

**UN ESTUDIO DE CASO DE DOS ORGANIZACIONES SANITARIAS
INTEGRADAS EN CATALUÑA**

Tesina para optar al título de Máster en Salud Pública.

Diana Milena Henao Martínez

Tutoras: M^a Luisa Vázquez Navarrete

Ingrid Vargas Lorenzo

UNIVERSIDAD POMPEU FABRA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y LA VIDA

MÁSTER EN SALUD PÚBLICA

Barcelona, Noviembre de 2004

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	4
RESUM.....	6
ABSTRACT.....	8
1. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. ANTECEDENTES.....	11
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	25
1.3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	27
1.4. OBJETIVOS.....	28
1.5. LIMITACIONES.....	29
1.6. BIBLIOGRAFÍA.....	30
2. ARTÍCULO.....	33
2.1. RESUMEN.....	34
2.2. ABSTRACT.....	35
2.3. INTRODUCCIÓN.....	37
2.4. MÉTODOS.....	38
2.5. RESULTADOS.....	40
2.6. DISCUSIÓN.....	61
2.7. CONCLUSIONES.....	65
2. BIBLIOGRAFÍA.....	67
ANEXO 1. GUÍA PARA EL ESTUDIO DE ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS.....	71
ANEXO 2. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	91
ANEXO 3. LISTA DE DOCUMENTOS ANALIZADOS.....	98

ANEXO 4. INFORMACIÓN SSIBE	102
ANEXO 5. INFORMACIÓN BSA.....	124
ANEXO 6. LISTA DE ABREVIATURAS.....	119

RESUMEN

Introducción. En los últimos años, el discurso de las reformas de los sistemas de salud ha pasado de promover la competencia a favorecer la coordinación asistencial. Con esta nueva orientación, han surgido experiencias en diferentes países, donde se han integrado los servicios sanitarios. Entre ellas, cabe destacar las experiencias conocidas como organizaciones sanitarias integradas (OSI), las cuales se definen como una red de organizaciones que brindan el continuo asistencial a una población determinada. Uno de los países donde más estudios se han realizado al respecto es en Estados Unidos; contrario a esto, en Cataluña poco se conoce sobre las OSI que han surgido en los últimos años en ésta comunidad autónoma. El presente estudio, enmarcado en el proyecto “Organizaciones sanitarias integradas en Cataluña” del Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC), aporta información sobre dos organizaciones seleccionadas.

Objetivo. Analizar dos casos de Organizaciones Sanitarias Integradas en Cataluña mediante la aplicación de la guía para el estudio de las OSI de base territorial.

Métodos. Se realizó un estudio de caso con múltiples fuentes de evidencia en el que se aplicó la “Guía para el estudio de Organizaciones Sanitarias Integradas de base territorial”, utilizando métodos cualitativos y cuantitativos de investigación como el análisis de documentos, entrevistas individuales semi - estructuradas y el análisis de registros.

Resultados. SSIBE es una organización virtual, integrada totalmente, con integración vertical hacia atrás que presta servicios del continuo asistencial en la comarca de Baix Empordà. SSIBE participa en la prueba piloto de financiación per cápita y además, mantiene los objetivos por líneas de servicios. Su modelo de gobierno es centralizado y su modelo organizativo es una integración funcional agrupada por especialidades. Uno de los mecanismos de coordinación asistencial, es la historia clínica informatizada la cual esta integrada para los tres niveles. BSA también es una organización virtual, totalmente integrada con integración vertical hacia atrás. Los municipios de actuación de BSA son Badalona, Montgat y Tiana. Los servicios prestados se realizan a través de contratos por líneas de servicios con cada una de las entidades que conforman la organización (HMB,

BGA y CSSC). El modelo de gobierno es centralizado y el modelo organizativo es un diseño divisional en el que cada línea se corresponde con un nivel de atención. Entre los mecanismos de coordinación se encuentran las guías de práctica clínica entre niveles y la historia clínica informatizada para los diferentes niveles asistenciales.

Conclusiones. Con el análisis de SSIBE y BSA ha sido posible conocer aspectos del ámbito interno y el entorno de ambas organizaciones y reconocer en ellas algunas de las características que la literatura menciona como necesarias para el logro de los objetivos de las OSI. Pese a las diferencias entre las organizaciones analizadas, se nota como cada una ha buscado los mecanismos para integrarse y prestar los servicios del continuo asistencial, no obstante sería deseable que los órganos de gobierno asumieran responsabilidades propias del su cargo. Además es necesario profundizar en cuestiones de cultura y desempeño para medir los objetivos fundamentales de las organizaciones sanitarias integradas.

RESUM

Introducció. En els últims anys, el discurs de les reformes dels sistemes de salut ha passat de promoure la competència a afavorir la coordinació assistencial. Amb aquesta nova orientació, han sorgit experiències en diferents països, on s'han integrat els serveis sanitaris. Entre elles, cal destacar les experiències conegudes com organitzacions sanitàries integrades (OSI), les quals es defineixen com una xarxa d'organitzacions que brinden el continu assistencial a una població determinada. Un dels països on més estudis s'han realitzat referent a això és en Estats Units; contrari a això, a Catalunya poc es coneix sobre les OSI que han sorgit en els últims anys en aquesta comunitat autònoma. El present estudi, emmarcat en el projecte “Organitzacions sanitàries integrades a Catalunya” del Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC), aporta informació sobre dues organitzacions seleccionades.

Objectiu. Analitzar dos casos d'Organitzacions Sanitàries Integrades a Catalunya mitjançant l'aplicació de la guia per a l'estudi de les OSI de base territorial.

Mètodes. Es va realitzar un estudi de casos amb múltiples fonts d'evidència en el qual es va aplicar la “Guia per a l'estudi d'Organitzacions Sanitàries Integrades de base territorial”, utilitzant mètodes qualitius i quantitius d'investigació com l'anàlisi de documents, entrevistes individuals semi - estructurades i l'anàlisi de registres.

Resultats. SSIBE és una organització virtual, integrada totalment, amb integració vertical cap a endarrere que presta serveis del continu assistencial en la comarca de Baix Empordà. SSIBE participa en la prova pilot de finançament per cápita i a més, manté els objectius per línies de serveis. El seu model de govern és centralitzat i el seu model organitzatiu és una integració funcional agrupada per especialitats. Un dels mecanismes de coordinació assistencial, és la història clínica informatitzada la qual esta integrada per als tres nivells. BSA també és una organització virtual, totalment integrada amb integració vertical cap a endarrere. Els municipis d'actuació de BSA són Badalona, Montgat i Tiana. Els serveis prestats es realitzen a través de contractes per línies de serveis amb cadascuna de les entitats que conformen l'organització (HMB, BGA i CSSC). El model de govern és

centralitzat i el model organitzatiu és un disseny divisional en el qual cada línia es correspon amb un nivell d'atenció. Entre els mecanismes de coordinació es troben les guies de pràctica clínica entre nivells i la història clínica informatitzada per als diferents nivells assistencials.

Conclusions. Amb l'anàlisi de SSIBE i BSA ha estat possible conèixer aspectes de l'àmbit intern i l'entorn d'ambdues organitzacions i reconèixer en elles algunes de les característiques que la literatura esmenta coma necessàries per a l'assoliment dels objectius de les OSI. Malgrat les diferències entre les organitzacions analitzades, es nota com cadascuna ha buscat els mecanismes per a integrar-se i prestar els serveis del continu assistencial, no obstant seria desitjable que els òrgans de govern assumissin responsabilitats pròpies del seu càrrec. A més és necessari aprofundir en qüestions de cultura i acompliment per a aconseguir els objectius fonamentals de les organitzacions sanitàries integrades.

ABSTRACT

Introduction. In the last years, the speech of the health systems reforms has changed from promote the competition to favor the welfare coordination. With this new direction, experiences in different countries have arisen, where the sanitary services have been integrated. Among them, it is possible to emphasize the experiences known as integrated sanitary organizations (ISO), which are defined as a network of organizations who offer the welfare continuum to a certain population. One of the countries where more studies have been made on the matter is in the United States; in opposition to this, in Catalonia little it is known on the ISOs that has arisen in the last years in this community. The present study, framed in the project "Integrated Sanitary Organizations in Catalonia" of the Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC), it contributes with information on two selected organizations.

Objective. To analyze two cases of Integrated Sanitary Organizations in Catalonia by means of the application of the guide for the study of the ISO of territorial base.

Methods. A case study with multiple sources of evidence was made in which the "Guide for the study of Integrated Sanitary Organizations" was applied, using qualitative and quantitative methods of investigation like the analysis of documents, individual interviews semi - structured and the analysis of registries.

Results. SSIBE is a virtual organization, integrated totally, with vertical integration backwards that serves of continuous the welfare one in the region of Baix Empordà. SSIBE participates in the test pilot of financing per capita and in addition, it maintains the objectives by lines of services. Its model of government is centralized and its organizational model is a functional integration grouped by specialties. One of the mechanisms of welfare coordination, is the computerized clinical history which this integrated for the three levels. BSA also is a virtual organization, totally integrated with vertical integration backwards. The municipalities of BSA performance are Badalona, Montgat and Tiana. The Services are made through contracts by lines of services with each one of the entities that conform the organization (HMB, BGA and CSSC). The

government model is centralized and the organizational model is a divisional design in which each line corresponds with an attention level. Between the coordination mechanisms are the guides of clinical practice between levels and computerized clinical history for the different welfare levels.

Conclusions. With the analysis of SSIBE and BSA it has been possible to know internal and external aspects of both organisations and to recognize in them some of the characteristics that literature mentions as necessary for the profit of the objectives of the ISOs. In spite of the differences between the analysed organisations, note as each one has looked for the mechanisms to integrate itself and to serve the welfare continuum, despite would be desirable that the government assumed own responsibilities of the their position. In addition it is necessary to deepen in questions of culture and performance to measure the main targets of the integrated sanitary organisations.

1. Introducción

En los últimos años, diversos factores han llevado a cambiar los discursos dominantes en las políticas de salud de la competencia hacia la búsqueda de una mayor eficiencia a través de la coordinación de los proveedores de salud. Lo cual ha dado como resultado nuevas experiencias en las formas de organización y gestión de los servicios de salud(1).

Estas experiencias conocidas como organizaciones sanitarias integradas, definidas como redes de organizaciones que ofrecen una atención coordinada a través del continuo de servicios de salud a una población determinada(2), han generado entre los proveedores y analistas de políticas del ámbito de la salud, una firme inclinación por su desarrollo puesto que tales organizaciones representan ventajas competitivas en la atención en salud cuando las integraciones son exitosas(1). Estados Unidos ha sido el pionero en este ámbito y gracias a ello se han realizado un buen número de investigaciones que documentan el tema(3-5). También Canadá, el Reino Unido y España, entre otros, han registrado experiencias de este tipo.

En Cataluña también han surgido OSI que funcionan desde hace algunos años, adaptándose a las condiciones del medio y con características propias, que aún no han sido analizadas. Por esto, el Consorci Hospitalari de Catalunya, (CHC) está llevando a cabo una investigación sobre las organizaciones sanitarias integradas, con el fin de conocer mejor las experiencias que ahora se han formado(6).

El análisis de los dos casos esta basado en un marco teórico elaborado, a partir de la revisión bibliográfica(7) que engloba los siguientes aspectos: descripción de los

aspectos básicos de las OSI, entorno de las OSI, modelo de gobierno, modelo organizativo y de gestión y coordinación asistencial. Para lo cual se aplicó la “Guía para el estudio de Organizaciones Sanitarias Integradas de base territorial”(8).

1.1. Antecedentes

1.1.1. Aspectos básicos de las organizaciones sanitarias integradas

Definición

Una Organización Sanitaria Integrada (OSI) es una red de organizaciones que ofrece una atención coordinada a través de un continuo de servicios de salud a una población determinada y se responsabiliza de los costes y resultados de salud de la población(2). El rango de servicios que ofrecen este tipo de organizaciones podría incluir la atención primaria, especializada y sociosanitaria.

En la definición se destacan tres elementos clave que delimitan las OSI, la coordinación de la atención a lo largo del continuo asistencial, la cobertura de servicios a una población determinada y la responsabilidad sobre los costes y resultados de salud de la población que atiende.

Los objetivos principales que pretenden las OSI son la mejora de la eficiencia global en la provisión y la continuidad de la atención a través de la mejora en la coordinación de los servicios.

Características

Tomando como base la literatura, las organizaciones sanitarias integradas presentan las siguientes características (2;9).

- Amplitud de la integración, se refiere al número de diferentes servicios que provee al OSI a lo largo del continuo de atenciones de salud. Entendiendo como continuo todas las actividades que incluyen promoción de la salud, prevención de la enfermedad, servicios de emergencia, atención ambulatoria, atención de pacientes agudos y crónicos y asistencia de rehabilitación(2).
- La profundidad de la integración esta dada por el número de diferentes unidades que posee una OSI para suministrar una determinada función o servicio(2).
- La producción de servicios dentro de la OSI lo proporciona la cantidad de servicios suministrados dentro de la misma organización comparada con la cantidad de servicios comprados a otros proveedores de salud.
- Las relaciones entre las organizaciones de la OSI pueden estar definidas por las diferentes formas de propiedad y/o relaciones contractuales.

Tipos de Organizaciones Sanitarias Integradas

Los tipos de OSI surgen a partir de las características que se acaban de nombrar adoptando la siguiente clasificación:

Según el tipo de servicios que integran, las organizaciones sanitarias pueden existir dos tipos de integración horizontal o vertical. *La integración horizontal* busca la unión y coordinación de servicios en la misma fase del proceso de producción de salud y de esta forma posibilitar la ayuda Inter – organizacional y la comunicación entre proveedores de salud que se han involucrado en la provisión de estos servicios(10).

En *la integración vertical* también se busca la unión y la coordinación de servicios pero, a diferencia de la integración horizontal, ésta se da entre diferentes fases del proceso de producción de salud(10), lo cual hace que en este tipo de integración se note claramente el continuo de cuidados de salud(11).

Basados en la cantidad de servicios que producen internamente las OSI, éstas pueden clasificarse **según el grado de integración** en *organizaciones con integración total* (proveen todos los servicios a partir de recursos internos); *organizaciones con cuasi-integración* (No tienen total propiedad de sus bienes y deben asociarse para proveer determinados servicios de salud); *organizaciones no integradas* (dependen completamente de proveedores externos).

Por último, las OSI se clasifican **según del tipo de relación** que se establece entre las distintas organizaciones (relaciones interorganizacionales) que la integran en *OSI vertical* o en *OSI virtual*.

Para comprender el funcionamiento de las OSI y realizar un verdadero análisis, necesariamente debe conocerse no sólo los aspectos básicos que se acaban de mencionar, sino también el entorno y aspectos internos específicos de las OSI.

Teniendo en cuenta la revisión bibliográfica realizada, se seleccionaron elementos fundamentales para el modelo de análisis de las OSI. Entre los elementos del entorno es importante conocer determinantes de carácter económico, social y político; como también la asignación de recursos. En el ámbito interno, el modelo de gobierno y el modelo organizativo y de gestión son otros de los elementos a considerar. El análisis del desempeño requiere conocer los objetivos finales de las OSI de eficiencia y coordinación. Dentro del modelo de gobierno de las organizaciones sanitarias integradas

se deben tener en cuenta las dimensiones de éste y los atributos del buen gobierno. En el modelo organizativo y de gestión se identifican la dimensión estratégica, la estructura organizativa de la OSI y el sistema de asignación de recursos.

1.1.2. Entorno de las organizaciones sanitarias integradas

El desarrollo de las OSI puede estar influenciado por elementos del entorno que pueden ser de carácter económico, social y político.

- **Determinantes económicos:** El factor económico es uno de los determinantes importantes en la formación de las OSI debido a la casi obligación de los servicios sanitarios de controlar el gasto efectivamente y sin descuidar los objetivos y misión de las organizaciones(12).
- **Determinantes sociales:** Gracias a los programas de educación en salud y los conocimientos en el campo, la población de distintos países desarrollados, ahora demanda servicios de mayor calidad(13); sumado al incremento en la proporción de ancianos con una mayor carga de enfermedades crónicas, han influido en la creación de instituciones que respondan a dichos cambios y garantice la continuidad en la provisión de los servicios de salud.
- **Determinantes políticos:** Con el fin de alcanzar la eficiencia en la prestación de los servicios sanitarios, las autoridades de diferentes países han implementado una serie de medidas que buscan la integración entre los proveedores de salud(14).

1.1.3. El ámbito interno de las organizaciones sanitarias integradas

En el ámbito interno de las organizaciones sanitarias integradas se ha tenido en cuenta el modelo de gobierno de la OSI, los atributos que se consideran deseables para un buen gobierno y el modelo de organizativo y de gestión.

1.1.4. Modelo de gobierno de la OSI

Los gobiernos de las OSI son los encargados de formular políticas y tomar decisiones que conciernen a toda la organización por lo tanto, el gobierno podrá afectar positiva o negativamente la integración de la OSI dependiendo de las determinaciones que allí se adopten.

Las dimensiones del gobierno son el control, el cual esta relacionado con el grado de centralización del gobierno de la organización; la estructura, hace referencia a como la organización agrupa las unidades bajo un mismo órgano de gobierno; el funcionamiento está articulado con las responsabilidades que ejerce cada órgano de gobierno y la composición del gobierno depende de los miembros que se seleccionen para formar parte de los órganos de gobierno de la OSI(15).

No existe evidencia empírica de qué modelo de gobierno permite alcanzar un mayor grado de integración del sistema; sin embargo, el buen gobierno requiere de atributos como la responsabilidad global con el sistema y la comunidad y coordinación entre los diferentes órganos de gobierno(15).

- **Responsabilidad con el sistema y la comunidad.** Para la gobernabilidad de la OSI, es fundamental tener una perspectiva global de sistema en la que se identifiquen

claramente los roles de cada nivel sin perder de vista las responsabilidades como proveedores integrados a la hora de tomar decisiones trascendentales.

Para ello se recomienda tener un gobierno con clara visión del sistema integrado, experiencia y conocimiento de todos los sectores, al igual que información y formación que les permita fortalecer su visión global(15). Además, compromiso con el buen desempeño de los roles y responsabilidades que adquiere el gobierno.

La OSI también debe tener un conocimiento amplio sobre las necesidades de la población que atiende; esto se puede lograr incorporando en los gobiernos a miembros de la comunidad que tengan influencia política en la población.

- **Coordinación entre los diferentes órganos de gobierno.** Un aspecto fundamental en el funcionamiento de las OSI es justamente la coordinación entre cada uno de los órganos de gobierno de los entes que la forman de manera que no se desfigure el sentido de la visión, objetivos y estrategias a lo largo del sistema. Existen diversos mecanismos para conseguir la coordinación de las actividades de gobierno de las OSI: la rotación de los miembros por los distintos gobiernos o la presencia de algunos en varios órganos a la vez. Un buen gobierno necesita tener acceso a información que permita evaluar el desempeño de las unidades operativas y del sistema. Dado que la OSI es responsable de la salud de la población que cubre, el gobierno de la OSI requeriría información de resultados de salud de la población(15).

1.1.5. El modelo organizativo y de gestión

El modelo organizativo y de gestión la visión y la estructura organizativa, junto con la cultura organizativa y el liderazgo son los elementos de las organizaciones mas asociadas con la coordinación asistencial (también llamada integración clínica).

Dimensión estratégica.

Entre los elementos claves para la integración organizativa es la existencia de misión, metas, objetivos y estrategias globales para la OSI(11). La existencia de una estrategia global puede aportar un vínculo común para todas las acciones que se desempeñen a largo plazo dentro de la organización.

El desarrollo coherente de la visión, las metas, los objetivos y las estrategias de la OSI definen el alcance y la dirección de las actividades de la organización, por tanto, se debe mantener el sentido global de la organización y reflejar la integración organizativa(11) buscando siempre la coordinación entre las unidades operativas del sistema, coherencia y alineación entre los objetivos y las estrategias y además implementarlas efectivamente dentro de la organización.

Los objetivos y estrategias globales de cada una de las UO deben estar alineados con los objetivos y estrategias globales de la OSI. A la alineación entre los objetivos de las diferentes UO y los objetivos del sistema se denomina *coordinación en sentido horizontal*, mientras que la alineación entre las estrategias de las UO y los objetivos del sistema se denomina *coordinación en sentido vertical* (16).

El Plan estratégico de la OSI y la implementación del mismo, sería la herramienta de gestión que dispone esta organización para establecer la misión, metas, objetivos y la estrategia global para el sistema. La implementación de la estrategia requiere de los

siguientes procesos: alinear estratégicamente el sistema, realizar los cambios organizativos pertinentes y llevar un control estricto de los resultados.

La estructura organizativa

La estructura organizativa se refiere al grupo de actividades desarrolladas por diferentes unidades con la particularidad de ser llevadas a cabo de forma coordinada.

La estructura organizativa se refiere al grupo de actividades desarrolladas por diferentes unidades con la particularidad de ser llevadas a cabo de forma coordinada. Las cinco partes fundamentales de la estructura organizativa son el ápice estratégico que está compuesto por los directivos que ocupan el estrato superior de la jerarquía y su staff personal, la línea media constituida por los directivos que vinculan el ápice estratégico con el núcleo de operaciones, la tecnoestructura, donde los analistas desarrollan su labor de normalización del trabajo ajeno, el staff de apoyo que respalda el funcionamiento del núcleo de operaciones por la vía indirecta, y finalmente, el núcleo de operaciones.

La estructura de las organizaciones se configura a partir de la forma de la **agrupación de los puestos de trabajo**, de los **mecanismos que se establecen para coordinar** estas unidades y sus actividades, el **tipo de descentralización** que presenta la organización, la de **parte de la estructura** con más peso y el **factor de contingencia**, o variable que determina la estructura que predomina.

La agrupación en las unidades

Existen dos bases para agrupar los puestos de trabajo y las actividades: la **agrupación según el mercado** en la que las actividades están agrupadas según los productos o servicios que da la organización, y la **agrupación según las funciones** en las que las

actividades están agrupadas según las funciones que se utilizan para producir los productos o servicios (17)

Los mecanismos de coordinación o control que parecen explicar las formas fundamentales en las que las organizaciones coordinan su trabajo son: la adaptación mutua, la supervisión directa y la normalización (17).

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

Mintzberg (17) considera cuatro tipos de mecanismos de coordinación basados en la adaptación mutua, que él denomina **dispositivos de enlace**: el puesto de enlace, el grupo de trabajo y comité permanente, el directivo integrador y la estructura matricial. Los puestos de enlace se utilizan cuando necesita un contacto considerable para coordinar el trabajo de dos unidades; en los grupos de trabajo y comités permanentes la reunión constituye el principal vehículo para facilitar la adaptación mutua. Cuando se institucionaliza una reunión, nombrando formalmente a sus participantes y concertándola con regularidad, se considera que se ha integrado a la estructura formal; Cuando se necesita más coordinación por adaptación mutua de la que pueden proporcionar los puestos de enlace, los grupos de trabajo o los comités permanentes, la organización puede nombrar un directivo integrador, es decir, un puesto de enlace dotado de autoridad formal; la estructura matricial representa el esfuerzo organizativo

por combinar los dos tipos de agrupación en una misma estructura. Es decir, este tipo de estructura permite organizar los recursos en torno a programas, productos o proyectos sin tener que renunciar a la especialización o duplicar los recursos. Como contrapartida la estructura matricial sacrifica el principio de unidad de mando.

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

La agrupación constituye en sí mismo un medio para coordinar las actividades y cargos de una organización. Por lo tanto, según sea la base de agrupación escogida (mercado o funciones), la organización estará estimulando la coordinación de las funciones o de los procesos. La agrupación según el mercado estimula la coordinación entre especialistas que desempeñan distintas funciones; la agrupación según las funciones incentiva la coordinación entre los especialistas que desempeñan la misma función. Por lo tanto, un elemento central en el análisis de la estructura de las OSI es la forma en la que agrupan sus actividades de dirección, operativas y de apoyo fundamentales(18).

Sistemas de planificación y control

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

Descentralización en la toma de decisiones

Las estructuras centralizadas son aquellas en las que la decisión se toma en un único punto de la organización. Las descentralizadas son aquellas en las que el poder queda dividido entre numerosos individuos. Existen dos tipos de descentralización: la **vertical**, en la que el poder formal se dispersa a medida que desciende por la jerarquía, y la **horizontal**, en la que el poder se dispersa fuera de la estructura lineal; si las decisiones de distinto tipo quedan dispersas en distintos puntos de la organización, se dice que la descentralización es **selectiva**, mientras que si estas diversas decisiones quedan dispersas en un mismo punto de la organización, se dice que la descentralización es **paralela**.

La cultura organizativa

La cultura de un grupo puede ser definida como una pauta de inferencias básicas que el grupo ha aprendido, para resolver los problemas de adaptación externa y de integración interna, que han sido consideradas como válidas, y por tanto, pueden ser transmitidas a los nuevos miembros como la manera correcta de percibir, pensar y sentir con relación a éstos problemas(19).

Sistema de asignación de recursos dentro de la OSI

Para alcanzar la eficiencia, la red debe tener incentivos a tratar el problema de salud en el lugar más costo efectivo dentro del continuo asistencial. Esto solo se logra si los incentivos de las diferentes unidades están alineados con los objetivos globales del sistema. Los componentes del sistema - hospitales, equipos de atención primaria, etc.- se convierten en centros de costes que deben ser gestionados dentro de un único presupuesto(5) Estos deben visualizar que son responsables tanto de los costes directos en los que incurre la unidad, como de los costes inducidos sobre el resto de unidades.

La elección de los centros de beneficio depende del sistema de pago de la OSI. Bajo un sistema de pago caputivo, las diferentes unidades operativas son centros de gasto, nunca de ingresos. Más actividad significa más costes y por lo tanto menos beneficios.

1.1.6. Coordinación asistencial

La coordinación asistencial se refiere a la concertación de las diferentes actividades que se requieren para atender al paciente a lo largo del continuo asistencial, es decir, los servicios que se abarcan desde la atención primaria hasta la terciaria(20).

A partir de los tipos de colaboración de Lorenz et al(21) se han agrupado los modelos de colaboración así:

- **Provisión paralela.**

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

- **Gestor-consulta**

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

- **Co-provisión de la atención**

La co-provisión de la atención supone la responsabilidad compartida por parte de los profesionales que intervienen en la resolución del problema de salud. La provisión conjunta generalmente no es jerárquica, aunque uno de los profesionales

puede asumir el papel de liderazgo en el tratamiento, dependiendo de las características y evolución del problema.

Diversos instrumentos se pueden utilizar para lograr la coordinación asistencial: la planificación de la atención, guías y protocolos clínicos sistemas de información vertical a lo largo de la organización, que recojan información económica, operacional, para planificación y análisis e información clínica, uso de otros canales de información; grupos de trabajo y sistema experto.

El sistema de información vertical debería estar compuesto por: Sistema de información económica, sistema de información operacionales, sistemas de planificación y análisis y el sistema de información clínica. El sistema de información clínica de una OSI, debería incluir a su vez: un sistema de registros clínicos a lo largo del continuo asistencial; herramientas de soporte a la decisión clínica que den soporte a la práctica médica, y un sistema de información para el análisis de resultados en la población atendida.

En el ámbito de la atención sanitaria los grupos de trabajo se han constituido tradicionalmente para mejorar la coordinación de la atención. Se pueden establecer tres categorías de grupo de trabajo según el grado de colaboración alcanzado(22). Grupos multidisciplinarios donde cada profesional trabaja de manera paralela, con una definición clara de los roles, especificando las tareas y las líneas jerárquicas de autoridad; en los grupos interdisciplinarios, los profesionales se reúnen regularmente para coordinar los programas de tratamiento de los pacientes; y los grupos transdisciplinarios donde todos los miembros contribuyen consensuadamente, a un plan individualizado para el paciente, y uno o dos miembros son designados como los agentes para la intervención.

En las últimas décadas se han implementado en distintos sistemas de salud, estrategias para gestionar coordinadamente la atención de pacientes con necesidades complejas que requieren una colaboración más estrecha entre distintos niveles asistenciales. Los programas de gestión de enfermedades PGE y la gestión de casos. La gestión de casos se centra en pacientes individuales y sus familias. Los pacientes son gestionados a lo largo del continuo asistencial(23). El PGE es un sistema coordinado de información e intervenciones sanitarias para aquellas poblaciones que sufren determinadas enfermedades que comparten la característica del valor de los autocuidados en su tratamiento y control(24). Mediante estos programas, todos aquellos que son responsables en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, se ponen de acuerdo en los estándares, personal y costes en los que se incurre para proveer la atención(25).

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

1.1.7. Desempeño de la organización

El desempeño de la organización permite conocer si las estrategias de las OSI se están implementado efectivamente a través del análisis de la eficiencia y la continuidad.

Continuidad

La continuidad en la atención hace referencia al grado de conexión y coherencia en las actividades dedicadas a la atención de un paciente a lo largo del tiempo. Todo esto

como resultado de una buena información, las habilidades comunicativas entre el personal y una buena coordinación en la atención(26).

Eficiencia

La eficiencia se refiere al alcance de los resultados deseados con el uso más costo – efectivo de los recursos sean éstos humanos, físicos y/o económicos(27).

La eficiencia refleja no sólo si los programas de salud y los servicios de la OSI son producidos al más bajo costo posible, sino también si la organización provee servicios o intervenciones haciendo uso de los recursos disponibles sin descuidar la calidad de los mismos.

1.2. Justificación

Ha sido en Estados Unidos, con un sistema de salud muy fragmentado, donde han proliferado las organizaciones sanitarias integradas y por tanto, donde se ha realizado el mayor número de estudios sobre las mismas. En Cataluña, con un Sistema Nacional de Salud, también han aparecido progresivamente las OSI. A diferencia del caso norteamericano, donde la bibliografía sobre el tema es abundante, en Cataluña y España son escasos los estudios sobre integración de servicios sanitarios.

Por esta razón se crea la necesidad de investigar y así documentar la información existente sobre las Organizaciones Sanitarias Integradas, basándose en las características de los servicios sanitarios integrados de Cataluña; de esta forma se contribuirá al mejoramiento de las experiencias catalanas basados en los aspectos del

ámbito interno y externo de las organizaciones, fundamentados en la revisión bibliográfica, la cual constituye el marco conceptual que es la base para el análisis.

Actualmente, el Consorci Hospitalari de Catalunya esta llevando a cabo la investigación “Organizaciones Sanitarias Integradas de Base Territorial” en la que se analizan diversos casos de organizaciones sanitarias integradas de Cataluña. El presente estudio contribuye a la investigación con el análisis de dos de los casos seleccionados.

1.3.Preguntas de investigación

- ¿Cómo se formaron las OSI en Cataluña?
- ¿Qué características tienen las OSI de Cataluña?
- ¿Cómo es el entorno en el que funciona las OSI?
- ¿Cómo es el modelo de gobierno y los atributos de buen gobierno de las OSI en Cataluña?
- ¿Cuáles son las características del modelo organizativo y de gestión de las OSI en Cataluña en cuanto a la dimensión estratégica, estructura y asignación de recursos?
- ¿Cómo es la coordinación asistencial en la OSI?

1.4.Objetivos

GENERAL

Analizar dos casos de Organizaciones Sanitarias Integradas en Cataluña mediante la aplicación de la guía para el estudio de las OSI de base territorial, desarrollado por el Consorci Hospitalari de Catalunya.

ESPECÍFICOS

- Describir dos Organizaciones Sanitarias Integradas de Cataluña seleccionadas y conocer sus características.
- Analizar el entorno de las dos OSI seleccionadas.
- Analizar el modelo de gobierno y los atributos de buen gobierno de las dos OSI incluidas en el estudio.
- Analizar las características del modelo organizativo y de gestión de las dos OSI.
- Analizar los elementos de la coordinación asistencial de las dos OSI.

1.5.Limitaciones

- Para la revisión de la bibliografía sólo se tuvieron en cuenta documentos en inglés, español y Catalán; por lo que es no ha sido incluida información existente en idiomas diferentes a los mencionados.
- Por ser esta la primera investigación que se realiza sobre las organizaciones sanitarias integradas de Cataluña, no se cuenta con información previa que permita la comparación de los resultados del estudio.
- Los estudios realizados sobre el análisis de las organizaciones sanitarias integradas son escasos, lo que reduce la cantidad de información que pueda encontrarse sobre éste tema.
- Los estudios realizados en Estados Unidos o Canadá sobre organizaciones sanitarias integradas no son comparables a las OSI de Cataluña debido a las diferencias en los sistemas de salud de los países de referencia.
- Debido a la extensión del trabajo y los problemas de acceso a datos de referencia en cuanto a coordinación y eficiencia, el análisis se centrará en aspectos de estructura y proceso.
- El análisis de aspectos como el liderazgo y cultura de las organizaciones se encuentra limitado por el tiempo disponible para la realización de este estudio.

1.6. Bibliografía

- (1) 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.
- (2) 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.
- (3) 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.
- (4) Conrad DA, Shortell SM. Integrated health systems: promise and performance. *Front Health Serv Manage* 1996; 13(1):3-40.
- (5) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff (Millwood)* 1994; 13(5):46-64.
- (6) Vazquez ML, Vargas I., Farré J. Organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. 2003. Consorci Hospitalari de Catalunya.
- (7) Vázquez ML, Vargas I., Farré J. Marco conceptual para el estudio de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI). 2004. Consorci Hospitalari de Catalunya.
- (8) Vázquez ML, Vargas I., Farré J. Guía para el estudio de Organizaciones Sanitarias Integradas. 2004. Consorci Hospitalari de Catalunya. CHC.
- (9) Conrad DA, Dowling WL. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Manage Rev* 1990; 15(4):9-22.

- (10) Simoes S, Scott A. Towards a definition and taxonomy of integration in primary care. 1999.
- (11) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. Remaking health care in America. *Hosp Health Netw* 1996; 70(6):43-4, 46, 48.
- (12) Shortell SM, Hull KE. The new organization of the health care delivery system. *Baxter Health Policy Rev* 1996; 2:101-148.
- (13) Skelton-Green JM, Sunner JS. Integrated delivery systems: the future for Canadian health care reform? *Can J Nurs Adm* 1997; 10(3):90-111.
- (14) Ibern P., Calsina J. Más allá de la separación de la separación de funciones: Las organizaciones sanitarias integradas. 2001.
- (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) Val Pardo I. *Sistemas de Salud: Diagnóstico y planificación*. Madrid: Diaz de Santos, 2001.
- (17) Mintzberg H. *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel, 1988.
- (18) Charns MP. Organization design of integrated delivery systems. *Hosp Health Serv Adm* 1997; 42(3):411-432.
- (19) Schein EH. *Organizational culture and leadership*. 2 ed. San Francisco: 1992.
- (20) Reid RJ., Haggerty J, McKendry R. *Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare, Final Report*. 2002. Canadian Health Services Research Foundation.
- (21) Lorenz AD, Mannsch LB, Gawinski BA. Models of collaboration. *Health Care Management Review* 1999; 26(2):401-410.

- (22) Mickan S, Rodger S. The organisational context for teamwork: comparing health care and business literature. *Aust Health Rev* 2000; 23(1):179-192.
- (23) Weiss ME. Case management as a tool for clinical integration. *Adv Pract Nurs Q* 1998; 4(1):9-15.
- (24) Peiró M. Integración de proveedores de servicios asistenciales. *Cuadernos de gestión* 2001; 7(2):59-64.
- (25) Pilnick A, Dingwall R, Starkey K. Disease management: definitions, difficulties and future directions. *Bull World Health Organ* 2001; 79(8):755-763.
- (26) Lamb G. Outcomes across the care continuum. *Med Care* 1997; 35(11):106-14.
- (27) Davies M. Performance measurement in integrated health systems. Halifax, Nova Scotia: Canadian College of Health Service Executive, 2002.

2. ARTÍCULO

UN ESTUDIO DE CASO DE DOS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS EN CATALUÑA

Autores: Diana Henao Martínez

Consorti Hospitalari de Catalunya

2.1. Resumen

Introducción. Las reformas de los sistemas de salud han pasado de promover la competencia a favorecer la coordinación asistencial. Así, han surgido experiencias donde se integran servicios sanitarios; entre ellas, las organizaciones sanitarias integradas (OSI). El país con más estudios al respecto es Estados Unidos; al contrario, poco se conoce en Cataluña sobre las OSI que han surgido en el territorio.

Objetivo. Analizar dos casos de OSI en Cataluña aplicando la guía para el estudio de las OSI de base territorial.

Métodos. Estudio de caso con múltiples fuentes de evidencia, utilizando análisis de documentos, entrevistas individuales semi-estructuradas y análisis de registros.

Resultados. SSIBE es una organización virtual, integrada totalmente, con integración vertical, modelo de gobierno centralizado y modelo organizativo de integración funcional agrupada por especialidades. Uno de los mecanismos de coordinación asistencial, es la historia clínica informatizada. BSA es una organización virtual, totalmente integrada con integración vertical, modelo de gobierno centralizado y modelo organizativo de diseño divisional donde cada línea corresponde a un nivel de atención. Entre los mecanismos de coordinación se encuentran guías de práctica clínica entre niveles y la historia clínica informatizada.

Conclusiones. Al analizar SSIBE y BSA se han conocido aspectos del ámbito interno y entorno de ambas organizaciones y reconocer en ellas algunas de las características necesarias para el logro de los objetivos de las OSI.

2.2. Abstract

Introduction. In the last years, the speech of the health systems reforms has changed from promote the competition to favor the welfare coordination. With this new direction, experiences in different countries have arisen, where the sanitary services have been integrated. Among them, it is possible to emphasize the experiences known as integrated sanitary organizations (ISO), which are defined as a network of organizations who offer the welfare continuum to a certain population. One of the countries where more studies have been made on the matter is in the United States; in opposition to this, in Catalonia little it is known on the ISOs that has arisen in the last years in this community. The present study, framed in the project "Integrated Sanitary Organizations in Catalonia" of the Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC), it contributes with information on two selected organizations.

Objective. To analyze two cases of Integrated Sanitary Organizations in Catalonia by means of the application of the guide for the study of the ISO of territorial base.

Methods. A case study with multiple sources of evidence was made in which the "Guide for the study of Integrated Sanitary Organizations" was applied, using qualitative and quantitative methods of investigation like the analysis of documents, individual interviews semi - structured and the analysis of registries.

Results. SSIBE is a virtual organization, integrated totally, with vertical integration backwards that serves of continuous the welfare one in the region of Baix Empordà. SSIBE participates in the test pilot of financing per capita and in addition, it maintains the objectives by lines of services. Its model of government is centralized and its organizational model is a functional integration grouped by specialties. One of the mechanisms of welfare coordination, is the computerized clinical history which this integrated for the three levels. BSA also is a virtual organization, totally integrated with vertical integration backwards. The municipalities of BSA performance are Badalona, Montgat and Tiana. The Services are made through contracts by lines of services with

each one of the entities that conform the organization (HMB, BGA and CSSC). The government model is centralized and the organizational model is a divisional design in which each line corresponds with an attention level. Between the coordination mechanisms are the guides of clinical practice between levels and computerized clinical history for the different welfare levels.

Conclusions. With the analysis of SSIBE and BSA it has been possible to know internal and external aspects of both organisations and to recognize in them some of the characteristics that literature mentions as necessary for the profit of the objectives of the ISOs. In spite of the differences between the analysed organisations, note as each one has looked for the mechanisms to integrate itself and to serve the welfare continuum, despite would be desirable that the government assumed own responsibilities of the their position. In addition it is necessary to deepen in questions of culture and performance to measure the main targets of the integrated sanitary organisations.

2.3. Introducción

En los últimos años, diversos factores han llevado a cambiar los discursos dominantes en políticas de salud de la competencia hacia la búsqueda de mayor eficiencia mediante la coordinación de proveedores de salud. Lo cual ha dado como resultado nuevas experiencias en las formas de organización y gestión de los servicios de salud(1).

Estas experiencias conocidas como organizaciones sanitarias integradas (OSI), definidas como redes de organizaciones que ofrecen atención coordinada a través del continuo de servicios de salud a una población determinada(2), han generado entre proveedores y analistas de políticas en salud, una firme inclinación por su desarrollo puesto que tales organizaciones representan ventajas competitivas en la atención en salud cuando las integraciones son exitosas(1). Estados Unidos, entre otros países, ha sido el pionero en este ámbito y gracias a ello han realizado investigaciones que documentan el tema algunas, determinando los potenciales beneficios de las OSI y otras demostrando que muchas organizaciones no funcionan de manera integrada(1;3;4), esto demuestra la necesidad de conocer mejor los potenciales beneficios y las dificultades en la implantación de las OSI.

En Cataluña también han surgido OSI que funcionan hace algunos años, adaptándose al sistema de nacional de salud y las condiciones del medio, con características propias que aún no han sido analizadas y requieren ser estudiadas para documentar estas experiencias. Partiendo de estas consideraciones surgen las preguntas ¿Qué características tienen las OSI de Cataluña? Y ¿Cómo es el entorno, modelo de gobierno, modelo organizativo y la coordinación asistencial de estas organizaciones?; para dar respuesta a estas preguntas el estudio tiene por objetivo analizar dos casos de OSI en Cataluña.

2.4. Metodología

Se realizó un estudio de caso con múltiples fuentes de evidencia(8) en dos OSI de Cataluña, mediante la aplicación de la “Guía para el estudio de OSI de base territorial”(7) (Tabla 1) la cual contiene aspectos principales para el estudio de las OSI elaborados basándose en la búsqueda, recopilación y análisis bibliográfico existente sobre el tema(6). El trabajo de campo se desarrollo entre abril y septiembre de 2004.

Muestra

Se seleccionaron dos casos de estudio teniendo en cuenta: Ser proveedor integrado verticalmente; tener más de cinco años de gestión conjunta; una población de referencia definida y un hospital comarcal dentro de la red. Los casos seleccionados fueron: Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE) y Badalona Serveis Assistencials (BSA).

En la selección de los documentos se incluyó documentación elaborada al interior de las organizaciones y de conocimiento público, con información sobre los elementos de análisis del estudio como: estatutos, planes estratégicos, organigramas, guías de práctica clínica, guías farmacológicas, acuerdos, presentaciones, contratos, entre otros.

Para la selección de los informantes, entre el personal directivo se entrevistó al Director de Evaluación, Información e Investigación de SSIBE y al Director de Planificación y Desarrollo de BSA. Además se seleccionaron entre el personal médico, profesionales de atención primaria, atención especializada y sociosanitaria de las dos organizaciones.

Métodos

Se utilizaron técnicas cualitativas de investigación: análisis de documentos, entrevistas individuales semi-estructuradas. Para el análisis fue utilizada la técnica cualitativa de análisis narrativo del contenido, el cual consiste en ordenar, estructurar y dar significado a la información obtenida.

Análisis de documentos

Se revisó la documentación proporcionada por SSIBE y BSA (Anexo). Con la información obtenida de los documentos revisados y siguiendo los instrumentos, se analizaron las dimensiones de las OSI. La descripción, las características y la evolución de las organizaciones se realizó con las memorias de actividad, históricas y diapositivas; el entorno se analizó con los contratos y artículos de páginas web; los modelos de gobierno se analizaron con los estatutos; el modelo organizativo se analizó con los planes estratégicos, principios y objetivos institucionales, organigramas, presupuestos y modelos de contratos de los profesionales; y la coordinación asistencial, mediante guías de práctica clínica, artículos sobre los sistemas de información, trayectorias médicas y circuitos administrativos.

Entrevistas Individuales

Se entrevistaron individualmente seis actores clave en el proceso de constitución de las organizaciones para caracterizarlas y obtener información respecto a las dimensiones propuestas para el análisis de las organizaciones. También se entrevistaron médicos de los diferentes niveles para analizar la coordinación asistencial. Las preguntas para realizar las entrevistas se basaron en la “Guía para el estudio de OSI de base territorial”.

Análisis de registros

Se analizaron registros poblacionales y sociales para describir las principales características sociodemográficas de la población de referencia de las dos organizaciones y describir las principales características del territorio.

Controles de calidad

Para asegurar la calidad de los resultados se verificó y trianguló la información utilizando diferentes fuentes e informantes.

2.5. Resultados

A continuación se presentan los resultados del estudio realizado en los dos casos seleccionados: SSIBE y BSA, de acuerdo con las dimensiones analizadas.

A. Serveis de Salut Integrats Baix Empordà

a. Descripción

SSIBE es una OSI que nació en 1994 y esta conformada por dos entidades: la Fundación Mossèn Miquel Costa-Hospital de Palamós y el Consorci Assistencial del Baix Empordà (CABE) siendo la fundación quien lideró la integración. En la tabla 2 se describen las unidades que conforman cada entidad lo cual denota la profundidad de la integración, la población de referencia del continuo asistencial y del área de referencia hospitalaria, estos datos indican una penetración de la organización en el territorio del 72%.

b. Características generales

Las entidades que conforman SSIBE ofrecen a su población de referencia el continuo de servicios en AP, especializada y sociosanitaria, los cuales conforman la cartera de servicios y a su vez muestran la amplitud de la integración de la organización. Adicionalmente en AP ofrecen servicios privados como: medicina del deporte, podología y homeopatía. En atención especializada, realiza las actividades propias de un hospital general básico y ofrece los servicios de nefrología, hemodiálisis y cámara hiperbárica,. Así mismo, la organización gestiona centros de atención geriátrica en Sant Feliu de Guíxols y Palafrugell.

La relación entre las entidades que conforman SSIBE se produce mediante una sociedad llamada "agrupación de interés económico" SSIBE-AIE-, la cual les permite compartir servicios no asistenciales(9). Los servicios asistenciales están consolidados sin

personalidad jurídica, bajo el nombre de Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Al mismo tiempo, la Fundación es miembro mayoritario del CABE y el presidente del consejo de gobierno del CABE es también presidente del patronato de la Fundación.

Según los tipos de servicios que se integran, SSIBE es una OSI de **integración vertical hacia atrás**. Según el nivel de producción de servicios es **integración total** y según la forma de relación entre las unidades operativas, se clasifica como **una OSI Virtual**.

c. Entorno

El entorno en el que SSIBE ofrece sus servicios (tabla 3) es la comarca del Baix Empordà donde además realizan actividades otras entidades públicas de salud. La compra de los servicios de salud de SSIBE con el SCS, se realiza a través de la prueba piloto de financiación per cápita y además mantiene los objetivos del contrato por líneas de servicios. Para adquirir una responsabilidad única delante del comprador, los contratos son firmados por el gerente del CABE y el gerente de la fundación, que en este caso es la misma persona.

d. Modelo de gobierno

Dimensiones del gobierno

El control en SSIBE lo ejercen dos órganos de gobierno: el Patronato de la Fundación Mn. Miquel Costa-Hospital de Palamós y el Consejo de Gobierno del CABE; el órgano que rige la AIE, es el mismo que rige al CABE; es decir, SSIBE posee múltiples órganos de gobierno entre los cuales no existe relación jerárquica por encontrarse al mismo nivel. La coordinación entre ellos se da mediante de la presencia de los miembros en los dos órganos a la vez, la asistencia del Gerente en las reuniones (con voz pero sin voto), reuniones periódicas y comunicación permanente entre la gerencia y la presidencia de los dos órganos de gobierno.

Las funciones del patronato de la Fundación, indican principalmente actividades que impliquen el buen funcionamiento del hospital, la aprobación de cuentas y presupuestos, entre otras. Las funciones del consejo de gobierno del CABE se basan en el cumplimiento de los estatutos, aprobación del plan general, planes anuales de actividades, presupuestos, convenios para prestación de servicios con entidades públicas y en general, las actividades que la ley permita. De acuerdo con información proporcionada por personal directivo de SSIBE, el patronato y el consejo de gobierno cumplen con dichas funciones. Según el control que poseen los órganos de gobierno de la de organización y las funciones que realizan, éste es un órgano centralizado.

Atributos del buen gobierno

La participación de los órganos de gobierno en la articulación de la misión global, las estrategias y los principios institucionales de SSIBE consiste en la aprobación de los mismos.

Entre las funciones de los órganos de gobierno, no se encuentran funciones que hagan referencia al control del desempeño de la organización ni un sistema de evaluación del desempeño de los órganos de gobierno pero sí, sobre el desempeño de la entidad a la cual representa. Los resultados obtenidos en la organización en cuanto al progreso de la integración y resultados de salud en la población se recogen a través del cuadro de mando, los analiza el Consejo Directivo y son presentados por el Gerente a los órganos de gobierno.

e. Modelo organizativo de SSIBE

Dimensión estratégica

SSIBE no posee un plan estratégico formal pero si, diversos documentos de análisis y planificación estratégica, donde se definen su misión, objetivos institucionales. En General, los objetivos institucionales de SSIBE pretenden: promover un sistema sanitario y social

integrado en la comarca, alcanzar un clima laboral positivo, incrementar la presencia y la implicación de la organización en la sociedad, incidir en el sector sanitario y social y alcanzar resultados económicos equilibrados. Entre los objetivos de las unidades asistenciales siempre está presente el cumplimiento de los objetivos del comprador y además, para el presente año aparecen objetivos referentes a la atención de la gente mayor con dependencia. Los objetivos de las unidades asistenciales y los de SSIBE se encuentran alineados sin presentar conflicto entre ellos, esto es lo que la literatura llama coordinación en sentido horizontal(15).

Estructura organizativa

El organigrama actual de SSIBE, elaborado en el 2001, está basado en la integración de niveles asistenciales. El gerente y cuatro direcciones (Evaluación, Información e Investigación, Operativa, Economía y Finanzas, Recursos Humanos) que son transversales para toda la organización conforman la AIE. El gerente, la Dirección Asistencial y las cuatro direcciones transversales constituyen el consejo de dirección, uno de los órganos de gestión de SSIBE.

La Dirección asistencial se encuentra unificada y organizada por ámbitos de especialidad en cuatro unidades asistenciales: unidad médica, infancia y mujer, urgencias y quirúrgica. Dicha dirección y las cuatro unidades asistenciales conforman el segundo órgano de gestión llamado dirección asistencial. Las unidades de Laboratorio, Farmacia, Admisiones, Atención al cliente son transversales para las unidades asistenciales.

Las funciones de dirección que realiza la dirección asistencial son la planificación asistencial, reclutamiento, selección, formación y evaluación del personal. El consejo de dirección se encarga del establecimiento de metas, objetivos y estrategias, la planificación financiera y de inversiones, las políticas de investigación y docencia, el sistema de salarios e incentivos y las relaciones con otras instituciones. Las funciones de dirección que

realizan en conjunto son actividades de planificación como la planificación estratégica, la planificación del presupuesto, así como de recursos humanos de las unidades asistenciales; la determinación de funciones y tareas, el establecimiento de mecanismos de coordinación, gestión de personal y evaluación.

Estas funciones se llevan a cabo en primera instancia en el consejo de dirección, de allí pasan a la dirección asistencial, posteriormente a las comisiones permanentes y finalmente a cada unidad asistencial, ABS o profesional que corresponda. Este sistema muestra una centralización vertical de la gestión puesto que las funciones y actividades de dirección las desempeñan la dirección asistencial debido a su unificación. Para coordinar las funciones de dirección y otras funciones se crearon comisiones permanentes y las orientadas a la calidad asistencial.

El sistema de planificación y control que utiliza SSIBE, es un sistema de control del rendimiento en el que se negocian los objetivos y los presupuestos entre los directivos de la organización y las unidades asistenciales. Las acciones específicas de las unidades asistenciales como la gestión del presupuesto asignado, reclutamiento, selección y acogida de personal de la unidad, formación y capacitación del personal así como la evaluación de su desempeño, las deciden las propias unidades asistenciales. Finalmente, los resultados se controlan a posteriori mediante el cuadro de mando que permite evaluar el avance en el cumplimiento de los objetivos mes a mes.

Para la coordinación de los procesos asistenciales SSIBE hace uso de los siguientes mecanismos: guías de práctica clínica como la guía clínica fibrilación auricular, la guía de actuación clínica en el paciente con ICTUS; el sistema de información integrado y la guía farmacoterapéutica. Todos estos mecanismos, según la tipología de Mintzberg, se clasifican como normalización de procesos de trabajo y los grupos de trabajo como dispositivo de enlace.

■ **Tipo de estructura**

SSIBE presenta una integración funcional agrupada por especialidades: unidad médica, unidad infancia y mujer, unidad de urgencias y unidad quirúrgica con componentes de matricialidad. Según el tipo de mecanismo de coordinación de procesos asistenciales y de dirección su estructura es de tipo orgánica.

Sistema de asignación de recursos e incentivos

El presupuesto de la organización se construye basándose en la actividad que se prevé realizar, costes correspondientes a esta actividad, objetivos estratégicos y recursos disponibles en función de los contratos con el principal comprador más lo previsto ingresar por otras actividades que no son de financiación pública (mutuas, particulares, seguros privados, etc.). Para asuntos fiscales, el presupuesto se presenta por empresas: Hospital de Palamós, CABE, SSIBE AIE. Pero, desde gestión se realiza un presupuesto único que se asigna por centros de coste.

SSIBE posee un presupuesto único para toda la organización que parte de los objetivos. Su sistema de financiación es global puesto que el sistema de pago se realiza per capita y la retribución por categoría profesional se realiza a igualdad de servicio a lo largo de la organización; todos estos, mecanismos para la flexibilidad en la movilidad de recursos dentro de la organización. Sin embargo, otras condiciones que según la teoría, son necesarias en el sistema de asignación de recursos(4) para proporcionar incentivos a la eficiencia y a la coordinación no se cumplen en este sistema, pues no existe facturación entre los centros de la organización, ni se imputan los costes de gestión a las unidades asistenciales y la capacidad de compra de servicios no ha sido transferida a los centros (ésta se gestiona para toda la organización).

El porcentaje que representa dentro del presupuesto de SSIBE cada una de las líneas de producto es de un 25.5% para el CABE, un 70.5% para el hospital y 4% para el sociosanitario aproximadamente.

Los incentivos asignados a los profesionales de la organización están directamente relacionados con los objetivos anuales y los objetivos trazados para cada unidad asistencial. Los incentivos varían por categoría profesional y por centros de atención ajustados en función de los beneficios económicos que tiene cada centro. Para los directivos, están relacionados con el cumplimiento de los objetivos corporativos anuales y el resultado económico de la entidad.

f. Coordinación asistencial

Organización asistencial

En SSIBE, la AP es la puerta de entrada para los pacientes acceder a los servicios de la organización. Desde allí, el médico de cabecera es el encargado de resolver la situación del paciente, consulta con los especialistas aquellos casos que presentan dudas y se derivan los que requieren de la atención especializada. El hospital y el sociosanitario hacen las veces de consultores y prestan los servicios especializados. La colaboración que se da entre los diferentes niveles asistenciales es de tipo Gestor-consultor. En este caso, el médico de cabecera es quien aparece como responsable del paciente y actúa como enlace para encausar la comunicación con los especialistas de los otros niveles.

Dentro del continuo asistencial, la AP, además de ofrecer los servicios básicos habituales, participa en otros procesos como la atención continuada, el programa específico de atención a la población desplazada y servicio de fisioterapia. También con el programa ATDOM, en el que se integraron AP, atención de agudos y sociosanitaria para la atención a los pacientes paliativos y el seguimiento de los pacientes con patología crónica.

Instrumentos de coordinación asistencial entre niveles

Como instrumentos de coordinación asistencial, en SSIBE se han utilizado guías de práctica clínica, grupos de trabajo, guía farmacoterapéutica, sistema de experto y circuitos administrativos.

La **guía clínica de fibrilación auricular** se caracteriza por ser una herramienta básica para cualquier médico que trabaje en el área de urgencias de la organización. Su principal objetivo es unificar los criterios de actuación frente a la fibrilación auricular en el ámbito de la atención urgente en la entidad.

Guía de actuación clínica en el paciente con ICTUS se caracteriza por el énfasis en la coordinación entre niveles, que protocoliza la actuación de AP, hospital, urgencias y enfermería. Su principal objetivo es ser instrumento para la atención integral del paciente con ICTUS, desde todos los niveles. Uno de sus mecanismos de coordinación asistencial es la planificación del alta hospitalaria. En ella se enumeran las intervenciones a realizar en planta desde el primer día de ingreso, la preparación para el alta del paciente y los aspectos a tener en cuenta al momento del alta del paciente ya sea para domicilio o centro de acogida.

También se encuentran elaboradas las guías de: Identificación de casos y control de contactados de TBC, osteoporOSI, Rectorragia (guía SCMFIC) y obesidad.

Los **grupos de trabajo** surgen según las actividades encomendadas o las necesidades detectadas, especialmente en el ámbito asistencial. Los grupos se encargan del desarrollo de guías clínicas, el consenso de criterios de derivación de pacientes entre niveles, etc.

La **guía farmacoterapéutica** fue elaborada por grupos de profesionales asistenciales y farmacéuticos de la organización pertenecientes a los diferentes niveles de atención; la guía es de manejo generalizado en toda la organización; el documento se encuentra a disposición de todo el personal asistencial en la Intranet y en formato papel impreso. Su objetivo es mejorar la calidad y la eficiencia de la prescripción farmacéutica.

En **las sesiones compartidas** Hospital-Primaria, los especialistas del Hospital se desplazan una vez al mes a los centros de atención primaria con el fin de intercambiar conocimientos con los profesionales de cada centro, conocer el entorno de trabajo, favorecer las condiciones de seguimiento de los pacientes y mejorar el nivel resolutivo de AP; por esta misma razón los especialistas no realizan consulta en AP.

El sistema de petición de citas funciona desde cualquier punto de la organización ya sea AP, especializada o sociosanitario y puede realizarse a través del sistema informático compartido.

El **sistema de información** de SSIBE es una red de comunicaciones que interconecta todos los centros (Hospital, sociosanitario, CAPs y consultorios de actividad diaria), tiene como objetivo que la organización disponga de un sistema que integre toda la información asistencial y administrativa y sustituir la historia clínica en soporte papel (16).

El sistema facilita tanto información administrativa como clínica que se comparte al interior de la organización. Los datos de la historia clínica (HC) de los pacientes, pueden consultarse desde los otros niveles de atención, independientemente del proceso puesto que AP y especializada (hospital y sociosanitario) comparte la misma historia.

La HC incorpora cuadros automáticos de información que facilitan algunas de las actividades clínicas como la prescripción de recetas. El sistema también captura datos claves para los registros que lo requieren (16).

g. La coordinación en algunos procesos asistenciales seleccionados

Proceso crónico: EPOC

El manejo de la enfermedad obstructiva crónica (EPOC) reúne las características de un programa de gestión de casos en el cual se encuentran involucrados profesionales de AP, atención de agudos y sociosanitaria. El proceso ha sido liderado por un Pneumólogo con experiencia en AP, pero es el médico de cabecera quien actúa como gestor del caso y el encargado de resolver cada proceso con la asesoría del especialista y derivar sólo aquellos pacientes con sospecha diagnóstica o EPOC estadio III. El especialista hace las veces de consultor y brinda las herramientas necesarias para el soporte de la atención en primaria. En este proceso, las enfermeras de AP se les ha delegado la educación sanitaria y han sido capacitadas para aplicar las técnicas diagnósticas requeridas.

Uno de los mecanismos de coordinación es la guía de EPOC, la cual fue elaborada por personal de los servicios de medicina interna, urgencias, rehabilitación y AP, con el objetivo de disponer de un instrumento de consenso clínico para el diagnóstico, tratamiento de las agudizaciones y seguimiento, tanto hospitalario como extrahospitalario, de los pacientes con EPOC(17). La guía se encuentra a disposición de todo el personal en la Intranet.

La población a riesgo es identificada por el médico de cabecera siguiendo los criterios del protocolo. El paciente diagnosticado con EPOC, recibe capacitación individualizada sobre el uso de inhaladores y formas correctas de respiración. La información que se comparte entre los profesionales involucrados se realiza a través de la HC donde se escribe la

valoración hecha tanto por el médico de AP como el informe que realiza el Neumólogo o el especialista que ha tratado al paciente.

Crónico con dependencia: Demencia

El tratamiento de los pacientes con demencia se realiza a través de un grupo de profesionales que trabaja de manera conjunta: neurólogo, psicólogo y trabajadora social. En este proceso el médico de AP valora los pacientes a riesgo según los criterios consensuados, deriva al grupo aquellos que lo requieren y posteriormente sigue las recomendaciones del grupo, para el tratamiento del paciente. En este caso la gestión es compartida. Sus objetivos 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 fácil accesibilidad a los recursos.

Este grupo ha establecido una interrelación con los recursos sociosanitarios existentes en la entidad y se coordina con el Programa ATDOM en los casos que tienen criterios de inclusión en el mismo y la fundación EMAD.

El grupo de trabajo se reúne para realizar conjuntamente un informe sobre cada paciente y definir planes terapéuticos y recursos sociales que requiere; el informe se edita para orientar al médico de cabecera y se encuentra en la HC informatizada de la organización. El Neurólogo visita una vez por semana cada uno de los CAPs de la organización. Estas visitas funcionan a manera de sistema de experto. El correo electrónico también es una herramienta que ha facilitado el permanente contacto con los médicos de cabecera de los pacientes, optimizar y adecuar algunos tratamientos.

Proceso Agudo: Dolor Torácico Agudo (DTA)

En el caso del DTA se ha consensado la atención en todos los servicios de urgencias de SSIBE. Su coordinador es el Director de la Unidad de Urgencias. Para coordinar la

atención de este proceso se cuenta con la guía de DTA(18), la cual fue elaborada con el objetivo de distribuir los pacientes atendidos en el nivel más adecuado y acortar la duración del tratamiento trombolítico. Con la Unidad Telefónica de Coordinación de Urgencias de toda la comarca, desde la cual se activa el dispositivo más apropiado a la demanda, es posible coordinar la atención y se facilita la comunicación entre los médicos y el servicio de urgencias para así resolver dudas en el momento de la atención al paciente y coordinar las acciones a seguir.

B. Badalona Serveis Assistencials

a. Descripción

Badalona Serveis Assistencials (BSA) es una OSI conformada por tres entidades que brindan atención del continuo asistencial (AP, atención de agudos y sociosanitaria) a los municipios Montgat y Tiana y los sectores 1, 3, 8, 9, 10 y 12 de Badalona, los cuales constituyen la población de referencia de la organización. Los 3 municipios tienen una población de 220.253 habitantes. (Tabla 4)

b. Características generales

La amplitud de la integración de BSA la proporcionan los diferentes servicios que provee a lo largo del continuo asistencial. En AP, Badalona Gestió Assistencial (BGA) realiza actividades propias de este nivel; algunas consultas de especialistas que anteriormente se realizaban en el Hospital Municipal de Badalona (HMB) ahora se realizan en los CAP, estas especialidades son: cardiología, ORL, endocrinología, cirugía general, dermatología, urología, COT, neurología, pneumología y oftalmología. En atención especializada el HMB, realiza actividades correspondientes a un hospital general básico y además hace pruebas como el screening de mama y el programa sanitario de atención a la mujer. En cuanto a los servicios sociosanitarios, el Centro Sociosanitario el Carmen (CSSC) presta

los servicios estipulados para el nivel y los servicios de los programas de atención domiciliaria PADES y UFISS. Los servicios son contratados por el Servei Català de la Salut y la organización los provee en su totalidad. La profundidad de la integración la proporcionan los servicios mencionados, a través de un hospital de agudos, un centro sociosanitario, siete CAPs, un consultorio y el CASSIR. Lo que le ha permitido a BSA una penetración hospitalaria del continuo asistencial del 64% aproximadamente, el 36% restante se lo reparten entre los otros hospitales de la zona.

Según los tipos de servicios que integra, BSA es una organización con **integración vertical hacia atrás**. Según el nivel de producción de servicios es una organización con **integración total** y por la forma de relación entre las entidades que conforman la organización, ésta es una **OSI Virtual**.

c. Entorno

La actuación de BSA como organización sanitaria integrada, se lleva a cabo en Badalona, Montgat y Tiana, siendo Badalona el municipio de mayor población con 205.836 hab. En el territorio de actuación de BSA, existen además otros proveedores de salud (tabla5).

Los servicios que presta BSA son contratados por el SCS; los contratos se hacen por líneas de servicios con cada una de las entidades que conforman la organización. Los objetivos de los contratos están orientados hacia resultados de la actividad asistencial de cada una de las entidades. La responsabilidad frente al SCS esta representada en el Gerente de BSA, ya que es quien firma los contratos de las tres entidades que conforman la organización (tabla5).

d. Modelo de gobierno de BSA

Dimensiones del gobierno

Para ejercer el control en BSA, existen dos órganos de gobierno: el Consejo de Administración del HMB, SA, y el Consejo de Administración del CSSC, SA. BGA no tiene órgano de gobierno por ser una sociedad limitada. Entre estos órganos de gobierno no existe relación jerárquica ya que funcionan independientemente al mismo nivel. En los dos órganos de gobierno tienen participación la Alcaldesa de Badalona como presidenta de los consejos de administración de HMB y CSSC y la Regidora del Ámbito de Servicios Personales del Ayuntamiento de Badalona quien es la vicepresidenta de ambos organismos; el resto de los miembros de los consejos son vocales que pertenecen a diferentes grupos municipales del Ayuntamiento de Badalona.

Las funciones del consejo de administración del HMB son principalmente la aprobación de presupuestos, gastos, plantilla de personal, plan anual de la entidad y las funciones permitidas por la ley(22). El consejo de administración del CSSC tiene como principales funciones la representación de la sociedad, y aprobar las cuentas.

La estructura que presentan es una agrupación por unidades productivas en la que las entidades que gobiernan son el HMB y el CSSC a través de sus respectivos consejos de administración. El modelo de BSA presenta múltiples gobiernos por poseer dos órganos de gobierno.

Atributos del buen gobierno

En BSA los órganos de gobierno se encargan de aprobar las estrategias y misión global de la organización. Para mantener la visión global de la organización el gerente les informa a sobre los diferentes aspectos referentes al HMB, el CSSC y BSA. Existe igualmente un cuadro de mando con información para evaluar el desempeño de las unidades operativas y del sistema pero, ninguno que evalúe el desempeño del órgano de gobierno. De acuerdo

con información suministrada por personal directivo, los órganos de gobierno cumplen con la totalidad de las funciones que les corresponden.

Entre los miembros de los órganos de gobierno se encuentran personas con influencia política en el territorio. Además, a las reuniones asisten el gerente, el director económico financiero y el director médico de BSA para presentar informes sobre el estado de la organización, el estado de salud de la población, actividad asistencial y estado financiero de las tres entidades; todas estas, condiciones del órgano de gobierno para cumplir con la responsabilidad frente a la población.

La coordinación entre los órganos de gobierno se realiza a través de la presidenta y vicepresidenta de los órganos ya que coinciden como integrantes de ambos y hacen las veces de “puente de comunicación”. Sumado a esto, el gerente de BSA tiene participación en las reuniones de los dos órganos como representante de las tres entidades que la componen.

e. Modelo organizativo

Dimensión estratégica

BSA posee un plan estratégico para toda la organización, en el cual se detalla la misión, las estrategias y los objetivos de la organización. Los objetivos anuales de cada entidad y sus respectivos servicios son elaborados basándose en los objetivos globales de la organización, lo cual demuestra una alineación horizontal entre los objetivos de las unidades y los globales de BSA.

Estructura organizativa

El organigrama de BSA, elaborado en 1994, es divisional con funciones de apoyo integradas, donde cada división corresponde a una línea asistencial. La agrupación de las actividades en BSA se congregan por niveles asistenciales.

El consejo de dirección, único órgano de gestión, está formado por el gerente, la dirección de comunicación y atención al usuario, los servicios centrales estructurales y las direcciones asistenciales del HMB, de BGA y el CSSC. Las funciones de apoyo integradas asistenciales y no asistenciales prestan sus servicios para las tres entidades.

En BSA el órgano de gestión está encargado de realizar actividades como: la designación de salarios e incentivos y las relaciones con otras instituciones. Las demás actividades de gestión las realiza de manera conjunta o son delegadas a los directores de las unidades operativas. Para coordinar las funciones de dirección compartidas existe un directivo integrador; el director de planificación, por ser un directivo transversal dentro de la organización. Las funciones de dirección descentralizadas que desempeñan las unidades operativas se coordinan mediante las políticas establecidas para toda la organización y las reuniones del consejo directivo en las que participan los directores de las entidades.

La manera como llevan a cabo la gestión en BSA indica la descentralización de las actividades puesto que las funciones y las actividades de dirección son delegadas a los directores de las unidades operativas, quienes gestionan las partidas de presupuestos, recursos humanos, entre otras. Los mecanismos utilizados para coordinar estas funciones son: a través de dispositivos de enlace como son las comisiones permanentes y sistema de información vertical.

Para la fijación de objetivos de cada unidad operativa y servicios de las unidades de la organización se tienen en cuenta: los resultados de la evaluación del año inmediatamente anterior y las líneas estratégicas con sus respectivos proyectos. Este sistema de planificación para coordinar unidades es del tipo sistema de control de rendimiento en el que negocian los objetivos entre las unidades y los directivos de BSA y las acciones específicas de las unidades operativas las deciden ellas mismas.

Para la coordinación de los procesos asistenciales en los que participa más de un nivel asistencial se utilizan según la tipología de Mintzberg: **la normalización** con las guías de practica clínica como son, la guía de atención al enfermo paliativo y la guía clínica de la insuficiencia cardiaca; la trayectoria clínica del ICTUS y circuitos administrativos para la derivación de pacientes; **adaptación mutua** con los grupos de trabajo como es la comisión de trabajo entre niveles, la utilización del correo electrónico, el teléfono y las reuniones informales entre los profesionales; el sistema de información clínica mediante la historia clínica informatizada y la red interna de la organización.

■ **Tipo de estructura**

En el diseño organizativo de BSA se reconoce un diseño divisional agrupado por niveles asistenciales, con las funciones de apoyo integradas que prestan servicios a toda la organización y con descentralización de las funciones de dirección. Su estructura es mecánica puesto que utiliza mecanismos de coordinación basados en la normalización.

Sistema de asignación de recursos y de incentivos

BSA elabora un presupuesto por entidades que actúan como centros de beneficio. Para la elaboración del presupuesto se definen las líneas estratégicas, se prevé la actividad asistencial y basados en esta proyección se elaboran los objetivos de las unidades operativas; finalmente se hace una previsión de recursos humanos y formación. Los gastos de gestión que se imputan a los centros de coste esta dentro del rubro denominado “estructura” y supone un 15%.

Los incentivos para los profesionales de BSA van ligados al contrato de gestión que se pacta entre la dirección y los jefes de servicio del hospital y el CSSC o el personal de los CAP. En los contratos se detallan los indicadores y objetivos de resultado que deben cumplir.

f. Coordinación asistencial

Organización asistencial

En BSA, AP es la puerta de entrada a los servicios de la organización y en función de la complejidad se pasa al hospital donde brindan los servicios de agudos y las acciones temporales o al sociosanitario donde brindan los servicios de media y larga estancia. Por medio de la comisión de coordinación entre niveles, la historia clínica informatizada y las visitas de los especialistas a los CAPs y el CSSC se facilita la comunicación entre los niveles. Este tipo de colaboración se conoce como co-provisión de la atención dado que la prestación del servicio asistencial no es jerárquica, aunque uno de los profesionales puede asumir el liderazgo del tratamiento, dependiendo de las características y evolución del problema.

Instrumentos de coordinación asistencial

Los mecanismos de coordinación asistencial comprende guías de práctica clínica, grupos de trabajo, circuitos y el sistema de información.

La **guía de practica clínica** de insuficiencia cardiaca (IC)(25) se elaboró por profesionales de dos ABS, CSSC y el HMB, con el objetivo de consensuar un protocolo de actuación integrada en la IC. También se encuentra elaborada la guía de atención al enfermo paliativo.

Entre los **grupos de trabajo** se encuentra la "comisión de trabajo interniveles" en la cual participan profesionales de AP, atención especializada y sociosanitario; esta comisión se encarga de mantener la visión global al interior de la organización y coordinar las actividades que involucran diferentes niveles. Otro de los instrumentos es el equipo de referencia para el deterioro cognitivo y las demencias.

El **circuito para la derivación de pacientes** a especialistas se utiliza para coordinar la consulta externa de especialistas en los CAP o el HMB.

El **sistema de información** de BSA, permite el acceso de los profesionales asistenciales y administrativos a las historias clínicas así como a los datos generales de los pacientes y la agenda de visitas de médicos, enfermeras y especialistas de los centros de primaria, el hospital y el CSSC, a través de la red interna.

La base de la HC de AP, son los episodios que presenta cada paciente, estos episodios se encuentran clasificados según la Clasificación Internacional de Atención Primaria. La HC del HMB y el CSS presenta los datos del paciente en forma de árbol de informes con múltiples niveles de carpetas, las cuales representan todos los servicios médicos del hospital, así cada servicio cuelga el informe de alta o el plan de seguimiento del proceso de forma independiente, en la carpeta que le corresponde. La información, aunque se encuentra compartida, no está unificada ya que cada una de las entidades cuenta con su propia HC. Lo que permite compartir la información es la accesibilidad que tienen cada CAP, urgencias y planta del hospital y del CSS a las historias. Además, la base de datos de la organización es una sola y de allí se reciben los datos de todos los pacientes atendidos por la organización BSA. Como complemento para mejorar el sistema, se encuentra en fase de prueba el sistema computarizado de orientación a las decisiones clínicas.

El análisis de la información se realiza a través de Iasist (empresa externa) encargada de realizar el Top 20 de los hospitales de España basándose en los indicadores asistenciales, económicos, etc. según Benchmark. Con estos datos elabora mensualmente un cuadro de mando pormenorizado que incluye todos los indicadores propios del programa y el avance del servicio en los objetivos del contrato de gestión.

La coordinación en algunos procesos asistenciales seleccionados

Proceso crónico: Demencia

Para la atención de problemas relacionados con la demencia se creó el "Equipo de Referencia para el Deterioro Cognitivo y las Demencias". El equipo lo componen un geriatra, una neuróloga, dos enfermeras, un psiquiatra, una trabajadora social y un psicólogo, quienes actúan conjuntamente aplicando un programa de gestión de caso. En este proceso la AP es la encargada de detectar los casos o atender la demanda explícita del enfermo, realizar a manera de screening un examen cognitivo y en función de los resultados solicitar las pruebas complementarias pertinentes y hacer las derivaciones a los especialistas; sumado a esto, realiza las actividades de tipo ambulatorio. El HMB también se encarga de detectar los pacientes y derivarlos al equipo. El CSSC realiza: evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. La atención médica y de enfermería se hace principalmente en consulta externa y quien coordina la atención a lo largo del continuo, es el médico geriatra del CSSC.

Como mecanismos de coordinación están: el protocolo de intervención en el enfermo con demencia, elaborado con el objetivo de realizar una evaluación, tratamiento y seguimiento integral de todos los enfermos con demencia(26); en las reuniones semanales del Equipo de Demencias, se comentan los casos y se acuerdan los tratamientos; a través del correo electrónico se resuelven dudas o comentan casos de pacientes a derivar.

La atención al paciente con demencia reúne las características de un programa de gestión de caso. Este proceso es gestionado por el equipo de referencia en cabeza del médico geriatra quien se encarga de planificar los ingresos al CSSC y coordinar las actividades con los demás profesionales tanto del equipo como del HMB y AP. El proceso se coordina con los otros servicios de la organización especialmente medicina interna, UFISS, PADES, servicios sociales del ayuntamiento y la Cruz Roja.

Los pacientes y en especial las familias y cuidadores reciben información personalizada y reforzada con folletos respecto al manejo del paciente en el domicilio. El seguimiento de los pacientes se realiza cada 6 meses, después del alta y durante este tiempo el médico de cabecera es quien gestiona el paciente. La información de los usuarios y los respectivos informes se encuentran a disposición de los profesionales en la HC.

Proceso crónico con discapacidad: Curas Paliativas.

La comisión formada por miembros de las UFISS de curas paliativas, PADES, trabajo Social, ABS, HMB y clínica del dolor ha sido creada con el fin de atender mejor las enfermedades, dar a conocer y utilizar mejor los recursos de los que se disponen mediante la mejora de la coordinación entre niveles asistenciales en el tema de curas paliativas(27). AP se encarga de detectar casos y derivarlos a la Unidad de Curas Paliativas, El HMB también detecta casos, los deriva a la Unidad y atiende los casos agudos. El CSSC, es el sitio donde opera dicha unidad y se realiza la consulta del especialista. Quien se encarga de gestionar la atención es el médico del servicio donde se encuentre el paciente con el apoyo de los profesionales de cuidados paliativos.

El principal mecanismo de coordinación es “La guía de cuidados paliativos”, la cual tiene como objetivo 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 terminal. La guía fue elaborada con la participación médicos especialistas del HMB, enfermeras del CSSC y AP y trabajadora social del CSSC.

Proceso agudo: Ictus

En la atención del paciente con Ictus están involucrados profesionales del HMB, el CSSC, la UFISS y el Instituto rehabilitador de Barcelona. Este equipo se reúne dos veces por semana y allí comentan cada uno de los casos, con su respectivo informe clínico, social y

de rehabilitación. Quien coordina la atención del paciente es el médico internista que recibe el caso y es en HMB donde recibe la mayor parte de la atención, en caso de requerir servicios de la unidad de curas paliativas o convalecencia, el paciente es derivado al CSSC; AP se encarga de derivar al HMB los pacientes que tengan mas de seis horas de haber iniciado el proceso, pacientes con menos de seis horas, activa el código Ictus de la Región Sanitaria y el paciente es derivado el hospital del ICS.

La trayectoria clínica del paciente con Ictus tiene por objetivo mejorar la asistencia del paciente hasta su retorno al domicilio. En ella participa un grupo multidisciplinar compuesto por profesionales del servicio de Neurología, medicina interna, urgencias, geriatra del CSSC y una rehabilitadora del Instituto rehabilitador de Barcelona. En la trayectoria se resume la secuencia de intervenciones desde el ingreso del paciente hasta el alta y las actividades que deben desarrollar los profesionales que intervienen.

2.6. Discusión

Los resultados encontrados en SSIBE y BSA, permiten conocer las características que presentan este tipo de organizaciones en Cataluña y la forma como han adaptado la prestación de servicios del continuo asistencial en un Sistema Nacional de Salud. Ambas organizaciones prestan servicios de salud en AP, atención especializada y sociosanitaria, con características particulares en cada entidad.

SSIBE, desarrolla sus actividades en prácticamente toda una comarca actuando como un cuasi-oligopolio territorial(13). BSA lleva a cabo sus actividades en tres municipios con una población de referencia del continuo de servicios mayor que la población de SSIBE y además con mayor presencia de otros proveedores. La penetración hospitalaria de BSA, alcanza el 64% en el territorio del continuo asistencial, lo cual refleja que parte de la AP que debería derivarse al HMB esta siendo derivada al Hospital de tercer nivel del territorio;

SSIBE, tiene una penetración hospitalaria del 72% gracias a que en la comarca del Baix Empordà la organización es el único proveedor que gestiona varias líneas de servicios.

Al clasificar SSIBE y BSA se encuentra que son organizaciones con integración vertical hacia atrás; este tipo de integración, según la literatura(28) permite garantizar la continuidad y mejorar la eficiencia de los servicios de salud que se proveen. Por la producción de servicios, la integración es total, sin embargo, las dos organizaciones aun no poseen personalidad jurídica y se clasifican como organizaciones virtuales.

Los procesos de integración han sido liderados por los hospitales. De acuerdo con la literatura (29), 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.

El contrato por líneas de servicios como el realizado por BSA, no favorece la coordinación asistencial ya que el pago se realiza por líneas de servicio y cada una incorpora objetivos específicos y formas de pago diferentes, condicionando a los proveedores a ejecutar el presupuesto de acuerdo con lo establecido en los contratos de cada entidad y no con los objetivos globales de la organización. El hecho de aumentar la resolución de la AP, por ejemplo, se vería reflejado en la disminución de los ingresos económicos del hospital puesto que éstos dependen de la actividad asistencial. Por el contrario, el sistema de pago caputivo incentiva a los proveedores a buscar fórmulas que les permita a linear sus intereses para alcanzar los objetivos globales del sistema, reducir costos y fortalecer la calidad del servicio(13). SSIBE, por encontrarse en la "prueba piloto de financiación per capita", cuenta con elementos que, según la teoría, favorecen la integración de los proveedores de salud en los diferentes niveles asistenciales.

En cuanto al modelo de gobierno se encontró que los gobiernos de ambas organizaciones operan de manera centralizada; una forma de control en la que la literatura(30) menciona ventajas como: claridad de objetivos, unidad de mando única y compromiso con la totalidad del sistema que gobiernan. Respecto al funcionamiento, la bibliografía(31) habla de funciones que idealmente deben realizar los órganos de gobierno; En SSIBE y BSA dichos órganos cumplen con asegurar una financiación adecuada para las organizaciones y buscan que la gestión de las organizaciones alcance un nivel de desempeño elevado, además funciones como la formulación de la misión o políticas globales no se contemplan dentro de las funciones de los órganos de gobierno y los encargados de llevarlas a cabo son los órganos de gestión.

El tipo de estructura del modelo organizativo como el de BSA se adoptan cuando se han diversificado los productos y se crean unidades para cada línea de servicio. En estas estructuras, las unidades son semi autónomas porque presentan una descentralización limitada ya que los directores de cada línea tienen parte de la autoridad(32). La coordinación se ha logrado básicamente a través de la normalización y la adaptación mutua. La integración funcional de SSIBE, que viene de una estructura divisional, es una estructura en la que han intentado romper los niveles asistenciales integrando las direcciones de los diferentes niveles y creando una dirección única, con el fin de mejorar la integración entre los profesionales de diferentes ámbitos y hacerlos transversales para toda la organización.

Al analizar la coordinación a lo largo de las organizaciones se nota como ambas organizaciones buscan que la AP sea la puerta de entrada al sistema de salud y se deriven a la atención especializada sólo los casos que lo necesiten. Sin embargo, los modelos de atención son diferentes pues, SSIBE tiene un modelo gestor-consultor y en BSA el modelo es de tipo co-provisión, en ambos casos la coordinación es el eje central y fundamental para el buen funcionamiento de los dos modelos. En el primero, la coordinación entre el

gestor del paciente y el consultor y en el segundo, la coordinación en la información sobre el paciente y la gestión del mismo.

En cuanto al acceso de la atención de especialistas, se aprecian diferencias entre las organizaciones. BSA realiza visitas de especialistas directamente en los CAPs y SSIBE ha optado porque los especialistas se reúnan mensualmente con los médicos de AP y hagan las veces de consultores. Estos modelos de visitas de especialistas presentan ventajas y desventajas para la organización y la población. En primer lugar, el hecho de realizar la visita directamente en el CAP facilita sustancialmente la accesibilidad de la población al servicio pero, puede ocasionar que los médicos del CAP opten por derivar al especialista, casos que deberían resolverse desde el primer nivel de atención. Con las asesorías de los especialistas a los médicos de AP, se le brindan más herramientas al médico de cabecera para que sea él quien resuelva los casos y se deriven al segundo nivel, sólo los pacientes que realmente requieran la atención del especialista, pero esto demanda coordinación y unificación de criterios entre las partes involucradas para que el modelo funcione como se espera.

En SSIBE, se pone énfasis en aspectos de coordinación como la adaptación mutua y BSA en la normalización, aunque en cada organización con matices propios, especialmente en el sistema de información. En SSIBE, el sistema de información clínica, por ejemplo, integra información económica, operacional y clínica además del sistema de planificación y análisis. Un sistema de información con tales características, según el Pané y colaboradores, es un factor clave para la implantación de redes integradas de servicios(29). En BSA, a pesar de compartir la información clínica y contar con un sistema de planificación y análisis para medir los resultados o la utilización de los servicios, la historia clínica es compartida pero no se encuentra integrada, lo cual podría ocasionar dificultades al momento de obtener información de un paciente que tenga HC en los tres niveles.

Las limitaciones del estudio son: sesgo de selección de artículos ya que para la revisión bibliográfica sólo se tuvieron en cuenta documentos en inglés, catalán y español; por ser esta la primera investigación que se realiza sobre las OSI de Cataluña, no se cuenta con información previa que permita comparar los resultados del estudio y los estudios realizados en Estados Unidos o Canadá sobre por las diferencias en los sistemas de salud entre los países. La profundidad del estudio también ha estado limitada debido al tiempo disponible para la realización del mismo. Por último, problemas de acceso a datos de referencia sobre coordinación y eficiencia, limitaron el análisis a aspectos de estructura y proceso.

2.7. Conclusiones

En el presente trabajo se han analizado dos organizaciones sanitarias integradas de Cataluña teniendo en cuenta aquellas características que puedan tener repercusión sobre la coordinación y la eficiencia. Ambas organizaciones reúnen algunos de los aspectos que la literatura menciona como importantes para el logro de los objetivos principales que pretenden las OSI, no obstante, para hacer un análisis mas profundo y comprender mejor su funcionamiento, sería necesario analizar aspectos como son la cultura organizativa, para determinar si los valores de la organización son coherentes con las estrategias; analizar también el liderazgo y el desempeño de las mismas puesto que el desempeño permitirá ver en que medida los cambios organizativos se traducen en una mejor coordinación y eficiencia.

Por otra parte, a pesar de las diferencias entre las dos organizaciones analizadas, especialmente en el sistema de pago, se nota como cada una ha buscado mecanismos que les han permitido prestar los servicios asistenciales de forma integrada; así por ejemplo, SSIBE ha creado un consorcio político para la prestación de los servicios de AP en y BSA ha creado una sociedad limitada con el mismo fin. Además, teniendo en cuenta las

características de los órganos de gobierno, sería deseable que éstos órganos asumieran responsabilidades tales como la formulación de los fines de la organización y la efectividad de su propio desempeño como órgano de gobierno.

Finalmente, se sugiere a las organizaciones, orientar sus esfuerzos hacia la potenciación de la atención primaria como gestora de los casos atendidos y convertirla en el principal nivel de atención; aunque BSA en este momento considera la AP como puerta de entrada al sistema y por ende a la utilización de los servicios de la organización, es necesario que se le dé mayor capacidad de resolución a la AP, permitiendo que sea el médico de cabecera quien solvete la mayor cantidad de casos posible, con la asesoría permanente de los médicos especialistas.

2. Bibliografía

- (1) 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.
- (2) 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.
- (3) Conrad DA, Shortell SM. Integrated health systems: promise and performance. *Front Health Serv Manage* 1996; 13(1):3-40.
- (4) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff (Millwood)* 1994; 13(5):46-64.
- (5) Vargas I., Vázquez ML, Farré J. Organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. 2003. Consorci Hospitalari de Catalunya.
- (6) Vargas I., Vázquez ML, Farré J. Marco conceptual para el estudio de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI). 2004. Consorci Hospitalari de Catalunya.
- (7) Vargas I., Vázquez ML, Farré J. Guía para el estudio de Organizaciones Sanitarias Integradas. 2004. Consorci Hospitalari de Catalunya. CHC.
- (8) Patton Q. *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage, 1990.
- (9) Coderch J. Desarrollo de un modelo asistencial integrado y utilización de servicios. 2002.
- (10) Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. integración de servicios asistenciales. 2002.

- (11) Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Legislació sobre ordenació sanitària de Catalunya. 1999.
- (12) Escritura de constitución de agrupación de integración económica. 2001.
- (13) 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.
- (14) Alexander A. La mala calidad y su costo. Buenos Aires: Addison Wesley Iberoamericana, 1994.
- (15) Val Pardo I. Sistemas de Salud: Diagnóstico y planificación. Madrid: Diaz de Santos, 2001.
- (16) 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 27. 2000. 18-8-2004.
- (17) Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. Enfermedad pulmonar Obstructiva Crónica. Protocolo. 2003.
- (18) Serveis de Salut Integrats Baix Empordà, Unidad de Urgencias. Guía de dolor torácico agudo. 2003.
- (19) Niño J., Ruesga O. Hospital Municipal de Badalona: Un repàs per la nostra història. 1993. Algraf Impremta.
- (20) Badalona Serveis Assistencials. D'on venim. Cap on anem. Centro sociosnitario El Carmen. 2003. Treballs Gràfics.
- (21) Servei Català de la Salut. Memoria de actividad 1998. Barcelonès Nord y Maresme. 1998.
- (22) Estatutos de la sociedad privada municipal. Hospital Municipal de Badalona, S.A. 1990.

- (23) Conrad DA, Dowling WL. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Manage Rev* 1990; 15(4):9-22.
- (24) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. *Remaking health care in America*. San Francisco: Jossey-Bass, 2000: 212-240.
- (25) Badalona Serveis Assistencials. *Guía clínica de la insuficiencia cardíaca*. 2000. Badalona Serveis Assistencials.
- (26) Equip de referència pel deteriorament cognitiu i les demències. *Sistema integrat*. Badalona Serveis Assistencials.
- (27) Batalla M., Benavente P., Carrasco I., Clavera S., Fernández I., Flores E. et al. *Guía d'atenció al malalt pal·liatiu*. Badalona Serveis Assistencials.
- (28) Pizarro V. *Organizaciones sanitarias integradas en países con distintos sistemas de salud*. 2004.
- (29) 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*. 1997. Consoci Hospitalary de Catalunya CHC CiG.
- (30) Pointer DD, Ewell CM. Really governing: what type of work should boards be doing? *Hosp Health Serv Adm* 1995; 40(3):315-331.
- (31) Savage GT, Taylor RL, Rotarius TM, Buessler JA. Governance of integrated delivery systems/networks: a stakeholder approach. *Health Care Manage Rev* 1997; 22(1):7-20.
- (32) Mintzberg H. *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel, 1988.

ANEXOS

ANEXO 1. Guía para el estudio de Organizaciones Sanitarias Integradas

26 Abril 2004

Ingrid Vargas Lorenzo
María Luisa Vázquez Navarrete
Joan Farré i Calpe

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 la OSI, población de referencia de la zona de influencia hospitalaria determinada a partir de la ZAC (zona d'avaluació del capitatiu) , características generales de la oferta de servicios (número de camas de agudos, índice de case-mix del hospital(s) de la OSI, número de camas de larga y media estancia, número de plazas de hospital de día del sociosanitario), actividad asistencial para cada uno de las UO.

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 servicios del continuo asistencial provee la OSI para la población de referencia de la ZAC?

d. Nivel de producción de servicios dentro de la OSI

- ¿Qué servicios de los que contrata el CatSalut a la OSI no provee directamente sino que subcontrata a otras entidades?

e. Formas de relación entre las unidades operativas que constituyen la OSI

- ¿Qué formas de colaboración existe 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 UO que constituyen la OSI

3. Evolución histórica de la OSI

■ **Los orígenes de la OSI**

■ **Los determinantes de la formación de la OSI**

- ¿Cuáles fueron los factores o circunstancias que determinaron la constitución de la OSI?

■ **Liderazgo del proceso**

- ¿Qué unidad/es operativa/s y personas (como perfiles) lideraron el proceso?

■ **La 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 vs. rápido, ordenado vs. desordenado)?

■ **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, población flotante), características socioeconómicas (tasa de analfabetismo, tasa de desempleo, tasa de fecundidad en adolescentes), características de salud (tasa de mortalidad infantil, índice de mortalidad estandarizada, esperanza de vida al nacer).
- Características del territorio donde se sitúa la OSI: densidad demográfica vías de comunicación

b. Presencia de otros proveedores en el territorio

- Proveedor, nivel asistencial y servicios que atiende, población de cobertura.
- Existencia de alguna forma de relación entre la OSI y estos proveedores (convenio de colaboración, contrato,...) 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 a alguna unidad operativa?
- ¿Qué formación y experiencia tiene cada miembro?
- ¿Tienen una dedicación parcial o completa?
- ¿Participa el gerente/s de las distintas unidades operativas de la OSI en el órgano de gobierno?¿Es miembro?
- ¿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. Modelo organizativo de la OSI

a. Dimensión estratégica de la OSI

■ Dimensión estratégica global de la OSI

- ¿Existe algún documento para toda la OSI en el que se detalle cuál es 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 es la visión, misión, metas, objetivos y estrategias de la OSI?
- ¿Cuáles son la visión, misión, metas, objetivos y estrategias de las UO?. ¿Cuáles son sus características principales?
- ¿Los objetivos anuales de las UO coinciden exactamente con los que les fija el comprador o se añaden otros objetivos? En este último caso, ¿qué tipo de objetivos son?

■ Alineación horizontal y vertical de los objetivos y estrategias de la OSI

- ¿Están alineados los objetivos de las diferentes UO con los de la OSI o existe algún tipo de conflicto entre ellos?
- ¿Están alineados las estrategias de las diferentes UO con los objetivos globales del sistema o se da algún tipo de conflicto entre ellos?
- **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 UO 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 UO están las que se consideran más efectivas para reforzar la coordinación y eficiencia del sistema?

b. Estructura organizativa

- **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. ¿Entre el médico de urgencias y el gerente de la OSI cuántos niveles jerárquicos existen? ¿Cuántos individuos están bajo el mando de cada directivo?
 - ¿Cuál es la base de agrupación de las UO?
- **Funcionamiento y composición de los órganos de gestión**
 - ¿Qué funciones y actividades de dirección desempeñan los distintos órganos de gestión de la OSI y UO?
 - ¿Cuáles son los miembros de los distintos órganos de gestión? ¿De dónde proceden?
 - ¿Están todas las UO representadas en los órganos de gestión de la OSI? ¿Se encuentran en el mismo nivel jerárquico las direcciones de las UO?

- **La 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 UO de la OSI?
 - En el caso de que se descentralicen a las UO ¿qué mecanismos se utilizan para coordinar las funciones de apoyo a lo largo de la OSI?
- **La 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?
- **Los 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?
- **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

c. Cultura organizativa

- **Cultura organizativa de la OSI y 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 a nivel de los artefactos de la OSI? ¿Y de las Unidades Operativas?
- ¿Qué valores se refleja a nivel de los valores expuestos de la OSI?¿Y de 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?¿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 de la política de promoción?¿Y de la política de contratación de personal?
- ¿Están estos valores alineados entre sí? ¿Existe un cultura única a lo largo de la OSI?
- **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 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 alguna 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 UO y los profesionales conocen cuál es la misión, objetivos y estrategias de la OSI?
- **Estrategias para crear una cultura organizativa única**
 - ¿Qué estrategias han implementado las OSI para crear una cultura organizativa única?
 - ¿Se utiliza algún mecanismo 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?
- **La coordinación en la cultura organizativa de la OSI**
 - ¿La coordinación y otros valores relacionados forma parte de los valores centrales de las diferentes culturas de la OSI?

d. Liderazgo

- ¿Conocen los directivos de la OSI y sus diferentes UO la misión, objetivos y estrategias de la OSI? ¿Y el modelo de atención de la OSI?
- ¿Está de acuerdo los directivos con la misión declarada para la OSI? ¿y sus objetivos? ¿y con las estrategias? ¿y con el modelo de atención?
- ¿Desde el punto de vista de los directivos cuáles 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 a objetivos, estrategias, estructura, cambio cultural y modelo de atención?

e. Sistema de asignación de recursos dentro de la OSI y de incentivación a los profesionales y directivos

■ **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?

■ **Incentivos a la eficiencia del sistema de asignación**

- ¿Se traspasan recursos desde un nivel a 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 UO? ¿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?
- **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?
- **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 UO?
 - ¿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?

7. **Coordinación asistencial de la OSI**

- **Organización asistencial de la OSI**
 - ¿Qué roles desempeñan los diferentes niveles asistenciales en la resolución de procesos asistenciales?
 - ¿Qué tipo de colaboración se da 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?
- **Instrumentos de coordinación asistencial**
 - ¿Qué características principales presentan los instrumentos o mecanismos de coordinación asistencial en la OSI?
- **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?
- **La coordinación en algunos procesos asistenciales seleccionados**
 - Proceso crónico
 - Proceso crónico con discapacidad
 - Proceso agudo

8. El desempeño de la organización

a. Implantación de las estrategias globales de la OSI

■ Estructura

- ¿Se cuenta con un sistema de monitoreo 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

9. Barreras y facilitadores de la coordinación y eficiencia en la OSI (puntos críticos y estrategias de riesgo)

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. Ej.: los centros de atención primaria, los hospitales, centros sociosanitarios, centros de salud mental, laboratorio de referencia,..

Línea de producto: son los 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

Modelo organizativo 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 medibles a corto plazo.

Estrategia: es el camino que la organización va a seguir para alcanzar los objetivos que se ha planteado.

Plan estratégico de la OSI: es la herramientas de gestión que dispone este tipo de organizaciones en el 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 se da entre las metas de las distintas UO y entre las metas de las UO y el sistema.

Alineación en sentido vertical: se produce cuando las estrategias de las diferentes unidades operativa 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 se deben desarrollar 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 hacer 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 haga según lo provisto, de forma que cada vez se aproximen más 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 la radiología, laboratorio, farmacia y admisiones. En el segundo tipo encontramos la gestión económico-financiera, la gestión de RRHH, 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 tienen pocos niveles jerárquicos con grupos muy amplios de individuos en cada nivel jerárquico.

Base de agrupación: es la manera en la 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 la que las actividades están agrupadas según los productos o servicios que da la organización, y la agrupación según las funciones en las que las actividades están agrupadas según las funciones que se utilizan para producir los productos o servicios (Mintzberg, 1988). La agrupación de mercado requiere que todas las actividades necesarios para producir un producto o servicio queden contenidas en la unidad.

Mecanismos de coordinación asistencial: son los medios con los que las organizaciones coordinan su trabajo asistencial. Los principales son:

- **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 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 dOSI, efectos secundarios, etc.
- **Puesto de enlace:** puesto o profesional que haga de "enlace" para coordinar el trabajo asistencial entre dos o más niveles asistenciales. Ej. 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 la cual 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). Ej. visita conjunta, sesiones clínicas conjuntas, programas de formación continua, etc.
- **Sistemas de información clínica vertical** mediante el cual 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 computerizados 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):** 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):** provisión de una atención continua a lo largo de diferentes servicios mediante la integración y coordinación de necesidades y recursos entorno al paciente.

Sistema de control del rendimiento: En este sistema el ápice estratégico desarrolla objetivos para todo el OSI a partir de los cuales negocia los subobjetivos y presupuestos con cada unidad operativa. Estas, 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 planificación de acciones: En este sistema de planificación los objetivos globales para toda la OSI se concretan en planes estratégicos para la OSI y estos en programas y acciones específicas para cada una de las Unidades Operativas.

Estructura funcional: diseño organizativo en el que las actividades se agrupan por áreas funcionales.

Estructura divisional: diseño organizativo en el que las actividades se agrupan en base a los mercados que atiende la organización. Estas agrupaciones se denominan divisiones.

Estructura matricial: diseño organizativo que combina la agrupación de las actividades entorno a procesos y a 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 mediar 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,...

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

ANEXO 2. Instrumentos para la recolección de datos

ANÁLISIS DE DOCUMENTOS

1. Descripción de la OSI (Memoria OSI y UO, Contrato CatSalut, otros)

Entidades que componen la OSI
Localización geográfica: Comarca y municipios a los que da cobertura las ABS de la OSI; municipios del área de referencia hospitalaria (definida por la ZAC)
Número de camas: de agudos; de larga estancia; de media estancia;
Plazas de hospital de día sociosanitario
Número de empleados, por categoría
Volumen de facturación
IRR (intensitat relativa de recursos) del hospital(s) de la OSI
Hospital: Número de altas hospitalarias, intervenciones quirúrgicas, Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), consultas externas, urgencias, altas de hospital de día
Sociosanitario: Pacientes atendidos y estancias (días) de larga estancia, convalecencia, curas paliativas y hospital de día
Salud Mental: Visitas CSM infantil y juvenil, visitas CSM adulto, altas hospital de día de salud mental, sesiones hospital de día de salud mental, altas psiquiátricas del hospital de agudo, estancias agudos en hospital psiquiátrico, altas agudos en hospital psiquiátrico, estancias subagudos en hospital psiquiátrico, altas subagudos en hospital psiquiátrico, estancias crónicos en hospital psiquiátrico, visitas individuales al Centro de atención y seguimiento de Drogodependencias (CAS)

2. Características generales de la OSI (Memoria OSI y UO, convenios de colaboración, contratos de gestión, cartera de servicios; otros).

Amplitud de la integración - tipo de servicios del continuo que comprende la OSI
Profundidad de la integración número de UO y servicios de cada tipo
Nivel de producción interna de servicios servicios contratados que se proveen en la OSI y servicios que se subcontratan a otras entidades
Formas de relación entre UO de la OSI

3. Evolución histórica de la OSI (Memoria OSI y UO; otros documentos)

Orígenes de la OSI (servicios precursores)
Factores y circunstancias que determinaron la constitución de la OSI (económicos, sociales, políticos, otros)
Características de personas (perfiles, cargos) y UO que lideraron el proceso

Cambios más importantes que se han producido durante el proceso: En la forma de relación entre las organizaciones En la forma de gobierno En la estructura organizativa
Fecha de inicio de la OSI (edad)

4. Entorno (Memoria Región Sanitaria CatSalut; convenios de colaboración; contratos de gestión; otros)

Características territorio referencia vías de comunicación
Otros proveedores públicos del territorio de referencia hospitalaria (ZAC) Proveedor, tipo de servicios que provee, población de referencia (Lista)
Formas de relación entre estos proveedores y la OSI
Compra de servicios del CatSalut a la OSI: Tipo contrato de la OSI con el CatSalut, único o por línea de servicio o UO Tipo mecanismo de pago a los servicios o UO Tipo de objetivos de compra; características o aspectos a los que se refieren
Mecanismo que representa la responsabilidad frente al comprador

5. Modelo de gobierno de la OSI (estatutos, actas, plan estratégico, cuadro de mando, declaración de principios)

Control (órganos de gobierno que existen, relación de jerarquía entre ellos)
Estructura: - UO que gobiernan, - Mecanismos de coordinación entre los diferentes órganos de gobierno
Composición de cada órgano de gobierno Características de los miembros (formación y experiencia) Procedencia institucional Responsabilidad política en el territorio Dedicación Participación de los gerentes OSI y UO en los órganos de gobierno
Funciones establecidas para cada órgano de gobierno funciones llevadas a la práctica
Existencia y características de un sistema de evaluación del - desempeño del gobierno - progreso en la integración del sistema(5) - resultados de salud de la población
Responsabilidad con la OSI Participación en la formulación de la dimensión estratégica de la OSI Información y formación de los miembros para fortalecer la visión global Existencia de una declaración de principios

6. Modelo organizativo de la OSI

a. Dimensión estratégica (Plan estratégico OSI y de las UO, Dirección por objetivos, otros)

Existencia de documento o Plan Estratégico para la OSI Tipo de documento y metodología de elaboración visión, misión, objetivos y estrategias de la OSI
Existencia de objetivos y estrategias de las Unidades Operativas. Tipos de objetivos y estrategias
Entre los objetivos globales de la OSI y sus UO están: - Coordinación de los servicios asistenciales - Mejora de la eficiencia del sistema
Presencia de estrategias consideradas efectivas por la bibliografía para la consecución de los objetivos (PLAN DE ANÁLISIS)

b. Estructura organizativa (Organigramas, Manuales modelo organizativo, GPC, DPOs, Sistema Información, Actas de grupo, Planes de formación)

Dibujo y descripción del organigrama de la OSI, Órganos de gestión, qué unidades operativas agrupan y cuáles son las líneas jerárquicas existentes (niveles entre el médico de urgencia y el gerente; número de individuos bajo el mando de cada directivo) Fecha de elaboración del organigrama Identificar departamentos funcionales y sus directivos; Identificar proyectos/procesos y sus directivos (fecha de inicio, su duración y agrupación de unidades) Dimensiones de la matriz Altura de la estructura Base de agrupación de las UO (procesos, niveles)
-Composición de los órganos de gestión de la OSI, de las UO y la representación de las distintas UO en los órganos de gestión de la OSI
-Funciones de dirección que desempeñan los órganos de gestión de la OSI y de las Unidades Operativas y los directivos de proyecto/proceso (LISTA)
Mecanismos que se utilizan para coordinar las funciones de dirección compartidas/descentralizadas (LISTA)
- Funciones de apoyo asistenciales y no asistenciales para la OSI, UO, que están centralizadas y descentralizadas (LISTA) - Mecanismos de coordinación de las funciones de apoyo compartidas/descentralizadas (LISTA)

<p>Sistema de planificación y control que utiliza la OSI proceso para fijar los objetivos de la OSI y UO y las acciones específicas de las UO y sus presupuestos (como y quien participa) sistema de control, qué analiza (resultados/actividades), cómo</p>

c. Sistema de asignación de recursos y de incentivos en la OSI (Cuentas de explotación OSI y UO, Contratos de gestión, modelo contrato profesionales)

<p>Sistema de asignación dentro de la OSI Descripción</p> <ul style="list-style-type: none"> - tipo de presupuesto (único, por UO, por proceso asistencial) - objetivos para elaborar el presupuesto único - centros de coste de la OSI (tipo: UO/ proceso asistencial, partidas de gasto gestionadas - centros de beneficio de la OSI (tipo: UO/procesos asistencial, partidas de gasto e ingresos gestionadas - facturación entre centros de la OSI (tipo, cómo se calculan los precios de transferencia) - Costes de gestión imputados a los centros de coste (% sobre el gasto total, conceptos contemplados) - Contratos de gestión interna: tipo de centros, tipo de objetivos, partidas descentralizadas
<p>Incentivos a la eficiencia y coordinación del sistema de asignación</p> <ul style="list-style-type: none"> - mecanismos par traspasar recursos monetarios y humanos de una unidad a otra - transferencia de la capacidad de compra de servicios: tipo de unidades con capacidad de compra, qué servicios compran, dentro o fuera de la OSI, negocian volumen y/o precio.
<p>Sistema de incentivos a profesionales y directivos</p> <ul style="list-style-type: none"> - tipo de incentivos por categoría profesional - tipo de incentivos a directivos OSI/UO

7. Coordinación asistencial en la OSI (Manuales de la OSI, GPC, protocolos, Mapas de atención o trayectorias clínicas, planes de alta hospitalaria, guías farmacológicas compartidas, planes de formación, programas de gestión de enfermedades/casos)

<p>Organización de la asistencia y modelo de colaboración roles de los distintos niveles asistenciales (AP, AE, ASS) Tipo de colaboración entre niveles Existencia y características del coordinador de la atención a los procesos a lo largo del continuo</p>
<p>Mecanismos de coordinación asistencial</p> <p>Identificar los mecanismos de coordinación asistencial existentes en la OSI (LISTA)</p> <p>Características generales de cada tipo de mecanismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -objeto del mecanismo (patología, proceso, episodio, medicamento, acceso a conocimiento experto, información) - objetivo,

<ul style="list-style-type: none"> - servicios/UO involucradas, propias o de otros proveedores - características de los grupos/tipos - Fecha de elaboración/implantación
<p>Estrategias específicas para la coordinación de la atención: (programa de gestión de enfermedades, gestión de casos u otros programas)</p> <p>Características generales de los programas: Tipo de enfermedad/proceso, objetivos, mecanismos de coordinación, servicios que se coordinan, características y funciones del gestor de enfermedad/caso</p>
<p>Sistema de información</p> <ul style="list-style-type: none"> - Información clínica y administrativa que se comparte a lo largo de la OSI y con otros proveedores - Forma de presentación de los datos de un paciente referentes a todos los servicios del continuo <p>- Soporte tecnológico: (identificador único, estandarización de la información compartida, repositorio de datos clínicos; tecnología que conecta el sistema y permite recuperar la información clave; Estación clínica de trabajo)</p> <p>-Accesibilidad al sistema Puntos de la OSI, desde donde se accede a la información compartida, en la OSI y otros proveedores</p> <p>- Nivel de inversión en sistemas de información integrados Porcentaje del presupuesto de la OSI dedicado a la inversión en sistemas de información integrados. Áreas en las que se centra esta inversión.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existencia y tipo de Sistemas computerizados de orientación de las decisiones clínicas (SCOD) en la OSI (P. ej. Identificación del diagnóstico; Determinación de la dOSI apropiada; sistema de recordatorio de actividades de prevención; informatización de protocolos, resúmenes de información clínica del paciente, alertas y recordatorios, captura de resultados claves y datos anormales) - Existencia y características de sistemas de análisis de la información de resultados de soporte a la decisión clínica en la OSI Tipo de indicadores se ofrecen a los profesionales; canal de comunicación se utiliza para dar esta información <p>Estrategias de implantación del sistema de Información en la OSI Existencia de un Plan estratégico de Sistemas de Información integrada (quien y cómo se ha elaborado y difundido en la OSI)</p>

<p>Circuitos administrativos</p> <p>Existencia de un sistema de petición de citas al especialista desde la atención primaria. de la OSI y otros centros de atención primaria del territorio</p> <p>Existencia de circuitos de flujos de pacientes a lo largo de las unidades de la OSI; y con otros</p>

proveedores sanitarios del territorio

Estructura matricial

Definición de los roles que tiene cada uno de los directivos (funcionales y de proyecto/proceso)

Mecanismos utilizados para coordinar las tareas de los profesionales en cada proyecto/proceso

Partidas del presupuesto de los proyecto/procesos

Tipos de objetivos de los proyectos/procesos

Canales de comunicación entre los directivos de proyecto/proceso y los funcionales

Información que reciben los profesionales involucrados sobre su desempeño en el proyecto/proceso y canales que se usan

Información disponible para los directores de proyecto/proceso sobre las necesidades y disponibilidades de personal en la organización

La coordinación en algunos procesos específicos

- roles de los distintos niveles asistenciales (AP, AE, ASS)

- Mecanismos de coordinación

a) características generales de todos los mecanismos

objeto del mecanismo (patología, proceso, episodio, medicamento, acceso a conocimiento experto, información)

- objetivo,

- servicios/UO que están involucrados o lo utilizan, propio/as o de otros proveedores

- Fecha de elaboración/implantación

b) características específicas de cada mecanismo:

- para GPC:

proceso de elaboración: quien ha participado; método de búsqueda de evidencia; cálculo de costes de implantación

estrategias de difusión e implantación

- Para Mapas o trayectorias clínicas:

personal que participa

elementos que contiene

-Plan de alta hospitalaria

personal que participa

fases del proceso, comunicación al personal involucrado, educación del paciente

- Guía farmacológica compartida o criterios farmacológicos comunes

elementos que contiene

- Grupos de trabajo:

miembros del grupo, forma de fijar objetivos de atención y tratamiento, quien se comunica con el paciente, quien ejerce de agente del paciente, definición de roles y normas en grupo, canales de comunicación de los miembros del grupo, frecuencia de reuniones

- Sistema experto:

estrategias de acceso al conocimiento especialista
tipo de programas de formación continua para el profesional de APS y especializada sobre el otro nivel asistencial
contenidos

- Estrategias de gestión asistencial para los procesos seleccionados

a) características generales

Tipo de proceso/pacientes, objetivos, mecanismos de coordinación, servicios que se coordinan,
características y funciones del gestor de enfermedad/caso, profesionales y proveedores que participan y forma de coordinación,
fecha de inicio

a) características específicas del programa

- PGE

proceso para la identificación de la población a riesgo
tipo de contenidos y métodos para la educación sanitaria de los pacientes
Indicadores que se utilizan en la monitorización de resultados
tipo y contenido de la retroalimentación a los profesionales involucrados sobre los pacientes del PGE
información a los pacientes

- PGC

proceso para la identificación de la población con “riesgo elevado”
planificación del cuidado del paciente: tipos de objetivos, quien la realiza, intervenciones
contenidos de la educación sanitaria
evaluación regular del paciente
Información administrativa y clínica del paciente a lo largo de la OSI, de que dispone el gestor de caso

ANEXO 3. Lista de documentos analizados

Lista de documentos analizados SSIBE

1. Centro Sociosanitario, Hospital de día, UFISS. Memoria 2002. Datos año 2002
2. Contrato Hospital de Palamós . CABE - CatSalut. Barcelona Nov.10 de 2003.
3. Desarrollo de un modelo asistencial integrado y utilización de servicios. Jordi Coderch. Servicios de salud integrats Baix Empordà. Ponencia presentada en el taller sobre condiciones en la utilización de servicios de atención primaria. Universitat de Girona. 2002
4. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Protocolo. Servicios de Salut Integrats Baix Empordà. Mayo de 2003
5. Escritura de constitución de agrupación de integración económica número mil cuatrocientos cincuenta y dos
6. Estatutos de la Fundación Mn Miquel Costa Hospital de Palamós. año 1991.
7. Estatutos del Consorcio Asistencial del Baix Empordà
8. Evaluación prueba piloto capitación 2003. Anexo a los objetivos 1,2 y 3.
9. Integración de Servicios Asistenciales. Workshop del grupo piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios en base poblacional. Dispositivas. septiembre/02
10. Memoria de actividad 1998. La red sanitaria de utilización pública. Región sanitaria de Gerona.
11. Memoria de la Unidad para el diagnóstico y evaluación de las demencias. Hospital de Palamós. CSS. 2000
12. Servicio de atención primaria Girona - Empordà - Sant Feliu de Guíxols. (Cited 2004 Junio 20). Disponible en:
URL:http://www.gencat.net/ics/usuaris/centres_servicios.htm
13. Instituto de Asistencia Sanitaria. Baix Empordà. (cited 2004 Mayo 30) Disponible en URL : <http://www.ias.scs.es/spanish/frmias.htm>

14. Población de Baix Empordà según censo quinquenal y revisiones padronales oficiales a 1 de Enero (INE)
15. Principios Institucionales Básicos SSIBE
16. Resumen de actividad. 2002
17. Resumen de actividad. 2003
18. Sistemas de Información para la Integración de Servicios. Experiencia de una organización integrada. Diapositivas. Dic/2002
19. Implantación de un sistema de información médica integrado. La experiencia de un proyecto de futuro hacia la HC informatizada. Informática y salud (serial on line) Septiembre - Octubre 2000 (cited 2004 Agosto 18); (27). Disponible en URL: http://www.seis.es/i_s/is27/i_s27e.htm.
20. Cuadro de mando integral. SSIBE. 2004.
21. Comsums periode Desembre. SSIBE. 2003
22. Feliu A., Gómez A., Pérez M., Pérez X., Rodríguez S., Román J. Guia Clinica Fibrilació Auricular. SSIBE. 2002
23. Guía Clínica Dolor Torácico Agudo. SSIBE. Unidad de Urgencias. 2003
24. Almendros MC., et.al. Guía de actuación clínica del paciente con ICTUS. SSIBE. Unidad Médica. 2003
25. Malaltia Pulmonar Obstructiva Crònica. SSIBE. 2003
26. Sistemes d'informació per a la integració de serveis. Expèriencia d'una organització integrada. SSIBE
27. Formulació de objectius i assignació incentius. SSIBE. 2003
28. Objectius SSIBE. 2003
29. Política d'incentius. 2003
30. Sistema d'informació integrat. Pla estratègic. 2002
31. Organització Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. SSIBE. 2003. Diapositivas.

Lista de documentos analizados BSA

1. Badalona Serveis assistencials. Memoria 2002
2. Badalona Serveis assistencials. Modelo organizativo. Diapositivas.
3. BSA Coordinación de niveles asistenciales. Diapositivas
4. BSA memoria 2003.
5. Contrato Catsalut Badalona Gestió Assistencial
6. Contrato CatSalut centro sociosanitario El Carmen
7. Contrato CatSalut Hospital municipal de Badalona SA
8. Cuadro de comandament 2003
9. Equipo de referencia para el deterioro cognitivo y las demencias. Sistema integral integrado. BSA.
10. Estatutos de la sociedad privada municipal Hospital Municipal de Badalona, S.A.
11. Estatutos Sociales de la Compañía Mercantil "Centro Sociosanitario El Carmen" S.A.
12. Estatutos. Badalona Gestió Assistencials.
13. Hospital Municipal de Badalona: Un repaso por nuestra historia. Ed. Hospital municipal de BDN S.A. 1993
14. Hospital de l'Esperit Sant. Memoria 2002
15. Instituto Municipal de Servicios personales. Ayuntamiento de Badalona. (serial on line) (cited 2004 Mayo 18) Disponible en : URL: <http://www.aj-badalona.es/ca/ajuntament/empreses/imsp.html#serv-2>.
16. Hospital Germans Trias i Pujol. (serial on line) (cited 2004 mayo 18) Disponible en: URL: <http://www.gencat.net/ics/germanstrias/index.htm>
17. Servei Cátala de la Salut. Servicio interactivo. Lista de centros. (serial on line) (cited 2004 Junio 28). Disponible en: URL: http://www10.gencat.net/pls/catsalut/cawpk550.FITXA_TERRI

18. La historia clínica electrónica: Una herramienta de coordinación ente niveles. Feria internacional de informática, multimedia y comunicaciones. 7 de Noviembre de 2003. Diapositivas
19. Memoria de actividad 1998. La red sanitaria de utilización pública. Barcelonès Nord y Maresme. Servei Català de la Salut.
20. Plan estratégico BSA 2004 - 2007
21. Qüestionari 2003. CHC. Hospital Municipal de badalona. Cassir, BGS, SL; CSS, SA
22. Cibal multimedia. Software médico. (serial on line) (cited 2004 Agosto 25). Disponible en: URL: <http://cibal.es/softmedi/>
23. OMI- Apequeñas dOSI. (serial on line) (cited 2004 Agosto 25) Disponible en: URL: <http://www.infodoctor.org/greco/omiapeq/fasciculo03.htm>
24. Guía Clínica de la Insuficiencia Cardíaca. BSA: 2000
25. Guia de l' ICTUS. Hospital Municipal de Badalona. BSA. 2004

ANEXO 4. Información SSIBE

Tabla 1. Población de referencia de SSIBE

Indicador	
Población de referencia del continuo de servicios de SSIBE	79.698
Población de referencia de la ZAC en la que se sitúa la OSI:	110.409
Peso de la población de referencia del continuo de servicios de la OSI en el total de la ZAC	72%

Fuente: Web Idescat. Censo 2001

Tabla 2. Población de referencia por tipo de UO de SSIBE

Unidades Operativas	Pob.
ABS	
ABS Torroella de Montgrí	11467
ABS la Bisbal d'Empordà	13532
ABS Palafrugell	25963
ABS Palamós	21930
PAD	110.409
Hospital de Palamós	110.409
Sociosanitario	110.409
PADES	110.409
UFISS	110.409

Fuente: Web Idescat. Censo 2001

Tabla 3. Oferta de servicios de SSIBE

	Camas
Hospital	
Número de camas	100
Sociosanitario	
Camas de larga estancia	50
Plazas de Hospital día	10

Fuente: Cuadro de mando SSIBE. 2003

Tabla 4. Actividad Asistencial Hospital de Palamós, sociosanitario y Consorci Asistencial Baix Empordà

Actividad	
Intervenciones quirúrgicas	
Cirugía con ingreso	2375 intervenciones
CMA	2098 altas
Intervenciones ambulatorias menores	3437 intervenciones ambulatorias
Total urgencias	48351 urgencias
Número de altas hospitalarias	

Hospitalización convencional	6051 altas
altas estándar	9177 altas
Consultas externas	117380 visitas
Altas de hospital de día médico	3026 altas
Socion sanitario	
Larga estancia	123 pacientes atendidos
Hospital día	50 pacientes
Estancias (días) de larga estancia:	18514 estancias
Hospital de día	2417 estancias

Fuente: Resumen de actividad 2003

Tabla 5. Número de visitas por año por habitante a profesionales del Equipo de Atención Primaria de CABE

Equipo de Atención Primaria	Visitas
Visitas MG por habitante mayor de 14 años	2,7
Visitas pediatría por habitante de 0 - 14 años	4,6
Visitas enfermería por habitante	1,8
Visitas odontología por habitante	0,11
Visitas MG y Pediatría a domicilio por habitante	3,0
Visitas enfermería a domicilio por habitante	0,18
Total visitas por habitante	4,9

Fuente: Registro SSIBE 2003

Tabla 6 Distribución por edad de la población de referencia de la Comarca Baix Empordà

Grupo de edad	Población	Distribución
0 - 4 años	4.897	4,8
5 - 14 años	9.584	9,3
15 - 34 años	29.792	29,0
35 - 64 años	40.173	39,2
65 - 75 años	10.038	9,8
> 75 años	8.082	7,9
Total	102566	100,0

Fuente: Web. Idescat censo 2001

Tabla 7. Crecimiento demográfico

Año	Hombres	Mujeres	Total	%
2001	51264	51302	102566	6,4
1996	47790	48196	95986	6,3
1991	45062	44868	89930	

Fuente: Web. Idescat Censo 2001

Tabla 8. Otros proveedores de salud en el Baix Empordà

Proveedor	Servicios:	Población de referencia
Instituto Catalàn de la Salut ICS†	<p>ABS Sant Feliu de Guíxols</p> <p>Actividades derivadas de la medicina general, pediatría - puericultura y enfermería.</p> <p>Actividades derivadas de la atención odontológica</p> <p>Actividades preventivas y de promoción de la salud</p> <p>Actividades de atención comunitaria</p> <p>Servicio de atención continuada (atención 24 horas)</p>	<p>Censo 2001: 27 673</p> <p>Padrón 2003: 30 883</p> <p>Total Sant Feliu de Guíxols</p>
Instituto de Asistencia Sanitaria IAS‡	<p>Centro de salud Mental</p> <p>Centro de día</p> <p>Delegación de salud mental infantil y juvenil</p> <p>Pisos asistidos</p> <p>Drogodependencia</p>	<p>Censo 2001: 102 564</p> <p>Padrón 2003: 112 553</p> <p>Total Baix Empordà</p>
Fundación Teresa Ferrer¶		<p>Censo 2001: 102 564</p> <p>Padrón 2003: 112 553</p> <p>Total Baix Empordà</p>

Fuente: † web Generalitat de Catalunya. ICS

‡ web IAS

¶ Entrevista Jordi Coderch

Amplitud de la integración

- Tipo de servicios del continuo que comprende SSIBE

	Servicios del continuo asistencial SSIBE
Atención Primaria	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades derivadas de la atención médica general, pediatría – puericultura y enfermería. • Actividades derivadas de la atención odontológica • Actividades derivadas de la atención sociosanitaria • Actividades preventivas y de promoción de la salud • Programa de atención a la salud sexual y reproductiva. • Atención continuada <p>Además también se ofrecen los siguientes servicios (actividades no financiadas por el SCS):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicina del deporte • Podología • Homeopatía

Atención especializada	Hospitalización: Medicina Interna Cirugía general Cirugía ortopédica y traumatología Pediatria Ginecología y obstetricia Oftalmología Urología			
	Especialidades:	Unidad Médica:	Medicina interna y sus especialidades:	Cardiología Digestivo Endocrinología (consultor) Hematología Neumología Neurología Oncología Reumatología
			Dermatología Nefrología y hemodiálisis Rehabilitación	
		Unidad de Infancia y Mujer	Ginecología y obstetricia Pediatria	
		Unidad de Urgencias	Urgencias hospitalarias Emergencias extrahospitalarias	
		Unidad Quirúrgica	Anestesia y reanimación	Cámara hiperbárica
			Cirugía general	Cirugía plástica (consultor)
			Cirugía ortopédica y traumatología Oftalmología Otorrinolaringología Urología	
			Diagnóstico por imagen	Radiología Ecografía TAC
		Laboratorio	Bioquímica Hematología Microbiología Anatomía patológica	

	<p>Tipo de atención (servicios)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización • Atención de consulta externa • Urgencias • Unidad de corta estancia • CMA • Hospital día
	<p>Programas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de cribado de cáncer de mama • Programa de atención a la drogodependencia (suministro de metadona) • Cámara hiperbárica
Atención Sociosanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización de larga estancia • Curas paliativas • Hospital día • Evaluación integral ambulatoria en geriatría, curas paliativas y trastornos cognitivos

Fuente: Contrato SCS - CABE. Entrevista Jordi Coderch

Evolución histórica

Fuente: 9,10,11,12

Los orígenes de la organización se remontan al nacimiento de la Fundación Mossèn Miquel Costa en el año 1768, para la creación del Hospital de Palamós, en 1994 se creó el CABE y en el 2001 la fundación y el CABE constituyen SSIBE-AIE-, la cual gestiona actividades comunes no asistenciales de las dos entidades. La publicación de la ley de ordenación sanitaria de Cataluña, y posteriores políticas del departamento de sanidad para fomentar la diversificación de prestación de servicios, actuaron como determinantes políticos en la formación de SSIBE.

El proceso de integración, lo lideró La Fundación Mn. Miquel Costa-Hospital de Palamós a través de directivos de la entidad, con el apoyo de autoridades sanitarias políticos locales. Al crear cada entidad se formaron los respectivos órganos de gobierno; estos cambios se

acompañaron de variaciones organizacionales como el establecimiento de divisiones por líneas de servicios; mas adelante, se crearon canales de coordinación y comunicación entre niveles y se introdujeron elementos de matricialidad. Al completarse la implantación de la reforma de la AP en la comarca y el marco de la financiación capitativa, se planteó el paso hacia la integración total, aboliendo líneas organizativas paralelas y unificando la Dirección asistencial.

Mecanismo de pago

Fuente: Contrato SCS - CABE
Contrato SCS - Hospital de Palamós

Actualmente, Servicios de Salut Integrats Baix Empordà participa en la prueba piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios de base poblacional, también conocido como "Prueba piloto de financiación per cápita".

El contrato por la participación en esta prueba prevé una asignación por habitante residente en la comarca, calculada con base en el presupuesto sanitario por habitante de todo el país, ajustado según edad, sexo y utilización de servicios. Además de la asignación por los servicios prestados directamente por las UO del territorio, el contrato establece una corresponsabilización económica sobre las prestaciones sanitarias generadas que el SCS paga directamente a otros proveedores (prescripción farmacéutica, prótesis, transporte sanitario y atención hospitalaria fuera del territorio), para cada una de las cuales un gasto máximo asumible (DMA). Así mismo, la línea de atención hospitalaria y especializada incluye la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria (MHDA) la cual, a su vez, incluye la medicación dispensada a la población no residente atendida dentro del ámbito geográfico de la comarca.

El pago se hace inicialmente por líneas de servicios, según el sistema estándar de facturación no capítativa. Estas líneas son:

- Atención hospitalaria y especializada.
- Atención primaria de salud
- Atención sociosanitaria

Al final del ejercicio se regularizan los contratos de las entidades proveedoras verificando la diferencia entre la contraprestación resultante de la aplicación del sistema de pago previsto por la financiación capítativa y la facturación aceptada correspondiente a los contratos y convenios que continúen vigentes, la cual será calculada de conformidad al sistema de pago de pago aplicable a estos contratos y convenios.

Por otra parte, también se regulariza la diferencia entre el presupuesto asignado para las prestaciones con DMA y el gasto real efectuado, y en función de la desviación y del nivel de riesgo aceptado en el contrato, se deduce o añade a la liquidación un % de esta diferencia.

Funciones de los órganos de gobierno

Fuente: Estatutos de la Fundación Mn Miquel Costa-Hospital de Palamós
Estatutos del Consorcio Asistencial Baix Empordà

Patronato Fundación Mn Miquel Costa - Hospital de Palamós

- El Patronato tiene la representación de la fundación y esto comprende todas aquellas facultades que sean necesarias para la realización de las necesidades funcionales.
- Discusión y aprobación de cuentas y presupuestos.

- Autorizar para todos los actos que supongan alienación o gravamen de los bienes inmuebles de la fundación (ventas, permutas, hipotecas, ...)
- Hacer que se cumplan estrictamente los fines funcionales.
- Interpretar, en la evolución del tiempo, la concreción actualizada de la voluntad del fundador.
- Conservar y utilizar los bienes que integran el patrimonio de la fundación y mantener plenamente su máxima productividad de acuerdo con las circunstancias económicas de la fundación y con el objetivo de conseguir una mayor y mejor asistencia de sus centros.

Consejo de Gobierno del Consorcio Asistencial Baix Empordà gobierna

- La orientación general de las funciones del Consorcio dentro de los objetivos estatutarios y la aprobación consecuente de un plan general y planes anuales de actividades, que han de ser reflejadas al presupuesto que también aprobará.
- La aprobación del Reglamento General del Consorcio y de las organizaciones y funcionamiento de los establecimientos y los centros del Consorcio.
- La aprobación de las condiciones generales de acceso a los lugares de trabajo y las carreras directivas, régimen de prestación de funciones, plantillas y remuneración y los convenios colectivos de trabajo.
- Los acuerdos de adquisición, de alineación y de gravamen de los bienes inmuebles y de los bienes muebles consistentes en aparatos e instalaciones que integren su patrimonio.
- Aprobar los conciertos y convenios para la prestación de servicios con entidades públicas y privadas, así como los acuerdos de participación que se puedan establecer.
- Acordar la creación de nuevos centros y servicios y la remodelación, transformación, ampliación y supresión de las ya existentes.

Misión, Visión, Estrategias y Objetivos Institucionales de la OSI

Fuente: Principios Institucionales Básicos. SSIBE

MISIÓN

La prestación de los 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 integrada, que contemple, no sólo las correspondientes actividades asistenciales, sino también todas las actividades de promoción de la salud, prevención, rehabilitación y atención psicosocial.

Todo esto, actuando sobre la atención primaria y especializada, hospitalaria y extrahospitalaria; la atención sociosanitaria, la educación sanitaria, la docencia y la formación continuada del personal y las actividades de investigación, estudio y divulgación cultural, relacionadas con la sanidad y las ciencias de la salud.

VISIÓN

- El ciudadano como eje de la organización mejorando su satisfacción y reconocimiento.
- Pasar de una gestión por niveles hacia un sistema de salud integrado.
- Enfatizar el proceso asistencial, relativizando el ámbito donde se presta la asistencia.
- Tener la organización preparada para pasar a un sistema de contratación con base capitativa.
- Autosuficiencia económica y financiera para poder garantizar el futuro todo afrontando nuevos retos.

ESTRATEGIAS

- Integrando toda la asistencia en una única dirección
- Desplazar la toma de decisiones hacia los profesionales, fomentar la responsabilidad y la participación mejorando las condiciones laborales
- Mejorando la eficiencia potenciando la resolución.
- Mejorando la comunicación interna y externa con sistemas de información y evaluación integrados, con nuevas actividades y proyectos que permitan diversificar el origen de los ingresos.
- Implantando un plan global de calidad

OBJETIVOS INSTITUCIONALES DE SSIBE - PRINCIPIOS BÁSICOS (definidos en 2002 y revisados en mayo de 2003)

1. Promover un sistema sanitario y social integrado a la comarca del Baix Empordà, centrado en el ciudadano
2. Trabajar según un modelo de gestión basándose en la calidad total
3. Cumplir los contratos y pactos con el SCS y otros clientes
4. Alcanzar un clima laboral positivo
5. Avanzar en la diversificación de clientes.
6. Desarrollar progresivamente un sistema de dirección por objetivos
7. Incrementar nuestra presencia e implicación en la sociedad
8. Tener capacidad de incidir a nivel del sector sanitario y social.
9. Consolidar infraestructuras y equipos con especial énfasis en las nuevas tecnologías.
10. Alcanzar resultados económicos equilibrados incluyendo una reserva destinada a las amortizaciones, reposiciones y nuevas infraestructuras

OBJETIVOS ESPECÍFICOS AÑO 2004

Objetivos Corporativos (Comité de Dirección):

1. Revisión de la organización de la entidad para adaptarla al desarrollo de la atención a la Gente Mayor con dependencia y otras nuevas necesidades.
2. Atención a la Gente Mayor con dependencia:
 - 2.1. Palamós:
 - 2.1.1. Garantizar la viabilidad del proyecto Palamós Gente Mayor:
 - 2.1.2. Garantizar el financiamiento total de la obra.
 - 2.1.3. Acordar el concierto de los servicios con las dos concejerías.
 - 2.1.4. Planificar el traslado del centro sociosanitario actual al edificio nuevo, principalmente en el que hace referencia al marco jurídico, laboral, diseñando y trayendo a concurso el Plan de Equipamiento.
 - 2.1.5. Palafrugell:
 - 2.1.6. Avanzar con la colaboración del Ayuntamiento de Palafrugell.
 - 2.1.7. Mejorar la gestión del actual Hospital.
 - 2.1.8. Colaborar con el Ayuntamiento para dotar de personalidad jurídica propia al órgano de gestión actual.
 - 2.1.9. Impulsar el nuevo centro Palafrugell Gente Mayor
 - 2.2. Sant Feliu de Guíxols:
 - 2.2.1. Evaluar el primer año de funcionamiento de Sant Feliu de Guíxols Gente Mayor, monitorizando los resultados asistenciales y económicos.
 - 2.2.2. Cerrar el equipamiento y licencia ambiental.
 - 2.2.3. Acabar la puesta en marcha de todos los servicios: Centre de Día + Rehabilitación.
 - 2.3. Analizar las necesidades de desarrollo y dotación informática de los centros de Atención a la Gente Mayor y Atención Sociosanitaria en general, que en el caso

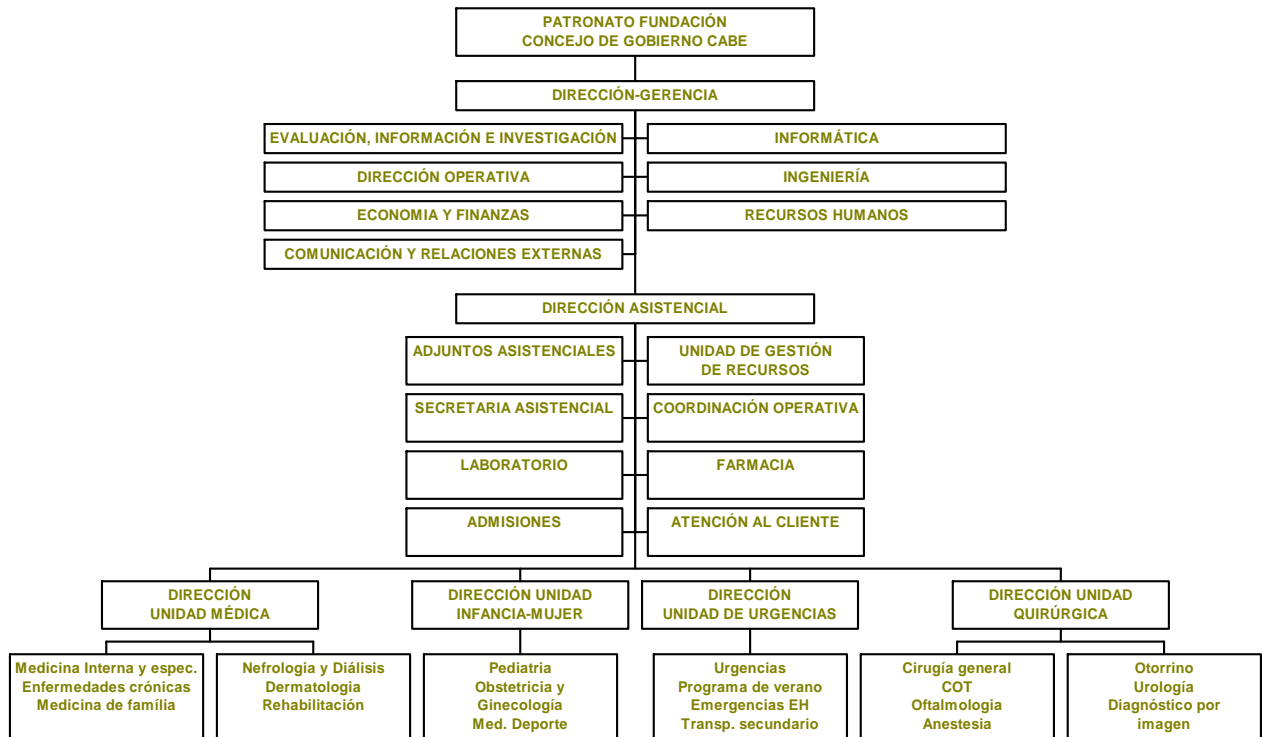
particular del nuevo centro de Palamós permita la total informatización de registros asistenciales, logísticos y administrativos desde su puesta en funcionamiento.

3. Actualizar el Plan Director del Hospital de Palamós:
 - 3.1. Prever la ampliación del Hospital utilizando el espacio liberado por el actual centro sociosanitario.
 - 3.2. Conseguir el financiamiento necesario.
4. Protección ambiental:
 - 4.1. Progresar en la adecuación de los centros a la Ley de intervención integral de la Administración ambiental.
 - 4.2. Tramitar la Licencia ambiental de todos los centros (> 700 m²) de la entidad.
5. Elaborar la encuesta de satisfacción del personal de l'entidad.
6. Avanzar en la implementación de la historia clínica informatizada:
 - 6.1. Efectuar el análisis de necesidades de desarrollo informático de la Historia Clínica Informatizada (HCI) para su extensión en todas las consultas externas del Hospital en el año 2005.
 - 6.2. Implantación de la HCI en las consultas externas de pediatría, ginecología, obstetricia subespecialidades de medicina interna.
7. Mejorar las listas de espera:
 - 7.1. Especialmente las relacionadas con las Consultas Externas de las especialidades de COT, Rehabilitación Oftalmología.
8. Avanzar en la integración “Atención Primaria – Atención Especializada”, a partir de guías conjuntas de practica clínica:
 - 8.1. Con especial énfasis en cardiología, urgencias, oftalmología y patología crónica músculo esquelética.
9. Avanzar en la implantación de medidas de protección de datos personales, en particular en cuanto a:
 - 9.1. Implantación de los requerimientos legales iniciales en Sant Feliu Gente Mayor.

- 9.2. Realización de la auditoría oficial a Hospital y Centros de Atención Primaria.
 - 9.3. Analizar, y si es el caso implantar las adaptaciones de registros y/o circuitos necesarios, para garantizar los derechos de rectificación y cancelación, así como la especial protección de datos de especial sensibilidad.
10. Planificación del desarrollo e implementación de sistemas informáticos:
- 10.1. Elaboración del plan estratégico de desarrollo informático de la entidad, que incluya la informatización de la historia clínica en todos los ámbitos asistenciales
 - 10.2. Elaborar y aprobar un plan operativo de desarrollo informático a medio término que incluya la relación de paquetes a desarrollar, en sus contenidos básicos, la valoración de prioridad del su desarrollo, y si es posible una estimación aproximada de la dedicación necesaria.
11. Avanzar en el grado de identificación cualitativa específica de la actividad y procesos asistenciales, con la corresponsabilización de los profesionales asistenciales en la codificación detallada de todo tipo de episodios:
- 11.1. Evaluar la calidad de la codificación en origen de las altas y otros episodios, y si es el caso proponer medidas de mejora.
 - 11.2. Incrementar el grado de codificación de Consultas Externas.
12. Mejorar la calidad del registro de datos en origen:
- 12.1. Documentar los procedimientos y criterios de registro, tanto administrativos como asistenciales.
 - 12.2. Implementar un plan de formación de admisiones: formación inicial y formación continuada.
13. Avanzar en la relación con el entorno social:
- 13.1. Publicar una web corporativa con información institucional estática.
 - 13.2. Elaborar la memoria corporativa del período 2001-2003.
14. Mejorar la accesibilidad del usuario:

14.1.Efectuar una prueba piloto para evaluar la eficacia y factibilidad de la programación de consultas de APS mediante un sistema de *call-center*, y si es el caso extenderlo a todas las ABS.

Organigrama de SSIBE



FUNCIONES DE DIRECCIÓN

Funciones	Actividades	Dirección OSI	Dirección U. Asistencial	Conjunto
Planificación	Establecimiento de metas, objetivos y estrategias de la OSI (Planificación estratégica de la OSI)	X		
	Establecimiento de metas, objetivos y estrategias de la UO (Planificación estratégica de la UO)			X
	Establecimiento del presupuesto de la Unidad Operativa			X
	Planificación de los RRHH de la UO (ej. personal extra., carrera profesional, cargas de trabajo)			X
	Planificación financiera y de inversiones	X		
	Planificación asistencial (ej. definición de estándares de excelencia técnica del trabajo)		X	
	Políticas de Investigación y Docencia	X		
Organización	Determinación de funciones y tareas			X
	Creación de nuevas unidades (a nivel de OSI; UO)	X		
	Establecimiento de mecanismos de comunicación y coordinación			X
Gestión de personas	Reclutamiento		X	
	Selección del personal y acogida		X	
	Despido y sanciones			X
	Sistema de salarios e incentivos	X		
	Formación y capacitación del personal		X	
	Evaluación del desempeño del personal		X	
Asignación de recursos	Gestión del presupuesto asignado a la UO		X	
Evaluación	Control de los resultados obtenidos por la unidad			X
Relaciones externas	Relaciones con otras instituciones (Departament, SCS, etc.)	X		

Centros de coste dentro de SSIBE

Ámbito	// Unidad	// Centro de Coste
DIRECCIÓN ASISTENCIAL		
	Staff Dirección Asistencial	Dirección Asistencial Admisiones Hospital Atención al Usuario

	Coordinación General Consultes externes CMA-Hospital de Día Farmacia Laboratorio CAS Castell-Platja d' Aro
Hospitalización	Hospitalización
Unidad Médica	Medicina Interna Nefrología y Hemodiálisis Rehabilitación EAP La Bisbal EAP Palafrugell EAP Palamós EAP Torroella Centre sociosanitari
Unidad de Infancia y Mujer	Pediatría Hospital Pediatría Primaria Ginecología y Obstetricia Hospital Programa de Atención a la Mujer
Unidad de Urgencias	Servicio de Urgencias Hospital Programa d'estiu Hospital Guardias ABS (Platja d' Aro) Programa de verano ABS
Unidad Quirúrgica	Bloc Quirúrgico Cirugía General Cirugía Plástica Traumatología Oftalmología Otorrinolaringología Urología Anestesia Cámara Hiperbática Radiología
Sector privado	Medicina del deporte Podología Homeopatía

Palafrugell Gente Mayor	
-------------------------	--

Ámbito	// Unidad	// Centro de Coste
SERVEIS NO ASSISTENCIALS		
	Gerencia	
	Dirección Operativa	Dirección Compras Limpieza Alimentación
	Dirección de Ingeniería	Dirección Mantenimiento
	Informática	
	Evaluación, Información e Investigación	
	Economía y Finanzas	
	Recursos Humanos	Formación Recursos Humanos Prevención

Sistema de información

Fuente: (35)

- Información clínica y administrativa que se comparte

La Gavina' permiten una mayor integración entre los diferentes niveles asistenciales, centros de actividad o diferentes tipos de información (administrativa, clínica, económico-financiera).

Se comparte información administrativa, relacionada con la actividad asistencial; ofimática, relacionada con el funcionamiento de la propia empresa (documentos, intranet, e-mail, internet, documentación, etc.); información de gestión económico-financiera y la información clínica relacionada con la actividad asistencial.

La integración con los subsistemas económico-financiero está garantizada desde cualquier punto del sistema, al acceder a la ficha de un paciente con alguna factura pendiente de cobro el sistema avisa, y de igual forma al cerrar un acto con financiación a cargo del usuario, genera la factura y contabiliza su cobro.

- Forma de presentación de los datos de un paciente

Desde cada Centro de Atención de Urgencias (Hospital; CAP de Torroella; CAP de La Bisbal; CAP de Palafrugell; CAU de l'Estartit; CAU de Platja d'Aro; CAU de St. Antoni) es posible consultar la situación actual de los otros centros. En el censo actual se puede ver, de cada paciente, una serie de datos informativos (box, estado de peticiones de pruebas complementarias cursadas, etc.). El profesional desde esta pantalla puede generar nuevas peticiones de pruebas (LAB, RXA), cursar ordenes de Enfermería, consultar el Historial Informatizado de ese paciente o bien realizar un Informe y codificar el acto médico.

De igual forma puede acceder a la pantalla de control de técnicas y tratamientos solicitados, notas de enfermería o registro de constantes vitales.

En el apartado de pruebas complementarias, el profesional dispone de las herramientas necesarias para generar la petición directamente en el ordenador. Existen unas plantillas de peticiones (radiología, laboratorio, pruebas externas) que le van guiando en la petición. Esta les informa de resultados de pruebas anteriores, valores de normalidad y además permite trabajar con perfiles de peticiones según el motivo de consulta y área donde se encuentre el profesional.

Desde cualquier punto informático del sistema se puede acceder a consultar (siempre que tenga los permisos adecuados) la información introducida en la Historia Informatizada. La

visualización puede tener diferentes vistas, según las preferencias y/o lo que se este buscando en este momento.

Todos los profesionales (debidamente autorizados y autenticados) pueden acceder a la información en la historia informática: actividad en las diferentes unidades funcionales (consulta especializada, hospitalización aguda, socio-sanitario, urgencias, visitas de primaria, etc.), informes de alta; codificación ICD9 de estas actividades, medicación, pruebas solicitadas, actividad prevista, etc.

Desde la pantalla de HCI el profesional puede acceder al área de anamnesis; alergias, antecedentes familiares, personales, ginecológicos,....También se puede acceder al seguimiento de las ordenes médicas, medicación, vacunación, I.L.T., actividad programada pendiente, etc. En este apartado el sistema indica una serie de alertas informativas. En el apartado de proceso clínico tiene toda la información relacionada con cada motivo / diagnostico informado; pruebas solicitadas, hojas de curso clínico, informes de alta de atención especializada, urgencias y/o cualquier otro documento recogido en la HCI.

Dispone de una herramienta para protocolizar todas las Actividades Programadas Preventivas y la definición de programas que requieren de un seguimiento específico. Esta herramienta permite definir una serie de variables (actividades) con una población diana y unas pautas de aplicación. Permite disparar alertas, factores de riesgo, protocolos o condicionantes y problemas dependiendo de los valores que se le asignan a estas variables. En cualquier momento se puede consultar la evolución de una de estas actividades (peso, talla, nivel de glucosa, consumo de tabaco, tensión arterial, etc.)

Soporte tecnológico

Identificador único

Cuando se crea un expediente nuevo el programa asigna un código genérico autogenerado que nadie puede alterar.

En el expediente también se registran otros códigos como el código CIP, el DNI y el número de la seguridad social. Además el sistema se encuentra sintonizado con el registro Central de Asegurados RCA del SCS

La base de datos de usuarios es única y compartida desde cualquier centro; ya sea dentro del Hospital, en los centros de Atención Primaria o Socio-sanitarios. Los datos administrativos de los pacientes son recogidos una única vez en todo el sistema.

El sistema se conecta a través de una red de comunicaciones VPN (red privada virtual) basada en ADSL y RDSI, que enlaza los diferentes centros donde presta servicios asistenciales la empresa. El centro de esta red es el Hospital de Palamós, dado que allí está ubicado el Departamento de Informática, y así puede dar un mejor soporte al sistema. Este sistema permite una conexión permanente y segura de todos los centros asistenciales de la comarca, tanto los Centros de Atención Primaria (CAP) como los consultorios locales.

Nivel de inversión en sistemas de información integrada

El sistema de información es totalmente integrado; por lo tanto, el rubro que se destina a este departamento es considerado como el designado a sistemas de información integrado

- Gasto corriente en Sistemas de Información = 1,31% del total de SSIBE. Incluye: Recursos Humanos del Departamento de Informática y una parte del Departamento de Evaluación, Información e Investigación; compras de material consumible; reparaciones y mantenimiento.

- Gasto total anual en Sistemas de Información = 1,59 % del total SSIBE. Incluye los conceptos anteriores más las compras de inmovilizado (Hardware y Software). No se incluye la inversión en obras.

Sistema computarizado de orientación a las decisiones

La HC incorpora cuadros automáticos de información que facilitan algunas de las actividades clínicas.

El sistema de recordatorio de actividades de prevención está ligado a las actividades de prevención pendientes por realizar en el paciente como son medicación periódica, registro de colesterol, toma de tensión arterial, etc.

Al momento de realizar una receta, el médico ingresa el nombre o genérico de un medicamento y el sistema hace una lista de los medicamentos que contienen el mismo principio activo del inicialmente citado organizándolos en orden de conveniencia ya sea por genéricos, precio, lista del SCS, etc. Según el medicamento elegido, el sistema también menciona las contraindicaciones y recomienda la dOSI del medicamento.

Al ingresar a la HC se activa el cuadro de actividades pendientes, factores de riesgo y los programas asistenciales, incluido el de vacunas.

El sistema también captura datos claves para los registros que lo requieren, ya sea de protocolos, de actividades de prevención, entre otros.

Estrategias de implantación del servicio de información

Para desarrollar la HC inicialmente se constituyó un grupo técnico con profesionales de informática, profesionales asistenciales y directivos. Posteriormente se crearon grupos de

trabajo con profesionales de los diferentes niveles de atención, con el fin de consensuar las funciones de la herramienta y al mismo tiempo unificar criterios; en la actualidad funciona la Comisión de Historia Clínica que es la encargada de generar las propuestas para mejorar la HC y desarrollar los protocolos informatizados.

En los AP se empezó por una ABS piloto donde los profesionales del centro fueron formados por personal del departamento de informática. Posteriormente, éstos profesionales se encargaron de capacitar a sus compañeras de las otras ABS de la organización, con el soporte del área de informática. Actualmente el 100% de AP se encuentra informatizada.

En el Hospital, se empezó por consulta externa y continuo con pediatría y urgencias, también con un grupo piloto; este grupo, es el encargado de agregar elementos a la HC al nivel de especialización.

Esta pendiente por informatizar la actividad clínica en Hospitalización y digitalizar las imágenes diagnósticas.

Plan estratégico

En el momento no se tiene un documento con el nombre de plan estratégico del sistema de información integrado; sin embargo, existe una línea estratégica definida, que se va concretando a partir de las decisiones y objetivos trazados a corto y mediano plazo por parte de la comisión de informática.

Además ha estado de forma implícita en las líneas estratégicas de la organización y este año se tiene dentro de los objetivos la elaboración por escrito de dicho plan.

ANEXO 5. Información BSA

Tabla 1. Oferta de servicios de BSA

	Camas
Hospital	
Número de camas	149
Centro Socio-sanitario El Carmen	
Número de camas de larga estancia	114
Camas de estancia media	
Convalecencia	43
Curas paliativas	15
Plazas de Hospital día	35

Fuente: Badalona Serveis assistencials. Modelo organizativo. Diapositivas

Tabla 2. Actividad asistencial Hospital Municipal de Badalona, Centro Sociosanitario El Carmen y Badalona Gestió Assistencial

Actividad	
Hospital:	
Número de altas hospitalarias: (incluye CMA)	9176 altas
Intervenciones quirúrgicas:	5433 intervenciones
Cirugía Mayor Ambulatoria CMA:	2330 altas
Consultas externas:	
Primera visita:	30256 visitas
Visitas sucesivas:	68839 visitas
Urgencias:	54643 urgencias
Altas de hospital de día:	4297 altas
IRR (Intensidad Relativa de recursos)	0.9327
Sociosanitario: Mayo - Diciembre 2003	
Pacientes atendidos:	427 pacientes
Estancias (días) de larga estancia:	14564 estancias
Convalecencia:	7086
Curas paliativas:	2423
BSA	
Total visitas MG	382796
Total visitas pediatría	76022
Total visitas enfermería	114873
Total visitas odontología	17743
Total visitas trabajo social	3154
Total visitas a domicilio MG y Pediatría	13518
Total de visitas a domicilio de enfermería	7218
Total visitas EAP	591434
Población total mayor de 14 años adscrita al ABS:	94.283
Población total de 0 - 14 años adscrita al ABS:	14.586
Población total adscrita al ABS	108.869

Fuente: Cuadro de comandament BSA. 2003

Tabla 3. Número de visitas por año por habitante a profesionales del Equipo de Atención Primaria de BGA.

Visitas MG por habitante mayor de 14 años	4,1
Visitas pediatría por habitante de 0 - 14 años	5,2
Visitas enfermería por habitante	1,1
Visitas odontología por habitante	0,2
Visitas trabajo social por habitante	0,03
Visitas MG y Pediatría a domicilio por habitante	0,1
Visitas enfermería a domicilio por habitante	0,1
Total visitas por habitante	5,4

Fuente: Cuadro de comandament BSA. 2003

Tabla 4. Población de referencia de BSA

Indicador	
Población de referencia del continuo de servicios de la OSI:	108.869
Población de referencia de la ZAC en la que se sitúa la OSI:	108.869
Peso de la población de referencia del continuo de servicios de la OSI en el total de la ZAC	100%

Fuente: web IDESCAT. Censo 2001

Tabla 5. Datos poblacionales por municipio

	Badalona	Mongat	Tiana
Población	205.836 hab.	8335 hab.	6082 hab.
Superficie Km2	21,2	3	8
Densidad de pob. (hab./km2)	9.723	2825,3	764,1
Comarca	Barcelonés	Maresme	Maresme

Fuente: web. Idescat. Censo 2001

Tabla 6. Distribución por edad de la población de referencia

Grupo de edad	Población	Distribución
0 - 4 años	10.375	4,7
5 - 14 años	20.261	9,2
15 - 34 años	71.956	32,7
35 - 64 años	85.923	39,0
65 - 75 años	18.813	8,5
> 75 años	12.925	5,9
Total	220253	100,0

Fuente: Web. Idescat. Censo 2001

Tabla 7. Crecimiento demográfico

Año	Hombres	Mujeres	Total	%
2001	108882	111371	220253	-1,6
1996	110512	113306	223818	-3,1
1991	114156	116540	230696	

Fuente: Web. Idescat. Censo 2001

TIPO DE SERVICIOS DEL CONTINUO QUE COMPRENDE BSA

Fuente: Contrato CSC - BSA
 Contrato SCS - Hospital Municipal de Badalona

	Servicios del continuo asistencial	
Atención primaria	Actividades derivadas de la atención de medicina general, pediatría -puericultora, enfermería y asistencia sociosanitaria Actividades derivadas de la atención odontológica Actividades preventivas y promoción de la salud Actividades de atención comunitaria Servicio de atención continuada	
	Consultas de especialistas que realizan en los CAP.	Cardiología ORL Endocrinología Cirugía general Dermatología Urología COT Neurología Pneumología Oftalmología
Atención hospitalaria	Hospitalización	Especialidades: Medicina interna Cardiología, Pneumología, Digestivo, Endocrinología, Oncología, Neurología, Reumatología, Hematología, Dermatología, Cirugía general, Urología, Cirugía vascular, Oftalmología, Otorrinolaringología, Ginecología, Pediatría, Cirugía ortopédica y Traumatología, Anestesia, Psiquiatría

	<ul style="list-style-type: none"> • Clínica del dolor • Consulta externa • Urgencias • Hospital día • Cirugía Menor Ambulatoria • Programa sanitario de atención a la mujer • Screening de mama • CMA • Centro de Salud Sexual y Reproductiva CASSiR • ESID programas de atención domiciliaria 	
Atención Sociosanitaria	Hospitalización	Larga estancia Curas paliativa Convalecencia
	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de evaluación y seguimiento • Procesos de evaluación multidisciplinar en geriatría, en curas paliativas y en trastornos cognitivos • Hospital de día • Refuerzo de los programas de atención domiciliaria PADES • Unidad funcional Interdisciplinaria UFISS (programa desarrollado entre el sociosanitario y el Hospital) 	

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Fuentes: 11, 19, 20,

Uno de los servicios precursores de la organización es el HMB inaugurado el 17 de Enero de 1932. En 1991 el CSSC deja de ser una clínica privada y pasa a ser administrado por el HMB. En 1994 el HMB constituyó BGA, para iniciar labores en la gestión de la AP en el CAP Morera-Pomar y posteriormente se abrieron nuevos centros hasta completar los que administra en la actualidad. La constitución de la empresa BGA, se convirtió en el punto de partida para la integración de los servicios asistenciales entre las tres empresas e iniciar con la organización BSA. El factor político fue el principal determinante para la constitución de la organización pues, con la publicación de la ley de ordenación sanitaria de Cataluña, en 1990, se hizo posible la diversificación de proveedores de servicios de atención primaria de salud y la que permitió la constitución de BGA. Los cambios en el ámbito organizativo se dieron cuando el HMB empezó a gestionar el CSSC; desde ese

momento el director de dicho centro se incorporó al equipo directivo del Hospital. Posteriormente, con la creación de BGA, se suma al equipo directivo el director de la nueva entidad de AP y desde ese momento empieza a funcionar como órgano de gestión de la organización.

La relación entre el HMB y el CSSC cambió a partir de mayo del 2003 cuando el CSSC paso a tener su propia personalidad jurídica después de haber sido gestionado por el HMB.

El proceso de conformación de BSA ha sido liderada por diferentes personalidades del ámbito sanitario y político pertenecientes a las instituciones que han pasado o hacen parte de BSA. BSA inicia cuando se crea la entidad BGA en 1994 puesto que desde ese momento comienza realmente el trabajo integrado dentro de la organización.

PERSONAS QUE HAN LIDERADO EL PROCESO DE INTEGRACIÓN

Fuente: Entrevista Josep Ramón Llopart

Alcaldes: Joan Blanch Rodríguez

Maité Arque i Ferrer

Gerentes: Francisco Javier Niño

Francisco Iglesias

Manuel del Castillo rey

Ma. Angels Cabezas

Dirección de enfermería: Amparo Villanueva

Dirección Médica: Francesc Planas

Jordi Pié Garcia
 Antonio Casals
 Josep Ramón Llopart
 Miquel Pons

Sociosanitario: Joan Cunill

Primaria: Victoria Marturell
 Josep Serrat

OTROS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD.

ICS Instituto Catalàn de la Salut gestiona los servicios de atención primaria en algunos sectores del municipio de Badalona como son: Sectores 2, 4, 5, 6, 7 y 11

Proveedor	Servicios. CAPs	Población de referencia
Instituto Catalàn de la Salud ICS	Actividades derivadas de la medicina general, pediatría - puericultura y enfermería. Actividades derivadas de la atención odontológica Actividades preventivas y de promoción de la salud Actividades de atención comunitaria Servicio de atención continuada (atención 24 horas)	La correspondiente al sector del municipio donde se encuentre ubicado el CAP

Fuente: Web. Generalitat de Catalunya. ICS

Atención Hospitalaria

El ICS también gestiona los servicios sanitarios especializados a través de Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, el cual es hospital de referencia para la región sanitaria del Barcelonès Nord y Maresme.

Proveedor	Servicios. Hospital U. Germans Trias i Pujol	Población de referencia
Instituto Catalán de la Salud ICS	Hospitalización Consulta externa Servicios médicos (área médica, área quirúrgica, área materno infantil y área de servicios centrales Urgencias Unidad de corta estancia Banco de sangre Donación de órganos	

Fuente: web Generalitat de Catalunya. ICS

Salud Mental

Proveedor	Servicios.	Población de referencia
Instituto Municipal de Servicios Personales	Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil Joan Obiols Centro de Salud Mental I Centro de Salud Mental II	

Fuente: Web Ayuntamiento de Badalona

Sociosanitario

Proveedor	Servicios	Población de referencia
Hospital de l'Esperit Sant (Espíritu Santo)	Servicios centrales (Cirugía, diagnóstico por imagen, laboratorio clínico, anatomía patológica y farmacia) Hospitalización y consulta externa	El área de influencia hospitalaria se distribuye en los siguientes municipios:

	Unidades funcionales (patología mamaria, cáncer digestivo, UFISS, media estancia, hospitalización a domicilio, hospital de día, anti-tabaco) Pruebas complementarias Soporte asistencial (fisioterapia)	Santa Coloma de Gramenet, Sant Adrià de Besòs, Badalona Barrio de Llefià y Barcelona Barrio de Buen Pastor.
--	---	---

Fuente: Web Generalitat de Catalunya. ICS

MISIÓN Y ESTRATEGIAS DE BSA

Fuente: Plan estratégico BSA. 2004 - 2007

Misión

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.

Estrategias

Posicionamiento como un referente sanitario en Badalona

Desarrollo de la asistencia por procesos

Mejora de las condiciones de confort y funcionalidad

Motivación e implicación de los profesionales

Sostenibilidad económica y financiera

Evolución hacia una organización mas saludable

Orientación a la excelencia

Creación de un entorno para el desarrollo personal y profesional

FUNCIONES DE DIRECCIÓN

Fuente: Entrevista Josep Ramón Llopart

Funciones	Actividades	Dirección OSI	Dirección UO	Director de proyecto	Conjunto
Planificación	Establecimiento de metas, objetivos y estrategias de la OSI (Planificación estratégica de la OSI)				X
	Establecimiento de metas, objetivos y estrategias de la UO (Planificación estratégica de la UO)		X		
	Establecimiento del presupuesto de la Unidad Operativa				X
	Planificación de los RRHH de la UO (ej. personal extra., carrera profesional, cargas de trabajo)		X		
	Planificación financiera y de inversiones				X
	Planificación asistencial (ej. definición de estándares de excelencia técnica del trabajo)				X
	Políticas de Investigación y Docencia		X		
Organización	Determinación de funciones y tareas			X	
	Creación de nuevas unidades (a nivel de OSI; UO)				X
	Establecimiento de mecanismos de comunicación y coordinación				X
Gestión de personas	Reclutamiento		X		
	Selección del personal y acogida		X		
	Despido y sanciones		X		
	Sistema de salarios e incentivos	X			
	Formación y capacitación del personal			X	
	Evaluación del desempeño del personal		X		
Asignación de recursos	Gestión del presupuesto asignado a la UO		X		
Evaluación	Control de los resultados obtenidos por la unidad				X
Relaciones externas	Relaciones con otras instituciones (Departament, SCS, etc.)	X			

ASIGNACIÓN DE RECURSOS

Fuente: BSA. Septiembre 2004

Para el HMB, el CSSC y BGA se incluyen las siguientes partidas	Compras, Variaciones de existencias, Servicios externos, Tributos, Personal, Otros gastos de gestión corriente, Gastos financieros, Pérdidas patrimoniales e inmobiliarias, Excepcionales, Amortizaciones, Aprovisionamiento
--	--

Centros de Coste

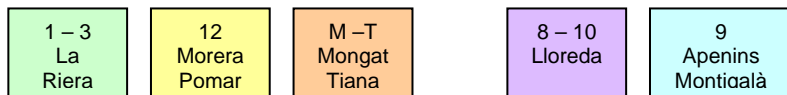
Entidad	Centro de coste
<i>HMB</i>	Medicina Interna, Cirugía General, Oftalmología, Urología, Oncología, Ginecología, Otorrinolaringología, Cirugía Vasculard, COT, Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización Médica, Hospitalización quirúrgica, Cirugía Mayor Ambulatoria, Diagnóstico por imagen, Laboratorio, Área quirúrgica, Archivos Farmacia, Anatomía Patológica, Limpieza, Biblioteca, Mantenimiento, Telefonía, Admisiones, Dirección planificación, Dirección Económica, Servicios Generales, Logística, Recursos Humanos, Comités, Informática, Trabajo Social, Gerencia, Dirección Médica, Dirección Enfermería, Unidad de Prevención, Unidad de Formación, Estructura.
<i>BGA</i>	Estructura, MIR, ABS 1- 3 La Riera ABS 8 - 10 Nova Lloreda ABS 9 Apenins - Montigalà ABS 12 Morera - Pomar ABS Montgat - Tiana Unidad de Salud laboral
<i>CSSC</i>	CSSC

Centros de beneficio

Entidad	Centros de beneficio
<i>HMB</i>	Medicina Interna, Cirugía General, Oftalmología, Urología, Oncología, Ginecología, Otorrinolaringología, Cirugía Vasculard, COT, Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización Médica, Hospitalización quirúrgica, Cirugía Mayor Ambulatoria, Diagnóstico por imagen, Laboratorio, Área quirúrgica
<i>CSSC</i>	CSSC
<i>BGA</i>	BGA

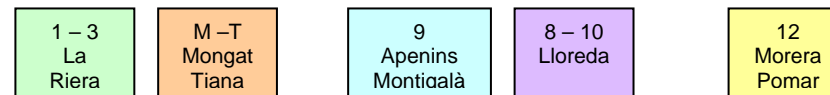
CIRCUITO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES

Cardiología, ORL, Endocrinología, Cirugía general.



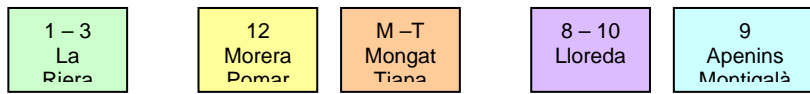
Hospital Municipal de Badalona

Dermatología



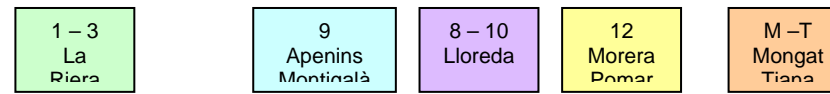
Hospital Municipal de Badalona

Urología.



Hospital Municipal de Badalona

COT



Hospital Municipal de Badalona

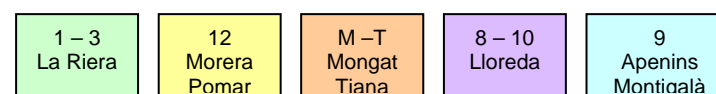
Neurología.



ICS

Hospital Municipal de Badalona

Neumología.



Hospital Municipal de Badalona

ANEXO 6. Lista de abreviaturas

ABS:	Área Básica de Salud
AE:	Atención especializada
AIE:	Asociación de interés económico
AP:	Atención primaria
ATDOM:	Programa de atención domiciliaria
BGA:	Badalona Gestió Assistencial
BSA:	Badalona Serveis Assistencials
CABE:	Consorci Assitencial Baix Empordà
CAP:	Centro de atención primaria
CASSiR:	Centro de atención de salud sexual y reproductiva
CHC:	Consorci Hospitalari de Catalunya
CSSC:	Centro sociosanitario El Carmen
DTA:	Dolor torácico agudo
EPOC:	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
HC:	Historia clínica
HMB:	Hospital Municipal de Badalona
IAS:	Instituto de asistencia sanitaria
IC:	Insuficiencia cardíaca
ICS:	Instituto Català de la Salut
ORL:	Otorrinolaringología
OSI:	Organizaciones Sanitarias Integradas
PADES:	Programa de atención domiciliaria. Equipo de soporte
RRHH:	Recursos humanos
SCMFiC:	Sociedad Catalana de medicina familiar y comunitaria
SCS:	Servei Català de la Salut
SSIBE:	Serveis de Salut Integrats Baix Empordà

UCP: Unidad de cuidados paliativos
UFISS: Unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria
UO: Unidad operativa
ZAC: Zona d'avaluació del capítatiu