depende del médico o la enfermera que lo atiende.

Como *circuitos administrativos* interniveles, existe la solicitud de citas desde atención primaria hacia consultas externas. Las ABS programan visitas para los médicos especialistas. También, existe un flujo interno de solicitud de citas entre el Hospital de Reus y el Hospital de Móra d'Ebre.

El *sistema de expertos* del Grup SAGESSA se basa en la designación de algunos médicos especialistas de medicina interna y radiología, como especialistas de referencia que visitan quincenalmente los centros de atención primaria, realizan sesiones clínicas informativas para los médicos de atención primaria y discuten casos específicos. Además, los médicos de atención primaria se comunican por vía telefónica, en caso de necesidad de alguna consulta, con sus especialistas de referencia.

Existen tres grandes *grupos de trabajo*: grupo del PAI, los grupos de elaboración de GPC y el comité de coordinación asistencial. Los grupos de coordinación del PAI están formados por cinco personas, directivos y profesionales, cuyo objetivo es intentar la coordinación interniveles a partir del consenso y de la medicina basada en la evidencia. Para ello, se han encargado de identificar las patologías que se atienden con más frecuencia en los diferentes niveles asistenciales, definir la estructura para la elaboración de las GPC, establecer sus contenidos e implantarlos, y realizar los cambios organizativos precisos para asegurar su viabilidad. Los grupos de trabajo encargados de la elaboración de las GPC son multidisciplinarios, formados por 8-12 profesionales sanitarios de diferentes procedencias y niveles asistenciales del Grup SAGESSA y de otros proveedores del territorio: ICS e Institut Pere Mata. El comité de coordinación asistencial es un grupo multidisciplinario, constituido por los tres directores de nivel (atención primaria, atención especializada de agudos y centro sociosanitario) y profesionales de diferentes centros del Grup. Con un año de evolución, su función es analizar los posibles objetivos sobre la coordinación asistencial para el año siguiente y presentar sus propuestas en las jornadas de reflexión.

El *comité permanente* es el de coordinación entre atención primaria y atención especializada, y está formado por el director de nivel de atención primaria, el jefe del servicio de urgencias, el jefe de consultas externas y el jefe de hospitalización. Se reúnen mensualmente para abordar temas de interés para mejorar la coordinación asistencial y resolver problemas entre la atención primaria y el hospital en el funcionamiento cotidiano.

El *sistema de información vertical* del Grup SAGESSA contiene información administrativa, asistencial y general de la organización de los distintos centros.

Con relación a la información asistencial, no dispone de historia clínica compartida entre los distintos niveles de atención aunque se comparte información clínica, como informes asistenciales (alta de hospitalización y urgencia; ingreso en urgencias;

informes de anatomía patológica, radiología, pruebas especiales, excepto tomografía computarizada y resonancia magnética) y analíticas. La información compartida se estandariza y se ordena de forma cronológica de manera que cada modificación que introduzca un profesional desde cualquier nivel asistencial queda registrada y actualizada.

El paciente está unificado con un único identificador, un número único de historia clínica, que identifica un servidor central mientras que los centros disponen de un servidor propio mediante el cual pueden acceder. Los datos de un paciente referentes a cualquier servicio del continuo se localizan mediante un buscador *web* de informes clínicos donde se muestra información relativa al documento, fecha, servicio, tipo de documento y estado de éste.

La atención primaria puede acceder a la información de la atención especializada, pero la especializada no puede acceder a la información de la primaria. Todo profesional clínico autorizado por la dirección del centro correspondiente tiene acceso a través del navegador *web* de cualquier ordenador conectado a la red de la organización. Para otros proveedores, como el ICS, no hay accesibilidad a la información asistencial. Existe un proyecto piloto para implementar un acceso al servidor con los resultados de las analíticas del Hospital Comarcal de Móra d'Ebre, desde los CAP del ICS de la zona de Altebrat.

Como sistemas computarizados de orientación a las decisiones clínicas, cuentan con planes personales, protocolos y alertas en atención primaria, guías de práctica clínica en atención primaria; las guías de práctica clínica en atención especializada están informatizadas.

En el análisis de resultados como soporte a la decisión clínica, se ofrecen a los profesionales unos indicadores de actividad, como número de visitas, consultas, interconsultas, altas, derivaciones, etc.; consumo de recursos, grado de control de patología crónica, etc.

Para la implantación del sistema de información dentro de la organización, el Grup SAGESSA dispone del plan estratégico de sistemas de información integrada, que promueve el uso extensivo entre los profesionales sanitarios. Dentro de la organización, la *intranet*, GRUPINET, concentra toda la información y conocimientos de la organización. En cuanto a la relación entre usuario y cliente, la *extranet* proporciona información al cliente y permite la interacción con el sistema.

Coordinación en procesos asistenciales seleccionados

La coordinación asistencial se analiza en tres procesos concretos: un proceso crónico (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), un proceso crónico con dependencia (enfermedad vascular cerebral) y un proceso agudo (cardiopatía isquémica). Además, se utilizan las GPC

PROCESO CRÓNICO: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

En el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el médico de cabecera, actuando como gestor del caso, es el responsable del seguimiento clíni-

co del paciente y valora la derivación al neumólogo en cada caso. El especialista actúa como consultor y brinda soporte a la atención primaria y las enfermeras de atención primaria son responsables de la educación sanitaria del paciente y aplican algunas técnicas diagnósticas requeridas, como la espirometría y la pulsioximetría.

El instrumento de coordinación entre niveles para este proceso es la guía para la práctica clínica en EPOC²³. La guía incluye factores de riesgo, características clínicas de la enfermedad, tratamiento de la EPOC estable (ligera, moderada, grave y muy grave) y de la agudización de la EPOC. Se especifican las causas de derivación al especialista, ya sean por problemas en el diagnóstico o por problemas con el tratamiento. En la agudización de la enfermedad, el tratamiento ambulatorio, la derivación a urgencias hospitalarias y el tratamiento hospitalario. A nivel hospitalario, se especifican los criterios de ingreso hospitalario, requisitos del alta desde urgencias, criterios de alta hospitalaria en el ámbito de atención primaria y criterios de ingreso a centros sociosanitarios. La guía recoge unos algoritmos que indican los circuitos de proceso y decisión para afrontar los diferentes grados de EPOC.

La guía fue elaborada por un comité de expertos, formado por seis profesionales de enfermería, un médico de familia, un internista, un geriatra, cuatro médicos neumólogos, dos fisioterapeutas, un médico de atención primaria y un director asistencial, representantes de todos los centros y niveles asistenciales del Grup SAGESSA y del ICS. Su divulgación se realizó a partir de presentaciones en los diferentes centros de la organización, disposición de la guía en la *intranet* y en *internet*. El grupo de coordinación del programa interniveles se encargó de revisar la propuesta del grupo de expertos, elaborar los algoritmos y, posteriormente, revisar y actualizar la guía, y evaluar su cumplimiento²⁴.

PROCESO CRÓNICO CON DEPENDENCIA: ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

El tratamiento de los pacientes con enfermedad vascular cerebral se inicia en la atención primaria, que debe derivarlo al especialista en caso de sospecha de accidente vascular cerebral (AVC). Como instrumento de coordinación interniveles se utiliza una guía de práctica clínica en que se define el papel de los diferentes niveles asistenciales²⁵. La guía contiene el diagnóstico, el tratamiento, la actuación para el tratamiento de la enfermedad en el centro de atención primaria/domicilio y a nivel hospitalario, protocolos de enfermería, indicaciones para el tratamiento en la UCI, indicaciones de ingreso en centros sociosanitarios de convalecencia y terapia y rehabilitación. La atención protocolizada abarca: ubicación, movilización y alimentación del paciente con ictus, y control de arritmias. Contiene algoritmos clínicos de diagnóstico, tratamiento y derivaciones que, en todo momento, permiten situar al paciente en el continuo asistencial.

La guía fue elaborada por un comité de expertos, formado por seis profesionales de enfermería, tres médicos de familia, un internista, un geriatra, un médico neurólogo y un fisioterapeuta, procedentes de diferentes centros y niveles asistenciales del Grup y del ICS. El grupo de coordinación del programa interniveles se encargó inicialmente de revisar la propuesta del grupo de expertos, elaborar los algoritmos y posteriormente revisar y actualizar la guía, y evaluar su cumplimiento. Su divulgación se realizó a partir de presentaciones en los diferentes centros de la organización, dis-

posición de la guía en la *intranet* e *internet*. Contiene indicadores para la evaluación de su implantación²⁶.

PROCESO AGUDO: CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas con las formas agudas y crónicas de cardiopatía isquémica, se elaboró la guía de práctica clínica de cardiopatía isquémica²⁷, como instrumento de coordinación interniveles. La guía describe la actuación inicial de urgencias ante un dolor torácico (tanto en un CAP como a nivel hospitalario) y especifica las pautas indicadas en los diferentes niveles asistenciales una vez que se ha determinado el diagnóstico. Asimismo, establece la elaboración del informe de alta, que será remitido a su médico de familia con la información clínica, y las recomendaciones y el tratamiento indicado.

La guía fue elaborada por un comité de expertos, formado por cuatro enfermeras, tres médicos de familia, dos internistas, un cardiólogo y un catedrático de medicina preventiva, procedentes de diferentes centros y niveles asistenciales del Grup SAGESSA y dos expertos externos. Se elaboró a partir de otras guías, recomendaciones según la evidencia o consensos publicados previamente. El grupo de coordinación del programa interniveles inicialmente se encargó de revisar la propuesta del grupo de expertos, elaborar los algoritmos y, posteriormente, revisar y actualizar la guía, y evaluar su cumplimiento. La divulgación se realizó mediante presentaciones en los diferentes centros de la organización, disposición de la guía en la *intranet* y en *internet*, e información a los jefes de servicio para que la difundieran entre los adjuntos del servicio. Su implantación se evalúa a partir de unos indicadores de calidad con estándares de referencia²⁸.

Discusión

El Grup SAGESSA es una organización sanitaria integrada que gestiona servicios asistenciales de los diferentes niveles: atención primaria, atención especializada de agudos y atención sociosanitaria. Abarca municipios de seis comarcas del sur de Cataluña aunque proporciona atención del continuo asistencial únicamente en la comarca del Baix Camp, con una penetración en la atención primaria del 45 % de la población; en el resto del territorio, dispone de dispositivos asistenciales de hospitalización de agudos y sociosanitario. La integración de la organización es, por tanto, vertical por la relación entre los diferentes niveles asistenciales y horizontal por la relación creada entre los diferentes dispositivos dentro del nivel hospitalario. Estos tipos de integración deberían contribuir a proporcionar mayor coordinación y control de las atenciones de salud que se encuentran en la misma etapa de provisión y a lo largo del continuo asistencial, facilitando la colaboración interorganizacional y la comunicación entre los proveedores de salud involucrados²⁹.

En el territorio de Altebrat, el Grup SAGESSA mantiene un convenio de colaboración con el ICS en el contexto de la prueba piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios de base poblacional. Este tipo de mecanismo de pago y los objetivos de la prueba deberían favorecer la coordinación asistencial y la redis-

tribución de los recursos económicos a partir del presupuesto global, según las necesidades de cada servicio, ámbito o centro³⁰. En Altebrat, SAGESSA participa con un dispositivo asistencial, por lo que, en sí misma, la prueba no influye sobre la organización como un todo. Además, el doble contrato (para el territorio y por líneas de servicio) que el CatSalut ha establecido pudiera representar un obstáculo para la introducción de cambios favorecidos por el sistema de pago capitativo.

El gobierno del Grup SAGESSA es múltiple y descentralizado, y en él coexisten el gobierno de cada centro y los dos órganos de gobierno del Grup, que se reparten las funciones y roles. Una estructura así implica una necesidad de mayor coordinación, pero, al mismo tiempo, presenta mayor flexibilidad para dar respuesta a los cambios locales³¹; el proceso de toma de decisiones es más ágil y rápido, pero podría comportar una debilidad para el logro de objetivos y estrategias globales para el sistema. La representación de las entidades que conforman la OSI, la coincidencia de miembros en los dos órganos centrales y algunos también en los órganos de los centros, junto con la participación del director general en las reuniones del gobierno, son elementos que facilitan la coordinación y deberían contribuir a asegurar la consecución de los objetivos globales. Aunque no existe evidencia empírica del modelo de gobierno que permite alcanzar mayor grado de integración del sistema³¹, se considera deseable para un buen gobierno el pluralismo o equilibrio de poderes³². En el caso del Grup SAGESSA, cada territorio donde se ubican sus centros está representado en los órganos de gobierno centrales y existe un pluralismo en los miembros del gobierno que permite la representación de diferentes instituciones, poblaciones y sensibilidades políticas.

En cuanto al funcionamiento del gobierno, entre las responsabilidades que la bibliografía menciona³³, el consejo de administración del Grup asegura que la gestión de la organización alcance un nivel de desempeño elevado y garantiza una financiación adecuada de la organización. Otras funciones son compartidas con los órganos de gestión, como la formulación de los fines de la organización realizada por los órganos de gestión y aprobada por los órganos de gobierno, y otras no se ejercen, como la evaluación del propio desempeño.

Si una mayor implicación en el mejor funcionamiento de las organizaciones, característica de la gobernabilidad de las organizaciones³¹, se considerara deseable para el gobierno del Grup, sería necesario estimular mayores participación y entendimiento del sistema, y proporcionar mayores información y formación de los miembros para fortalecer su visión global, así como promover la evaluación del desempeño de los órganos de gobierno de la OSI. No obstante, debe tenerse en cuenta que al carácter político de sus miembros le es inherente cierta rotación en los puestos que obstaculizaría la continuidad en la formación. Igualmente, en relación con su responsabilidad poblacional, sería necesario mejorar el conocimiento de las necesidades de la población y estimular la coordinación con otras entidades proveedoras del territorio por medio de sus gobiernos, parte aún no abordada por los órganos de gobierno del Grup SAGESSA.

En cuanto al modelo organizativo, el Grup ha desarrollado un conjunto coherente de misión, visión, metas y objetivos, considerado clave para la integración organizativa³⁴, y para definir el alcance y la dirección de las actividades de la organización. Pese

a no disponer de ningún plan estratégico formal, anualmente se plantean objetivos institucionales que orientan la labor de la organización. Los objetivos de las unidades asistenciales son una continuación de los objetivos corporativos, lo que muestra una coordinación en sentido horizontal. Al parecer, estos dos elementos indican la integración en la dimensión estratégica de la organización. Sin embargo, sería necesario determinar el grado de difusión de la dimensión estratégica en las entidades a lo largo de la organización para verificar estas conclusiones teóricas.

Los órganos de gestión en la organización son el consejo de dirección y las juntas de dirección de cada centro. Las funciones de dirección están compartidas entre el nivel central y las entidades, por la presencia del director general, único para toda la organización, en todos los órganos de gestión tanto a nivel central como en cada centro del Grup. Además, la organización utiliza los sistemas de planificación para coordinar las actividades y unidades. Es un sistema de control del rendimiento, en que el consejo de dirección negocia los subobjetivos y presupuestos con cada unidad operativa y controla el resultado con posterioridad.

El sistema de asignación de recursos se basa en un presupuesto para cada centro. Sin embargo, de acuerdo con la bibliografía, la red debería proporcionar incentivos para tratar el problema de salud en el lugar más coste-efectivo dentro del continuo asistencial, es decir, incentivos de las diferentes unidades deberían estar alineados con los objetivos globales del sistema. Con ello, los proveedores deberían percibir que están recibiendo un presupuesto común y que las acciones que se lleven a cabo en un punto concreto de la red repercuten en la cuenta de resultados del sistema en su conjunto. Los componentes del sistema –hospitales, equipos de atención primaria, ámbitos, etc.– se convierten en centros de costes gestionados dentro de un único presupuesto³⁵. En el Grup SAGESSA, la estructura presupuestaria se aleja de estas condiciones que la bibliografía considera necesarias para favorecer la eficiencia dentro del continuo asistencial. Asimismo, el sistema de incentivos a los profesionales y a los directivos del Grup SAGESSA se halla ligado a diversos tipos de objetivos de centro, del Grup o individuales que, en tanto se alinean con los objetivos de la organización, pudieran contribuir a mejorar la coordinación.

El modelo de colaboración asistencial es coherente con el sistema de salud catalán, del cual forma parte, es decir, un modelo de atención en que la atención primaria actúa como puerta de entrada al sistema sanitario (*gatekeeper*) y la atención especializada, como consultor de la atención primaria. Cada nivel asistencial puede trabajar de forma independiente y, para mejorar la coordinación, se han introducido diversos instrumentos, entre los cuales destacan la elaboración y utilización de las GPC conjuntas para los diferentes niveles, los grupos de trabajo, el sistema experto y el sistema de información clínica.

En el Grup SAGESSA, se han desarrollado 28 GPC, consideradas por la bibliografía uno de los instrumentos clave para coordinar la atención a lo largo del continuo asistencial ya que proveen de una declaración explícita del tipo de atención que debe prestarse al paciente, en qué intervalos y por qué nivel asistencial³⁶. Además, el Grup ha adoptado en su desarrollo e implantación de las guías las estrategias que la bibliografía contempla como favorables para mejorar su efecto en la práctica clínica³⁷. El análisis de la coordinación a través de los procesos asistenciales seleccionados

identifica que el mecanismo esencial para abordar la asistencia de determinada patología en el Grup se basa en las GPC, lo que podría resultar insuficiente para conseguir la coordinación entre los tres niveles asistenciales ya que las guías como instrumentos aislados tienen poco impacto en la práctica médica³⁸.

Otro de los instrumentos de coordinación asistencial utilizados por la organización son los grupos de trabajo, que presentan algunas características que la bibliografía considera que contribuyen a mejorar la coordinación³⁹: número de integrantes pequeño; participantes de diferentes procedencias según el proceso, y comunicación regular entre integrantes.

El sistema experto es un instrumento de coordinación presente en la organización, se centra en disponer de médicos especialistas de referencia, a los cuales puede consultárseles dudas sobre determinados casos por vía telefónica o por correo electrónico para conseguir una respuesta rápida. Es un mecanismo que necesitaría consolidación ya que las visitas de los especialistas a la atención primaria son irregulares y de unos pocos servicios y los planes de formación para médicos de atención primaria no están formalmente establecidos y su seguimiento es irregular. La organización debería mejorar estos aspectos con la finalidad de conseguir mayor nivel resolutivo de la atención primaria y mejor coordinación entre niveles. Se podrían poner en marcha alternativas o complementos al proceso de derivación: grupos de especialistas que trabajen en los centros de atención primaria como expertos locales para que formen a los médicos de atención primaria y comprueben las dificultades que tienen los equipos, visitas conjuntas y la realización de sesiones clínicas para analizar casos concretos.

El sistema de información de una OSI debe contener información longitudinal del paciente que ayude a los profesionales sanitarios a gestionar la atención a lo largo de las unidades que forman parte de la organización. Ésta debe ser accesible desde todos los puntos del sistema para aquellos profesionales involucrados en el cuidado del paciente⁴⁰. Aunque el sistema de información del Grup SAGESSA intenta orientarse hacia la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, aún no ha conseguido disponer de historias clínicas de los pacientes integradas a lo largo de toda la organización y comparte muy poca información clínica. Sólo, la atención primaria dispone de una historia clínica informatizada con un sistema computarizado de orientación de las decisiones clínica en el momento de la atención. Además, existen restricciones en la accesibilidad a la información. La atención primaria puede acceder a la información clínica de la atención especializada, pero no puede accederse desde la atención especializada hacia la información de la atención primaria, por lo que se dificulta el acceso a la información y a la participación activa de los profesionales de los diferentes niveles en el cuidado del paciente a lo largo del continuo. Los profesionales autorizados deberían tener la posibilidad de consultar información de un paciente desde cualquier parte de la organización. Además, sería interesante incluir sistemas de apoyo a la decisión clínica ya que, según la revisión realizada⁴¹, contribuyen a una mejora significativa en la práctica médica, en relación con las actividades preventivas, la adscripción del médico al protocolo y la selección de la dosis adecuada para alcanzar el nivel terapéutico adecuado.

Finalmente, la planificación está muy poco desarrollado en el Grup y su implantación podría contribuir a mejorar la comunicación del alta y la información necesaria a los profesionales involucrados en el plan de cuidados, así como a una coordinación entre estos profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grup SAGESSA. Memòria 2003.
2. Grup SAGESSA. Presentación *Power-point* de descripción del grup SAGESSA, 2003.
3. Grup SAGESSA. Memòria 2004. Consultado el 22 de marzo de 2006; disponible en: www.grupsa-gessa.com
4. Grup SAGESSA. Cartera de serveis, 2005; disponible en: www.grupsagessa.com
5. Grup SAGESSA. Cartera de serveis i estructura del Hospital Sant Joan de Reus, 2004.
6. Hospital Comarcal de Móra d'Ebre. Cartera de serveis i estructura de l'Hospital Comarcal de Móra d'Ebre.
7. Grup SAGESSA. Red asistencial, 2003.
8. Grup SAGESSA. Estatuts Socials de Grup d'Assistència Sanitària i Social, S.A.
9. Grup SAGESSA. Apunt històric, 2004.
10. Grup SAGESSA. Organigrama 2003.
11. ICE. Indicadores de población y sociedad idescat, 2001.
12. Grup Pere Mata. Web del Grup Pere Mata, 2005; disponible en: www.peremata.com
13. Servei Català de la Salut. Prova pilot per a la implantació d'un sistema de compra de serveis de base poblacional. Conveni de col.laboració del territori d'Altebrat entre l'ICS i Gestió Hospitalària, S.A. per als anys 2002-2003; 2002.
14. Servei Català de la Salut. Contracte entre el Servei Català de la Salut i l'Hospital Sant Joan de Reus, S.A.M., 2003.
15. Servei Català de la Salut. Contracte entre CatSalut y Fundación Privada FASS para fijar prestaciones sanitarias y sistemas de pago de la actividad derivada del Equipo de Atención Primaria, 2003.
16. Servei Català de la Salut. Contracte entre CatSalut y l'Hospital Comarcal de Móra d'Ebre, 2003.
17. Grup SAGESSA. Acta del Consell d'Administració, 2005.
18. Grup SAGESSA. Actas de la reunió del Consell Rector. 24-2-2003.
19. Grup SAGESSA. Objetivos estratégicos y operacionales 2003-2004; 2004.
20. Grup SAGESSA. Hoja de seguimiento de Control Presupuestario, 2004.
21. Grup SAGESSA. Parrilla de incentivos profesionales según objetivos cumplidos, 2004.
22. Grup SAGESSA. Presentación *Power-point* del programa de atención interniveles (PAI), 2004.
23. Grup SAGESSA. Guia de maneig de la malaltia pulmonar obstructiva crònica, 2002.
24. Grup SAGESSA. Indicadors: MPOC, 2002.
25. Grup SAGESSA. Guia de maneig de la malaltia cerebrovascular, 2005.
26. Grup SAGESSA. Indicadors: malaltia cerebrovascular, 2005.
27. Grup SAGESSA. Guia de maneig de la cardiopatia isquèmica, 2003.
28. Grup SAGESSA. Indicadors: Cardiopatia isquèmica, 2003.
29. Simoes S, Scott A. Towards a definition and taxonomy of integration in primary care [discussion paper]; HERU 1999.
30. Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. Cuadernos de gestión para el profesional de atención primaria 2002; 8 (4): 167-178.
31. Alexander JA, Zuckerman HS, Pointer DD. The challenges of governing integrated health care systems. Health Care Manage Rev 1995; 20 (4): 69-81.

32. Forest PG, Gagnon D, Abelson J, Turgeon J, Lamarche P. Issues in the governance of integrated health care delivery systems. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 1999.
33. Savage GT, Taylor RL, Rotarius TM, Buesseler JA. Governance of integrated delivery systems/networks: a stakeholder approach. *Health Care Manage Rev* 1997; 22 (1): 7-20.
34. Shortell SM, Hull KE. The new organization of the health care delivery system. *Baxter Health Policy Rev* 1996; 2: 101-148.
35. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff (Millwood)* 1994; 13 (5): 46-64.
36. Wagner EH, Austin BT, Vonkorff M. Improving Outcomes in Chronic Illness. *Manage Care Quart* 1996; 4 (2): 12-25.
37. Grol R. Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit, and patients satisfaction. *JAMA* 2001; 286 (20): 2.578-2.585.
38. Grimshaw JM, Russell IT. Achieving health gain through clinical guide lines; I. Developing scientifically valid guidelines. *Qual Health Care* 1993; 2: 243-248.
39. Mickan S, Rodger S. The organisational context for teamwork: comparing health care and business literature. *Aust Health Rev* 2000; 23 (1): 179-192.
40. Coddington C, Moore D, Fischer A. Making Integrated Health Care Work. Englewood (Colorado): Center of Research in Ambulatory Health Care Administration, 1996.
41. Johnston ME, Langton KB, Haynes RB, Mathieu A. Effects of computer-based clinical decision support systems on clinical performance and patient outcome. A critical appraisal of research. *Ann Intern Med* 1994; 120: 135-142.

Capítulo 9

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà

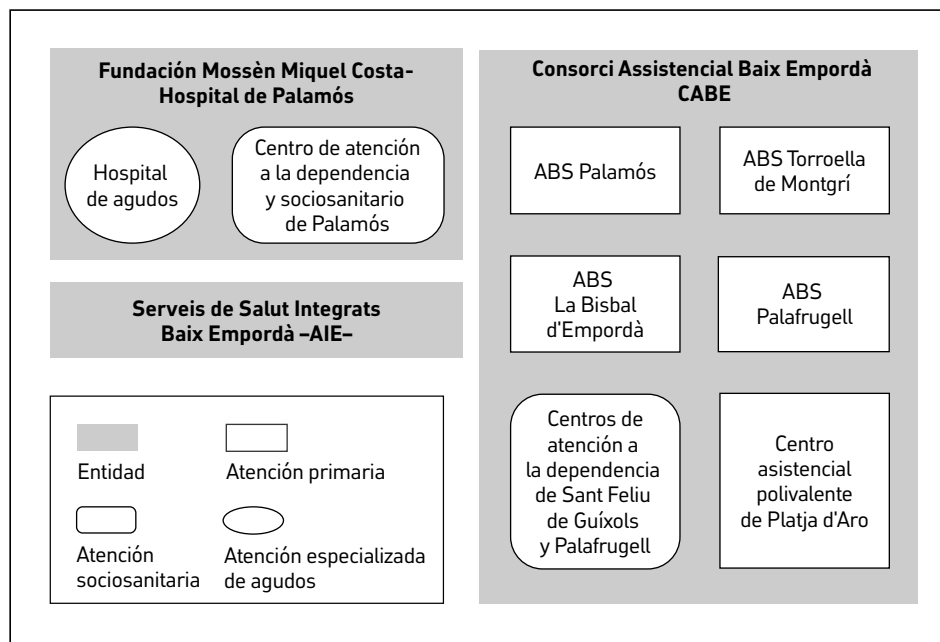
Diana M. Henao Martínez
Jordi Coderch de Lassaletta

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE) es una organización sanitaria integrada (OSI) situada en la comarca del Baix Empordà y formada por tres entidades: la Fundació Mossèn Miquel Costa-Hospital de Palamós, entidad privada sin ánimo de lucro¹, el Consorci Assistencial del Baix Empordà (CABE), consorcio público², y Serveis de Salut Integrats Baix Empordà –AIE– (SSIBE–AIE–), asociación de interés económico³. La Fundació proporciona los servicios hospitalarios de agudos y sociosanitarios, y el CABE es responsable de la atención primaria y de una parte de la atención a la dependencia en cuatro de las cinco áreas básicas de salud (ABS) de la zona (fig. 9-1). La organización brinda los servicios del continuo asistencial (atención primaria, atención especializada de agudos y atención a la dependencia) al 72 % de la población de referencia hospitalaria, que corresponde a una población de 118.137 habitantes⁴.

Características clave

SSIBE proporciona atención a lo largo del continuo asistencial: primaria, de agudos y a la dependencia (amplitud de la integración). En atención primaria, ofrece la cartera de servicios públicos –atención médica general, pediatría-puericultura, enfermería, odontología, rehabilitación, atención continuada, etc.– y, además, servicios exclusivamente privados, no financiados por el Servei Català de la Salut (CatSalut) –medicina del deporte, podología y homeopatía–. En atención especializada de agudos, aparte de realizar las actividades propias de un hospital general básico, facilita los servicios de cámara hiperbárica, nefrología y hemodiálisis. Los servicios de atención a la dependencia abarcan hospitalización de larga estancia, hospital de día, centro de día y residencia asistida⁵.

Figura 9-1. Entidades que componen SSIBE, 2004.



ABS, área básica de salud; SSIBE, Serveis de Salut Integrats Baix Empordà.

Para proporcionar esta cartera de servicios, SSIBE cuenta con un conjunto de unidades operativas (profundidad de la integración): cuatro centros de atención primaria y 28 consultorios locales en los diversos municipios de la comarca y un consultorio⁶ para atención continuada y refuerzo de verano en Castell-Platja d'Aro; un hospital para atención de agudos; un centro de atención sociosanitaria, y dos centros de atención geriátrica^a.

Las dos entidades asistenciales que conforman SSIBE comparten las funciones no asistenciales mediante un tipo de sociedad mercantil llamada "agrupación de interés económico"⁷ SSIBE -AIE-^b, de la cual el grupo toma la denominación genérica Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Simultáneamente, el órgano de gobierno de la Fundació tiene la representación mayoritaria en el del CABA. El presidente del órgano de gobierno y el director-gerente son los mismos en ambas entidades.

Según los tipos de servicios que se integran, SSIBE es una OSI de *integración vertical* dado que la organización presta servicios que se encuentran en diferentes etapas en el proceso del continuo asistencial. Asimismo, puede clasificarse como *in-*

^a Se inauguró un tercer centro en el último trimestre de 2005.

^b "La agrupación de interés económico constituye una nueva figura asociativa creada con el fin de facilitar o desarrollar la actividad económica de sus miembros." Ley 12/1991 sobre Agrupaciones de Interés Económico.

tegración vertical hacia atrás ya que la integración se ha realizado desde la Fundació que presta servicios especializados hacia el CABE, encargado de prestar los servicios de atención primaria, en una etapa anterior del proceso productivo⁸. Se considera una *integración total* ya que produce directamente la totalidad de servicios que le son contratados por CatSalut. Por último, SSIBE se clasifica como *OSI virtual* por la forma de relación entre las dos entidades asistenciales que la constituyen⁹.

Evolución histórica

Los orígenes de la organización se remontan al nacimiento del hospital en el año 1768 para atender a pobres y enfermos de Palamós y cercanías⁷. El hospital ha sufrido diversos cambios a lo largo de la historia. Entre los años 1950 y 1970 funcionó como asilo para ancianos y clínica quirúrgica. A partir de 1980, diversificó las actividades, convirtiéndose en el centro comarcal de asistencia especializada de agudos y, simultáneamente, se remodelaron las antiguas instalaciones para actividades específicamente sociosanitarias⁷.

El aumento de la demanda de consulta externa y de urgencias hizo notoria la dificultad del hospital para atender a la población que recibía. Por ello, a partir de 1992, el hospital inició la provisión de servicios extrahospitalarios con dispositivos de refuerzo de verano y atención a la población desplazada en los centros sanitarios de Castell-Platja d'Aro, Torroella de Montgrí y l'Estartit⁵. Con la apertura del ABS de Torroella de Montgrí, en 1993 se comenzó la gestión de atención primaria y se dio origen a la OSI, amparada bajo la LOSC que reconocía la posibilidad de que entidades diferentes al Institut Català de la Salut (ICS) gestionaran los servicios de atención primaria de salud en Cataluña. Con el fin de facilitar la gestión de la atención primaria para el resto de la comarca, se creó el CABE en 1994, formado por la Fundació y el consejo comarcal del Baix Empordà¹⁰. En 2001, la Fundació y el CABE constituyeron SSIBE –AIE–³, que desempeña las funciones comunes no asistenciales de las dos entidades. El proceso de integración fue liderado principalmente por la Fundació con el acuerdo de las autoridades sanitarias y el apoyo de los políticos locales.

Con la creación de cada entidad, se formaron los respectivos órganos de gobierno. Los cambios en el ámbito jurídico y de gobierno estuvieron acompañados por cambios organizativos. A principios de los años noventa del siglo pasado, el organigrama de la institución era el clásico de un hospital. Al diversificar la actividad, se organizó por divisiones de línea con direcciones separadas para la atención primaria, la atención especializada de agudos y la atención sociosanitaria⁷. Posteriormente, se crearon diversos mecanismos de coordinación y comunicación entre los niveles asistenciales y se introdujeron elementos de matricialidad en el organigrama, como los directores clínicos, que actuaban como coordinadores transversales por productos (especialidades o grupos de especialidades). Una vez que se completó la implantación de la reforma de la atención primaria en la comarca y en el marco de la financiación capítativa, se planteó el paso hacia la integración total, con la abolición de las líneas organizativas paralelas y la unificación de la dirección asistencial⁷.

Elementos del entorno

El Baix Empordà está formado por 36 municipios que suman una extensión de 701,7 km², con una población total de 120.302 habitantes⁴ y una densidad demográfica¹¹ de 164,7 habitantes por km², inferior a la media de Cataluña (210 habitantes por km²)¹². El 68,2% de la población se encuentra entre los 15 y los 64 años¹³, cifra similar a la media de la Comunidad Autónoma. Mientras que la tasa de crecimiento de la población es mayor al promedio de Cataluña, la tasa de desempleo es ligeramente más baja¹². Es destacable la actividad turística, sobre todo en la zona de la costa, por lo que durante los meses de verano la población flotante de la comarca puede llegar a superar más de cuatro veces la población censada.

En la comarca, además de SSIBE, prestan servicios de salud otras entidades públicas: el ICS proporciona la atención primaria a Sant Feliu de Guíxols (30.883 habitantes) y el Institut d'Assistència Sanitària (IAS) se encarga de la atención a la salud mental y a las drogodependencias.

SSIBE mantiene diferentes formas de relación con dichos proveedores. Participa con el ICS en el Baix Empordà¹⁴ en la prueba piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios en base poblacional, por lo que han firmado un acuerdo de colaboración para el cumplimiento de los objetivos y han introducido algunos instrumentos de coordinación, como la elaboración conjunta de protocolos de actuación y la realización de sesiones clínicas en el CAP por parte de algunos de los especialistas del Hospital de Palamós. Los profesionales del equipo de salud mental comarcal del IAS se comportan como especialistas del hospital y comparten historias clínicas, realizan sesiones en los CAP e interconsultas, etc.¹⁵.

La participación de SSIBE, junto con el ICS, en la prueba piloto de financiación per cápita implica que el CatSalut les compra una cartera de servicios de salud para su población de referencia, que ha sido definida geográficamente¹⁶. El CABE, la Fundació y el ICS firman un contrato con el CatSalut. El pago de este contrato se realiza mediante una asignación por habitante residente en la comarca. Simultáneamente, se mantienen los objetivos y la facturación por líneas de servicios: atención hospitalaria y atención especializada, atención primaria y atención sociosanitaria.

Modelo de gobierno

Para ejercer el control en SSIBE, existen tres órganos de gobierno jurídicamente independientes: el patronato de la Fundació, el consejo de gobierno del CABE y la asamblea de la AIE aunque estos dos últimos coinciden en su composición. Todos ellos están formados por autoridades políticas comarcales, municipales y representantes de la población (tabla 9-1). Igualmente, incluyen un representante del Departament de Salut de la Generalitat que, en el momento de elaborar este documento, es un directivo del ICS. Los órganos de gobierno se coordinan con la presencia de la mayoría de los miembros en los tres órganos a la vez, la asistencia del gerente de las entidades en las reuniones, con voz, pero sin voto, y mediante reuniones periódicas conjuntas.

Los órganos de gobierno de SSIBE aprueban la misión global, las estrategias y los principios institucionales de la organización. La función del patronato de la Fundació incluye actividades que impliquen el buen funcionamiento del hospital, su representación, el cumplimiento de los fines fundacionales, la aprobación de cuentas y presupuestos y la conservación de la integridad del patrimonio de la Fundació¹. Las funciones del consejo de gobierno del CABE se refieren al cumplimiento de los estatutos, aprobación del plan general y planes anuales de actividades, de los presupuestos y de los convenios para la prestación de servicios con entidades públicas, entre otras². De acuerdo con las actas de los órganos de gobierno¹⁷⁻¹⁹, el patronato y el consejo de gobierno cumplen con las funciones estipuladas en los estatutos y, además, discuten temas institucionales, asistenciales, relacionados con recursos humanos y relaciones laborales. Estos órganos se reúnen normalmente cada 2 meses y la gerencia se encarga de ejecutar sus acuerdos, así como de proporcionarles información sobre los resultados financieros y asistenciales de la organización.

Dimensión estratégica

SSIBE no cuenta con un plan estratégico formal, pero dispone de diversos documentos en que se define su misión, visión, estrategias, objetivos institucionales y objetivos anuales²⁰⁻²³.

Tabla 9-1. Composición de los órganos de gobierno de la Fundació, CABE y SSIBE –AIE–

Patronato de la Fundació Mossèn Miquel Costa-Hospital de Palamós	Consejo de gobierno del Consorci Assistencial del Baix Empordà y Asamblea de Serveis de Salut Integrats Baix Empordà –AIE–
Presidente Alcalde de Palamós	Presidente Alcalde de Palamós
Vicepresidente Primer teniente de alcalde de Palamós	Vicepresidente Presidente del consejo comarcal del Baix Empordà
Secretario Rector de la parroquia de Santa Maria (Palamós)	Secretario Una persona nombrada por el propio órgano (sin voto)
Vocales Representante del consejo comarcal Representante del Departament de Salut Dos vecinos de Palamós	Vocales Dos representantes del consejo comarcal Primer teniente de alcalde de Palamós Rector de la parroquia de Santa Maria (Palamós) Representante del Departament de Salut Dos vecinos de Palamós

La misión de SSIBE es “la prestación de servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales en el ámbito de la comarca del Baix Empordà, coordinando e integrando los diferentes estamentos y niveles asistenciales, de acuerdo con un modelo de atención a la salud integrado, que contemple no sólo las correspondientes actividades asistenciales, sino también todas las actividades de promoción de la salud, prevención, rehabilitación y atención psicosocial²⁰”. En consonancia con la misión, los principios institucionales también se orientan a la promoción de un sistema sanitario y social integrado en la comarca, con un clima laboral positivo, que además de incrementar su presencia y la implicación de la organización en la sociedad, incida en el sector sanitario y social, y alcance resultados económicos equilibrados²². Para cumplir con la misión y de acuerdo con los principios, se ha definido una serie de estrategias, como la integración de toda la asistencia en una única dirección, el desplazamiento de la toma de decisiones hacia los profesionales, la mejora de la comunicación interna y externa mediante sistemas de información y evaluación integrados, la introducción de nuevas actividades y proyectos para diversificar el origen de los ingresos y la implantación de un plan global de calidad²⁴.

A partir de los principios y estrategias institucionales y de los objetivos establecidos por el CatSalut, se definen los objetivos específicos anuales de la organización mediante un sistema escalonado, que comienza por los órganos de gestión y llega hasta el nivel del profesional de base.

Los objetivos específicos para el conjunto de la organización varían cada año, total o parcialmente. Los del año 2004²³ estaban orientados hacia aspectos de integración y diversificación de atención e incluían, entre otros, revisión de la entidad para adaptarse al desarrollo de la atención a la dependencia, planificación del desarrollo e implementación de sistemas informáticos, incluyendo avances con la historia clínica informatizada y en la integración entre niveles asistenciales a partir de las guías conjuntas de práctica clínica.

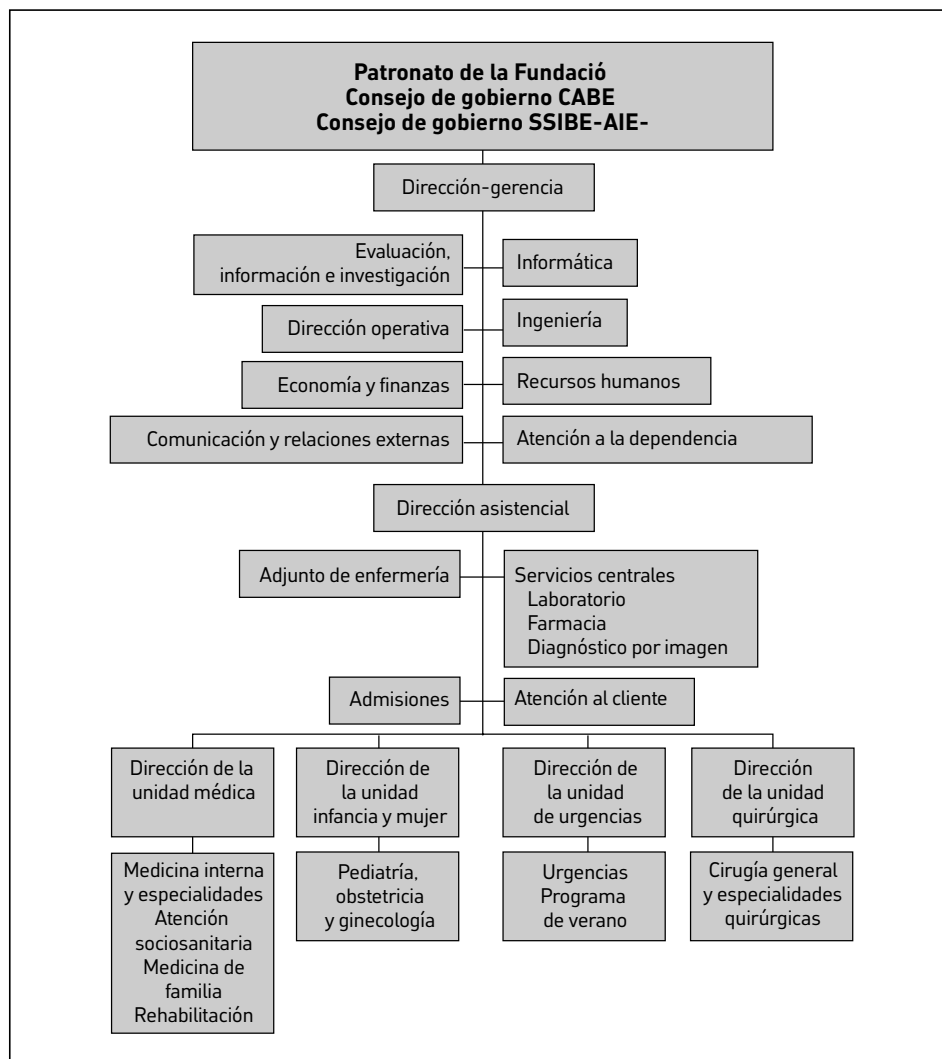
Cada unidad operativa posee sus propios objetivos, entre los cuales se encuentran²⁵ el cumplimiento de los objetivos del CatSalut, los objetivos asistenciales y los referentes a la coordinación asistencial, así como no exceder el presupuesto asignado y velar por la salud laboral del personal de la organización.

Estructura organizativa

El organigrama actual de SSIBE se basa en la integración de niveles asistenciales. El gerente, que depende de los órganos de gobierno, cuenta con una unidad de apoyo (comunicación y relaciones externas) y de él dependen directamente las direcciones de apoyo –evaluación, información e investigación, operativa, economía y finanzas, recursos humanos, informática e ingeniería–, así como la dirección asistencial y la dirección de atención a la dependencia (fig. 9-2).

La dirección asistencial, que dispone de un conjunto de unidades de apoyo, se encuentra unificada y organizada por ámbitos de especialidad en cuatro direcciones: unidad médica, unidad de pediatría y ginecología, unidad de urgencias y unidad quirúrgica. Todos los servicios del continuo relacionados con un ámbito están bajo una única dirección.

Figura 9-2. Organigrama de SSIBE, 2004.



Las direcciones de las ABS y del centro sociosanitario dependen orgánicamente del director de la unidad médica y, al mismo tiempo, son responsables de la actividad asistencial, paraasistencial, organizativa y de gestión en sus respectivos centros²⁶. Este organigrama continúa en evolución hacia un modelo más aplanado.

Existen dos órganos de gestión principales. El primero es el consejo de dirección, constituido por el gerente y las direcciones de apoyo, exceptuando informática e ingeniería. El segundo órgano lo constituye la dirección asistencial, formado por la directora asistencial y las direcciones de la unidades asistenciales.

Los órganos de gestión llevan a cabo las funciones de dirección, algunas de las cuales comparten con los responsables de los servicios y las ABS. El consejo de dirección establece las metas, objetivos y estrategias de la organización, realiza la planificación financiera y de inversiones y el sistema de salarios e incentivos, entre otras funciones. La dirección asistencial se encarga de la planificación asistencial y junto con el consejo de dirección establece los mecanismos de coordinación de la OSI y planifica las políticas de investigación y docencia. El establecimiento de metas, objetivos y presupuesto, el control de los resultados y la planificación de los recursos humanos de las unidades operativas los realizan en conjunto los órganos de gestión con los responsables de los servicios y las ABS. Para coordinar las funciones de dirección, se crearon diversas comisiones permanentes (tabla 9-2).

SSIBE utiliza un sistema de control del rendimiento en el cual se negocian los objetivos y los presupuestos entre los directivos de la organización y los jefes de servicio, directores de ABS y del centro sociosanitario. Los resultados se controlan mes a mes, mediante el cuadro de mando que contiene información detallada sobre la actividad hospitalaria, quirúrgica, de consulta externa; el progreso de la informatización de las órdenes médicas y la historia clínica, y el gasto generado por la prescripción farmacéutica, finanzas y el capital humano²⁷.

Para la coordinación de los procesos asistenciales entre niveles, SSIBE utiliza numerosos mecanismos de distintos tipos, que se describen con detalle en el apartado sobre coordinación asistencial.

Sistema de asignación de recursos y de incentivación al personal

El presupuesto²⁸ de la organización se construye, basándose en la actividad que se prevé realizar y los recursos disponibles en función de los contratos con el principal

Tabla 9-2. Comisiones y puesto de enlace para la coordinación de funciones de dirección

Comisión	Integrantes
Comisión asistencial	Miembros de la dirección asistencial, director de evaluación, información e investigación, directora operativa, jefe de admisiones, jefe de atención al usuario y adjuntos asistenciales
Comisión de atención primaria	Directores de ABS, director de la unidad médica y directora asistencial
Comisión de unidad médica	Miembros de la comisión de atención primaria, jefe de servicio de medicina interna, director de urgencias y director de pediatría

comprador (CatSalut), y lo que está previsto ingresar por otras actividades con otras fuentes de financiación (mutuas, particulares, seguros privados, etc.). Se elabora por entidades –Fundació, CABE, SSIBE-AIE– y se asigna por centros de coste agrupados de forma jerarquizada. Así, en el ámbito asistencial, el primer nivel de desagregación por centros de coste es: personal de dirección asistencial, hospitalización, unidad médica, unidad de infancia y mujer, unidad quirúrgica, unidad de urgencias y sector privado²⁹. El presupuesto de cada centro de coste asistencial contiene las siguientes partidas: recursos humanos, consumos asistenciales y pruebas complementarias.

Las unidades operativas (hospital, ABS y centro sociosanitario) tienen asignadas partidas presupuestarias para trabajos realizados por empresas externas (lavandería, basuras, seguridad, hostelería y limpieza). Además, cada CAP tiene asignadas partidas para prestaciones generadas por prescripción farmacéutica, transporte sanitario y prótesis. Las partidas correspondientes a suministros (agua, luz, teléfono, etc.) y mantenimiento se gestionan de forma global para toda la organización.

Las empresas que forman la organización se facturan entre sí por los servicios asistenciales que se prestan. Los costes de la gestión que lleva a cabo SSIBE –AIE– se distribuyen entre la Fundació y el CABE en función del capital aportado para la constitución de la AIE, es decir, la Fundació aporta dos tercios y el CABE, un tercio.

Dentro del presupuesto de SSIBE, cada nivel asistencial tiene un porcentaje que varía cada año de acuerdo con las inversiones proyectadas, según el presupuesto de 2004, aproximadamente el 25,3 % corresponde a la atención primaria, el 70,5 % al hospital y el 4,2 % al centro sociosanitario²⁸.

En SSIBE, se aplica el sistema de dirección por objetivos, con asignación de incentivos económicos en función de su cumplimiento. En atención primaria, los incentivos económicos se aplican a todos los profesionales. En el resto de la organización, se aplican a los directivos, jefes de servicio y mandos intermedios.

Los objetivos se pactan anualmente entre cada profesional o grupo de profesionales de una misma categoría y centro, y su inmediato superior, bajo la supervisión del directivo correspondiente. Una vez que se han acordado, se formalizan en un pacto que firma cada profesional y el gerente^{30,31}.

Al finalizar el ejercicio anual, se evalúa el cumplimiento de los objetivos mediante un sistema de indicadores previamente pactado. El incentivo económico se asigna de forma proporcional al grado de cumplimiento y se ajusta en función del resultado económico del centro de trabajo o de la empresa, según cual sea el ámbito de responsabilidad de cada trabajador³².

Coordinación asistencial

Organización asistencial

En SSIBE, como en todo el sistema de salud de Cataluña, la atención primaria es la puerta de entrada para acceder a los servicios de la organización. El médico de cabecera es el encargado de resolver la situación del paciente, consulta con los especialistas aquellos casos que presentan dudas y deriva los que requieren atención

especializada. El hospital y el centro sociosanitario actúan como consultores y prestan los servicios especializados temporales, ya sean de corta, media o larga estancias.

En la atención primaria, se ha ampliado el acceso a pruebas diagnósticas de forma que los médicos de familia y los pediatras pueden solicitar prácticamente todo tipo de exploraciones complementarias. El director del ABS supervisa que estas solicitudes se adecuen a los protocolos acordados.

Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial entre niveles

Para facilitar la coordinación entre niveles asistenciales, se han introducido mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial de los distintos tipos posibles: normalización de habilidades y procesos, y adaptación mutua. En la tabla 9-3 se resumen los principales mecanismos, algunos de los cuales ya han sido descritos y el resto se comenta más adelante.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

En el ámbito de normalización de habilidades, se han elaborado hasta el momento 24 documentos, entre GPC y protocolos, como instrumentos de coordinación entre niveles asistenciales. Su desarrollo se inicia a partir de la identificación de una necesidad, con la creación de grupos de trabajo con profesionales de diferentes niveles y especialidades. Las guías se basan en revisiones bibliográficas y protocolos de referencia, cuyos procedimientos se adaptan a la realidad de la organización y al consenso de los profesionales participantes. En los grupos donde hay más de un profesional de la misma especialidad, se nombra a uno como gestor de la enfermedad y es el encargado de vigilar la elaboración de la guía, servir de referencia y liderar todo el proceso. Cuando termina la elaboración de la guía, se organizan sesiones de discusión y presentación al personal de la organización, para la divulgación y posterior implementación de la GPC. A continuación se describen brevemente tres ejemplos.

Guía clínica de fibrilación auricular

Esta guía³³ fue elaborada en el año 2002 con el objetivo de definir los criterios de actuación frente a la fibrilación auricular en los ámbitos de la atención urgente en atención primaria y atención especializada en la entidad. Es una herramienta para los médicos que trabajen en cualquier área de urgencias de la organización y en ella se precisa cómo debe actuarse en cada nivel y cuándo hay que derivar al paciente al hospital o al especialista.

Guía de actuación clínica en el paciente con ictus

Su principal objetivo³⁴ es la atención integral del paciente con ictus desde todos los niveles asistenciales implicados. Hace hincapié en la coordinación entre niveles y protocoliza tanto las actuaciones de la atención primaria y las del hospital, como las del área de urgencias y enfermería en el hospital. En primer lugar, refiere la actuación del médico de atención primaria cuando los pacientes consultan en los CAP, la

actuación del médico del hospital y el tratamiento del ictus en urgencias; posteriormente, se describe el tratamiento del paciente con ictus hospitalizado, su tratamiento médico especializado, el tratamiento de complicaciones neurológicas y el de complicaciones no neurológicas, y su rehabilitación.

Guía farmacoterapéutica

Esta guía³⁵ se elaboró en 2001 con el objetivo de mejorar la calidad y la eficiencia de la prescripción de los grupos de profesionales asistenciales y farmacéuticos de la or-

Tabla 9-3. Tipos de mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial de SSIBE

Base de coordinación	Tipo de mecanismos	Instrumentos de coordinación
Normalización	Procesos de trabajo	GPC y protocolos Circuitos administrativos
	Habilidades	Sistema experto Sesiones compartidas entre hospital y atención primaria Plan de formación continuada
Adaptación mutua	Comunicación informal	Correo electrónico, teléfono e <i>intranet</i>
	Puesto de enlace	Gestor de enfermedad EPOC: médico de cabecera Gestor de caso Programa de atención domiciliaria: una enfermera en cada ABS Urgencias: médico de urgencias
	Directivo integrador	Directores de las unidades médica, infancia y mujer, urgencias y quirúrgica
	Comisión permanente	Comisión interdisciplinaria mixta sociosanitaria
	Grupos de trabajo	Para el consenso de criterios de derivación de pacientes Para el desarrollo de guías clínicas
	Sistema de información vertical	Sistema de información Información asistencial y administrativa

EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; GPC, guía de práctica clínica.

ganización pertenecientes a los diferentes niveles de atención. Los medicamentos están clasificados por grupos farmacológicos y dentro de cada grupo están ordenados por principio activo y marca comercial. Contiene el nombre del fármaco, la dosis recomendada, así como las indicaciones y los efectos secundarios de los medicamentos. El documento se encuentra a disposición de todo el personal asistencial en la *intranet* y también en formato de papel.

Para la elaboración de la guía, se crearon diferentes grupos, según especialidad y grupo de fármacos. Se seleccionaron los medicamentos, teniendo en cuenta las recomendaciones del farmacéutico y los estándares europeos.

CIRCUITOS ADMINISTRATIVOS

Al *sistema de petición de citas* se accede desde cualquier punto de la organización, ya sea atención primaria, especializada o sociosanitaria, a través del sistema informático compartido. Además, se dispone de un servicio de *call-center* unificado, con un único número de teléfono para toda la organización que atiende las peticiones de visitas para la atención primaria, así como de todo tipo de información o de modificaciones de las citas para pruebas complementarias y visitas en el hospital.

El *circuito de diagnóstico rápido del cáncer*³⁶, que funciona desde agosto de 2002, forma parte del programa piloto del Institut Català d'Oncologia para el diagnóstico rápido de pacientes con sospecha elevada de padecer cáncer. Incluye tumores de mama, pulmón, colon y próstata. Ante la sospecha de que un paciente pueda padecer cáncer, el médico de cabecera rellena un formulario informatizado de interconsulta específico de diagnóstico rápido, a partir del cual se cita al paciente para diagnóstico en un período máximo de 1 a 2 días de acuerdo con la especialidad. Una vez que se ha diagnosticado al paciente, se comunica al médico de cabecera mediante un informe en la historia clínica del paciente. Los pacientes a los cuales se les confirma el diagnóstico de tumor se presentan a la comisión de tumores para coordinar los servicios implicados en el tratamiento del cáncer.

SISTEMA EXPERTO

La atención especializada actúa como consultora de la atención primaria y contribuye a su formación mediante diversos instrumentos: sesiones compartidas, asesorías y plan de formación.

Periódicamente, se realizan *sesiones compartidas entre el hospital y la atención primaria*, en las cuales los especialistas del hospital se desplazan a los centros de atención primaria. Los objetivos de estas sesiones son: intercambiar conocimientos entre los profesionales, conocer el entorno de trabajo y mejorar el nivel resolutivo de la atención primaria, favorecer las condiciones de seguimiento de los pacientes por parte de los médicos de cabecera y crear un clima de confianza mutua entre los especialistas y los médicos de cabecera³⁷.

En los espacios entre sesiones, se mantiene la comunicación entre profesionales por distintas vías, pero la más utilizada es el correo electrónico, a través del cual los médicos de atención primaria solicitan al especialista orientación respecto a los casos y éste resuelve las dudas en un término de 24 a 48 horas.

En el plan de formación continuada se programan y evalúan actividades para la capacitación del personal de salud de la organización y colaboran los responsables de las distintas unidades y niveles para adaptar los contenidos a las expectativas de los profesionales participantes. El plan incluye un período de rotación de los médicos de atención primaria en servicios del hospital de agudos y un temario sobre el cual trabajan conjuntamente con el fin de alcanzar un mutuo conocimiento y una aproximación entre atención primaria y hospital^{38,39}.

DISPOSITIVOS DE ENLACE

Existen dos programas específicos que merecen especial atención, por su característica esencial como dispositivos de enlace: el programa de atención domiciliaria y el de organización de las urgencias.

El objetivo del *programa de atención domiciliaria*, que absorbió el ATDOM y el PADES¹⁰, es garantizar una atención domiciliaria de calidad y asegurar la continuidad de las acciones sanitarias entre los diferentes niveles y dispositivos⁴⁰. Coordina la atención primaria con la atención sociosanitaria, la hospitalización de agudos y los servicios sociales municipales y/o comarcales para la atención de los pacientes en sus domicilios. Se dirige a personas mayores con dificultades de desplazamiento, pacientes con demencia, enfermedades invalidantes o en estado terminal. El equipo está formado por una enfermera gestora en cada ABS y dos médicos de referencia, además del médico de cabecera de cada paciente.

La enfermera gestora es la persona de contacto entre los niveles asistenciales y el programa, para la atención de los pacientes en el domicilio. Se encarga de identificar los casos, coordinar la atención en el domicilio por el profesional correspondiente y contactar con los servicios sociales del municipio. Los médicos de referencia actúan como consultores para solucionar dudas, formar a los profesionales del programa y proporcionar la atención cuando se necesite atención más especializada. Las enfermeras de primaria y los médicos de cabecera son los encargados de prestar la atención domiciliaria.

La *atención de las urgencias y emergencias* implica a los diversos niveles asistenciales: a los CAP, a los equipos asistenciales de emergencia *in situ* y al hospital. Para coordinar esta asistencia, se dispone de un puesto de enlace constituido por el médico del servicio de urgencias, el cual dispone de acceso telefónico (unidad telefónica de coordinación de urgencias). Este médico define el recurso adecuado a cada demanda, soluciona consultas telefónicas de pacientes, coordina la asistencia urgente a domicilio y la distribución del personal en los servicios de urgencias⁴¹. Gracias a la unidad telefónica, se facilita la comunicación del médico del ABS hacia el servicio de urgencias o del médico de urgencias hacia otro médico de mayor experiencia para resolver dudas en el momento de la atención al paciente, se activa el dispositivo más apropiado a la demanda y se coordinan las acciones indicadas.

GRUPOS DE TRABAJO

Los grupos de trabajo se crean, basándose en las necesidades detectadas en el ámbito asistencial o para realizar determinadas actividades. Por ejemplo, se crean para el desarrollo de guías clínicas, el consenso de criterios de derivación de pacientes en-

tre niveles y la elaboración de los instrumentos de coordinación entre los niveles asistenciales. Estos grupos pasan por una etapa activa en la cual desarrollan la tarea encomendada, pasan por un período de latencia hasta que, de acuerdo con el seguimiento y la evaluación de la actividad desarrollada, desaparecen. Así, por ejemplo, se creó un grupo para elaborar las guías que se mencionaron antes.

SISTEMA DE INFORMACIÓN VERTICAL

SSIBE ha desarrollado un sistema de información propio, *La Gavina*, que comenzó a implementarse en 1997. Sus objetivos son integrar toda la información asistencial y administrativa de la organización y sustituir la historia clínica tradicional en papel⁴². Al sistema se accede desde todos los centros asistenciales de la organización (hospital, centro sociosanitario, CAP y consultorios locales de actividad diaria) y el área administrativa. Contiene información sobre la gestión económico-financiera, información administrativa relacionada con la actividad asistencial y la historia clínica.

El sistema posee una base única de datos de usuarios y permite compartir la herramienta para la solicitud de pruebas complementarias y el acceso a las agendas de citación del hospital, del centro sociosanitario y de la atención primaria.

La historia clínica informatizada, implementada desde 2001⁴² es única para todos los niveles asistenciales. Permite el acceso a los datos clínicos de los pacientes, las actividades pendientes, la gestión de las prescripciones de farmacia y los encuentros clínicos del usuario con la organización⁴³. Ha sido implementada completamente en atención primaria y en el servicio de urgencias del hospital, donde ya se ha prescindido de la historia clínica en papel. En el resto de unidades del hospital y el centro sociosanitario, se encuentran informatizados los informes (consultas externas, altas de hospitalización, resultados de pruebas y laboratorio) y está en proceso el curso clínico en consulta externa, en hospitalización y la digitalización de las imágenes diagnósticas.

Entre las herramientas de apoyo a la gestión clínica, incluye el recordatorio de actividades de prevención, alertas sobre actividades pendientes con el paciente, como la medicación periódica, el registro de colesterol, la toma de tensión arterial, etc. Asimismo, captura datos clave para los registros que lo requieren⁴², como los registros de hipertensión arterial, diabetes mellitus, atención domiciliaria, tabaquismo y EPOC, entre otros.

Para desarrollar la historia clínica informatizada, se constituyó en primer lugar un grupo técnico con profesionales de informática, asistenciales y directivos⁴⁴. Posteriormente, se crearon grupos de trabajo con profesionales de los diferentes niveles asistenciales para consensuar las funciones de la herramienta y unificar criterios. Actualmente, funciona la comisión de historia clínica, encargada de generar propuestas para su mejora y desarrollar los protocolos informatizados. Para su implantación en atención primaria, se comenzó por una ABS piloto, cuyos profesionales fueron formados por el departamento de informática. Estos profesionales se encargaron, posteriormente, de capacitar a sus compañeros de las otras ABS de la organización, con el soporte del área de informática.

Existe un sistema de análisis de información de actividad asistencial, cuyos informes se publican de forma periódica, en algunos casos, y otros, a demanda. Se dispone de indicadores de prescripción farmacéutica, tanto cualitativos como cuantitativos,

índice de reiteración de visitas, además de los correspondientes a la actividad asistencial. Estos indicadores con sus respectivos análisis se publican en la *intranet* y por medio de los directivos se comunican en las unidades.

Coordinación en procesos asistenciales seleccionados

Para comprender mejor cómo se produce la coordinación asistencial en SSIBE, se analiza a continuación la organización de la atención en tres procesos concretos: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la demencia y el dolor torácico agudo (DTA).

PROCESO CRÓNICO: ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

El tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) reúne las características de un programa de gestión de enfermedad e involucra a profesionales de atención primaria, atención hospitalaria de agudos y del centro sociosanitario. El médico de cabecera actúa como gestor de la enfermedad y es el encargado de resolver cada caso, con la asesoría del especialista; deriva sólo aquellos pacientes con sospecha diagnóstica o EPOC en estadio III. Además, identifica la población de riesgo, siguiendo los criterios del protocolo sobre EPOC. El especialista actúa como consultor y brinda el soporte de la atención en atención primaria. Las enfermeras de atención primaria se encargan de la educación sanitaria individualizada del paciente (uso de inhaladores y formas correctas de respiración⁴⁵) y han sido capacitadas para aplicar las técnicas diagnósticas requeridas, como la espirometría y la pulsioximetría.

Los profesionales involucrados comparten la información en la historia clínica, que contiene la valoración del médico de atención primaria, el informe del neumólogo y de otros especialistas que hayan tratado al paciente.

Otro de los instrumentos de coordinación entre niveles es la guía de EPOC, elaborada en 2003 por personal de los servicios de medicina interna, urgencias, rehabilitación y atención primaria, como instrumento de consenso clínico para el diagnóstico, tratamiento de las agudizaciones y seguimiento de los pacientes con EPOC⁴⁶. La guía se encuentra a disposición de todo el personal en la *intranet* y, para su implementación, se llevaron a cabo capacitaciones del personal de atención primaria y de los servicios involucrados. Otra forma de coordinación es el desplazamiento periódico del especialista a los CAP, para discutir los casos con los profesionales de atención primaria y decidir el tratamiento o la derivación del paciente al especialista.

El proceso ha sido liderado por un neumólogo con experiencia en atención primaria.

PROCESO CRÓNICO CON DEPENDENCIA: DEMENCIA

Los objetivos de la atención a la demencia son la sensibilización de los profesionales de todos los ámbitos de atención involucrados en esta enfermedad y la detección precoz de los pacientes con demencia, garantizándoles continuidad asistencial y acceso fácil a los recursos⁴⁷. La atención a los pacientes con demencia es definida por un grupo de profesionales que trabaja de manera conjunta: neurólogo, psicólogo y

trabajadora social. El grupo realiza un informe sobre cada paciente en el cual se define el plan terapéutico y el recurso social que requiere. El médico de atención primaria valora los pacientes con riesgo, según criterios consensuados, deriva al grupo aquellos que lo requieren y, posteriormente, sigue las recomendaciones del grupo en el tratamiento del paciente⁴⁷.

El informe del grupo se incluye en la historia clínica informatizada y queda a disposición del médico de cabecera. Incluye orientación diagnóstica, pronóstico, intervenciones terapéuticas y farmacológicas, y recomendaciones a la familia para el tratamiento adecuado del paciente.

El médico de cabecera gestiona la atención sanitaria del paciente diagnosticado, con la asesoría del neurólogo. El neurólogo se desplaza periódicamente a cada uno de los CAP de la organización para discutir los casos y asesorar al personal sobre el tratamiento del paciente con demencia. El correo electrónico permite mantener permanentemente contacto entre el especialista y los médicos de cabecera para optimizar y adecuar tratamientos y adelantar visitas que así lo requieran.

PROCESO AGUDO: DOLOR TORÁCICO AGUDO

La atención del dolor torácico agudo (DTA) se ha consensuado con todos los servicios de urgencias de SSIBE, tanto de la atención primaria como de la especializada, desde 2003. El proceso ha estado liderado por el director de la unidad de urgencias. Participan en el proceso el médico de familia en la visita habitual o en las áreas de urgencias y de atención continuada de los CAP y los servicios de urgencias, medicina interna y el servicio de cardiología del hospital⁴⁸.

Para coordinar la atención de este proceso, se cuenta con la guía de DTA⁴⁸, cuyo objetivo es identificar rápidamente a los pacientes de alto riesgo, delimitar el grupo de pacientes de bajo riesgo y proveer de atención a los pacientes en el nivel más adecuado (atención primaria u hospital de agudos) y acortar la duración del tratamiento trombolítico. Además, se dispone de la unidad telefónica de coordinación de urgencias.

En este proceso, se han definido indicadores de calidad para monitorizar los resultados, como los tiempos de respuesta del equipo de emergencia extrahospitalaria, de la puerta al ECG y de la puerta a la aguja en trombólisis, y los conocimientos de la población sobre la actuación indicada ante DTA⁴⁸.

Discusión

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà es una organización sanitaria integrada, cuya amplitud de integración corresponde al continuo de servicios de atención primaria, atención especializada y atención a la dependencia⁴⁹. En la profundidad de integración o número de unidades operativas para proveer de los diversos servicios⁵⁰, destacan el número elevado de consultorios para atención primaria, que refleja la dispersión geográfica de la población en el territorio de referencia. Puede afirmarse que el nivel de producción interna de servicios es total ya que produce la totalidad de los servicios que son contratados⁵¹, excepto algunas pruebas intermedias.

Conrad y Dowling⁵¹ consideran que la integración vertical entre proveedores en distintos niveles de atención, como es el caso de SSIBE, está diseñada para aumentar la coordinación y el control de las atenciones de salud a lo largo del continuo asistencial. Este propósito también se refleja en los cambios organizacionales introducidos por SSIBE, no sólo en el organigrama, sino también en la introducción de diversos mecanismos de coordinación entre atención especializada y atención primaria. Por haberse realizado la integración con un proveedor de servicios de primer nivel a partir del hospital, se considera una integración vertical hacia atrás⁸, es decir, hacia un nivel anterior en la producción de los servicios. Este tipo de integración permite aprovechar la mayor experiencia en gestión de los hospitales, pero corre el riesgo de imprimir a la organización cierto “hospitalcentrismo”⁵². En el caso de SSIBE, se considera que éste fue contrarrestado por el papel central que desempeñó la atención primaria en su evolución. Por un lado, el desencadenante principal del despliegue de servicios no hospitalarios fue la necesidad de contener la presión asistencial del hospital. Por otro lado, los profesionales asistenciales de los órganos de gestión centrales de SSIBE provinieron mayoritariamente del ámbito de la atención primaria. El énfasis en incrementar la capacidad resolutive de la atención primaria se manifestó en diversos resultados: la evolución de la utilización de los servicios de urgencias, la descentralización de las pruebas diagnósticas y el rol consultor de los especialistas. La apertura de dispositivos de urgencias de atención primaria conllevó la estabilización del número de urgencias hospitalarias; simultáneamente, creció la proporción de urgencias hospitalarias previamente atendidas en atención primaria, del 5 al 25 %. Algunas pruebas diagnósticas que antes se realizaban exclusivamente en el hospital, como las espirometrías o las tonometrías oculares, pasaron a ser realizadas en los CAP por parte de los profesionales de atención primaria. Los especialistas del hospital se desplazan a los centros de atención primaria, no para atender directamente a los pacientes, sino para dar soporte a los profesionales de atención primaria y así contribuyen a incrementar su capacidad resolutive^{53,54}.

Por la forma de relación entre las dos entidades que constituyen SSIBE, el hospital y el CABE, éste constituye una OSI virtual⁵⁵, pues se integran a través de una figura asociativa con personalidad jurídica y de carácter mercantil, la asociación de interés económico. Esta figura les ha facilitado la gestión conjunta de las dos entidades y, al mismo tiempo, pueden mantener su personalidad jurídica independiente.

En la conformación de esta organización, el aumento de la demanda de la consulta externa y urgencias se convirtió en un determinante social que llevó al hospital a gestionar los servicios de atención primaria⁵⁶. La posterior creación del Consorci Assistencial del Baix Empordà para la gestión de los servicios de atención primaria puede considerarse un determinante político⁵⁶ que facilitó la participación de entidades públicas comarcales en el órgano de gobierno del CABE y permitió que la organización ampliara la prestación de servicios, como una organización para toda la comarca y no sólo para uno de sus municipios⁵³.

Al analizar el entorno en el cual presta sus servicios la organización, destaca la importante presencia de SSIBE en la comarca del Baix Empordà, en la cual ofrece la atención del continuo asistencial al 72 % de la población. En el resto de la población, el ICS es el responsable de los servicios de atención primaria, hecho que no ha im-

pedido involucrar a los profesionales del ABS en las diferentes actividades para asistenciales de la organización y establecer diferentes mecanismos para asegurar la coordinación asistencial. Estos mecanismos se ven reforzados por la actual presencia de un representante del ICS en los órganos de gobierno de SSIBE.

El control, la estructura y el funcionamiento son las dimensiones de análisis del gobierno de una organización⁵⁷. El control en SSIBE es ejercido por tres órganos de gobierno, en cuya composición están representadas las entidades que conforman la OSI y cuyos miembros coinciden, por lo que funcionan como un órgano de gobierno único, absolutamente coordinados. Puede considerarse un gobierno centralizado con las ventajas que apunta Pointer⁵⁷: proporciona claridad de objetivos, unidad de mando y compromiso con la totalidad del sistema que gobierna. Además, la presencia de miembros con influencia política en el territorio contribuye al buen gobierno, pues aportan su conocimiento sobre las necesidades en salud de la población⁵⁸.

Uno de los elementos considerados clave para la integración organizativa es la existencia de una misión, metas, objetivos y estrategias globales para la OSI⁵⁵. Pese a que SSIBE no posee ningún plan estratégico formal, anualmente se plantean y recogen los objetivos institucionales que les permiten orientar el trabajo de la organización. Además, existe coherencia entre los objetivos de las unidades asistenciales y los objetivos específicos corporativos, que muestran una coordinación en sentido horizontal. La alineación horizontal de objetivos entre las unidades y los servicios es una condición importante para lograr la integración de las organizaciones ya que favorece el trabajo en equipos y evita las contradicciones entre ellas⁵⁹.

El análisis de la estructura organizativa de SSIBE muestra una agrupación funcional, con una dirección asistencial unificada para toda la organización y descentralizada en cuatro unidades transversales. Estas unidades agrupan todos los servicios relacionados con independencia del nivel asistencial al cual pertenecen y su director cumple las funciones del directivo integrador, es decir, un puesto de enlace dotado de autoridad. Este tipo de estructura posee elementos de matricialidad⁶⁰ en que los profesionales, además de depender directamente del director de unidad, también dependen del director del ABS o del jefe del servicio en que trabajan, pero la integración se realiza por ámbitos y no por procesos. Este tipo de estructura puede generar conflicto entre las partes implicadas debido a la ambigüedad para atender las pautas de un director u otro y, en este sentido, actuar en detrimento de la coordinación; sin embargo, al mismo tiempo, permite ganar una visión global de la organización e identificar contradicciones interdepartamentales, no advertidas a nivel local, y de esta manera contribuir a la coordinación⁶⁰.

El modelo de colaboración asistencial presenta características del modelo gestor-consultor, en el cual el médico de cabecera actúa como gestor de caso responsable de la atención del paciente; los especialistas se constituyen como consultores, para la resolución de casos y, además, contribuyen a su formación. Starfield⁶¹ destaca la importancia de la coordinación entre el gestor del paciente y el consultor para lograr los resultados deseados que, en este caso, se abordan mediante la introducción de diversos mecanismos de coordinación asistencial.

Los instrumentos de coordinación asistencial utilizados en la organización son básicamente de adaptación mutua (de acuerdo con la clasificación de Mintzberg⁶⁰ aun-

que también se utilizan algunos basados en la normalización. La adaptación mutua se utiliza en las organizaciones más sencillas y, paradójicamente, también en las más complejas, por ser adecuado para situaciones en que el volumen de información que debe procesarse es elevado y las actividades son especializadas e interdependientes, como es el caso de una organización sanitaria integrada como SSIBE⁶². Como mecanismos de normalización de los procesos de trabajo, para la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, se han introducido las guías de práctica clínica. En su elaboración, han contado con la participación de profesionales de los diferentes niveles implicados, lo que se considera esencial en el desarrollo e implantación de una guía de práctica clínica para mejorar su efecto sobre la práctica clínica⁶³.

Entre los diversos mecanismos basados en la adaptación mutua, se encuentra el desarrollo de sistemas de información integrados, una de las estrategias que proponen para que las OSI alcancen sus objetivos^{52,64}. El desarrollo de los sistemas de información integrados es una de las estrategias planteadas en SSIBE y que aún se encuentra en marcha. En la medida en que se avance en la implantación del sistema de información y, especialmente, en la historia clínica, se obtendrá información de mayor calidad y utilidad para la coordinación entre niveles asistenciales y, al mismo tiempo, los órganos de gestión podrán acceder con mayor facilidad a información de tipo asistencial, financiera y administrativa que vinculada con el cuadro de mando integral servirá de herramienta para la toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estatuts de la Fundació de caràcter privat Mossèn Miquel Costa-Hospital de Palamós, 1991.
2. Estatuts del Consorci Assistencial del Baix Empordà, 1994.
3. Escriptura de constitució d'agrupació d'interès econòmic, 2001.
4. Idescat. Padró municipal d'habitants per sexe. Xifres oficials, 2005; disponible en: www.idescat.net
5. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Integración de servicios asistenciales, 2002.
6. Consorci Assistencial Baix Empordà. Serveis i especialitats de les ABS del Baix Empordà gestionades pel Consorci Assistencial Baix Empordà, 2002.
7. Coderch J. Desarrollo de un modelo asistencial integrado y utilización de servicios, 2002.
8. Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hosp Health Serv Admin* 1993; 38 (4): 467-489.
9. Simoens S, Scott A. Towards a definition and taxonomy of integration in primary care [discussion paper 03/99]. University of Aberdeen: Health Economics Research Unit. HERU, 1999.
10. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Workshop del grupo piloto para la implementación de un sistema de compra de servicios de base poblacional. Integración de servicios asistenciales, 2002.
11. Idescat. Datos generales Baix Empordà, 2004; disponible en: www.idescat.net
12. Idescat. Població segons sexe i edat. Grans grups Catalunya. Sèrie temporal, 2001.
13. Idescat. Població segons sexe i edat. Grans grups Baix Empordà. Sèrie temporal, 2001; disponible en: www.idescat.es
14. ICS. Servicio de atención primaria Girona-Empordà-Sant Feliu de Guíxols. Citado el 20 de junio de 2004; disponible en: www.gencat.net/ics/usuarios/centres_servicios.htm
15. IAS. Instituto de Asistencia Sanitaria. Baix Empordà. Citado el 30 de mayo de 2004; disponible en: www.ias.scs.es/spanish/frmias.htm

16. Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. Cuadernos de gestión para el profesional de atención primaria 2002; 8 (4): 167-178.
17. Acta. Reunión del consejo de gobierno del CABE, 2004.
18. Acta. Reunión del consejo de gobierno de SSIBE –AIE–, 2004.
19. Acta. Reunión del consejo de gobierno Fundación Mossèn Miquel Costa-Hospital de Palamós, 2005.
20. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Misión, 2001.
21. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Visión, 2001.
22. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Principios básicos institucionales, 2001.
23. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Objectius específics 2004.
24. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Estrategias, 2001.
25. Objetivos 2004 personal SSIBE; 2004.
26. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Pla Funcional La Bisbal d'Empordà, 2002.
27. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Quadre de comandament, 2004.
28. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Pressupost de Serveis de Salut Integrats Baix Empordà 2004.
29. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Centres de cost de Serveis de Salut Integrats Baix Empordà; 2004.
30. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Model de pacte amb els metges, 2004.
31. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Model de pacte a l'APS, 2004.
32. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Política d'incentius 2004.
33. Antúñez F, et al. Fibril·lació auricular. Unitat de urgències. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà, 2004.
34. Cruz M, et al. Guia d'actuació clínica en el pacient amb ictus. Unitat mèdica. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà, 2001.
35. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Guia farmacoterapèutica, 2001.
36. Circuit de diagnòstic ràpid de càncer, 2002.
37. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Avaluació de la prova pilot per a la capacitat 2003. Annex a l'objectiu 3 - Formació compartida, 2003.
38. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Pla funcional de l'Àrea Bàsica de Salut Palamós, 2002.
39. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Pla funcional de l'Àrea Bàsica de Salut Torroella de Montgrí, 2002.
40. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Pla funcional de l'Àrea Bàsica de Salut Palafrugell, 2002.
41. SSIBE. Dispositiu d'atenció a las urgències i emergències del Baix Empordà, 2005.
42. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Implantación de un sistema de información médica integrado. La experiencia de un proyecto de futuro hacia la historia clínica informatizada. Informática y Salud 2000. Citada el 18 de agosto de 2004; disponible en: http://www.seis.es/i_s/is27/i_s27e.htm
43. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Sistemes de informació per a la integració de serveis, 2002.
44. Pérez X, Lisbona JM. Manual d'utilització i continguts de la història clínica informatitzada. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà, 2004.
45. Servei de medicina interna, Servei d'urgències, Atenció Primària, Servei de rehabilitació. Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà, 2003.
46. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Protocolo; 2003.
47. Molinuevo JL, Falqué M, Alsina E. Memòria de la unitat per al diagnòstic i avaluació de demències. Hospital de Palamós-Centro sociosanitario, 2000.
48. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Unidad de Urgencias. Guía de dolor torácico agudo, 2003.
49. Harrigan KR. Vertical integration and corporate strategy. Acad Manage J 1983; 28 (2): 397-425.

50. Shortell S, Gillies R, Anderson D, Mitchell J, Morgan K. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm* 1993; 38 (4): 447-466.
51. Conrad DA, Dowling WL. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Manage Rev* 1990; 15 (4): 9-22.
52. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff (Millwood)* 1994; Winter: 46-64.
53. Coderch J. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE): elements clau en la evolució del hospital a la organització sanitària integrada. En: Ibern P, ed. Integració assistencial: fonaments, experiències i vies d'avanç. Barcelona: Masson, 2006; 139-186.
54. Shortell SM, Hull KE. The new organization of health care: Managed care/integrated health systems. En: Altman S, Reinhart U, eds. Strategic choices for a changing health care system. Chicago: Health Administration Press, 1996.
55. Shortell SM, Hull KE. The new organization of the health care delivery system. *Baxter Health Policy Rev* 1996; 2: 101-148.
56. Skelton-Green JM, Sunner JS. Integrated delivery systems: the future for Canadian health care reform? *Can J Nurs Adm* 1997; 10 (3): 90-111.
57. Pointer DD, Ewell CM. Really governing: what type of work should boards be doing? *Hosp Health Serv Adm* 1995; 40 (3): 315-331.
58. Alexander JA, Zuckerman HS, Pointer DD. The challenges of governing integrated health care systems. *Health Care Manage Rev* 1995; 20 (4): 69-81.
59. De Val Pardo I. Sistemas de salud: diagnóstico y planificación. Madrid: Díaz de Santos, 2001.
60. Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. Barcelona: Ariel, 1988.
61. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson, 2001.
62. Galbraith J. Designing complex organization. Reading (Massachusetts): Addison-Wesley, 1973.
63. Grol R. Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit, and patients satisfaction. *JAMA* 2001; 286 (20): 2.578-2.585.
64. Coddington C, Moore C, Fischer E. Making integrated health care work. Englewood (Colorado): Center for Research in Ambulatory Health Care Administration, 1996.

III. Discusión y conclusiones

Capítulo 10

Ingrid Vargas Lorenzo
María Luisa Vázquez Navarrete

Análisis comparativo

En este capítulo se analizan y discuten de forma comparativa los seis casos estudiados a partir de las dimensiones propuestas en el marco teórico (v. cap. 1). El análisis se basa en los datos recogidos aunque, a lo largo del capítulo, se mencionan algunos cambios importantes que, una vez concluido el trabajo de campo, han introducido estas organizaciones.

Características clave y tipología de las OSI analizadas

Las seis organizaciones analizadas presentan características y tipologías similares y, al mismo tiempo, algunos elementos diferenciadores importantes (tabla 10-1) que determinan modelos organizativos distintos.

En los seis casos, la *amplitud de la integración* abarca el continuo asistencial desde atención primaria hasta atención a la dependencia. En algunas de estas organizaciones, se observa una tendencia a expandir los servicios de atención a la dependencia –residencias asistidas y ayuda a domicilio– y los de salud pública –actividades de protección a la salud– que parece que son un reflejo de las propuestas que se generan desde el Departament de Salut¹. La *profundidad de integración* o número de unidades para proporcionar el mismo servicio varía entre las OSI, dependiendo del tamaño del área de referencia y la dispersión demográfica: cuanto mayores son el área y la dispersión, mayor es la profundidad de la integración.

No obstante, la amplitud y profundidad de la integración carecen de sentido si no se acompañan de un indicador que muestre el porcentaje de la población de referencia a la cual la OSI ofrece el continuo de servicios. En este aspecto, se observa gran variabilidad: algunas de las organizaciones gestionan una importante proporción de la atención primaria de su zona de influencia hospitalaria –BSA, CSdT/FHSLL y SSIBE– mientras que las otras gestionan una baja proporción –CSdM, CSMS y SAGESSA–

Tabla 10-1. Características clave de las OSI estudiadas, 2004

Características clave	BSA	CSdM
Amplitud de la integración	AP, AEA y AD	AP, AEA y AD
Profundidad de la integración	5 CAP + 1 consultorio, 1 hospital general, 1 centro sociosanitario y 1 CASSiR	3 CAP + 5 consultorios, 1 hospital de referencia, 1 CSM infantil y de adultos, 1 centro sociosanitario y 1 residencia
Nivel de producción interna (%)	100	100
Proporción de la población de referencia (%) (108.869 habitantes) ^{a,d}		(217.934 habitantes) ^{a,c}
Atención primaria	100	14
Atención especializada de agudos	100	100
Atención sociosanitaria	376,6	173,3
Formas jurídicas de relación	Ninguna ^c	Consortio

AD, atención a la dependencia; AEA, atención especializada de agudos; AIE, asociación de interés económico; AP, atención primaria; CAP, centro de atención primaria.

^a Población de referencia del hospital.

^b Población total de los municipios con centros de SAGESSA.

(tabla 10-1). Además, en la mayoría de los casos, la zona de referencia de la atención sociosanitaria tampoco coincide con la de los otros niveles. Por tanto, no puede delimitarse una población de referencia única para estas organizaciones –elemento clave en la definición de una OSI–, con las consecuentes implicaciones para la coordinación y continuidad asistencial en el territorio.

Las seis organizaciones *producen internamente* el núcleo principal de los servicios que proporcionan a la población y contratan externamente algunas pruebas diagnósticas de alta tecnología o servicios, como la rehabilitación.

Las *formas jurídicas de relación* presentadas son diversas. Las OSI que agrupan los servicios bajo una única titularidad^a han adoptado el consorcio de gestión como fórmula interorganizativa –CSMS y CSdM–. Las OSI que agrupan entidades que mantienen titularidades jurídicas diferentes se relacionan mediante las fórmulas de asociación de interés económico (AIE) –SAGESSA y SSIBE– y convenio de gestión –CSdT/FHSLL–, que se han desarrollado para compartir los servicios de apoyo de la OSI. En este segundo grupo, además, se establecen vínculos entre las entidades que gestionan la atención primaria y la hospitalaria: consorcio de iniciativa local con participación de la fundación del hospital (SSIBE); sociedad limitada participada por la

^a BSA integró todos los servicios bajo un misma titularidad a finales de 2005 y adoptó como fórmula jurídica la sociedad anónima.

CSdT/FHSL	CSMS	SAGESSA	SSIBE
AP, AEA y AD	AP, AEA y AD	AP, AEA y AD	AP, AEA y AD
4 CAP + 2 consultorios, 1 hospital de referencia, 1 CSM de adultos y 1 centro sociosanitario	5 CAP, 2 hospitales generales y 3 centros sociosanitarios	5 CAP + 10 consultorios, 4 hospitales de agudos, 3 centros sociosanitarios y 6 residencias	4 CAP + 28 consultorios, 1 hospital general, 1 centro sociosanitario y 2 centros de AD
100	100	100	100
(134.446 habitantes) ^{a,d}	(178.685 habitantes) ^{a,f}	(312.642 habitantes) ^{b,d}	(118.137 habitantes) ^{a,e}
100	37,8	21	72
100	100	100	100
100	100	100	100
Contrato de gestión	Consorcio	Sociedad anónima mercantil, AIE	AIE

^cEn 2005, todas las organizaciones que forman parte de BSA se integran bajo una entidad con el mismo nombre y con la titularidad de sociedad anónima municipal.

^d2004.

^e2005.

^f2003.

sociedad anónima municipal que gestiona el hospital (BSA), o fundación propiedad de la sociedad anónima que gestiona el Hospital Sant Joan de Reus (Grup SAGESSA).

A partir de las características anteriores, podrían clasificarse las seis entidades como *organizaciones sanitarias integradas verticalmente hacia atrás*, es decir, desde el nivel hospitalario hacia un estadio anterior en la producción de servicios, el nivel primario, dos de las cuales también presentan *integración horizontal* en el nivel hospitalario (CSMS y Grup SAGESSA), con *provisión interna total* de sus servicios; *integración real de la propiedad* en dos casos (CSMS y CSdM), e *integración virtual* en el resto (tabla 10-2).

La integración horizontal se establece para aumentar la eficiencia y, también, la coordinación y control de la atención en la misma etapa de provisión de servicios de salud. Se espera mejorar la eficiencia con economías de escala, de alcance y reducción de los costes de transacción, logradas con la realización de compras conjuntas, aprovechamiento de instalaciones subutilizadas o reducción de servicios innecesarios². En las dos OSI con integración horizontal –Grup SAGESSA y CSMS–, ésta se produjo inicialmente para unificar la gestión y los servicios de apoyo; sin embargo, en CSMS esta integración ha evolucionado también en el ámbito asistencial. Se han unificado las direcciones asistenciales y de los servicios para coordinar la actividad de los dos hospitales; también, se han unificado algunos servicios asistenciales (anestesiología, urgencias y rehabilitación) mientras que otros se han centralizado en uno de los hospitales (endocrinología y neurología).

Tabla 10-2. Tipología de las OSI

Tipo de integración	BSA	CSdM
Según el tipo de servicios que se integra	Integración vertical hacia atrás	Integración vertical hacia atrás
Según el nivel de producción interna	Integración total	Integración total
Según la forma jurídica de relación	Integración virtual	Integración real

Tabla 10-3. Líderes del proceso de integración de las OSI

Líderes	BSA	CSdM
Políticos		
Locales	Ayuntamiento de Badalona	Ayuntamiento de Mataró (presidente del CSM)
Autonómicos		Departament de Salut
Proveedores	Gerente, directivos y profesionales del HMB	

CSM, Consorci Sanitari de Mataró; HMB, Hospital Municipal de Badalona.

Si bien todos los casos son integraciones hacia atrás, porque surgen desde el hospital hacia la atención primaria, los procesos de integración han sido diferentes. Según el proceso, podrían distinguirse dos tipos de OSI: 1) las que se crean a partir de una entidad “madre” que incorpora las nuevas unidades (CSdM y CSdT/FHSL) o que funda entidades con personalidad jurídica propia para gestionar los nuevos servicios (SSIBE y BSA) y 2) las que se crean a partir de múltiples proveedores ya existentes en el territorio, que deciden en un momento determinado integrarse, ya sea virtualmente mediante una fórmula de colaboración, como una AIE (SAGESSA), o verticalmente bajo una única titularidad (CSMS). La integración vertical, a su vez, estaría diseñada para la mejora en la eficiencia por razones semejantes a la horizontal y ya mencionadas, y para aumentar la coordinación y el control de las atenciones de salud a lo largo del continuo asistencial³.

CSdT/FHSLL	CSMS	SAGESSA	SSIBE
Integración vertical hacia atrás	Integración vertical hacia atrás e integración horizontal	Integración vertical hacia atrás e integración horizontal	Integración vertical hacia atrás
Integración total	Integración total	Integración total	Integración total
Integración virtual	Integración real	Integración virtual	Integración virtual

CSdT/FHSLL	CSMS	SAGESSA	SSIBE
Ayuntamiento de Terrassa Departament de Salut			
Equipo directivo y profesionales del antiguo Hospital Sant Llützer	Equipo directivo de las diferentes entidades	Equipo directivo del Hospital Sant Joan de Reus	Equipo directivo de la Fundación Mossèn Miquel Costa

Evolución histórica

Las primeras OSI se constituyeron al final de la década de los ochenta y principios de los noventa del siglo pasado con la integración de los primeros equipos de atención primaria que no serían gestionados por el ICS (CSdT/FHSLL en 1988; Grup SAGESSA en 1989; BSA en 1994, y SSIBE en 1994). En la década siguiente se constituyeron CSdM (2000) y CSMS (2001) aunque esta última realizó la integración hospitalaria en 1993. Los proyectos de integración de las distintas entidades fueron *liderados* por los equipos directivos, la Administración autonómica, en el caso de los consorcios con mayoría de la Generalitat, y la Administración local, directamente o por medio de sus representantes en los órganos de gobierno de las organizaciones (tabla 10-3).

Entre los *determinantes* de la constitución de las OSI destacan, en primer lugar, los de tipo económico: búsqueda de la contención de los costes hospitalarios (reducción de la estancia media hospitalaria, control de la demanda de consultas externas y urgencias hospitalarias, etc.) mediante la integración con dispositivos de atención primaria y atención sociosanitaria; la obtención de economías de escala derivadas de la integración horizontal en el ámbito hospitalario y economías de gestión por la gestión conjunta de los centros sanitarios, y la resolución de los problemas económicos de una entidad integrada, mediante su fusión. La introducción de estrategias para el control de costes, como la integración con unidades de subagudos (centro sociosanitario) para disminuir la estancia media hospitalaria o la integración con la atención primaria para contener la demanda procedente de la atención primaria podría relacionarse con el sistema de pago hospitalario prospectivo basado en la actividad⁴. Sólo en el caso de la constitución de los consorcios de gestión –CSdM, CSdT/FHSL y CSMS–, la voluntad política ha sido un determinante. En estos casos, el propósito de convertirse en una organización sanitaria integrada aparece desde el comienzo a pesar de que su creación estaba ligada a la puesta en marcha de un hospital. Más que una política pública de integración de servicios de salud en Cataluña, ha existido una política de diversificación en la provisión de atención primaria, en el marco de la LOSC, y como consecuencia, muchas de las entidades que ya gestionaban hospitales han comenzado a gestionar centros de atención primaria (tabla 10-4).

Tabla 10-4. Determinantes de la constitución de las OSI

Determinantes	BSA	CSdM	CSdT/FHSL	CSMS	SAGESSA	SSIBE
Políticos						
LOSC	*			*	*	*
Económicos						
Reducir costes hospitalarios			*	*		*
Economías de escala				*	*	
Problemas económicos de una entidad		*		*		
Salud						
Garantizar la continuidad asistencial mediante alianzas estratégicas			*	*		
Movilidad de la población entre territorios					*	

LOSC, Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña.

Elementos del entorno

Características de la población de referencia

Las organizaciones sanitarias integradas analizadas se localizan en entornos diferentes: un primer grupo de organizaciones se encuentra ubicado en entornos urbanos, muy próximos a Barcelona, con una alta densidad demográfica y con poblaciones de referencia sobre los 100.000 habitantes (BSA y CSdT/FHSL); un segundo grupo se localiza en comarcas costeras con crecimientos poblacionales elevados, densidad demográfica media y poblaciones de referencia en torno a los 200.000 habitantes (CSdM y CSMS), y un tercer grupo está ubicado en comarcas más alejadas de Barcelona y menos densas (SSIBE y SAGESSA).

Presencia de otros proveedores en el territorio y establecimiento de alianzas

La posición no monopolista de la mayoría de las OSI analizadas, sobre todo en el nivel de atención primaria, otorga especial importancia a la coordinación con los otros proveedores del área de referencia. Aunque las alianzas y mecanismos para la colaboración asistencial con los proveedores locales constituye una de las políticas estratégicas en los seis casos analizados, no se han producido avances importantes en este sentido (tabla 10-5). Las OSI que participan en la prueba piloto del capitulo (CSMS, SAGESSA-Altebrat y SSIBE) han firmado convenios de colaboración con otros proveedores del territorio, principalmente con la atención primaria del ICS. Estos convenios contemplan la implantación de un sistema de información coordinado en el territorio: compartir las estructuras en el territorio y la atención en el nivel asistencial más coste-efectivo. En este sentido, se han desarrollado algunos mecanismos de coordinación conjunta, como guías de práctica clínica conjuntas, petición de citas al especialista desde atención primaria y sesiones clínicas conjuntas. No obstante, la implementación de estos mecanismos continúa siendo limitada.

En general, destaca la escasa extensión de los mecanismos de coordinación utilizados con la atención primaria integrada en la OSI (GPC compartidas, información compartida sobre el paciente, sistema experto para potenciar la capacidad resolutoria de la atención primaria, planes de alta hospitalaria, etc.) a los equipos gestionados por el proveedor mayoritario de atención primaria de la zona, el ICS. Esta escasa coordinación no sólo podría repercutir en una peor continuidad de la atención para la población residente en estas zonas, sino que también podría afectar el acceso y la equidad de acceso en el sistema de salud. Continuidad y acceso están estrechamente relacionados. El acceso no sólo comprende la disponibilidad de recursos, sino también la adecuación y relevancia de la atención para las necesidades de salud de la población. Por tanto, la falta de continuidad en la atención (atención fragmentada y mal organizada) podría implicar una limitación en el acceso a las atenciones adecuadas⁵.

Tabla 10-5. Coordinación de las OSI con otros proveedores del territorio, 2004

	BSA	CSdM	CSdT/FHSL
Alianzas estratégicas	–	–	Convenio de colaboración con CSPT ^a
Mecanismos de coordinación	–	Circuitos y normas de derivación con ICS (atención primaria)	–

CCEE, consultas externas; CSPT, Consorci Sanitari del Parc Taulí; IAS, Institut d'Assistència Sanitària; ICS, Institut Català de la Salut; PPC, Prueba piloto de financiación per cápita.

^a2005.

Modelo de compra

Uno de los factores que más influyen en el proceso de integración asistencial es el mecanismo utilizado en la financiación de los servicios y el sistema de incentivos asociado⁶. Para alcanzar la eficiencia, los incentivos de las diferentes unidades asistenciales deben estar alineados con los objetivos globales del sistema. Diversos autores ya han señalado la falta de integración en la compra de servicios de salud en Cataluña, tanto en relación con los incentivos que generan los diferentes mecanismos de pago utilizados con los distintos niveles asistenciales, como con los objetivos de compra establecidos^{6,7}. Esta falta de coordinación en la política de compra se manifiesta más notoriamente cuando el proveedor al cual se asignan los recursos es una única organización que proporciona atención en diferentes niveles asistenciales, como es el caso de cuatro de las organizaciones analizadas: BSA, CSdM, CSdT/FHSL y SAGESSA (excepto en Altebrat)^b. Con una asignación fundamentalmente basada en la estructura e independiente de la actividad, la atención primaria de estas organizaciones dispone de escasos incentivos para aumentar su capacidad de resolución y asumir el papel de puerta de entrada al sistema (*gatekeeper*) y gestor del paciente a lo largo del continuo. A su vez, los incentivos a la atención especializada, remunerada en función de la actividad realizada, se dirigen hacia una mayor producción de actividad, “captándola de otros ámbitos⁸”. En consecuencia, predominan los incentivos a la eficiencia dentro del nivel asistencial y no a la coordinación y cooperación entre niveles para tratar el problema de salud en el lugar más coste-efectivo del continuo⁶. De hecho, tal y como se ha señalado, la búsqueda de la

^b BSA, CSdM y SAGESSA en el territorio del Montsià se han incorporado a la Prueba piloto del sistema de compra en base poblacional en 2005.

CSMS	SAGESSA	SSIBE
Convenio de colaboración con el ICS (PPC)	Convenio de colaboración con el ICS en Altebrat (PPC)	Convenio de colaboración con el ICS (PPC)
Elaboración y divulgación de algunas GPC (asma infantil)	Elaboración de GPC	Con el ICS GPC conjuntas
Circuitos de administración (petición de cita con CCEE)		Sesiones clínicas conjuntas Con el IAS Sesiones clínicas conjuntas Historia clínica compartida Consulta de casos

eficiencia intranivel mediante la reducción de los costes hospitalarios (disminución de la estancia hospitalaria, etc.) aparece en varias de las organizaciones como uno de los determinantes de la integración con la atención sociosanitaria y la atención primaria.

Asimismo, los objetivos que, por el momento, fija el comprador de servicios (Servei Català de la Salut; CatSalut) con estas organizaciones no son globales, sino por niveles asistenciales; sólo algunos se refieren a la coordinación asistencial y éstos no se establecen conjuntamente en todos los niveles implicados.

Con el objetivo de superar las barreras que genera el sistema de compra vigente, el Servei Català de la Salut puso en marcha una prueba piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios en base poblacional en cinco zonas de Cataluña para el período 2001-2005⁹. Los objetivos generales de la prueba son: mejorar la equidad de acceso a los servicios; mejorar la eficiencia del sistema de salud; mejorar la continuidad asistencial, y estimular la creación de alianzas entre todos los proveedores que operan en un territorio. En la prueba participan, desde su comienzo, tres de las seis OSI analizadas: CSMS, SAGESSA (Altebrat) y SSIBE. En esta prueba, el CatSalut compra una cartera de servicios de salud para una población definida geográficamente al conjunto de proveedores de salud del territorio, que reciben una asignación per cápita ajustada por variables de necesidad.

Teóricamente, los mecanismos de financiación per cápita incentivan la coordinación asistencial¹⁰. Bajo un presupuesto per cápita global, los proveedores –equipos de atención primaria, hospitales, etc.– perciben que el presupuesto es común y que las acciones que se lleven a cabo en un punto concreto de la red repercuten en la cuenta de resultados de todas las entidades. Como resultado, la red dispone de incentivos para tratar el problema de salud en el lugar más coste-efectivo del continuo asistencial, lo que implicaría la sustitución entre niveles asistenciales y la disminución de pruebas innecesarias dentro del sistema¹⁰.

Para que este incentivo teórico a la coordinación se produzca en los territorios analizados, tendrían que modificarse algunos elementos en el diseño del modelo de compra en base poblacional. En primer lugar, la asignación a los territorios piloto debería basarse en una fórmula de financiación per cápita ajustada por variables de necesidad más que en un presupuesto basado en el coste histórico, tal y como se realiza en la práctica¹¹. En segundo lugar, los objetivos globales del conjunto de proveedores del territorio, muchos de ellos relacionados con la coordinación asistencial, deberían ir ligados a una parte variable de la asignación para que existiera un incentivo real a la colaboración. Finalmente, durante el transcurso de la prueba se ha mantenido con las entidades participantes el contrato de compra por línea asistencial, lo que constituye, en las organizaciones analizadas, una barrera a la implementación de estrategias de sustitución entre niveles para proporcionar la atención en el lugar más coste-efectivo.

Elementos organizativos que favorecen y obstaculizan la coordinación asistencial en las OSI analizadas

Modelo de gobierno

El modelo de gobierno de las organizaciones analizadas está determinado por la forma de relación interorganizativa que han adoptado. Las OSI con integración vertical en la propiedad (CSMS y CSdM) poseen un único órgano de gobierno centralizado mientras que las OSI virtuales (BSA^c, CSdT/FHSLL, SAGESSA y SSIBE) cuentan con múltiples gobiernos (tabla 10-6). En este último grupo se distinguen, a su vez, dos tipos de modelos: existencia de un órgano de gobierno corporativo con un rol estratégico, junto con múltiples órganos locales vinculados con los centros con un rol operativo, y existencia de diversos órganos de gobierno, todos con roles y responsabilidades estratégicas.

La composición de los diferentes órganos de gobierno es diversa: hay políticos y representantes de la administración local en todas las OSI analizadas; en los consorcios, representantes del Servei Català de la Salut o del Departament de Salut, representantes de los consejos comarcales (CSdM y SSIBE), y figuras de reconocimiento local (empresarios, etc.).

Aunque no existe evidencia empírica del tipo de gobierno –centralizado o descentralizado– que permite alcanzar mayor grado de integración del sistema, diferentes autores señalan algunas características deseables para que se produzca la buena gobernabilidad del sistema: el desempeño de un rol estratégico, la perspectiva global del sistema en la toma de decisiones, la responsabilidad con la población a la cual se atiende y la coordinación entre los diferentes órganos de gobierno, si los hubiere¹².

Para evitar el conflicto de intereses (*problema de agencia*) entre los propietarios de las organizaciones (*el principal*) y los directivos (*el agente*), resultaría fundamental que el gobierno (*representante del principal*) formulase las políticas de la OSI y evaluase el

^c En 2005, con la integración de todos los servicios bajo una única entidad, BSA adoptó un gobierno centralizado con un único consejo de administración.

Tabla 10-6. Tipo de gobierno en las OSI, 2004

	Centralizado	Descentralizado	
		Sin órgano corporativo	Con órgano corporativo
Casos	CSMS y CSdM Consejo rector	BSA 2 Consejos de administración y 1 administrador único SSIBE 1 Patronato 1 Asamblea 1 Consejo de gobierno CSdT/FHSL 1 Consejo de gobierno 1 Patronato	SAGESA Consejo de administración OSI Consejo rector OSI 7 Consejos de administración

Tabla 10-7. Elementos favorables y desfavorables para la *buena gobernabilidad*

Atributos	Elementos favorables	Elementos desfavorables
Fortalecimiento de la visión global	Información al gobierno de objetivos, estrategias y actividades de la OSI	No participan en la formulación de objetivos y estrategias No se evalúan resultados globales No se monitoriza la integración
Responsabilidad con la población que atiende	Presencia de representantes políticos	No hay coordinación entre los gobiernos de los distintos proveedores sanitarios
Coordinación entre los órganos de gobierno	Presencia de algunos miembros en varios órganos de gobierno a la vez Órganos corporativos de la OSI Un único gerente	

desempeño de su gestión¹². A pesar de que en la mayoría de las OSI analizadas, especialmente los consorcios, los estatutos otorgan un rol estratégico al gobierno, en casi todos los casos se hace hincapié en una función sancionadora más que en una participación activa en la formulación de estrategias y políticas (tabla 10-7). El análisis de las actas de gobierno, en aquellos casos en que pudo accederse a ellas, mostraba el papel pasivo y sancionador que desempeñan estos gobiernos. En la práctica, se cen-

tran en el seguimiento presupuestario y de la actividad asistencial y la aprobación de las estrategias y acuerdos institucionales propuestos por la dirección.

Otro de los aspectos desfavorables con relación al papel del gobierno en los casos analizados se refiere a la insuficiente evaluación del desempeño de la organización. El gobierno, periódicamente, recibe información por línea asistencial referida a productos intermedios (visitas, altas, estancia media, etc.), de difícil interpretación y poco relacionada con resultados asistenciales globales. Este tipo de evaluación no permite fortalecer la visión global del gobierno, uno de los atributos de buena gobernabilidad.

La presencia de políticos del ámbito local en los gobiernos de las OSI es uno de los elementos que, en teoría, favorecen el acercamiento de la toma de decisiones a las necesidades de la población atendida. De hecho, éstos recogen en su participación en los órganos de gobierno algunos temas relacionados con las necesidades de la población, como la insuficiencia de recursos, las listas de espera, etc. No obstante, tal y como era de esperar, sus intervenciones se realizan desde una perspectiva municipal, en detrimento de una visión territorial del gobierno y, en general, no todos los municipios del área de referencia se hallan representados.

El último de los atributos de buena gobernabilidad de una OSI, según la bibliografía, es la coordinación de los diferentes órganos de gobierno que asegure la coherencia en la visión, objetivos y estrategias a lo largo del sistema. Las organizaciones con un gobierno múltiple analizadas utilizan diversos mecanismos para mejorar esta coordinación, como la presencia de algunos miembros en varios órganos a la vez o la designación de un único gerente que participa, con voz, pero sin voto, en los diversos gobiernos.

Dimensión estratégica

La mayoría de las organizaciones analizadas recoge en su misión y valores los elementos clave que definen una OSI: la propuesta de una atención integral que incluye todos los niveles asistenciales y la actuación en un área geográfica con población definida (tabla 10-8).

Asimismo, las seis organizaciones contemplan entre sus estrategias muchas de aquéllas señaladas por diversos autores como las más efectivas para la integración: las alianzas con otros proveedores del territorio, específicamente con el ICS, en aquellas que participan en la prueba piloto del capitativo; el desarrollo de un sistema de información integrado; mecanismos de coordinación, como las guías de práctica clínica compartidas, y un plan global de calidad (tabla 10-9). Las estrategias menos utilizadas son la organización por ámbitos o procesos (BSA, CSdT/FHSLL y CSMS), los programas de gestión compartida –atención domiciliaria y unidades funcionales– (BSA y CSMS) y el aumento de la capacidad resolutoria de la atención primaria (CSdT/FHSLL, CSMS y SSIBE). Algunas de las estrategias recomendadas sólo aparecen en alguno de los casos, como la monitorización del desempeño de la organización mediante cuadros de mandos integrales (BSA y SAGESSA) o los instrumentos para alinear la cultura organizativa con los objetivos globales, como incentivos a profesionales (BSA, CSdM y SSIBE) y políticas de selección o formación del personal de acuerdo con el modelo (CSdM).

Tabla 10-8. Misión de las OSI, 2004

Entidad	Misión
BSA	“Ofrecer a la población de Badalona y su entorno una atención sanitaria integral, de calidad, próxima a la persona y con continuidad entre los diferentes niveles”
CSdM	“El CSdM es una organización de provisión de servicios sanitarios que da cobertura integral a las necesidades de salud del ciudadano de su área de influencia (...)”
CSdT/FHSLL	“Queremos ser una institución de atención integral a la salud de las personas, orientada a la población del Vallès Occidental y fuertemente vinculada con los municipios (...)”
CSMS	“Nuestro propósito es ofrecer servicios de salud integrales, de excelente calidad y eficientes, que den el máximo grado de cobertura a las necesidades y demandas de las personas que residen en el Alt Maresme y la Selva marítima”.
SAGESSA	“Queremos ser un dispositivo sanitario integrado que se convierta en referente en Cataluña”
SSIBE	“La prestación de servicios sanitarios, sociosanitarios y sociales en el ámbito de la comarca del Baix Empordà, coordinando e integrando los diferentes estamentos y niveles asistenciales, de acuerdo con un modelo de atención a la salud integrado, que contemple no sólo las correspondientes actividades asistenciales, sino también todas las actividades de promoción de la salud, prevención, rehabilitación y atención psicosocial”

Tabla 10-9. Estrategias de las OSI, 2004

Estrategias	Entidades
Alianzas con otros proveedores Sistema de información integrado GPC compartidas Plan global de calidad	BSA, CSdT/FHSLL, CSdM, CSMS, SAGESSA y SSIBE
Organización por ámbito o procesos Programas de gestión compartida	BSA, CSdT/FHSLL y CSMS
Aumentar la capacidad resolutive de la atención primaria	CSdT/FHSLL, CSMS y SSIBE
Monitorización de la OSI con cuadros de mando integrales	BSA y SAGESSA
Instrumentos para alinear la cultura con las estrategias: incentivación y selección	BSA, CSdM y SSIBE

La existencia de un conjunto de objetivos y estrategias globales para toda la organización, orientado hacia la coordinación asistencial y la eficiencia, constituye una importante fortaleza de las seis OSI desde el punto de vista de la integración asistencial¹³ en la medida en que aporta un vínculo común con las acciones de la organización. Algunas de estas organizaciones –BSA y CSdM– han avanzado hasta disponer de un plan estratégico conjunto para la organización.

Para que los objetivos globales puedan actuar como vínculo en la organización, deben estar alineados con los de las unidades operativas que conforman la OSI¹⁴. No obstante, no en todas las organizaciones se produce esta alineación por la falta de traducción adecuada de los objetivos y estrategias globales *de la organización* a objetivos específicos para las unidades (tabla 10-10). Las entidades que han realizado un mayor esfuerzo en este sentido –BSA, CSMS, SAGESSA y SSIBE– incorporan objetivos *corporativos* para todos los niveles, además de los fijados por el CatSalut con cada centro. CSMS y SSIBE, además, fijan objetivos comunes por ámbitos transversales (p. ej., atención urgente, atención domiciliaria, geriatría, etc.), que podrían constituir un poderoso elemento para guiar la integración asistencial, en la medida en que todos los servicios comprendidos los asuman. Además, la mayoría de los objetivos que se refieren a la coordinación asistencial se centran más en el proceso (elaboración y utilización de mecanismos de coordinación, como las GPC y las guías farmacológicas, sesiones compartidas, circuitos administrativos, etc.) que en los resultados asistenciales. Finalmente, estas organizaciones recogen los objetivos en instrumentos diversos (planes estratégicos participativos, contratos internos o dirección por objetivos y contratos de gestión internos) que facilitan la difusión de objetivos y estrategias globales a toda la organización y debería contribuir a alinear la cultura organizativa con la dimensión estratégica.

En el resto de las organizaciones –CSdT/FHSLL y CSdM–, se produce la traslación directa de los objetivos que establece el CatSalut en el sistema de compra. Ello resulta insuficiente para promover la coordinación asistencial ya que no se trata de objetivos globales, sino por nivel asistencial; pocos se refieren a la coordinación asistencial o están relacionados con las estrategias globales de integración que se plantean las OSI. Por tanto, estas organizaciones tendrían que realizar un mayor esfuerzo planificador para introducir objetivos a unidades y ámbitos coherentes con los globales, así como sus estrategias.

Estructura organizativa

Aunque las seis OSI parten con una estructura divisional en el momento de su constitución, evolucionaron de forma diferente y en el momento del análisis pueden distinguirse tres tipos de diseños organizativos: el *divisional* –SAGESSA y BSA^d–; el *funcional con integración de la dirección asistencial* –CSdM y CSdT/FHSLL–, y el

^dA partir de 2005, con la fusión de todas las organizaciones que integraban BSA en una única sociedad municipal, esta entidad adopta un diseño organizacional de tipo funcional descentralizado por ámbito asistencial.

Tabla 10-10. Tipo de unidades operativas y objetivos internos, 2004

OSI	Unidades con que establecen objetivos	Tipos de objetivos
BSA	CAP, hospital y CSS (servicios)	Contratos del CatSalut Corporativos por nivel asistencial
CSdM	CAP Servicios hospitalarios	Contratos del CatSalut Corporativos: en el hospital [actividad, calidad, coordinación con atención primaria (GPC y criterios de derivación) y eficiencia intrahospitalaria]
CSdT/FHSL	CAP Servicios hospitalarios	Contratos del CatSalut
CSMS	Ámbitos asistenciales y servicios de apoyo	Contratos del CatSalut Corporativos por ámbito asistencial Guías de práctica clínica Vinculados con procesos
SAGESSA	CAP, hospitales y CSS	Contratos del CatSalut Corporativos por nivel asistencial Hospitales: alianzas con otros proveedores y gestión por proceso Atención primaria: coordinación asistencial (programa de coordinación de altas y PAIS) y mejora continua de la calidad
SSIBE	Ámbitos asistenciales ABS Servicios hospitalario y sociosanitario	Contratos del CatSalut Corporativos por ámbito asistencial Asistenciales y coordinación asistencial Eficiencia

ABS, área básica de salud; CAP, centro de atención primaria; CSS, centro sociosanitario; PAIS, programa de atención interniveles.

funcional con integración de la dirección asistencial por ámbitos transversales –SSIBE y CSMS–.

En el diseño divisional, cada línea de producto o división se corresponde con una de las entidades que componen la OSI y, en el caso de BSA, coinciden con los tres niveles asistenciales. Se mantienen las direcciones asistenciales por nivel asistencial en un mismo nivel jerárquico. En el segundo tipo, las direcciones asistenciales se encuentran integradas en una misma figura, de la cual dependen jerárquicamente los jefes de los distintos servicios, respetando la división por nivel asistencial. Por último, en el diseño funcional con integración de la dirección asistencial por ámbitos, esta di-

Tabla 10-11. Ámbitos asistenciales en las estructuras funcionales con integración de la dirección asistencial por ámbitos transversales

OSI	Ámbitos asistenciales
CSMS	Atención médica, pediátrica, tocoginecológica, quirúrgica, osteoarticular, urgente, geriátrica y domiciliaria
SSIBE	Unidad médica (medicina interna y especialidades, atención sociosanitaria, medicina de familia y rehabilitación), infancia y mujer (pediatría, obstetricia y ginecología), urgencias y quirúrgica

rección unificada para toda la OSI se organiza por ámbitos comunes de especialidad que agrupan todos los servicios asistenciales relacionados (tabla 10-11).

No existe en la bibliografía consenso sobre el diseño organizativo que se adapta mejor a las OSI y que permitiría alcanzar mayores niveles de integración¹³. El diseño divisional con autonomía de gestión para las direcciones asistenciales intenta, en primer lugar, mantener el equilibrio de poder entre los diferentes niveles asistenciales, atenuando un excesivo hospitalcentrismo en la toma de decisión y, en segundo lugar, por ser más descentralizado, acercar las decisiones al núcleo operativo. Su principal desventaja sería la potencial descoordinación en la toma de decisiones y una potencial visión compartimentada de la asistencia. Para evitar los problemas de descoordinación entre niveles, las OSI con estructura divisional utilizan la figura del *directivo integrador* –director de planificación–. Otra manera de favorecer la coordinación consiste en unificar la dirección asistencial para toda la OSI, es decir, el que hemos denominado *diseño funcional integrado*. En este caso, para mitigar una perspectiva excesivamente hospitalaria de este tipo de diseño, algunas de las organizaciones analizadas (SSIBE y CSMS) han creado una dirección asistencial ejercida por un profesional proveniente de la atención primaria y que se encuentra por encima de la dirección de los servicios o ámbitos médicos de la OSI, incluyendo los hospitalarios.

Para mejorar la coordinación de los distintos servicios a lo largo del continuo comprendidos en el ámbito, SSIBE y CSMS han creado otro tipo de *directivo integrador*, el directivo de área. Se trata, por tanto, de una estructura con elementos de matricialidad, con directivos funcionales (p. ej., los directores de las ABS o el centro sociosanitario) y los directivos de área (p. ej., los directores de la unidad médica, urgencias o atención domiciliaria). Ambos mantienen el mismo grado de autoridad y responsabilidad, por lo que deben negociar constantemente en la toma de decisiones. Este tipo de estructuras que pueden ser efectivas para coordinar complejas interdependencias entre diferentes servicios y profesionales, también presentan algunos problemas, como 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 los costes de administración y de comunicación¹⁵, que

se refleja en un mayor uso de puestos de enlace, comités permanentes, etcétera para coordinar las funciones de dirección.

Un elemento común en las estructuras de las seis organizaciones es la integración de las *direcciones de apoyo asistenciales* (farmacia, laboratorio, diagnóstico por imagen, admisiones, etc.) y *no asistenciales* (recursos humanos, económico-financiera, sistemas de información, etc.) para toda la OSI. En términos de Shortell et al¹³, los seis casos estarían integrados funcionalmente, es decir, tendrían coordinadas las funciones y actividades de apoyo a lo largo de las unidades operativas, condición importante para la integración asistencial.

En una escala de más a menos centralización en el proceso de toma de decisión en las seis organizaciones, se encontraría en el extremo superior el diseño funcional con integración de la dirección asistencial y en el inferior la estructura divisional. En ambas estructuras, el comité de gestión toma las decisiones estratégicas de la OSI relativas a la planificación, asignación de recursos, sistema de incentivos y salarios, y las relaciones externas. Sin embargo, mientras que en la primera la planificación asistencial, gestión de personas y del presupuesto las lleva a cabo la dirección asistencial de forma centralizada, en la segunda estas funciones se descentralizan a las direcciones asistenciales de las unidades operativas. La descentralización o centralización de las estructuras organizativas es una de las cuestiones más controvertidas en la bibliografía sobre teoría de las organizaciones¹⁶. La centralización es el medio más preciso para coordinar la toma de decisión en una organización. No obstante, cuando la información es demasiado abundante o difícil de transmitir, se necesita reaccionar rápidamente ante determinados problemas o motivar a los profesionales, las organizaciones deberían descentralizarse¹⁷. Desde el punto de vista de la integración asistencial, es más relevante que las decisiones estén centralizadas que se hallen coordinadas a lo largo de la OSI, lo cual debe manifestarse en la utilización de los mecanismos de coordinación¹³. Así, el grado y el tipo de mecanismos de coordinación de las funciones de dirección varían en los casos analizados según el tipo de diseño organizativo. Las seis organizaciones utilizan *comités permanentes* para coordinar la dirección de la OSI (consejo de dirección global y asistencial), instrumento utilizado con más profusión en aquellas con la dirección asistencial organizada por ámbito. En el caso de las estructuras divisionales, se emplea el directivo integrador para coordinar las direcciones asistenciales de las unidades; en las integraciones asistenciales por ámbito, los comités permanentes, el directivo integrador y el puesto de enlace se utilizan para coordinar los servicios comprendidos en el ámbito (tabla 10-12), mecanismos que también se utilizan en las integraciones de la dirección asistenciales, pero con menor profusión.

Finalmente, la bibliografía recomienda que las organizaciones sanitarias integradas adopten estructuras más bien *orgánicas* con mecanismos basados en la adaptación mutua para la articulación de la atención entre niveles asistenciales^{18,19}: profesionales que actúen como puestos de enlace entre diferentes niveles, sistemas que proporcionen información a lo largo del continuo asistencial, grupos de trabajo multidisciplinarios donde participen profesionales de distintos niveles que intervengan en la atención de un mismo proceso, etc. Aunque el énfasis en los seis casos, tanto en la definición como en la implementación de las estrategias, se pone en me-

Tabla 10-12. Mecanismos de coordinación de las funciones de dirección, 2004

Tipo de mecanismo de coordinación	Instrumento de coordinación		
	BSA	CSdM	CSdT/FHSL
Comisiones permanentes	Consejo de dirección	Consejo de dirección Consejo de dirección asistencial	Comité de dirección Comité de coordinación asistencial Comité de gestión clínica
Directivo integrador	Director de planificación asistencial		
Puesto de enlace			

canismos basados en la programación (estructuras mecánicas), tal y como se describe en el apartado de coordinación asistencial, existen diferencias que contribuyen al hecho de que sus estructuras sean más o menos orgánicas: mayor utilización de dispositivos de enlace –directivos integradores y comités permanentes por ámbitos asistenciales– y sistemas de información verticales.

Sistemas de asignación de recursos internos e incentivos

En cuanto al sistema interno de asignación de recursos, se observa una primera diferencia entre las OSI con integración real en la propiedad que integran los recursos que reciben y elaboran un presupuesto global para toda la organización y las OSI con integración virtual con un presupuesto para cada una de las entidades que la componen. Entre las desventajas de tener un presupuesto por entidad, frente al presupuesto global, está la dificultad en la movilidad de recursos de acuerdo con los objetivos globales de la OSI, así como la dificultad de las diferentes unidades para percibir que están bajo un presupuesto común. La flexibilidad en la transferencia de recursos contribuye a mejorar la eficiencia global de la red siempre que existan incentivos para producir en el lugar más coste-efectivo, lo cual depende directamente del mecanismo de pago que se utilice en la compra de los servicios de la OSI. Las diferentes unidades de la red –hospitales, centros de atención primaria, etc.– deben darse cuenta de que son responsables de los costes que generan²⁰. En este sentido, entre las ventajas del presupuesto por entidad, está el hecho de repercutir a cada nivel asistencial los costes directos e indirectos que genera sobre el resto de niveles (derivaciones, pruebas complementarias, etc.), lo cual contribuye a corresponsabilizar cada servicio.

Instrumento de coordinación		
CSMS	SAGESSA	SSIBE
Comité de dirección	Consejo de dirección	Consejo de dirección
Comité de dirección asistencial		Comisión asistencial
Comité de coordinación asistencial		Comisión de unidad médica
	Subgerentes de planificación (atención primaria, atención especializada de agudos y atención sociosanitaria)	
Coordinador de ámbito		Director de unidad

Los problemas en el sistema de incentivos de los mecanismos de financiación de los servicios de salud en Cataluña para la coordinación asistencial y la eficiencia global del sistema se manifiestan en la escasa utilización de mecanismos internos para alinear los objetivos de las unidades con los globales e incentivar la coordinación, tratados con anterioridad. No obstante, se aprecian algunos elementos favorables en el sistema de asignación interna de algunas de las organizaciones, como la descentralización, en casi todas las organizaciones, de la gestión del presupuesto a cada unidad o ámbito, responsabilizándola de sus costes directos. En BSA, la asignación interna de recursos se formaliza mediante un contrato de gestión interno en que se especifican los objetivos, la actividad asistencial que se espera alcanzar, la asignación de recursos e incentivos. Este tipo de instrumentos permite comprometer al personal con el cumplimiento de los objetivos de la organización. Por último, debe tenerse en cuenta el establecimiento, en algunas organizaciones (SSIBE, CSMS y BSA), de incentivos a los profesionales (con la excepción de la atención especializada) y directivos ligados a los objetivos corporativos. Este mecanismo ayuda a alinear los objetivos globales de la OSI, con los de los profesionales.

Coordinación asistencial en las OSI analizadas

Organización asistencial

La coordinación a lo largo del continuo asistencial implica una división del trabajo con asignación de roles a los diferentes profesionales y niveles asistenciales, así como un modelo de colaboración que los relacione²¹. En las seis organizaciones analizadas, roles y tipo de colaboración están definidos por el modelo asistencial del Sistema

Nacional de Salud al cual pertenecen. En él, la atención primaria asume el rol de puerta de entrada (*gatekeeper*) y filtro del sistema, y mantiene la responsabilidad principal del paciente a lo largo del continuo asistencial²². El especialista representa la figura del consultor, configurándose entre ambos un modelo de colaboración del tipo *gestor-consulta*²³.

A pesar de que se parte del mismo modelo asistencial, se aprecian diferencias organizativas sustanciales entre las OSI analizadas que, a su vez, influyen en los roles y tareas de los diferentes profesionales y niveles asistenciales, y en el modelo de colaboración entre ellos.

La primera de estas diferencias es la incorporación de médicos especialistas en sus centros de atención primaria (BSA y CSdT/FHSL). El principal beneficio de este modelo es el mayor acceso de la población a la atención especializada²⁴; el riesgo, la falta de contribución a la mejora de la capacidad resolutive de la atención primaria²¹ y, por tanto, a la eficiencia del sistema²⁵. Para evitar este problema, la presencia del especialista debería acompañarse de un plan de formación para el médico de atención primaria y el ejercicio del rol consultor por parte del especialista, estrategia que no se ha utilizado en estas organizaciones. En el resto de las OSI que no han descentralizado las consultas externas a los centros de atención primaria, se usan algunas de las estrategias para mejorar la capacidad resolutive de la atención primaria –consultorías de casos y sesiones clínicas–²⁵.

La segunda diferencia se refiere al lugar en que recae la responsabilidad sobre el paciente a lo largo del continuo, en la atención primaria o en la atención especializada. En el análisis de la coordinación asistencial en procesos crónicos, como la demencia, se identifica una organización que ha asignado este rol al equipo de atención primaria (SSIBE) y otras en que lo desempeña la atención especializada (CSdM y BSA). Esta distinción también se aprecia en la implementación de las estrategias de gestión, por ejemplo, para la EPOC o en la atención domiciliaria, de forma que en algunas organizaciones el gestor del caso o el gestor de enfermedad está integrado en la atención primaria (SSIBE y SAGESSA) y en otras, en la atención especializada (CSdT/FHSL y BSA).

Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial

En el análisis global de los instrumentos de coordinación asistencial^e entre niveles, destaca la similitud en la tipología de los mecanismos utilizados por las seis organizaciones (tabla 10-13). En todos los casos, con mayor o menor extensión, se hace hincapié en los mecanismos basados en la normalización de los procesos de trabajo –*guías de práctica clínica, criterios de derivación y circuitos administrativos*– y en la normalización de las habilidades –*sistema experto*–. Los mecanismos basados en la retroalimentación –*adaptación mutua* (grupos de trabajo y puestos de enlace)– están

^e Los mecanismos de coordinación de otro tipo de actividades de dirección, organizativas, etc., que también influyen en los resultados de la coordinación de los cuidados, se han abordado en el apartado de estructura organizativa.

menos extendidos y generalmente se han desarrollado para coordinar la asistencia en la transición entre el nivel sociosanitario y el resto. Llama la atención la escasez de mecanismos de adaptación mutua entre la atención primaria y la atención especializada ya que se consideran los más eficaces para coordinar procesos asistenciales de tipo crónico con participación de profesionales de diferentes servicios y tareas interdependientes²⁶ o con un elevado nivel de incertidumbre, que requiere un volumen de información elevado¹⁵. Entre la atención primaria y la atención especializada de agudos, el teléfono y el correo electrónico son los instrumentos más utilizados por las organizaciones para la comunicación entre los profesionales. En cuanto a la coordinación de la información del paciente a lo largo del continuo, también se encuentran diferencias importantes, con diversos grados de integración, volumen de información compartida y capacidad de acceso desde los distintos niveles del sistema (tabla 10-14).

Dentro de esta tendencia general, se observan, no obstante, diferencias apreciables entre las organizaciones analizadas. En primer lugar, existen diferencias en la elaboración, utilización y estrategias de implementación de los diferentes mecanismos basados en la *estandarización de procesos y de habilidades*.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA, PLANES DE ALTA Y CIRCUITOS

A pesar de que la mayoría de las OSI declara disponer de numerosas guías de práctica clínica (GPC) y protocolos compartidos entre la atención primaria y la atención especializada, el análisis de su contenido revela que no siempre se las puede considerar así. Algunas de las guías no contemplan intervenciones en cada nivel de atención implicado, sino que incluyen exclusivamente las actividades que debe realizar la atención primaria y los criterios de derivación a la atención especializada. En estos casos, la norma de derivación es el mecanismo más utilizado de coordinación entre la primaria y la especializada.

En cuanto a la elaboración de este instrumento, se distingue entre las organizaciones que forman parte de una estrategia sistemática, con aplicación de una metodología determinada y las que las realizan de forma aislada y espontánea. La organización que ha desarrollado de manera más amplia y sistemática este tipo de instrumentos es el Grup SAGESSA. Impulsadas por el programa de atención interniveles (PAIS), esta OSI dispone de 28 GPC para los principales grupos de patología, que incluyen los factores de riesgo, las intervenciones (procedimientos diagnósticos y terapéuticos) más efectivas en cada nivel asistencial e información para el paciente y la familia. Para mejorar la sistematización en la elaboración de las guías, cuenta con una comisión permanente integrada por directivos y profesionales –el grupo de coordinación del PAIS– encargada de identificar las patologías más frecuentes en los diferentes niveles asistenciales, definir la metodología para la elaboración de las GPC, establecer los contenidos y proponer los cambios organizativos. El resto de organizaciones utiliza un grupo de trabajo multidisciplinario para la elaboración de la guía, que se crea para este fin concreto y después se disuelve.

El desarrollo aislado de la GPC lograría un escaso impacto en la práctica médica²⁷, por lo que, además de emplear un método sistemático en su elaboración, se considera necesario realizar una amplia divulgación entre los profesionales²⁸. En casi to-

Tabla 10-13. Mecanismos de coordinación asistencial desarrollados en las OSI, 2004

Base de la coordinación	Instrumento de coordinación		
	BSA	CSdM	CSdT/FHSLL ^a
Normalización de procesos de trabajo	4 Guías de práctica clínica	10 Guías de práctica clínica y protocolos	14 Guías de práctica clínica y protocolos
	Criterios de derivación (AP, AEA, ASS y PADES)	15 Circuitos y normas de derivación	
	Circuitos administrativos (flujos de AP al hospital)	3 Circuitos administrativos (diagnóstico rápido del cáncer de mama, colon y pulmón)	3 Circuitos administrativos (diagnóstico rápido del cáncer de mama, cuello uterino y pulmón)
		9 Planes de alta hospitalaria	Planes de alta sociosanitaria
Normalización de habilidades	Sistema experto Sesiones compartidas entre hospital y atención primaria	Sistema experto Consulta de casos clínicos Sesiones clínicas	Sistema experto Consulta de casos clínicos Sesiones clínicas
Adaptación mutua	Puesto de enlace UFISS de geriatría y cuidados paliativos PADES Gestor de caso de domicilio	Puesto de enlace 2 UFISS de geriatría y cuidados paliativos PADES	Puesto de enlace UFISS de geriatría y cuidados paliativos PADES
	Comisión permanente CIMS	Comisión permanente CIMS Comisión de protocolos de enfermería	Comisión permanente CIMS Comisión de coordinación AP-ASS Comisión de farmacia integral
	Grupos de trabajo Elaboración de las GPC Equipo de referencia para el deterioro cognitivo y las demencias	Grupo de trabajo Elaboración de las GPC	Grupo de trabajo Elaboración de las GPC

AEA, atención especializada de agudos; AP, atención primaria; ASS, atención sociosanitaria; CIMS, comisión de soporte; PAIS, programa de atención interniveles; UFISS, unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria.
^a2005.

Instrumento de coordinación		
CSMS	SAGESSA	SSIBE
14 Guías de práctica clínica y protocolos	32 Guías de práctica clínica	24 Guías de práctica clínica y protocolos Guía farmacológica conjunta
Circuitos administrativos (diagnóstico rápido de neoplasia digestiva)		Circuitos administrativos (diagnóstico rápido del cáncer de mama, pulmón, colon y próstata)
Planes de alta hospitalaria	Planes de alta hospitalaria	
Sistema experto Consulta de casos clínicos Sesiones clínicas Rotación de médicos de atención primaria por el hospital en formación continuada	Sistema experto Consulta de casos clínicos Sesiones clínicas	Sistema experto Consulta de casos clínicos Sesiones compartidas AP-AEA Rotación de médicos de atención primaria por el hospital en formación continuada
Puesto de enlace UFISS PADES Director de área	Puesto de enlace UFISS PADES	Puesto de enlace Director de unidad PADES Gestora de caso de domicilio Coordinador de urgencias
Comisión permanente Comisión de GPC 3 Unidades funcionales CIMS	Comisión permanente Grupo de coordinación del PAIS CIMS Comité de coordinación asistencial	Comisión permanente CIMS
Grupo de trabajo Elaboración de las GPC	Grupo de trabajo Elaboración de las GPC	Grupos de trabajo Elaboración de las GPC Consenso de criterios de derivación

interdisciplinaria mixta sociosanitaria; GPC, guía de práctica clínica; PADES, programa de atención a domicilio-equipos

Tabla 10-14. Sistema de información vertical en las OSI, 2004

OSI	Tipo de SI	Registro único
		Información compartida
BSA	Historia clínica compartida	Datos clínicos del paciente (anamnesis, alergias, etc.), recogidos en HCAP e HCAE, actividades realizadas y programadas en CCEE, hospitalización, centro sociosanitario, urgencias, atención primaria, etc., prescripción, pruebas solicitadas, informes de alta, resultados de imágenes diagnósticas y de laboratorio <i>Falta por informatizar menos del 5 % de la HCAE</i>
CSdM	Comparten alguna información	Pruebas complementarias, informe de alta hospitalaria, ingresos sociosanitarios, diagnósticos de atención primaria, medicación actual y alergias por correo electrónico en el ingreso hospitalario
CSdT/FHSL ^a	Comparten alguna información	Informe de alta hospitalaria, pruebas complementarias y aviso de hospitalización del paciente por correo electrónico
CSMS	Historia clínica compartida	Datos clínicos del paciente recogidos en HCAP e HCAE, actividades realizadas y programadas (CCEE, hospitalizaciones, urgencias, atención primaria, pruebas complementarias y actos quirúrgicos), informes de asistencia, resultados de laboratorio, anatomía patológica y prescripción <i>Falta por informatizar el curso clínico de CCEE y las imágenes</i>
SAGESSA	Navegador de documentos	Informes de alta (hospitalización y urgencia) Resultados de pruebas: anatomía patológica, radiología y analíticas
SSIBE	Historia clínica electrónica única (La Gavina)	Datos clínicos del paciente (anamnesis, alergias, antecedentes, etc.), actividades realizadas y programadas en CCEE, hospitalización, centro sociosanitario, urgencias, atención primaria, etc., con sus diagnósticos (CIE-9), medicación actual, pruebas solicitadas e informes de alta <i>Falta por informatizar curso clínico de CCEE, hospitalización e imágenes</i>

CAP, centro de atención primaria; CCEE, consultas externas; CIE-9, clasificación internacional de las enfermedades; HCAE, historia clínica de atención especializada; PAIS, programa de atención interniveles;
^a2005.

Acceso	SCOD	Análisis de resultados
Hospital, CSS y CAP	Recordatorio de actividades de prevención Alerta sobre actividades pendientes (medicación, registro de la tensión arterial, etc.) Protocolos de atención primaria informatizados	Informes <i>on line</i> a profesionales sobre actividad asistencial y farmacéutica
2 CAP y hospital	Recordatorio de actividades de prevención Alerta sobre actividades pendientes (medicación, registro de la tensión arterial, etc.) Prescripción médica informatizada Trayectorias clínicas y plan de curas informatizados Protocolos de atención primaria	
CAP	Recordatorio de actividades de prevención Alerta sobre actividades pendientes (medicación, registro de la tensión arterial, etc.) Protocolos de atención primaria informatizados	
Hospital, CSS y CAP	Recordatorio de actividades de prevención Alerta sobre actividades pendientes (medicación, registro de la tensión arterial, etc.) Protocolos de atención primaria informatizados Sistema andorrano de selección de pacientes para clasificar las urgencias	Informes con indicadores de funcionamiento (actividad, consumo de recursos e indicadores cualitativos) y vinculados con los objetivos del equipo asistencial
CAP	Recordatorio de actividades de prevención Alerta sobre actividades pendientes (medicación, registro de la tensión arterial, etc.) GPC (PAIS)	Informes a profesionales: indicadores de actividad, número de visita, consulta, alta, derivaciones, consumo de recursos y grado de control de patologías
Hospital, CSS, CAP y consultorios	Recordatorio de actividades de prevención Alerta sobre actividades pendientes (medicación, registro de la tensión arterial, etc.) Protocolos informatizados Ayudas a la selección de medicamentos	Informes a profesionales sobre indicadores de prescripción, índice de reiteración de visitas, etc. Seguimiento de objetivos

CSS, centro sociosanitario; GPC, guía de práctica clínica; HCAP, historia clínica de atención primaria; SCOD, sistemas computarizados de orientación a las decisiones clínicas; SI, sistema de información.

dos los casos estudiados, las GPC se divulgan mediante su presentación a los profesionales en sesiones clínicas y haciéndolas accesibles en la *intranet* de la organización. Pocos casos evalúan las GPC con indicadores válidos para su monitorización (SAGESSA y CSMS) y en ninguna organización se traducen en protocolos o mapas de atención para el continuo asistencial, o se integran en un sistema de mejora de la calidad global, elementos que se consideran necesarios para lograr que los profesionales apliquen las guías en su práctica diaria²⁸.

Los planes de alta hospitalarios, desarrollados en algunas de estas organizaciones son la excepción a la escasa utilización de mapas de atención multidisciplinarios. El CSMS y el CSdM cuentan con planes de alta hospitalaria que contienen los cuidados de enfermería fundamentalmente y el CSdT/FHSL cuenta con planes de alta sociosanitaria. También, existen en el Grup SAGESSA, pero aún están poco formalizados y dependen de la iniciativa de enfermería. La principal debilidad de estos planes reside en el hecho de que no participan todos los servicios y profesionales involucrados, sino que, generalmente, se preparan desde enfermería del hospital. Para que este instrumento sea eficaz en la coordinación del paciente en la transición de un nivel a otro, además de ser participativo, debería producirse la comunicación del alta a los profesionales involucrados en el plan y la transmisión de la información necesaria para el cuidado, lo que no ocurre en todas las organizaciones en que se ha desarrollado.

Uno de los mecanismos que aporta una mejor coordinación en la gestión de la atención para el paciente es la integración del sistema de petición de citas. Todas las organizaciones analizadas tienen un sistema de petición de citas con los otros niveles de la organización (de la atención primaria a la atención especializada). En el caso del CSMS, ello ocurre también desde la atención primaria del Institut Català de la Salut. En SSIBE, este mecanismo se ha desarrollado aún más, con la instalación de un *call-center* (centro de llamadas) unificado para todos los niveles, con un único número de teléfono, que atiende las peticiones de visitas para todos los niveles asistenciales y pruebas complementarias, de modificación de las citas y ofrece todo tipo de información.

Finalmente, las organizaciones con servicios oncológicos han puesto en marcha circuitos de diagnóstico y tratamiento rápido para algunos tipos de cáncer, que pretenden agilizar la derivación de pacientes diagnosticados desde la atención primaria hacia la atención especializada, al establecer tiempos máximos para el tratamiento. En algunos casos, se refuerza este circuito con un puesto de enlace entre la atención primaria y el comité oncológico, como el equipo de diagnóstico para la imagen del CSdM y una GPC oncológica compartida, especificando los criterios de derivación. Para garantizar la coordinación intrahospitalaria, suele nombrarse un gestor de caso; en CSMS se trata del internista (neoplasia digestiva), apoyado por el resto de especialistas, o en el caso del CSdM, del cirujano (cáncer de mama).

SISTEMA EXPERTO

El sistema experto está formado por aquellas estrategias que contribuyen a incrementar el conocimiento de los médicos de atención primaria y, por tanto, ayudan a mejorar su capacidad resolutoria y la coordinación con la atención especializada. Las

seis organizaciones utilizan algunos de estos mecanismos y, especialmente, las sesiones clínicas compartidas, que se utilizan para realizar formación continuada, presentar guías, criterios de derivación, etc. En los casos en que el especialista no visita en los centros de atención primaria, la utilización de este tipo de mecanismos, alternativos a la derivación convencional, es más extendida. En estos casos –CSdM, SSIBE, SAGESSA y CSMS– se designa un grupo de especialistas de referencia que realiza de forma periódica sesiones clínicas compartidas, consulta de casos, etc. Las consultas de casos se realizan en el centro, por correo electrónico o por teléfono. Algunas organizaciones contemplan, en la formación continuada de los médicos de atención primaria, la rotación por diferentes servicios hospitalarios, con el fin de mejorar la capacidad resolutive de la atención primaria y el conocimiento mutuo. En el caso de SSIBE, esta rotación se acompaña de un temario que trabajan conjuntamente.

La efectividad de esta estrategia, la consulta de casos, dependerá de si se realiza de forma sistemática, por ejemplo, incorporándola en el programa de formación continuada o asegurando un tiempo máximo de respuesta por parte del especialista (SSIBE y CSdM), o de forma esporádica a petición de los médicos de atención primaria. En la mayoría de estas organizaciones estas estrategias no se integran dentro de un programa de formación continua, fundamental para incidir en la práctica clínica²⁸.

Otra diferencia fundamental entre las organizaciones analizadas se refiere a los *niveles de coordinación de la información* sobre el paciente a lo largo del continuo, principalmente, porque el grado de implementación y el acceso a los mecanismos para transferir la información son muy distintos.

En las organizaciones analizadas, se identifican tres tipos de transferencia de información entre niveles con implicaciones diferentes en el volumen de información compartida y el nivel de acceso a ésta: 1) la *historia clínica electrónica única* en que se incluye toda la información sobre el paciente y sobre la cual todos los profesionales trabajan; SSIBE es la entidad que ha avanzado más en el desarrollo de este modelo; 2) la *historia clínica compartida*, con un sistema que permite acceder a la historia clínica electrónica desde los otros niveles asistenciales. En este caso, también existe una única base de datos que almacena todos los datos de los pacientes atendidos por la organización, pero se recogen en historias clínicas separadas para cada nivel asistencial. Éste es el modelo desarrollado por BSA y el CSMS, y 3) el *navegador de documentos* (buscador *web*) con que cualquier profesional tiene acceso a determinados informes clínicos sobre el paciente, estandarizados y ordenados cronológicamente. Éste es el modelo desarrollado por SAGESSA (tabla 10-14).

Las organizaciones que han evolucionado más desde el punto de vista de disponibilidad y acceso a información compartida son: BSA, a la cual en el momento del análisis sólo le faltaba informatizar el 5 % de la historia clínica especializada; SSIBE y CSMS, en las cuales algunos servicios hospitalarios aún trabajaban con la historia clínica en papel y les faltaba digitalizar las imágenes. No obstante, el acceso a la información compartida es menos directo en el modelo de historia clínica compartida que en el de historia clínica única, con la ventaja de ofrecer un resumen con los datos clínicos más relevantes del paciente.

El resto de las organizaciones se encuentran en fase inicial de la integración de sus sistemas de información: carecen de un sistema de registro clínico integrado para el continuo de servicios y el acceso a la escasa información que se comparte (informes de alta hospitalaria y pruebas complementarias) es complejo y desigual (sólo puede accederse desde algunos servicios hospitalarios o desde la atención primaria).

Este análisis se refiere a la coordinación de la información exclusivamente en relación con elementos estructurales de la disponibilidad de datos sobre aspectos biomédicos y contexto del paciente –accesibilidad e información compartida–. Para completar el análisis, tendría que determinarse además el grado de utilización de esta información, es decir, la forma en que se relacionan sucesos y circunstancias previas a las necesidades de atención actuales del paciente²⁹.

Los otros dos componentes del sistema de información clínica que requiere una OSI son las herramientas de soporte a la decisión clínica y los sistemas de análisis de información de apoyo a la práctica médica. La mayoría de las organizaciones analizadas presenta debilidades importantes en relación con estos elementos: 1) las herramientas informáticas de soporte a las decisiones clínicas (SCOD) generalmente se desarrollan sólo dentro de un nivel asistencial y suelen ser recordatorios de actividades preventivas y sistema de alerta de actividades pendientes en la atención primaria. La única organización que ha informatizado sus guías de práctica clínica compartidas es SAGESSA. No obstante, se trata de herramientas estáticas, que no utilizan los datos del paciente para generar consejos específicos, por lo que sus potenciales beneficios para mejorar la adherencia de los clínicos a los protocolos están limitados³⁰ y 2) existe un escaso desarrollo de sistemas de análisis de la información de resultados que den soporte a la práctica médica²⁸ ya que los que se han implementado esencialmente contienen información segmentada por nivel asistencial sobre actividades intermedias (altas, visitas, pruebas complementarias, etc.) poco útiles para mejorar la gestión del paciente a lo largo del continuo.

Diversos autores recomiendan la utilización de estrategias de gestión compartida, que combinan diferentes mecanismos de coordinación, en el abordaje de problemas de salud crónicos^{13,21,31,32}. Las estrategias más extendidas son la gestión de casos y los programas de gestión de enfermedades. Aunque el nivel de implementación de este tipo de estrategias es, en general, bajo en las organizaciones analizadas, se observa una tendencia creciente en su utilización. De índole y denominaciones diferentes –unidad funcional, modelo de atención integral, programa de enfermedad, etc.–, se agrupan en esta categoría aquellas estrategias que presentan dos elementos comunes: la gestión compartida del paciente por parte de servicios de diferentes niveles asistenciales y la combinación amplia de instrumentos de coordinación. Se encuentran dos tipos de estrategias de gestión compartida en las organizaciones analizadas: las referidas a un *ámbito asistencial*, como el domiciliario o el de urgencias, o las referidas a una *enfermedad*, como la EPOC, el ictus, etc.

ESTRATEGIAS DE GESTIÓN COMPARTIDA POR ÁMBITO ASISTENCIAL: ATENCIÓN DOMICILIARIA

La organización de la *atención domiciliaria* se caracteriza en nuestro entorno por un alto nivel de fragmentación³³. En un mismo territorio, coexisten diversos recursos do-

miciliarios –atención domiciliaria de atención primaria (ATDOM), equipos de soporte (PADES), unidades de hospitalización a domicilio, trabajadores sociales de atención primaria, servicios sociales municipales, etc.– con riesgo de duplicación de los servicios. Un ejemplo es el hecho de que la responsabilidad sobre los pacientes ancianos, incapacitados y terminales sea transferida del equipo de atención primaria a los equipos de soporte, que “sustituyen” las funciones de la atención primaria y se convierten en una red asistencial paralela, en lugar de complementarla con el soporte a los pacientes más complejos³³.

La mayoría de los casos analizados emplea alguno de los mecanismos recomendados por la literatura para coordinar la atención domiciliaria³³: planificación del alta hospitalaria y sociosanitaria; comisión permanente para la coordinación de los diferentes dispositivos, unificación de criterios y protocolos conjuntos, o unificación de la dirección de los servicios de atención domiciliaria en la figura del directivo integrador (tabla 10-15). No obstante, SSIBE y BSA han evolucionado más en la integración de los servicios de atención domiciliaria del territorio.

Ambas han implementado estrategias para la gestión compartida de la atención domiciliaria con elementos comunes: la integración de los diferentes dispositivos domiciliarios, el propósito de organizar un programa de ámbito *territorial*, la gestión de caso como estrategia para asegurar la coordinación entre los diferentes dispositivos asistenciales, la coordinación de la información del paciente entre los diferentes servicios de atención domiciliaria y la intención de contemplar los servicios sociales dentro de la estrategia de coordinación.

Tabla 10-15. Mecanismos de coordinación y estrategias de gestión compartida para la atención domiciliaria, 2005

OSI	Mecanismos de coordinación/estrategias de gestión compartida de atención domiciliaria
BSA	Estrategia de gestión compartida de atención domiciliaria Gestor de caso Historia clínica electrónica compartida Planificación individualizada del caso
CSdT/FHSL	Comisión de coordinación de atención primaria y atención sociosanitaria
CSMS	Comité de ámbito de atención domiciliaria Coordinador del ámbito de atención domiciliaria
SSIBE	Estrategia de gestión compartida de atención domiciliaria Gestor de caso: enfermera del EAP Sistema experto: grupo de especialistas de geriatría y cuidados paliativos de referencia Historia clínica única

EAP, equipo de atención primaria.

A pesar de los elementos comunes, también resultan notables las diferencias entre ambas: 1) mientras que SSIBE integra la atención domiciliaria en la atención primaria, BSA mantiene los diferentes dispositivos de atención domiciliaria y crea un nuevo servicio no integrado en la atención primaria, el SAID, responsable de coordinar la atención domiciliaria. En SSIBE, los equipos de atención primaria son los responsables de la provisión de la atención y, para asegurar la coordinación de la atención del paciente, cada equipo cuenta con una enfermera que actúa como gestora de caso y un grupo de médicos de referencia que actúan como consultores en geriatría y cuidados paliativos para los médicos de cabecera; 2) la enfermera en SSIBE desempeña el rol de gestor del caso mientras que en BSA lo realiza un equipo integrado por una enfermera y una trabajadora social; 3) en ambos casos, el gestor se encarga de identificar los casos, actuar como enlace con los otros niveles asistenciales y con los servicios sociales municipales y comarcales, y coordinar la atención en el domicilio con el profesional correspondiente. Pero BSA, además, realiza la planificación individual del caso con el recurso más apropiado y el seguimiento de cada caso, dos elementos fundamentales para la efectividad de la gestión del paciente, y 4) la coordinación de los servicios de atención domiciliaria es un poco más amplia en BSA porque también contempla la hospitalización a domicilio para procesos agudos (telealarma, ayuda técnica y préstamos de aparatos) y servicios de atención a la dependencia, como servicios de ayuda a domicilio, servicios hoteleros (lavandería y cocina), etc.

ESTRATEGIAS DE GESTIÓN COMPARTIDA PARA UN PROCESO ASISTENCIAL: EPOC E ICTUS

Las *estrategias para la gestión de la EPOC* de SSIBE y CSdT/FHSLL presentan elementos comunes que caracterizan a los programas de gestión de enfermedades (PGE)³¹: 1) la identificación de la población de riesgo por la atención primaria y la estratificación en niveles de riesgo, utilizando un protocolo único, elaborado conjuntamente y con actividades para todo el continuo; 2) el registro único para compartir información sobre los pacientes de EPOC. CSdT/FHSLL dispone de un registro específico para esta enfermedad porque el nivel de información compartida en la entidad es bajo, y 3) la estandarización del proceso con una GPC conjunta para la EPOC. La diferencia entre los dos programas se encuentra en el rol de los diferentes niveles asistenciales que determinará el modelo organizativo y de colaboración. SSIBE plantea la integración del programa en la atención primaria de forma que los médicos de cabecera sean los gestores de la enfermedad (EPOC I, II y III), y el neumólogo actúe como consultor. Para ello, se ha reforzado la capacidad resolutoria de la atención primaria (acceso a pruebas, consulta de casos y formación continuada) y se establece un número máximo de visitas de atención especializada en las cuales se resuelva la derivación. En cambio, El CSdT/FHSLL plantea un PGE para la EPOC integrado en la atención especializada. Para ello, crea una unidad de EPOC, compuesta por un neumólogo y un fisioterapeuta, que actúa como gestora de la enfermedad a la cual pueden acceder directamente los pacientes con riesgo más elevado (II, III y IV). Esta unidad actúa de coordinadora del proceso de estos pacientes con el resto de servicios.

El *programa de gestión del ictus*, implantado por CSMS, posee los elementos de un programa de gestión de casos basado en un grupo de trabajo³²: 1) la figura de gestor de casos que ejerce el papel de coordinador de la atención del paciente a lo largo del continuo asistencial. En este caso, se trata de la unidad de ictus compuesta por médicos (internistas, neurólogo, geriatra, rehabilitador y médicos de familia), enfermeras, auxiliares de clínica, fisioterapeutas y trabajadores sociales. El grupo de trabajo es de tipo interdisciplinario porque se reúnen semanalmente para coordinar el tratamiento de los pacientes y asignan a un miembro como responsable; 2) la planificación individual de la atención del paciente con la incorporación de las múltiples disciplinas de salud y sociales; 3) la comunicación con el resto de profesionales (médicos de atención primaria en el momento de la hospitalización y con los profesionales hospitalarios). Para ello, se han estandarizado los circuitos administrativos, y 4) la evaluación periódica de las necesidades del paciente.

El resto de organizaciones utilizan algún mecanismo de coordinación para la gestión del ictus, como la GPC o el puesto de enlace en la transición hospitalaria con el resto de niveles. No obstante, las estrategias más apropiadas para la gestión de la atención de este tipo de pacientes serían los programas de gestión de casos basados en el trabajo de grupo, con la planificación individualizada de la atención³².

BIBLIOGRAFÍA

1. Comitè científic per a la reforma de la salut pública a Catalunya. La reforma de la salut pública a Catalunya; 2005.
2. Byrne M. Incentives for Vertical Integration in Health Care: The Effect of Reimbursement Systems. *J Health Manage* 1999; 44 (1): 34-44.
3. Conrad DA, Dowling WL. Vertical Integration in Health Services: Theory and Managerial Implications. *Health Care Manage Rev* 1990; 15 (4): 9-22.
4. Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat de 2001. Barcelona: SCS, 2002.
5. Aday LA, Andersen RM. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974; 9 (3): 208-220.
6. Ortún V, López-Casasnovas G, Puig-Junoy J, Sabés R. El sistema de finançament capítatiu: possibilitats i limitacions. *Fulls Econòmics* 2001; 35: 8-16.
7. Ortún V. La articulación entre niveles asistenciales. Del Llano, Ortún V, Martín Moreno JM, Millán J, Gené J, eds. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1998; 349-357.
8. Pané O, Farré J, Parellada N, Estevan N. ¿Los hospitales comarcales aumentan su actividad para neutralizar el efecto contenedor de la reforma? *Cuadernos de gestión* 1995; 1 (2): 104-109.
9. DOGC. Ordre SSS/1722/2002, de 17 de maig, per la qual s'estableix una prova pilot per a la implantació d'un sistema de compra de serveis en base poblacional; 3.645. 29-5-2002.
10. López-Casasnovas G. La participación de los profesionales en el control del gasto sanitario. En: López-Casasnovas G, García A, Pellisé L, eds. *El control del gasto sanitario*. Barcelona: Springer Ibérica, 2001; 3-40.
11. Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. *Cuadernos de gestión* 2002; 8 (4): 167-179.
12. Alexander JA, Zuckerman HS, Pointer DD. The challenges of governing integrated health care systems. *Health Care Manage Rev* 1995; 20 (4): 69-81.
13. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan KL, Mitchell J.B. *Remaking health care in America*, 1ª ed. San Francisco: The Jossey-Bass health care series, 1996.

14. De Val Pardo I. Sistemas de salud: diagnóstico y planificación. Madrid: Díaz de Santos, 2001.
15. Galbraith J. Designing complex organization. Reading (Massachusetts): Addison-Wesley, 1973.
16. Mintzberg H. La estructura de las organizaciones. Barcelona: Ariel, 1990.
17. Casanueva C, García J. Gestión de empresas. Madrid: Pirámide, 1999.
18. Charns MP. Organization design of integrated delivery systems. *Hosp Health Serv Adm* 1997; 42 (3): 411-432.
19. Young G, Charns MP, Daley J, Forbes MG, Handerson W, Khuri SF. Patterns of coordination and clinical outcomes: a study of surgical services. *Health Serv Res* 1998; 33: 1.211-1.236.
20. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff (Millwood)* 1994; Winter: 46-64.
21. Wagner EH, Austin BT, Vonkorff M. Improving Outcomes in chronic Illness. *Manage Care Quart* 1996; 4 (2): 12-25.
22. Morell JJ. Coordinación atención primaria y especializada, visión desde la pediatría de atención primaria. Ponencia inaugural del IV Curso de Pediatría en atención primaria. Madrid, 2003.
23. Lorenz AD, Mannsch LB, Gawinski BA. Models of collaboration. *Health Care Manage Rev* 1999; 26 (2): 401-410.
24. Resum de l'informe sobre la RAE a la Regió Sanitària de Barcelona Ciutat, 2005.
25. Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)* 2005; 106 (3): 97-102.
26. Lawrence PR, Lorsch J.W. Organization and environment. Boston: Harvard Business School Press, 1986.
27. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, et al. Changing provider behavior. *Med Care* 2001; 39 (8; Supl. 2): 2-45.
28. Grol R. Improving the quality of medical care. *JAMA* 2004; 286 (20): 2.578-2.585.
29. Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multi-disciplinary review. *BMJ* 2002; 327 (7.425): 1.219-1.221.
30. Johnston ME, Langton KB, Haynes RB, Mathieu A. Effects of computer-based clinical decision support systems on clinician performance and patient outcome. A critical appraisal of research. *Ann Intern Med* 1994; 120 (2): 135-142.
31. Peiró S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: Ortún V, ed. Gestión clínica y sanitaria. Barcelona: Masson, 2003; 17-89.
32. Chen A, Brown R, Aliotta S, Fox P. Best practices in coordinated care. Princeton (New Jersey): Mathematica Policy Research, 2000.
33. Contel JC. La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. *Aten Primaria* 2002; 29 (8): 502-506.

Capítulo 11

Ingrid Vargas Lorenzo
María Luisa Vázquez Navarrete
Jordi Coderch de Lassaletta
Lluís Colomé Figuera
Josep Ramon Llopart López
Pere Vallribera Rodríguez
Jordi Valls Soler
Albert Verdaguer Munujos

Algunas conclusiones y retos de futuro para las OSI en Cataluña

Conclusiones y reflexiones

Las OSI estudiadas muestran semejanzas en sus características y tipología. La mayor diferencia al respecto radica en las formas de *relación interorganizativa* que configuran dos tipos de OSI, con integración real y con integración virtual. A pesar de las similitudes, se aprecian diferencias notables en el grado de desarrollo de algunos elementos organizativos que influyen en la coordinación asistencial y la eficiencia, y que no pueden relacionarse con la forma jurídica, la edad de la organización o el mecanismo de pago de los servicios.

La *integración en torno al hospital* (integración vertical *hacia atrás*) ha sido objeto de gran controversia ya que, según algunos autores¹², conduce a que este nivel asistencial ejerza el liderazgo en la organización. Los defensores señalan, entre las fortalezas de este tipo de integración, su experiencia financiera y organizacional mientras que las críticas se centran en el excesivo “hospitalcentrismo” de las decisiones dentro de la red que retrasa la innovación y la reasignación de recursos entre niveles asistenciales, especialmente en un entorno cuyos sistemas de asignación no la incentivan³. Según esta perspectiva⁴, cuando las redes derivan de una organización hospitalaria, suele ser difícil romper con la cultura centrada en el hospital y adaptarse a un esquema primarista. Las OSI analizadas surgen a partir de un hospital, pero comparten un modelo asistencial –el del Sistema Nacional de Salud, en el cual se insertan–, basado en la atención primaria como puerta de entrada del sistema e incluyen en su discurso la necesidad de fortalecer la atención primaria. No obstante, se aprecian diferencias en la tipología y características organizativas que podrían conducir el liderazgo de la red hacia la atención primaria o la hospitalaria:

1. *OSI virtuales frente a OSI reales*. En el caso de las OSI virtuales, la atención primaria posee autonomía jurídica (consorcio o S.A.), lo que podría otorgarle mayor capacidad de decisión (recursos económicos, personal, etc).

2. *Estructuras divisionales frente a integración de la dirección asistencial.* En el primer caso, las direcciones asistenciales de los diferentes niveles asistenciales se encuentran en un mismo nivel jerárquico, con un equilibrio entre ellas. En el segundo caso, se integra la dirección asistencial. En las estructuras integradas en que el responsable de atención primaria pasa a depender jerárquicamente del antiguo director médico del hospital se podría potenciar el liderazgo hospitalario. En cambio, en las integraciones en que el director asistencial está por encima del director médico hospitalario y de atención primaria, y en las cuales este director asistencial procede del ámbito de atención primaria o posee una visión integral de la atención, este efecto podría estar contrarrestado.
3. *Énfasis en la atención primaria frente a la atención especializada en la organización del proceso asistencial.* Aunque el modelo asistencial es el mismo para las seis organizaciones, se aprecian diferencias en el liderazgo de los distintos niveles asistenciales en la gestión del paciente a lo largo del continuo. Algunas OSI asignan el papel de gestor del continuo para determinados procesos crónicos o ámbitos asistenciales –atención domiciliaria, atención de urgencias, etc.– al equipo de atención primaria y otras al especialista.

Entre los *elementos externos* y los *determinantes de la constitución* de las OSI en Cataluña destaca la importancia de los factores económicos, que parece que han sido el motor de la integración hospitalaria con los otros dos niveles asistenciales –la atención primaria y la atención sociosanitaria–. Asimismo, también influyó el liderazgo ejercido por algunos directivos. Además, no se ha identificado ninguna política definida del Departament de Sanitat i Seguretat Social y del CatSalut para la configuración de este tipo de organizaciones dentro del sistema sanitario. La ausencia de una política pública concreta para las organizaciones sanitarias integradas se refleja en una escasa planificación de este tipo de organizaciones. Ésta, probablemente, sea la causa de que las poblaciones de referencia no hayan sido definidas y, en muchos casos, sean diferentes para los distintos niveles asistenciales, limitando de esta manera la capacidad potencial de mejorar la coordinación asistencial de la organización. Además, los problemas de coordinación encontrados por una escasa colaboración con la atención primaria de otros proveedores (ausencia de objetivos asistenciales comunes, incentivos apropiados, mecanismos de coordinación y sistemas de información integrada) podrían generar inequidades en el acceso a la atención en la medida en que se aprecia una coordinación desigual dentro de la red y con los otros proveedores del territorio que conforman el Sistema Nacional de Salud. A su vez, la política de compra con sus mecanismos de asignación por línea de servicio, excepto para las organizaciones que participan en la prueba piloto de compra en base poblacional, resulta poco adecuada para la consolidación de este tipo de organizaciones.

Se aprecia un discurso en las *estrategias y objetivos* muy similar en las organizaciones analizadas. Todas menos una recogen en sus documentos estratégicos los elementos que definen una *organización sanitaria integrada*, hacen hincapié en la coordinación y eficiencia como objetivos que deben conseguirse y proponen estrategias similares para alcanzarlos (diseños organizativos por ámbitos, sistemas de in-

formación integrados, estandarización de procesos y alianzas con proveedores del territorio). Este elemento, que constituye una de las principales fortalezas de las OSI analizadas, pierde su efecto en la medida en que falta su traducción a objetivos específicos e incentivos para las unidades que componen la red (hospital, centro de atención primaria, etc.). No obstante, el nivel de implementación de estas estrategias es diferente según la organización y se aprecia un desarrollo desigual de las formas organizativas, incentivos y asignación interna e instrumentos de coordinación de las organizaciones. El bajo nivel en la implementación de las estrategias y la escasa utilización de mecanismos internos para alinear los objetivos de las distintas unidades con los globales de la OSI podría explicarse, en parte, por la falta de alineación entre el sistema de compra por líneas de servicios con los objetivos de la organización de gestión del continuo asistencial.

Si se tiene en cuenta que son organizaciones que actúan dentro de un sistema nacional de salud que garantiza un continuo asistencial para la población, debe plantearse qué aportaría este tipo de organizaciones desde el punto de vista de la *coordinación asistencial*.

1. En primer lugar, se produciría la integración de las funciones de dirección y apoyo para los diferentes niveles asistenciales, con una tendencia hacia la agrupación transversal de la dirección asistencial por ámbitos relacionados. Según la bibliografía, esta característica facilitaría la integración asistencial por proporcionar objetivos globales, políticas y estrategias conjuntas. No obstante, sería necesario analizar si realmente estos elementos favorecen una cultura organizativa basada en la colaboración entre niveles y si hay una mejora efectiva y percibida de la coordinación asistencial.
2. En segundo lugar, se provocaría la utilización de diversos mecanismos de coordinación con la atención primaria propia (guías de práctica clínica, sistemas de información, etc.).

Estas organizaciones se encuentran en expansión, con relación a la integración de nuevos dispositivos y cambio organizativo continuo. Debería plantearse la pregunta sobre hacia dónde se dirigen estas organizaciones y qué tendencias se aprecian. Éstas podrían ser las respuestas:

1. La extensión de la amplitud de la integración con servicios de atención a la dependencia e incorporación incipiente de servicios de salud pública. El crecimiento de este tipo de servicios dependerá del modelo de salud pública y de atención a la dependencia que defina el Departament de Salut.
2. La integración de los diferentes servicios comprendidos en las organizaciones bajo una misma fórmula jurídica –consorcio de gestión o empresa pública–.
3. La evolución de los diseños organizativos desde las estructuras divisionales hacia las integraciones de las direcciones asistenciales por ámbito asistencial.
4. Finalmente, la implementación de algunas estrategias para la gestión del paciente con enfermedades crónicas que combinan diferentes instrumentos de coordinación asistencial (PGE y PGC).

Áreas de desarrollo futuro

Del análisis de las barreras y facilitadores de la integración asistencial, se identifican las siguientes *áreas de desarrollo futuro*:

1. La falta de integración en la compra de servicios de salud en Cataluña⁵ y los escasos incentivos que generan los mecanismos de pago a la coordinación y la eficiencia global⁵ se manifiestan notoriamente cuando el proveedor es una organización sanitaria integrada. Los incentivos del sistema de compra actual a las OSI no están alineados con sus objetivos de coordinación y eficiencia global. En lugar de incentivar el aumento de la capacidad resolutive de la atención primaria y la atención del problema de salud en el lugar más coste-efectivo, se incentiva mayor actividad hospitalaria para maximizar los ingresos de las OSI². Se necesitaría evolucionar hacia un modelo de financiación que promueva la integración asistencial. La financiación per cápita como mecanismo de asignación de los recursos a este tipo de organizaciones podría ser un paso para superar las barreras del sistema de pago actual, pero para ello tendrían que modificarse aspectos esenciales en el diseño del modelo de compra propuesto³⁻⁶.
2. La mayoría de las OSI proporciona el continuo de servicios a un porcentaje relativamente pequeño de la población que reside en la zona de referencia del hospital de agudos y, en algunos casos, aun menor si se consideran los hospitales sociosanitarios. En este contexto, una limitada colaboración entre las OSI y el proveedor de atención primaria es una barrera importante para la coordinación asistencial en el territorio. Un área de desarrollo futuro sería la implantación de fórmulas de cooperación entre los proveedores del territorio que permitan fijar objetivos y estrategias comunes, integrar funciones entre las organizaciones para mejorar la coordinación, reasignar los recursos internamente para proporcionar la atención a lo largo del continuo de la forma más eficiente e implementar mecanismos de coordinación –sistemas de información integrados, guías de práctica clínica compartidas, etc.–.
3. Otro de los elementos que influye en la integración de las OSI es el rol de sus órganos de gobierno. El desempeño de su función requeriría la presencia de miembros con una dedicación elevada y una preparación específica. No obstante, suelen tener dedicación parcial y carecer de preparación específica. Así pues, debería plantearse si mayor implicación de los gobiernos en las decisiones estratégicas de las organizaciones es deseable y, en caso afirmativo, desarrollar mecanismos para mejorar su desempeño estratégico: información y formación de los miembros y evaluación apropiada del desempeño de la organización. Igualmente, para fortalecer la responsabilidad con la población que atiende, sería necesario mejorar el conocimiento de las necesidades de la población, con la incorporación de la perspectiva de todos los municipios del área de referencia de la OSI y estimular la coordinación con otras entidades proveedoras del territorio a través de sus gobiernos.
4. Una estructura organizativa con agrupación de las tareas por servicios y niveles asistenciales puede contribuir a compartimentar la atención y dificulta la coordi-

nación a lo largo del proceso asistencial. Este aspecto se agrava si además la utilización de instrumentos de coordinación entre niveles asistenciales resulta escasa. Las OSI deberían evolucionar más allá de la integración funcional alcanzada e implementar mayor cantidad de dispositivos de enlace entre los distintos niveles asistenciales: directivos integradores por ámbito asistencial, estructuras matriciales, profesionales que actúen como puestos de enlace entre niveles, grupos de trabajo donde participen profesionales de distintos ámbitos que intervengan en la atención de un mismo proceso, etc.

5. En cuanto al tipo de mecanismo de coordinación de la atención, todas las OSI utilizan fundamentalmente mecanismos basados en la estandarización de los procesos. Este tipo de mecanismos contribuye a mejorar la coordinación asistencial ya que se definen los dispositivos de atención en que la actividad es más eficiente, se concretan los criterios de derivación entre los diferentes niveles de atención y se fijan objetivos asistenciales comunes⁷. En cambio, no responden bien a cambios inesperados en las condiciones del paciente o con variabilidad en la respuesta ante las intervenciones médicas⁸. En situaciones de elevada complejidad o incertidumbre como, por ejemplo, pacientes con comorbilidades, estos instrumentos pueden llegar a comprometer la calidad de la atención, al limitar la flexibilidad de los proveedores para adaptarse a las necesidades inesperadas del paciente⁹. Precisamente, éstos son el tipo de problemas de salud que emergen con el envejecimiento de la población y el incremento de enfermedades crónicas. Los mecanismos de coordinación que responden mejor en estos casos se basan en la adaptación mutua: grupos de trabajo interdisciplinarios, puestos de enlace entre niveles asistenciales, etc. Por tanto, uno de los retos para mejorar la coordinación asistencial sería la introducción o mayor desarrollo de mecanismos de adaptación mutua entre los diferentes profesionales y servicios a lo largo del continuo asistencial.
6. Para mejorar la coordinación no basta con la utilización de un solo instrumento, sino que hay que utilizar una combinación de instrumentos de diversos tipos que aborden los distintos elementos de la coordinación de la información y gestión del paciente. Algunos aspectos esenciales¹⁰⁻¹³ que deberían fortalecerse en las estrategias de coordinación asistencial son: 1) la traducción de las guías existentes a protocolos y mapas de atención explícitamente *orientados al continuo asistencial*, que recojan la atención que se debe prestar al paciente y sus responsables; además, deberían incluirse recordatorios computarizados o en papel. Las guías deberían ser ampliamente divulgadas y su implementación monitorizada; 2) el rediseño de la práctica médica, fomentando la práctica en equipos asistenciales *–grupos de trabajo–* con objetivos asistenciales comunes, distribución de tareas, incluido el seguimiento del paciente a lo largo del continuo, y participación de otros profesionales de salud; 3) fomentar la *mejora de la capacidad de la resolución de la atención primaria* –especialistas que trabajen en los CAP como expertos locales, con visitas conjuntas, consultoría de casos clínicos y sesiones clínicas–. Estas estrategias deberían estar incluidas en un programa sistemático de formación continuada, 4) *sistemas de información* con un registro clínico único de pacientes, con datos de la atención y sus resultados; junto con sistemas com-

putarizados que orienten la decisión clínica y sistemas de análisis de la información de los resultados que permitan una monitorización regular de la práctica médica.

7. Finalmente, sería necesario realizar evaluaciones que permitieran comparar los niveles de eficiencia y resultados en salud alcanzados por las organizaciones sanitarias integradas y otros proveedores del sistema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortún V. Los contornos de las organizaciones sanitarias. En: Costes y calidad en la contratación de servicios de salud. Actas. Murcia: Asociación de Economía de la Salud, 1997.
2. Pané O, Farré J, Parellada N, Estevan N. ¿Los hospitales comarcales aumentan su actividad para neutralizar el efecto contenedor de la reforma? Cuadernos de gestión 1995; 1 (2): 104-109.
3. Mayolas E, Vargas I. La sanitat a Catalunya: situació actual i perspectives de futur. Memòria Econòmica de Catalunya: any 2002. Barcelona: Cambra Oficial de Comerç de Barcelona, 2003; 279-295.
4. Pané O, Segú JL, Via JM. Descripción y valoración de alternativas de cambio en los sistemas sanitarios basadas en la potenciación de atención primaria en salud. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya CHC-CiG, 1997.
5. Ortún V, López-Casasnovas G, Puig-Junoy J, Sabés R. El sistema de finançament capítatiu: possibilitats i limitacions. Fulls Econòmics 2001; 35: 8-16.
6. Vázquez ML, Terraza R, Vargas I. Factors que afavoreixen i obstaculitzen la implantació d'un sistema de compra en base poblacional a Catalunya. Barcelona: CatSalut, 2006.
7. Grifell E, Carbonell JM, Infiesta F. Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Guía metodológica [1]. Barcelona: CHC Consultoria i Gestió, 2002.
8. Young GJ, Charns MP, Daley J, Forbes MG, Henderson W, Khuri SF. Patterns of coordination and clinical outcomes: a study of surgical services. Health Serv Res 1998; 33: 1.211-1.236.
9. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. Remaking Health Care in America, 2ª ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.
10. Wagner EH, Austin BT, Vonkorff M. Improving Outcomes in Chronic Illness. Manage Care Quart 1996; 4 (2): 12-25.
11. Hampson JP, Roberts RI, Morgan DA. Shared care: a review of the literature. Fam Pract 1996; 13 (3): 264-279.
12. Grol R. Improving the quality of medical care. JAMA 2004; 286 (20): 2.578-2.585.
13. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, et al. Changing provider behavior. Med Care 2001; 39 (8; Supl. 2): 2-45.

Apéndice

Ingrid Vargas Lorenzo
María Luisa Vázquez Navarrete
Joan Farré Calpe

Guía para el estudio de organizaciones sanitarias integradas

Organización sanitaria integrada: *nombre de la entidad*

0. Introducción

1. Descripción de la OSI

Descripción breve de la OSI: unidades operativas que componen la OSI y población de referencia, localización geográfica (municipios y comarca), población de referencia para el continuo de servicios de la OSI, población de referencia de la zona de influencia hospitalaria determinada a partir de la ZAC (*zona d'avaluació del capítatiu*), características generales de la oferta de servicios [número de camas de agudos, índice de *case-mix* del hospital (hospitales) de la OSI, número de camas de larga y media estancias, número de plazas de hospital de día y del centro sociosanitario] y actividad asistencial de cada una de las unidades operativas

2. Características generales de la OSI

a. Amplitud de la integración

- ¿Qué unidades operativas conforman la OSI?
- ¿Qué servicios comprende la OSI?

b. Profundidad de la integración

- Número de unidades operativas de cada tipo
- Número de servicios de cada tipo

c. Penetración de la OSI en el territorio

- ¿Qué proporción del continuo asistencial proporciona la OSI a la población de referencia de la ZAC?

d. Nivel de producción de servicios dentro de la OSI

- ¿Qué servicios, entre los cuales contrata el CatSalut a la OSI, no proporciona directamente, sino que subcontrata a otras entidades?

e. Formas de relación entre las unidades operativas que constituyen la OSI

- ¿Qué formas de colaboración existen entre las unidades operativas que conforman las OSI?

f. Tipo de OSI

- Según el tipo de servicios que se integran
- Según el nivel de producción de servicios
- Según la forma de relación entre las unidades operativas que constituyen la OSI

3. Evolución histórica de la OSI

a. Orígenes de la OSI

b. Determinantes de la formación de la OSI

- ¿Qué factores o circunstancias determinaron la constitución de la OSI?

c. Liderazgo del proceso

- ¿Qué unidad/es operativa/s y personas (como perfiles) lideraron el proceso?

d. Evolución organizativa de la OSI

- ¿Cuáles han sido los cambios organizativos más importantes que se han producido desde la constitución de la OSI hasta ahora?
 - Cambios en la forma de relación entre las organizaciones
 - Cambios en la forma de gobierno
 - Cambios en la estructura organizativa
- ¿Cómo ha sido el crecimiento de la OSI (lento o rápido y ordenado o desordenado)?

e. Duración de la OSI

- Fecha de inicio de la OSI

4. Entorno

a. Población y territorio

- Características demográficas de la población de referencia (grupos por edad, crecimiento demográfico, índice de envejecimiento y población flotante), características socioeconómicas (tasa de analfabetismo, tasa de desempleo y tasa de fecundidad en adolescentes), características de salud (tasa de mortalidad infantil, índice de mortalidad estandarizada y esperanza de vida al nacer)
- Características del territorio donde se sitúa la OSI: densidad demográfica y vías de comunicación

b. Presencia de otros proveedores en el territorio

- Proveedor, nivel asistencial y servicios que atiende, y población de cobertura
- Existencia de alguna forma de relación entre la OSI y estos proveedores (convenio de colaboración, contrato, etc.) y de mecanismos de coordinación (guías de práctica conjuntas, sistema de información, etc.)

c. Modelo de compra de los servicios del territorio

- ¿Qué tipo de contrato establece el CatSalut con la OSI (único o por unidad operativa)?
- ¿Cuál es el mecanismo por el cual la OSI adquiere una responsabilidad única delante del comprador?

- ¿Cuál es el mecanismo de pago de los servicios que integran la OSI?
- ¿Qué tipo de objetivos se incluyen en los contratos?
- ¿El mecanismo de pago de los servicios y los objetivos favorecen la coordinación asistencial?
¿Y la eficiencia?

5. Modelo de gobierno de la OSI

a. Dimensiones del gobierno

■ Control

- ¿Cuántos órganos de gobierno existen en la OSI? ¿Cuáles son estos órganos?
- ¿Qué relación de jerarquía hay establecida entre ellos?

■ Estructura

- ¿Qué unidades gobierna cada uno de estos órganos?
- En el caso de que existan múltiples gobiernos en la OSI, ¿qué mecanismos de coordinación se utilizan?

■ Funcionamiento

- ¿Cuáles son las funciones de cada uno de estos órganos de gobierno?
- ¿Cuáles de estas funciones se llevan a cabo en la práctica?
- ¿Está entre las funciones del gobierno controlar el desempeño de la OSI y de las diferentes unidades operativas? ¿Cómo realiza este control?
- ¿El gobierno maneja un cuadro de mando? ¿Contiene resultados de salud de la población? ¿Y resultados del desempeño de las unidades operativas y de la integración del sistema?
- ¿Se evalúa el desempeño de los órganos de gobierno de la OSI? ¿Qué aspectos se evalúan? ¿Con qué frecuencia?

■ Composición

- ¿De dónde proceden los miembros de los órganos de gobierno? ¿Están vinculados con alguna unidad operativa?
- ¿Qué formación y experiencia tiene cada miembro?
- ¿Tienen una dedicación parcial o completa?
- ¿Participa el/los gerente/s de las distintas unidades operativas de la OSI en el órgano de gobierno? ¿Es miembro de él?
- ¿Algún miembro del gobierno tiene responsabilidad política en el territorio de cobertura? ¿Qué responsabilidad?

b. Atributos del buen gobierno de una OSI

■ Responsabilidad del gobierno con la OSI

- ¿Los miembros del gobierno han participado en la articulación de la misión global para la OSI? ¿Y en las estrategias?
- En el caso de múltiples gobiernos, ¿han participado todos en la formulación de la misión y estrategias de la OSI?
- ¿Se ha realizado alguna sesión informativa y formativa a los miembros del gobierno para que tengan una visión global del sistema?
- ¿Existe una declaración de principios del gobierno?

■ Responsabilidad con la población que atiende

■ Coordinación entre los diferentes órganos de gobierno

6. Dimensión estratégica de la OSI

a. Dimensión estratégica global de la OSI

- ¿Existe algún documento para toda la OSI en que se detalle cuáles son la visión, misión, metas, objetivos y estrategias globales de la OSI? ¿Qué tipo de documento? ¿Qué metodología se ha aplicado para la elaboración del documento? ¿Cuáles son la visión, misión, metas, objetivos y estrategias de la OSI?
- ¿Cuáles son la visión, misión, metas, objetivos y estrategias de las unidades operativas? ¿Cuáles son sus características principales?
- ¿Los objetivos anuales de las unidades operativas coinciden exactamente con los que les fija el comprador o se añaden otros objetivos? En este último caso, ¿qué tipo de objetivos son?

b. Alineación horizontal y vertical de los objetivos y estrategias de la OSI

- ¿Están alineados los objetivos de las diferentes unidades operativas con los de la OSI o existe algún tipo de conflicto entre ellos?
- ¿Están alineadas las estrategias de las diferentes unidades operativas con los objetivos globales del sistema o existe algún tipo de conflicto entre ellos?

c. Orientación de la dimensión estratégica de la OSI a la coordinación y eficiencia del sistema

- ¿Entre la visión, misión, objetivos y estrategias globales de la OSI y de sus unidades operativas está mejorar la coordinación de los servicios para atender a los pacientes? ¿Y mejorar la eficiencia?
- ¿Entre las estrategias globales de la OSI y de sus unidades operativas están las que se consideran más efectivas para reforzar la coordinación y eficiencia del sistema?

7. Estructura organizativa

a. Organigrama de la OSI

- Identificar los distintos órganos de gestión (comités de dirección o equivalentes) que existen en la OSI
- ¿Qué unidades operativas gestiona cada uno de estos órganos?
- Identificar las líneas jerárquicas que se establecen entre estos órganos de gestión. ¿Cuántos niveles jerárquicos existen entre el médico de urgencias y el gerente de la OSI? ¿Cuántos individuos están bajo el mando de cada directivo?
 - ¿Cuál es la base de agrupación de las unidades operativas?

b. Funcionamiento y composición de los órganos de gestión

- ¿Qué funciones y actividades de dirección desempeñan los distintos órganos de gestión de la OSI y las unidades operativas?
- ¿Cuáles son los miembros de los distintos órganos de gestión? ¿De dónde proceden?
- ¿Están todas las unidades operativas representadas en los órganos de gestión de la OSI? ¿Se encuentran en el mismo nivel jerárquico las direcciones de las unidades operativas?

c. Coordinación de las funciones de apoyo a lo largo de la OSI

- ¿Las funciones de apoyo asistenciales y no asistenciales están centralizadas y dan soporte a todas las unidades operativas de la OSI?
- En caso de que se descentralice a las unidades operativas, ¿qué mecanismos se utilizan para coordinar las funciones de apoyo a lo largo de la OSI?

d. Descentralización de la toma de decisiones

- En el caso de las funciones directivas que se descentralizan a las unidades operativas o se comparten, ¿qué mecanismos se utilizan para coordinarlas?
- ¿Cuál es el sistema de planificación (sistema de fijación de objetivos) que se utiliza?

e. Mecanismos de coordinación de los procesos asistenciales

- ¿Qué mecanismos se utilizan para coordinar los procesos asistenciales en los que participa más de un nivel asistencial?

f. Tipo de estructura

- Según el diseño organizativo
- Según el tipo de mecanismo de coordinación predominante
- Según la base de agrupación y los mecanismos de coordinación

8. Cultura organizativa

a. Cultura organizativa de la OSI y de sus unidades operativas

- ¿Cuál es el núcleo de valores de la OSI que se desprenden de su misión, objetivos operativos, estrategias, criterios para medir los resultados y estrategias para corregir las desviaciones? ¿Existe una definición explícita de los valores de la OSI?
- ¿Cuál es el núcleo de valores de las unidades operativas que se desprenden de su misión, objetivos operativos, estrategias, criterios para medir los resultados y estrategias para corregir las desviaciones?
- ¿Qué valores se reflejan en los artefactos de la OSI? ¿Y en las unidades operativas?
- ¿Qué valores se refleja en los valores expuestos de la OSI? ¿Y en las unidades operativas (opinión de los actores principales)?
 - ¿Cuál cree que deberían ser la misión, objetivos, estrategias, criterios para medir los resultados de las unidades y las estrategias para corregir las desviaciones de la OSI?
 - ¿Existe un lenguaje común para todos los grupos?
 - ¿Se siente que pertenece a la OSI? ¿Y a la unidad operativa?
 - ¿Qué opina sobre el sistema de incentivos y penalizaciones de la OSI?
 - ¿Qué opina sobre cómo se nombran los cargos directivos de la OSI?
 - ¿Y sobre la política de promoción? ¿Y sobre la política de contratación de personal?
- ¿Estos valores están alineados entre sí? ¿Existe una cultura única a lo largo de la OSI?

b. Estrategias para alinear la cultura con los valores estratégicos de la OSI

- ¿Qué estrategias han puesto en marcha las OSI para alinear la cultura de los grupos con el núcleo de valores estratégicos de la OSI?
- ¿Cómo ha sido el proceso para establecer la misión, objetivos, estrategias, criterios para medir los resultados y medidas para corregir las desviaciones de la OSI?
 - ¿Quién ha participado en este proceso?
 - ¿Se ha permitido que los participantes opinaran? ¿Se han tenido en cuenta estas opiniones?
- ¿Utilizan algunas estrategias de comunicación para transmitir los valores y estrategias de la OSI? ¿Cuáles son?
- ¿Se utiliza alguna estrategia para comunicar la imagen corporativa a los usuarios?
- ¿Se utiliza el proceso de contratación y despido para alinear la cultura de los grupos con el núcleo de valores estratégicos de la OSI?

- ¿En el proceso de contratación se tiene en cuenta si los valores del candidato coinciden con el núcleo de valores estratégicos de la OSI?
- ¿En el proceso de formación se intenta transmitir a los profesionales los valores que las OSI consideran fundamentales?
- ¿Los directivos de la OSI, de las unidades operativas y los profesionales conocen cuáles son la misión, objetivos y estrategias de la OSI?
- c. Estrategias para crear una cultura organizativa única**
 - ¿Qué estrategias han implementado las OSI para crear una cultura organizativa única?
 - ¿Se utilizan algunos mecanismos de coordinación entre los diversos grupos? ¿Cuáles son?
 - ¿Existe una imagen corporativa para toda la OSI?
 - ¿Se implementa algún programa de mejora continua de la calidad común a lo largo de la OSI?
- d. Coordinación en la cultura organizativa de la OSI**
 - ¿La coordinación y otros valores relacionados forman parte de los valores centrales de las diferentes culturas de la OSI?

9. Liderazgo

- ¿Conocen los directivos de la OSI y sus diferentes unidades operativas la misión, objetivos y estrategias de la OSI? ¿Y el modelo de atención de la OSI?
- ¿Están de acuerdo los directivos con la misión declarada para la OSI? ¿Y con sus objetivos? ¿Y con las estrategias? ¿Y con el modelo de atención?
- Desde el punto de vista de los directivos, ¿cuál debería ser la misión de la OSI? ¿Y sus objetivos? ¿Y las estrategias? ¿Y el modelo de atención?
- Desde el punto de vista de los directivos, ¿Hacia dónde va la OSI? ¿Cuál es la próxima fase en relación con objetivos, estrategias, estructura, cambio cultural y modelo de atención?

10. Sistema de asignación de recursos dentro de la OSI y de incentivación a los profesionales y directivos

a. Descripción del sistema de asignación dentro de la OSI

- ¿Cómo son los presupuestos de la OSI? ¿Único o por unidad productiva?
- ¿Qué partidas incluye en cada caso?
- ¿A partir de qué objetivos se elaboran los presupuestos?
- ¿Cuáles son los centros de responsabilidad dentro de la OSI?
- ¿Cuáles son los centros de costes que se han creado?
- ¿Cuáles son los centros de beneficios?
- ¿Existe facturación entre centros? ¿Hay precios de transferencia? ¿Cómo se calculan?
- ¿Cuál es el porcentaje de costes de gestión que se imputa a la unidad operativa? ¿Qué conceptos contempla?

b. Incentivos a la eficiencia del sistema de asignación

- ¿Se traspasan recursos desde un nivel hacia otro? ¿Se reinvierten los excedentes (beneficios) en la misma unidad o se traspasan a otras?
- ¿Se les ha transferido la capacidad de compra sobre los servicios que generan un coste inducido? ¿Esta capacidad de compra es sobre el volumen de servicios? ¿Tienen capacidad de comprar fuera de la OSI?

- ¿Se promueve la sustitución de líneas de producto dentro de la OSI?
 - ¿Qué porcentaje representa dentro del presupuesto de la OSI cada una de las líneas de producto de las unidades operativas? ¿Cómo ha evolucionado este porcentaje desde la constitución de la OSI?
 - ¿Qué porcentaje representan las inversiones de cada línea de producto dentro de las inversiones globales de la OSI? ¿Cómo han ido evolucionando desde la constitución de la OSI?
- c. Alineación del sistema de asignación con los objetivos y estrategias de la OSI**
 - ¿Es coherente el sistema de asignación (gasto corriente e inversiones) dentro de la OSI con los objetivos de la OSI? ¿Y con las estrategias?
- d. Sistema de incentivos a los profesionales y directivos**
 - ¿Qué tipo de incentivos se asignan a las distintas categorías de profesionales que trabajan en la OSI?
 - ¿Favorecen la coordinación y eficiencia de la OSI?
 - ¿Qué tipo de incentivos se asignan a los directivos de la OSI y las unidades operativas?
 - ¿Se paga igual a los profesionales de la misma categoría profesional a lo largo de la OSI?
 - ¿Los incentivos favorecen la coordinación asistencial y la eficiencia?

11. Coordinación asistencial de la OSI

- a. Organización asistencial de la OSI**
 - ¿Qué roles desempeñan los diferentes niveles asistenciales en la resolución de procesos asistenciales?
 - ¿Qué tipo de colaboración se produce entre los niveles asistenciales?
 - ¿Quién actúa como el responsable de la atención del paciente y el coordinador de la atención de esos procesos a lo largo del continuo?
- b. Instrumentos de coordinación asistencial**
 - ¿Qué características principales presentan los instrumentos o mecanismos de coordinación asistencial en la OSI?
- c. Estrategias de gestión de la atención**
 - ¿Se ha implantado en la OSI alguna de estas estrategias para la gestión de la atención?
 - ¿Qué características principales presentan estas estrategias?
- d. Coordinación en algunos procesos asistenciales seleccionados**
 - Proceso crónico
 - Proceso crónico con discapacidad
 - Proceso agudo

12. Desempeño de la organización

- a. Implantación de las estrategias globales de la OSI**
 - **Estructura**
 - ¿Se cuenta con un sistema de monitorización para conocer el grado de implantación de las estrategias globales de la OSI? ¿En qué consiste?

■ **Proceso**

- ¿Está integrada la OSI en la dimensión estratégica?
- ¿Se asignan los recursos de acuerdo con las estrategias globales de la OSI?
¿Se invierte de acuerdo con estas estrategias?
- ¿Se han realizado cambios en el diseño organizativo de la OSI para implantar las estrategias? ¿Cuáles son?

■ **Resultados**

- ¿En qué medida los diferentes subgrupos de la OSI conocen y están de acuerdo con las estrategias establecidas?
- ¿En qué medida la estrategia está alineada con la cultura de las diferentes unidades operativas de la OSI?

b. Continuidad

c. Eficiencia

13. Barreras y facilitadores de la coordinación y eficiencia en la OSI
(puntos críticos y estrategias de mejora)

Glosario de términos

Introducción

OSI: 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).

Unidades operativas: son las organizaciones principales que constituyen la OSI, es decir, los centros de atención primaria, los hospitales, los centros sociosanitarios, los centros de salud mental, el laboratorio de referencia y otros.

Línea de producto: son las principales actividades asistenciales que produce la OSI: atención domiciliaria, urgencias, hospitalización, consultas externas, etc.

Evolución histórica de la OSI

Determinantes de la formación de la OSI: son los factores económicos, sociales y políticos que han originado la constitución de la OSI.

Dimensión estratégica de la OSI

Visión: es la expresión verbal y concisa de la imagen gráfica que deseamos para la empresa en el futuro. Sirve para marcar en el presente el rumbo que debe seguir dicha organización.

Misión: es el propósito específico que la sociedad espera que cumpla la organización.

Metas: son los estados o las condiciones futuras que contribuyen al cumplimiento de la misión. Normalmente, las organizaciones contienen numerosas metas que contribuyen al logro de su misión.

Objetivos: derivan de las metas y son normalmente específicos y mensurables a corto plazo.

Estrategia: es el camino que la organización debe seguir para alcanzar los objetivos que se ha planteado.

Plan estratégico de la OSI: es la herramienta de gestión de que dispone este tipo de organizaciones en que se establecen la misión, las metas, los objetivos y la estrategia global para el sistema.

Alineación en sentido horizontal entre las metas: se produce cuando las metas de las diferentes unidades operativas están alineadas entre sí. La alineación horizontal ocurre entre las metas de las distintas unidades operativas y entre las metas de las unidades operativas y el sistema.

Alineación en sentido vertical: se produce cuando las estrategias de las diferentes unidades operativas responden a los objetivos del sistema.

Estructura organizativa

Funciones de dirección: comprenden la planificación, la organización, la dirección y el control (Casanueva, 2000). La **planificación** consiste en el establecimiento de las metas de la empresa y la especificación de las acciones que deben desarrollarse para conseguirlas. La **organización** consiste en determinar funciones y tareas, establecer unidades y departamentos y la forma en que se van a comunicar. La función de **dirección** consiste en lograr que todos los empleados de la empresa (incluyendo los directivos) dirijan sus esfuerzos a la consecución de los fines organizativos. La función de **control** se encarga de que todo se lleve a cabo según lo provisto de forma que cada vez se aproximen más a los objetivos de la organización.

Reclutamiento: consiste en localizar, identificar y atraer solicitantes de empleo para contratar a los candidatos más apropiados.

Selección: consiste en el examen de los solicitantes de empleo para contratar a los candidatos más apropiados.

Formación y capacitación: consiste en la transmisión y transformación de las capacidades, comportamientos y valores de los empleados de la empresa.

Evaluación del rendimiento: consiste en la medida de los resultados y desempeño de los empleados en sus puestos de trabajo.

Desarrollo de la carrera profesional: es la gestión de la secuencia de puestos y cargos ocupados por una persona a lo largo de su vida profesional.

Funciones de apoyo: son las funciones asistenciales y no asistenciales que dan soporte a la actividad asistencial fundamental de la OSI. En el primer tipo, se incluyen principalmente radiología, laboratorio, farmacia y admisiones. En el segundo tipo, encontramos la gestión económico-financiera, la gestión de recursos humanos, la logística, la gestión de sistemas de información y los servicios generales.

Estructura organizativa alta: es aquella que tiene muchos niveles jerárquicos con grupos reducidos de individuos en cada nivel jerárquico.

Estructura organizativa plana: es aquella que tiene pocos niveles jerárquicos con grupos muy amplios de individuos en cada nivel jerárquico.

Base de agrupación: es la manera en que engloban las actividades de una organización. Existen

dos bases para agrupar los puestos de trabajo y las actividades: la agrupación según el mercado en que las actividades están agrupadas según los productos o servicios que da la organización y la agrupación según las funciones en 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.

Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial: son los medios con que las organizaciones coordinan su trabajo asistencial. Los principales son los siguientes:

- **Guías de práctica clínica:** son recomendaciones sistemáticas, basadas en la mejor evidencia 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.
- **Mapas de atención o trayectorias clínicas:** son planes de gestión de la atención del paciente que fijan los objetivos para los pacientes y proveen de 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.
- **Planificación del alta hospitalaria:** es un caso particular del mapa de atención en el momento del alta.
- **Guías farmacológicas compartidas:** conjunto de recomendaciones farmacológicas que contemplan las indicaciones del tratamiento, detalle de la dosis, efectos secundarios, etc.
- **Puesto de enlace:** puesto o profesional que actúa de “enlace” para coordinar el trabajo asistencial entre dos o más niveles asistenciales, como el consultor de medicina interna.
- **Grupo de trabajo:** comité de personas con habilidades complementarias que se comprometen con un propósito común, unos objetivos y una metodología para alcanzar estos objetivos de los cuales son mutuamente responsables.
- **Sistema experto:** denominación genérica que se da a aquellas formas de mejorar el conocimiento especializado del médico de atención primaria, alternativas a la derivación convencional al especialista (interconsulta), como la visita conjunta, las sesiones clínicas conjuntas, los programas de formación continua, etc.
- **Sistemas de información clínica vertical:** mediante éstos se une a los pacientes y proveedores a lo largo del continuo asistencial. Incluye el sistema integrado de registros clínicos, herramientas de soporte a la decisión clínica y el sistema de análisis de información de resultados que da soporte a la práctica médica. Dentro de las herramientas informáticas de soporte destacan los sistemas computarizados de orientación de las decisiones clínicas (SCOD), esto es, sistemas de conocimiento que usan datos sobre el paciente para generar un consejo específico para un caso.
- **Programas de gestión de enfermedades (PGE):** es el 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.
- **Gestión de casos (GC):** es la provisión de una atención continua a lo largo de diferentes servicios mediante la integración y coordinación de necesidades y recursos en torno al paciente.

Sistema de control del rendimiento: En este sistema, el ápice estratégico desarrolla objetivos para toda la OSI, a partir de los cuales negocia los subobjetivos y presupuestos con cada unidad operativa. Éstas, por su parte, inician el proceso de planificación estratégica, programas y especificación de acciones dentro de su ámbito. El control se efectúa *a posteriori* sobre el resultado.

Sistema de planificación de acciones: En este sistema de planificación, los objetivos globales para toda la OSI se concretan en planes estratégicos para la OSI y éstos, en programas y acciones específicas para cada una de las unidades operativas.

Estructura funcional: es el diseño organizativo en que las actividades se agrupan por áreas funcionales.

Estructura divisional: es el diseño organizativo en que las actividades se agrupan de acuerdo con los mercados que atiende la organización. Estas agrupaciones se denominan divisiones.

Estructura matricial: es el diseño organizativo que combina la agrupación de las actividades en torno a procesos y funciones al mismo tiempo.

Cultura organizativa

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 las distintas cosas dentro de la empresa.

Valores estratégicos: son las convicciones básicas que se desprenden de 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.

Artefactos: son aquellos elementos más visibles de la cultura: las imágenes y el espacio físico, el lenguaje, la tecnología y los productos, los mitos, leyendas e historias, los rituales y las ceremonias, lista de valores publicados, etc.

Valores expuestos: son aquellos valores que el grupo expresa en una variedad de situaciones.

Presunciones básicas: son las presunciones implícitas que guían el comportamiento del grupo, les dice al grupo qué percibir, pensar y sentir sobre determinados aspectos.

