

**ESTUDIO DE DOS ORGANIZACIONES SANITARIAS
INTEGRADAS DE CATALUÑA:
La Corporació de Salut del Maresme i la Selva y
el grup SAGESSA**

TESINA PARA OPTAR AL MÁSTER EN SALUD PÚBLICA
DE LA UNIVERSIDAD POMPEU FABRA

M.Àngels Pons Mesquida

DIRECTORAS DE TESINA :

M^a Luisa Vázquez Navarrete

Ingrid Vargas Lorenzo

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| Resumen | 4 |
| Resum | 6 |
| Abstract..... | 8 |
| 1. Introducción | 10 |
| 1.1. Antecedentes | 11 |
| 1.2. Justificación del estudio..... | 22 |
| 1.3. Objetivos..... | 23 |
| 1.4. Limitaciones del estudio | 24 |
| 1.5. Bibliografía | 26 |
| 2. Artículo: Estudio de casos: Organizaciones Sanitarias Integradas de Cataluña | |
| 2.1. Resumen..... | 30 |
| 2.2. Abstract..... | 31 |
| 2.3. Introducción..... | 32 |
| 2.4. Metodología..... | 33 |
| 2.5. Resultados..... | 34 |
| A) Análisis Corporació de Salut del Maresme i La Selva | |
| Descripción..... | 34 |
| Características generales | 34 |
| Entorno | 35 |
| Modelo de gobierno..... | 35 |
| Modelo organizativo..... | 36 |
| Coordinación asistencial..... | 38 |
| B) Análisis Grup SAGESSA | |
| Descripción..... | 40 |
| Características generales | 41 |
| Entorno | 41 |
| Modelo de gobierno..... | 42 |
| Modelo organizativo..... | 43 |
| Coordinación asistencial..... | 45 |

| | |
|----------------------------|----|
| 2.6. Discusión | 47 |
| 2.7. Conclusiones | 51 |
| 2.8. Agradecimientos | 52 |
| 2.10. Bibliografía | 53 |
| 2.11. Tablas | 55 |
| 2.12. Figuras | 54 |

3. Anexos

| | |
|--|-----|
| Anexo 1. Guía de casos para el análisis | 68 |
| Anexo 2. Instrumento análisis de documentos | 74 |
| Anexo 3. Documentos analizados de CSMS | 76 |
| Anexo 4. Documentos analizados de Grup SAGESSA | 77 |
| Anexo 5. Tablas y figuras de CSMS | 86 |
| Anexo 6. Tablas y figuras de grup SAGESSA | 102 |
| Anexo 7. Abreviaturas | 103 |

RESUMEN

Título del estudio:

Estudio de dos Organizaciones Sanitarias Integradas de Cataluña: La Corporació de Salut del Maresme i La Selva y el grup SAGESSA

Introducción: En los últimos años, en la mayoría de países, se ha producido un cambio en la política sanitaria, orientando el discurso hacia la coordinación entre proveedores y la articulación asistencial, surgiendo de este modo las Organizaciones Sanitarias Integradas. 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.

Este estudio pretende conocer mejor la integración de servicios sanitarios en Cataluña, analizando dos casos de OSI comarcales del territorio catalán.

Objetivo general: Analizar dos experiencias de Organizaciones Sanitarias Integradas existentes en Cataluña, con la finalidad de conocer la situación de estas organizaciones y plantear posibles recomendaciones para mejorar su eficacia en nuestro territorio.

Muestra y métodos: Se ha realizado un estudio de casos de dos Organizaciones Sanitarias Integradas de Cataluña: La Corporació de Salut del Maresme i La Selva y grup SAGESSA. La recogida de datos se ha llevado a cabo mediante dos técnicas de investigación cualitativa: análisis de documentos y entrevistas individuales. Se han elaborado una serie de instrumentos, tomando como referencia la guía para el estudio de OSI de base territorial. Los datos se han analizado mediante la de análisis narrativo de contenido, abarcando las dimensiones siguientes: características de las OSI y su entorno, características organizativas y modelo de gobierno, y coordinación asistencial.

Resultados: Grup SAGESSA y CSMS son dos organizaciones sanitarias integradas con características y entornos diferentes, el grup SAGESSA es una OSI de mayor tamaño en dispositivos asistenciales, en actividad y en servicios ofrecidos. La forma de relación entre las entidades que componen las dos organizaciones es distinta, Grup SAGESSA se considera OSI virtual y CSMS vertical. También aparecen diferencias considerables entre las dos OSI a nivel de órgano de gobierno y en la estructura organizativa. CSMS presenta un único órgano de gobierno totalmente centralizado y Grup SAGESSA multiplicidad y descentralización del órgano de gobierno. En la estructura organizativa, CSMS dispone de un único equipo directivo que asume la responsabilidad gestora de toda la organización; en cambio grup SAGESSA tiene el equipo directivo central de la organización y los equipos directivos de los centros, responsables de su gestión. A pesar de las diferencias, ambas organizaciones

presentan algunos aspectos en común: tienen integración horizontal y vertical, producen todos los servicios que utilizan, muestran la dimensión estratégica orientada a la coordinación asistencial y a la mejora de la eficiencia del sistema, están en la prueba piloto de compra de servicios en base poblacional. En cuanto al modelo de colaboración asistencial, las dos organizaciones mantienen el papel de *gatekeeper* de la primaria. No obstante, grup SAGESSA presenta características de un modelo paralelo, y CSMS tiene elementos que se aproximan mejor a un modelo de co-provisión. Para conseguir la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, las dos organizaciones han desarrollado varios mecanismos. Grup SAGESSA busca la coordinación a lo largo del continuo a través de GPC; mientras CSMS centra su énfasis en los grupos de trabajo y los comités permanentes. Los sistemas de información vertical de ambas organizaciones buscan la coordinación interniveles, no disponiendo aún de historias clínicas integradas a lo largo de toda la organización.

Conclusión: Grup SAGESSA y CSMS son OSI que se han ido constituyendo en entornos y circunstancias concretas, desarrollando un modelo de gobierno, un modelo organizativo y un modelo de coordinación asistencial con algunas diferencias entre ellos. A pesar de las diferencias, las dos organizaciones buscan la coordinación de la atención a lo largo del continuo asistencial y la cobertura de servicios asistenciales de forma integrada. Los modelos de gobierno de ambas organizaciones presentan algunos de los atributos deseables para una buena gobernabilidad del sistema, sin embargo deben plantearse diversos retos para mejorar aspectos de gobernabilidad. En el modelo organizativo, las dos organizaciones parecen integradas en la dimensión estratégica, sin embargo sería necesario conocer la difusión de ésta a lo largo de toda la OSI y analizar con detenimiento aspectos como la cultura organizativa y el liderazgo.

2.2. RESUM

Títol de l'estudi:

Estudi de dues Organitzacions Sanitàries Integrades de Catalunya: La Corporació de Salut del Maresme i la Selva i el grup SAGESSA.

Introducció: En els últims anys, en la majoria de països, s'ha produït un canvi en la política sanitària, orientant el discurs cap a la coordinació entre proveïdors i l'articulació assistencial, sorgint d'aquesta manera les Organitzacions Sanitàries Integrades. Una Organització Sanitària Integrada (OSI) és una xarxa d'organitzacions que ofereixen una atenció coordinada a través d'un continu de serveis de salut a una població determinada i es responsabilitza dels costos i resultats de salut de la població. La finalitat d'aquest estudi és conèixer millor la integració de serveis sanitaris a Catalunya, analitzant dos casos de OSI comarcals del territori català.

Objectiu general: Analitzar dues experiències d'Organitzacions Sanitàries Integrades existents a Catalunya, mitjançant l'aplicació d'una guia d'anàlisi per l'estudi de les OSI de base territorial, amb la finalitat de conèixer la situació d'aquestes organitzacions i identificar possibles recomanacions per millorar la eficàcia d'aquestes organitzacions en el nostre territori.

Mostra i mètodes: S'ha realitzat un estudi de casos de dues Organitzacions Sanitàries Integrades de Catalunya: La Corporació de Salut del Maresme i la Selva i el Grup SAGESSA. La recollida de dades s'ha portat a terme mitjançant dues tècniques de investigació qualitativa: anàlisi de documents i entrevistes individuals. S'han elaborat instruments, agafant com a referència la guia per l'estudi de OSI de base territorial. Les dades obtingudes s'han analitzat mitjançant la tècnica de l'anàlisi narratiu del contingut, abordant les dimensions següents: característiques de les OSI i el seu entorn, característiques organitzatives i model de govern, i coordinació assistencial.

Resultats: Grup SAGESSA i CSMS són dues organitzacions sanitàries integrades amb característiques i entorns diferents, el grup SAGESSA és una OSI de major grandària en dispositius assistencials, en activitat i en serveis ofertats. La forma de relació entre les entitats que componen les dues organitzacions és diferent, Grup SAGESSA es considera OSI virtual i CSMS vertical. També apareixen diferències considerables entre les dues OSI a nivell d'òrgan de govern i en l'estructura organitzativa. CSMS presenta un únic òrgan de govern totalment centralitzat i Grup SAGESSA multiplicat i descentralització de l'òrgan de govern. En l'estructura organitzativa, CSMS té un únic equip directiu que té la responsabilitat gestora de tota l'organització; en canvi grup SAGESSA té l'equip directiu central de l'organització i

els equips directius dels centres, responsables de la seva gestió. Tot i les diferències, ambdues organitzacions presenten alguns aspectes en comú: tenen integració horitzontal i vertical, produeixen tots els serveis que utilitzen, mostren la dimensió estratègica orientada a la coordinació assistencial i a la millora de la eficiència del sistema, estan dins la prova pilot de compra de serveis en financiació per càpita. Respecte al model de col·laboració assistencial, les dues organitzacions mantenen el paper de *gatekeeper* de la primària. No obstant, grup SAGESSA presenta característiques d'un model paral·lel i CSMS té elements que s'aproximen millor a un modelo de co-provisió. Per aconseguir la coordinació entre els diferents nivells assistencials, las dues organitzacions han desenvolupat diversos mecanismes. Grup SAGESSA cerca coordinació al llarg del continu a través de GPC; en canvi CSMS centra l'ènfasi en els grups de treball i en els comitès permanents. Els sistemes de informació vertical de ambdues organitzacions cerquen la coordinació internivells, però encara no disposen de històries clíniques integrades al llarg de tota la organització.

Conclusió: Grup SAGESSA i CSMS són OSI que s'han anat constituint en entorns i circumstàncies concretes, desenvolupant un model de govern, un model organitzatiu i un model de coordinació assistencial amb algunes diferències entre ells. Tot i les diferències, les dues organitzacions cerquen la coordinació de l'atenció al llarg del continu assistencial i la cobertura de serveis assistencials de forma integrada. Els òrgans de govern de les dues organitzacions presenten alguns atributs desitjables per una bona governabilitat del sistema, tot i així han de plantejar-se diversos reptes per millorar aspectes de la governabilitat. En el modelo d'organització, les dues organitzacions semblen integrades en la dimensió estratègica, però seria necessari conèixer la difusió d'aquesta al llarg de tota la OSI i analitzar amb deteniment aspectes com la cultura organitzativa i el lideratge.

2.3. ABSTRACT

Introduction: In the last years, in most of countries, a change in the sanitary policy has taken place, orienting the speech towards the coordination between suppliers and the welfare joint, arising in this way the Integrated Sanitary Organizations (ISO). This study tries to know better the integration of sanitary services in Catalonia, analyzing two cases of local ISO of the Catalan territory.

General objective: To analyze two experiences of existing Integrated Sanitary Organizations in Catalonia, with the purpose of knowing the situation in these organizations and to raise possible recommendations to improve its effectiveness in our territory.

Sample and methods: A case study of two Integrated Sanitary Organizations of Catalonia has been made: The Corporació de Salut del Maresme i la Selva and grup SAGESSA. The collection of data has been carried out by means of two techniques of qualitative investigation: analysis of documents and individual interviews. A series of instruments has been elaborated, taking as reference the guide for the study territorial base ISO. The data have analyzed by means of the one of narrative analysis of content, including the following dimensions: characteristics of the ISO and their surroundings, organizational characteristics and government model, and welfare coordination.

Results: Grup SAGESSA and CSMS are two sanitary organizations integrated with characteristics and different surroundings, grup SAGESSA is a ISO of greater size in welfare devices, activity and offered services. The form of relation between the organizations that compose the two organizations is different, Grup SAGESSA considers as a vertical OSI and CSMS, as a virtual one. Also appears considerable differences between the two OSI at level of control system and organizational structure. CSMS presents an only control system totally centralized and Grup SAGESSA multiplicity and decentralization of the government system. In the organizational structure, CSMS has an only directive equipment that assumes the managing responsibility of all the organization; however grup SAGESSA has the central directive team of the organization and the directive equipment of the centers, people in charge of its management. In spite of the differences, both organizations present some aspects in common: they have horizontal and vertical integration, they produce all the services that use, the strategic dimension is oriented to the welfare coordination and to the improvement of the efficiency of the system, they are in the test pilot of purchase of services in population base. As far as the model of welfare collaboration, the two organizations maintain the paper of gatekeeper of the primary one. However, grup SAGESSA displays characteristics of a parallel model, and CSMS has elements that come near better to a Co-

provision model. In order to obtain the coordination between the different welfare levels, the two organizations have developed several mechanisms. Grup SAGESSA looks for the coordination throughout the continuum through GPC; while CSMS centers their emphasis in the permanent work groups and committees. The vertical information systems of both organizations look for the coordination interlevels, still not having integrated clinical histories throughout all the organization.

Conclusion: Grup SAGESSA and CSMS are ISOs that have been constituted in surroundings and concrete circumstances, developing a model of government, an organizational model and a model of welfare coordination with some differences among them. In spite of the differences, the two organizations look for the coordination of the continuum attention throughout welfare and the cover of welfare services of integrated form. The models of government of both organizations present some of the desirable attributes for a good governability of the system, nevertheless must consider diverse challenges to improve aspects of governability. In the organizational model, the two organizations seem integrated in the strategic dimension, nevertheless it would be necessary to know the diffusion about this one throughout all the ISO and to analyze with thoroughness aspects like the organizational culture and the leadership.

1. INTRODUCCIÓN

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

Durante estos últimos años, proveedores, financiadores, y analistas de políticas de salud han expresado un creciente interés en el desarrollo de Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI), porque aparecen como una forma de organización innovadora que puede ser capaz de responder a los desafíos emergentes en el entorno de la salud (Devers et al., 1994).

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

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

La investigación de mi tesina analiza dos casos de OSIs en Cataluña a partir de la aplicación de una guía para el análisis de Organizaciones Sanitarias Integradas en base territorial. El proyecto del cual esta investigación forma parte está desarrollado por el CHC y su principal objetivo es contribuir a conocer mejor estas experiencias en nuestro entorno proponiendo, en primer lugar, un marco teórico para el estudio de los proveedores integrados de salud, y en segundo lugar, analizando diversos casos de OSIs de Cataluña.

1.1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

1.1.1. LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS: ASPECTOS BÁSICOS

1.1.1.1. 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.

Dos de los objetivos finales que persiguen estas organizaciones son la mejora de la eficiencia global en la provisión y de la continuidad de la atención, a través de un objetivo intermedio: la mejora en la coordinación de los servicios. Gillies et al. (1993) se refieren a este objetivo intermedio con el término de *integración clínica*.

1.1.1.2. Características principales

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

- La *amplitud de integración*, es decir, número de diferentes funciones y servicios que provee la OSI a lo largo del continuo de atenciones de salud (Harrigan, 1985). El continuo asistencial abarca la promoción y la prevención, la atención ambulatoria, los tratamientos de pacientes agudos y crónicos y los tratamientos de rehabilitación (Shortell, 1993).
- La *profundidad de integración*, o el número de diferentes unidades que posee una OSI para proveer una determinada función o servicio (Shortell, 1993), es decir la cantidad de servicios proveídos dentro de la propia organización sanitaria que no son comprados a otros proveedores de salud.
- La *forma que adoptan las relaciones entre las organizaciones* que conforman la OSI, esto es, el tipo de propiedad o relaciones contractuales que establece una determinada OSI (Simoens y Scott, 1999)
- La *concentración geográfica*, esto es, la distancia a la cual se encuentran las distintas unidades operativas de una OSI.
- El *nivel de producción de servicios dentro de la OSI*, es decir, la cantidad de servicios proveídos dentro de la propia organización sanitaria en comparación a la cantidad de

servicios que son comprados a otros proveedores de salud en cualquier particular etapa del continuo de salud

1.1.1.3. Tipos de OSI

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

- Según el tipo de servicios que se integren

La integración entre proveedores puede darse en el mismo nivel asistencial o en distintos niveles asistenciales (Conrad y Dowling, 1990), lo que permite diferenciar dos tipos de integración. La *Integración horizontal* que se basa en la unión y coordinación de servicios que se encuentran en la misma etapa en el proceso de producción de salud (Conrad et Dawling, 1996). El otro tipo de integración es la *Integración vertical* en la que la unión y coordinación de servicios que se encuentran en diferentes etapas en el proceso de producción de salud (Conrad y Dawling, 1990).

- Según el tipo de liderazgo

En la literatura (Shortell et al., 1994) han definido distintos tipos de OSIs dependiendo del tipo de institución que ejerza el liderazgo:

- *OSIs lideradas por hospitales*. En este caso la red se organiza en torno a un hospital existente. Son las más frecuentes, debido principalmente a los recursos y experiencia financiera, organizacional y de liderazgo de este tipo de instituciones.

- *OSIs lideradas por los grupos de médicos*. Consiste en organizar la red alrededor de un grupo de médicos que son propietarios o que contratan los servicios de atención especializada que necesitan.

- *OSIs híbridas lideradas por hospitales y grupos de médicos*: combinan los recursos y experiencias financieras y organizacionales de los hospitales con la mirada clínica de los médicos y su proximidad a los pacientes.

- *OSIs lideradas por aseguradoras*. Tipo de OSI se da cuando la red está organizada alrededor de la compañía de aseguramiento.

Si bien no existe evidencia sobre las diferencias de funcionamiento de estos diferentes sistemas de liderazgo, es probable que el liderazgo híbrido tenga el mayor potencial para proveer atenciones de salud costo-efectivas a la población (Shortell et al. , 1994).

- Según el nivel de producción interno de servicios

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

- Según la forma de las relaciones interorganizacionales (Shortell et al., 1996) proponen la siguiente clasificación de OSIs a partir del tipo de relación que se establece entre las distintas organizaciones que integran la OSI:
 - *OSI Vertical*, que ejercen el control y propiedad sobre todas las partes de la organización.
 - *OSI Virtual*, articulada a través de un conjunto de fórmulas jurídicas muy diferentes: redes integradas de servicios, consorcios y grupos.
 A partir de las distintas clasificaciones de las OSI, que nos muestra la literatura, se pretende estudiar los tipos de OSI que se adoptan en Cataluña.

1.1.2. MARCO PARA EL ANÁLISIS DE LAS OSI

Una organización sanitaria se podría considerar efectivamente integrada en la medida que posea estos tres elementos: la coordinación de la atención a lo largo del continuo asistencial, la cobertura de servicios a una población determinada y la responsabilidad sobre los costes y resultados de salud de la población que atiende. Por lo tanto, la formación de una OSI se puede contemplar como un proceso en el que, si concluye con éxito, la organización será capaz de proveer una atención de manera coordinada haciéndose responsable de los costes y la salud de una población determinada.

En este proceso intervienen elementos tanto internos como externos de las organizaciones que influyen en el grado de integración clínica o coordinación asistencial que efectivamente alcanzan las organizaciones. Estos elementos son el entorno, el modelo de gobierno, el modelo organizativo y de gestión, la cultura organizativa, la coordinación asistencial y el desempeño de la OSI.

1.1.3. EL ENTORNO DE LAS OSI

Para describir las OSI, además de conocer los aspectos básicos, es necesario determinar los elementos del entorno de estas organizaciones, ya que estos influyen en su desarrollo.

Distintos autores (Shortell et al., 1994; Conrad y Downling, 1990; Skelton-Green y Sunner, 1997) han señalado que las OSIs, habrían surgido en respuesta a distintas condiciones en el entorno sanitario, incluyendo tres tipos de determinantes: determinantes de carácter económico, social y político.

Los *determinantes económicos* surgen de la necesidad de realizar un efectivo control del gasto sanitario desde la década de los 80s (Shortell y Hull, 1995).

Los *determinantes sociales* emergen a partir de una mejora en educación en salud, de manera que la población se ha convertido en demandante de una mayor calidad en los servicios de salud que recibe (Skelton-Green y Sunner, 1997). Esto ha ido acompañado de fuerzas demográficas como el incremento en la proporción de ancianos con una mayor carga de enfermedades crónicas.

Los *determinantes políticos* aparecen por la búsqueda, por parte de las autoridades, de medidas reguladoras con tendencia a implementar sistemas sanitarios que buscan la integración entre los distintos proveedores de salud (Ibern y Calsina, 2001).

1.1.4. *MODELO DE GOBIERNO DE LAS OSI*

El gobierno de una OSI es otro de los aspectos que influye en el resultado de la integración de los servicios sanitarios de estas organizaciones. El buen funcionamiento de la OSI está relacionado con las dimensiones del gobierno y con los atributos del buen gobierno.

1.1.4.1. Dimensiones del gobierno

El gobierno de una organización debería determinar sus objetivos, formular las políticas y tomar las decisiones y, por tanto, ser un elemento clave para el funcionamiento de la OSI. Para analizar su papel en el desempeño de la OSI, se deben tener en cuenta cuatro dimensiones del gobierno: el grado de centralización del gobierno (control), la agrupación de unidades bajo el gobierno (estructura), las características de los miembros de los órganos de gobierno (composición) y las responsabilidades según los distintos roles de sus miembros (funcionamiento) (Pointer et al., 1995).

1.1.4.2. Atributos del buen gobierno de una OSI

No existe evidencia empírica de qué modelo de gobierno permite alcanzar un mayor grado de integración del sistema (Alexander et al, 1995). No obstante, los atributos que se consideran deseables para una *buen gobierno de la OSI* son la responsabilidad global con el sistema y con la población que atiende, la coordinación entre los diferentes órganos de gobierno, el pluralismo o equilibrio de poderes y la representación de los médicos en los órganos de gobierno (Alexander et. al, 1994).

La literatura sobre el tema (Alexander et. al., 1994) menciona una serie de barreras que limitan alcanzar estos atributos del buen gobierno. Entre las barreras externas estarían sistemas de pago, estándares de acreditación y requerimientos regulatorios que imponen restricciones al cambio. Entre las barreras internas, las más importantes serían, la falta de entendimiento de los roles y responsabilidades de los gobiernos, la falta de perspectiva de sistema y la focalización en los intereses propios, el miedo al cambio y el deseo de preservar la autonomía, los roles y responsabilidades históricas.

1.1.5. EL MODELO ORGANIZATIVO Y DE GESTIÓN

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

1.1.5.1. La dimensión estratégica

Se considera como dimensión estratégica al conjunto de la misión, objetivos y estrategias que definen el alcance y la dirección de las actividades de una organización y son estos elementos los que se consideran claves para la integración organizativa (Shortell, 1996). Los dos objetivos fundamentales que persigue una Organización Sanitaria Integrada son la coordinación de los servicios necesarios para atender al paciente y la prestación de estos servicios en el lugar más coste-efectivo.

Para la implantación de las estrategias globales de la OSI se requiere llevar a cabo diversas acciones (Raventós, 2002) como alinear estratégicamente la OSI, realizar los cambios organizativos pertinentes y, controlar los resultados y hacer un seguimiento de la estrategia para ver cómo se van alcanzando los objetivos.

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

1.1.5.2. La estructura organizativa

La estructura de las organizaciones, se configura a partir de la forma de agrupación de las actividades en unidades, de los mecanismos que se establecen para coordinar estas unidades y sus actividades, así como, de los sistemas para tomar decisiones. La coordinación entre las distintas unidades que trabajan juntas (integración organizativa) (Lawrence y Lorch, 1987), vendrá determinado por un conjunto de aspectos de la estructura organizativa de las OSI como son: los mecanismos para coordinar las unidades y tareas, el tipo de descentralización, parte de la estructura con más poder y los factores de contingencia.

1.1.5.2.1. Mecanismos para coordinar las unidades y tareas

Los puestos de trabajo y actividades de una organización se agrupan en unidades y existen dos bases para agruparlas (Mintzberg, 1988). La primera es la agrupación *según el mercado*, en la que las actividades están agrupadas según los productos o servicios que da la organización (p.e.: agrupación para la asistencia de la diabetes). La segunda manera de agrupación es *según las funciones*, en las que las actividades están agrupadas según las funciones que se utilizan para producir los productos o servicios (p.e.: agrupación en base a servicios asistenciales: medicina interna, pediatría, enfermería,...).

Los mecanismos de coordinación o control de unidades y actividades que parecen explicar las formas fundamentales en las que las organizaciones coordinan su trabajo son: la adaptación mutua, la supervisión directa y la normalización (Mintzberg, 1988).

- La *adaptación mutua* se basa en la coordinación del trabajo a través de la simple comunicación informal.
- La *supervisión directa* logra la coordinación responsabilizando una persona del trabajo de las demás, dándole instrucciones y controlando sus acciones.
- La *normalización* alcanza la coordinación especificando de antemano los procesos de trabajo, los resultados o las habilidades requeridas para realizar el trabajo.

Los mecanismos de normalización y supervisión suelen ser utilizados para coordinar actividades que no poseen un alto nivel de incertidumbre (Galbraith, 1973). Por lo tanto, cuando el volumen de información a procesar es grande (Galbraith, 1973) o las actividades son muy especializadas y a su vez interdependientes (Lawrence y Lorsch, 1987), las organizaciones deben adoptar estrategias de coordinación basadas en la *adaptación mutua*. Mintzberg (1988) considera cuatro tipos de mecanismos de coordinación basados en la

adaptación mutua, que él denomina *dispositivos de enlace*: el puesto de enlace, el grupo de trabajo y comité permanente, el directivo integrador y, la estructura matricial.

* El *puestos de enlace* sirve para encauzar la comunicación cuando se necesita un contacto considerable para coordinar el trabajo de dos unidades.

* Los *grupos de trabajo y comités permanentes* se utilizan cuando se institucionaliza una reunión, concertándola con regularidad. El Grupo de Trabajo o *task force* (Galbraith, 1973) es un comité convocado para cumplir una tarea determinada y se disuelve tras su cumplimiento, en cambio el Comité Permanente es una agrupación más estable entre distintos departamentos.

*Los *directivos integradores* son puestos de enlace dotados de autoridad formal.

*La *estructuras matriciales* representa el esfuerzo organizativo por combinar la agrupación de mercado y la funcional en una misma estructura. Se caracteriza en que las decisiones tienen que ser tomadas conjuntamente por los directivos funcionales y de proyecto (producto o proceso) resultando un equilibrio de poder.

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

En la coordinación de las actividades y unidades de las OSI, además de los mecanismos de coordinación se utilizan los sistemas de planificación. 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.

1.1.5.2.2. La descentralización de la toma de decisiones

La toma de decisiones se puede realizar de forma centralizada o descentralizada, en estructuras completamente centralizadas, la decisión se toma en un único punto de la organización, y en organizaciones descentralizadas, el poder queda dividido entre numerosos individuos.

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

La centralización es el medio más preciso para coordinar la toma de decisión en una organización puesto que la toma de decisiones la realiza un individuo y las pone en práctica mediante la supervisión directa. No obstante, cuando la información es demasiado abundante o difícil de transmitir las organizaciones tienden a descentralizarse.

1.1.5.2.3. Factores de contingencia

Existen una serie de variables que influyen en el tipo de estructura que adopta una organización para adaptarse al entorno. Aplicando la hipótesis básica de la teoría de la contingencia, no existiría una forma óptima de estructura para una OSI, esta dependería de cuáles sean los factores de contingencia que predominen (Young et al.,1997). Mintzberg (1988) divide estos factores en varios grupos: edad y tamaño de las organizaciones (amplitud y profundidad), sistema técnico, entorno y poder.

- La edad de una organización viene determinado por su fecha de fundación y el tamaño de una OSI se caracteriza por su amplitud, profundidad y concentración geográfica.
- La tecnología influye en la estructura de las organizaciones, en cuanto más compleja y automatizada sea la tecnología que utiliza la organización serán necesarios más especialistas de staff que utilizan los dispositivos de enlace para coordinarse.
- La estructura de la organización depende del dinamismo de su entorno (cambios de políticas, economía, variaciones en la demanda, cambios tamaño...), de la diversificación de los mercados y la extrema hostilidad del entorno (competencia por los recursos, las relaciones con el gobierno, sindicatos).
- En el diseño de la estructura de una organización también son importantes los factores de poder: control externo, necesidades de poder de los miembros y las modas.

1.1.5.3. La cultura organizativa

La cultura organizativa, es un elemento más que determina el modelo organizativo y de gestión de una organización. Se define como el patrón de presunciones básicas desarrollado para adaptarse al entorno e integrar a sus miembros y guía la conducta de los miembros de la organización (Shein, 1992). Por lo tanto, por un lado, puede contribuir a implantar los

objetivos y estrategias de las organizaciones en la medida en que la cultura y las estrategias están alineadas y, por otro, puede ser un elemento integrador en sí mismo, si toda la organización comparte una cultura común (Young, 1997). La integración asistencial, por tanto, no sólo se vería fortalecida por la existencia de una cultura común, sino también, por la presencia en esta, de valores orientados hacia la coordinación, como la colaboración, el trabajo en equipo y la evaluación por resultados (Kornaki et Silversin, 1998). La cultura se puede analizar a partir de sus elementos básicos que, de acuerdo a su nivel de visibilidad, se clasifican en: artefactos (los más visibles: imágenes, lista de valores publicados, sistema de incentivos, etc.), valores expuestos (aquellos que se expresan) y presunciones básicas o teorías en uso (implícitas en el comportamiento).

1.1.5.4. El liderazgo

Los líderes de las organizaciones desempeñan un papel clave en el cambio organizativo y la adopción, por parte de los miembros de la organización, de la misión y estrategias basadas en la integración clínica o coordinación de la atención. Por lo tanto, uno de los aspectos claves en el proceso de integración es la existencia de un liderazgo claro hacia la integración, capaz de comunicar una visión colectiva y de buscar mecanismos que posibiliten el aprendizaje de las actividades que apoyan esta visión (Barnsley et al., 1998).

1.1.5.5. Sistema de asignación de recursos dentro de la OSI

La asignación de recursos a las distintas unidades puede generar un incentivo para tratar a los pacientes en el lugar más costo-efectivo y, por tanto, para la coordinación y eficiencia del sistema. Para que sea posible, las distintas unidades operativas, deben ser conscientes de que reciben un presupuesto común y que son responsables de los costes propios y de la totalidad de la OSI. La forma en que se imputan los ingresos y gastos a las unidades operativas, por ejemplo, como centros de coste y el conocimiento de esta información, influirá en esta percepción (Shortell, 1994).

1.1.6. COORDINACIÓN ASISTENCIAL

La coordinación asistencial la podemos definir como la concertación de los servicios necesarios para atender al paciente a lo largo del continuo asistencial (Lamb, 1997), cuyo grado máximo supone la integración de la atención y cuya percepción por el paciente, supone la continuidad asistencial (Reid et al., 2002).

1.1.6.1. Modelos de colaboración asistencial

La coordinación entre niveles asistenciales puede adquirir diversas formas, de acuerdo a la intensidad de la interacción (Lorenz et al., 1999): provisión paralela, gestor-consulta y co-provisión de la atención. La *provisión paralela* se produce cuando la división de las tareas entre los profesionales es clara y la resolución del problema de salud no requiere una colaboración significativa, pudiendo trabajar cada nivel independientemente. En el caso de la *provisión gestor-consultor*, 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 (Starfield, 2002).

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

1.1.6.2. Instrumentos de coordinación

La coordinación de atención a lo largo del continuo requiere la organización de la asistencia, es decir, organización del trabajo, definición de roles y tareas entre los distintos profesionales. Para lograr la coordinación asistencial se pueden utilizar diversos instrumentos: la planificación de la atención, guías y protocolos clínicos (Wagner et al., 1996); sistemas de información vertical a lo largo de la organización, que recojan información económica, operacional, para planificación y análisis e información clínica (Shortell et. al. 1994); uso de otros canales de información (correo electrónico, teléfono, reuniones informales...); grupos de trabajo y sistema experto.

El sistema de información clínica en una OSI, debería incluir a) una sistema de registros clínicos integrados a lo largo del continuo asistencial: b) herramientas de soporte a la decisión clínica (SCOD: Sistemas computerizados de orientación de las decisiones clínicas) y c) sistema de información para el análisis de resultados en la población atendida (medición y monitorización de resultados de salud)

1.1.6.3. Estrategias de gestión de la atención

En las últimas décadas se han implementado en distintos sistemas de salud, estrategias para gestionar coordinadamente la atención de pacientes con necesidades complejas que requieren una colaboración más estrecha entre distintos niveles asistenciales. Algunas de estas estrategias son: programas de gestión de enfermedades; gestión de casos y atención compartida.

La primera estrategia se refiere a los *Programas de gestión de enfermedades* (PGE), que se han definido como un sistema coordinado de informaciones e intervenciones sanitarias para aquellas poblaciones que sufren determinadas enfermedades que comparten la característica del valor de los auto-cuidados en su tratamiento y control (Peiró, 2003). Mediante estos programas, todos aquellos que son responsables en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, se ponen de acuerdo en los estándares, personal y costes en los que se incurre para proveer la atención. La segunda estrategia es la *gestión de casos* que se centra en pacientes individuales y sus familias, gestionando los pacientes a lo largo del continuo asistencial (Weiss, 1998). La *atención compartida* es otra de las estrategias de gestión de la atención y se basa en la participación conjunta de los médicos de atención primaria y los especialistas en la planificación de la atención para los pacientes crónicos.

1.1.7. EL DESEMPEÑO DE LA ORGANIZACIÓN

El análisis del desempeño de la OSI abarca los conceptos de eficiencia y continuidad asistencial. Así como también se refiere a la implantación efectiva de las estrategias globales de la OSI.

La *continuidad* en la atención es el grado de unión y coherencia en las actividades dedicadas a la atención de un paciente a lo largo del tiempo. Esto es el resultado de una buena información, las habilidades entre el personal y una buena coordinación del cuidado. Se definen tres tipos de continuidad: *continuidad de información* durante todo el proceso asistencial, *continuidad de relación* paciente-proveedor y, la *continuidad de gestión* en la provisión de diferentes tipos de atención sanitaria de manera complementaria y sin duplicidades (Reid et al., 2002)

Davies, (2002) sugiere que la principal medida de resultado para medir el desempeño de la OSI es la *eficiencia*, calculada como esperanza de vida saludable y relacionado con el gasto en salud per capita.

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En Cataluña y en España no se conoce la existencia de ningún estudio sobre las Organizaciones Sanitarias Integradas, por lo que la realización de este estudio es totalmente novedosa en nuestro país. En algunos países norteamericanos la literatura sobre las OSI es relativamente abundante, pero en Cataluña y en España es el primer estudio que analizará este tipo de organizaciones.

Este estudio contribuye a conocer mejor los proveedores integrados de salud a partir de la construcción del marco teórico y también analiza diversas OSIs específicas de Cataluña, donde el Sistema Nacional de Salud tiene diversidad en la titularidad de proveedores de salud.

El análisis de las OSI propuestas en el estudio nos permite conocer sus características y aspectos externos e internos que se relacionan con el grado de coordinación y eficiencia. A partir de ahí se apuntan algunas recomendaciones para intentar mejorar esa integración de servicios, pudiendo servir para plantearse cambios futuros de mejora de la eficacia de las OSI en Cataluña.

La investigación de mi tesina forma parte de un amplio e innovador proyecto desarrollado por el Consorcio Hospitalario de Cataluña (CHC), que pretende contribuir a conocer mejor estas experiencias en nuestro entorno proponiendo , en primer lugar, un marco teórico para el estudio de los proveedores integrados de salud, y en segundo lugar, analizar diversos casos de OSIs de Cataluña.

1.3. OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar dos experiencias de Organizaciones Sanitarias Integradas existentes en Cataluña, mediante la aplicación de una guía de análisis para el estudio de las OSI de base territorial, con la finalidad de conocer la situación de estas organizaciones, identificando posibles recomendaciones para mejorar la eficacia de estas organizaciones en nuestro territorio.

Objetivos específicos

- a) Describir y analizar las características de las OSI que integran nuestro estudio.
- b) Evaluar el entorno en el cual se está desarrollando la actividad de la OSI.
- c) Identificar el modelo de gobierno de cada Organización Sanitaria Integrada y sus atributos de buen gobierno.
- d) Analizar el modelo organizativo y de gestión de las OSI estudiadas.
- e) Analizar la organización asistencial y los instrumentos de coordinación.

1.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- El marco teórico se ha construido a partir de las publicaciones existentes, lo que conlleva asociado sesgos de publicación (limitación en el espacio que puede ocupar el artículo, no se publica toda la información sobre el estudio, artículos no publicados...)
- El idioma es otra de las limitaciones que nos encontramos durante la investigación, resultando un sesgo de información, ya que los artículos revisados sobre las OSI están en inglés, en catalán y en español; dejando sin revisar otras publicaciones en otros idiomas que no dominamos.
- Durante la revisión bibliográfica se han encontrado artículos relacionados con las organizaciones sanitarias integradas, pero en un contexto muy diferente al de Cataluña. La mayor parte de la literatura sobre la integración de los servicios sanitarios ha sido analizada en Norteamérica en un entorno de un sistema sanitario muy fragmentado, por lo que los artículos encontrados se sitúan en un contexto muy diferente al nuestro, donde disponemos del Sistema Nacional de Salud.
- En la revisión de la literatura nos hemos encontrado estudios teóricos de los distintos aspectos que pueden definir las organizaciones sanitarias integradas, pero se han encontrado muy pocos artículos que describan un estudio de casos prácticos para valorar estas organizaciones.
- Este estudio práctico es el primero que se lleva a cabo en Cataluña y en España, por lo que no se tiene ninguna experiencia anterior y durante su desarrollo han aparecido nuevas limitaciones no contempladas. Una de estas limitaciones ha sido haber encontrado menos documentación de la que se esperaba que tuviesen las OSI, para ser analizada según el plan de análisis del estudio.
- El estudio de casos, como ya hemos dicho, se realiza en Cataluña lo que supondrá una limitación si se tiene que generalizar los resultados a otras zonas de España, ya que cada territorio es diferente y el sistema de salud catalán es muy característico.
- Los datos del estudio se basan en las OSI a nivel de estructura y proceso, no analizando el nivel de resultado de la integración debido a problemas de acceso a la información relacionada con resultado de coordinación y a la falta de tiempo.
- El tiempo para realizar este estudio ha sido reducido, lo que ha supuesto que en el análisis de las OSI se hayan seleccionado algunos aspectos para estudiar, dejando otros aspectos, como la cultura organizativa y el liderazgo, sin poder analizar.

- Se trata de un estudio de casos, realizado utilizando exclusivamente técnicas cualitativas, en un período breve, con una muestra de informantes y documentaciones limitadas. Por tanto, los resultados deben ser considerados con cautela e interpretados como una aproximación a la realidad, ya que en ocasiones en vez de obtener una respuesta o visión definitiva indican la necesidad de obtener mayor información.

1.5. BIBLIOGRAFÍA

Alexander JA, Zuckerma HS, Poinyer DD. The challenges of governing integrated health care systems. *Health Care Manage Rev* 1995; 20 (4), 69-81.

Barnsley J, Lemieux-Charles L, McKinney MM. Integrating learning into integrated delivery systems. *Health Care Manage Rev*. 1998; 23(1):18-28

Conrad DA, Dowling WL. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Manage Rev* 1990; 15(4):9-22

Conrad DA, Shortell S.M. Integrated health systems: Promise and performance. *Front Health Serv Manag* 1996; 13(1):3-40.

Davies M. Performance measurement in integrated health systems. Canadian College of Health Service Executives as a requirement for Fellowship (serial online) 2002 (cited 2003 Jun); 1(1):[132 screens]. Disponible en: URL:
<http://www.regionalization.org/Regionalization/Reg-Davis.pdf>

Depoy E, Gitlin L. Introduction to Research. Multiple strategies for Health and Human Services. London: Mosby 1994

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.

Galbraith J. Designing complex organizations. Addison-Wesley Publishing Company, 1973.

Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hospital & Health Services Administration* 1993; 38(4):467-489.

Harrigan K.R. Vertical integration and corporate strategy. *Academy of Management Journal* 1985; 28(2):397-425.

Ibern P, Calsina J. Más allá de la separación de funciones: Las Organizaciones Sanitarias Integradas. Barcelona: Cres; 2001.

- Kornaki MJ, Silversin J. How can IDSs integrate conflicting cultures? *Health Financ Manage* 1998; 52(6):34-6
- Lamb G. Outcomes across the care continuum. *Med care* 1997; 35(11 Suppl): NS 106-14.
- Lawrence PR, Lorsch JW. *Organization and Environment*. Irwin 1967
- Lorenz AD, Mannsch LB, Gawinski BA. Models of collaboration. *Health Care Management Rev*. 1999; 26(2)
- Mintzberg H. *La estructuración de las organizaciones*. Barcelona: Ariel; 1988
- Peiró M. Integración de proveedores de servicios asistenciales. *Cuadernos de Gestión* 2001;7(2):59-64.
- Raventós J. Fase de diagnóstico de la planificación estratégica. Módulo 1. Planificación estratégica. Área de Dirección y Recursos Humanos. Universidad de Barcelona. 2002
- Reid R, Haggerty J, and McKendry MA. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal* 2002; 327:1219-21
- Schein EH. *Organizational culture and leadership*. 2nd ed. San Francisco (Cal): Jossey-Bass; 1992
- 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.
- Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff (Millwood)* 1994; 13(5):46-64.
- Shortell SM, Hull KE. The new organization of the health care delivery system. *Baxter Health Policy Rev* 1996; 2:101-148.
- Shortell SM, Hull KE. The new organization of the health care delivery system. *Baxter Health Policy Rev* 1996; 2:101-148.
- Simoens S, Scott A. Towards a definition and taxonomy of integration in primary care. *HERU Discussion Paper*, 1999.

Skelton-Green JM, Sunner JS. Integrated delivery systems: the future for Canadian health care reform? *Can J Nurs Adm* 1997; 10(3):90-111

Starfield B. Coordinación de la atención de salud. *Atención Primaria*, pp 233-65. 2002.

Vargas I, Vázquez ML, Farré J. Guía para el estudio de Organizaciones Sanitarias Integradas de base territorial. 2004. Consorci Hospitalari de Catalunya .CHC

Vargas I, Vázquez ML, Farré J. Marco conceptual para el estudio de Organizaciones Sanitarias Integradas. 2004. Consorci Hospitalari de Catalunya .CHC

Vázquez ML, Vargas I, Farré J. Organizaciones Sanitarias Integradas en Cataluña. 2003. Consorci Hospitalari de Catalunya .CHC

Wagner EH, Austin BT, Vonkorff M. Improving Outcomes in chronic Illness. *Managed Care Quartely* 1996; 4(2):12-25

Weiss ME. Case Management as a Tool for Clinical Integration. Aspen Publishers 1998; 4(1), 9-15

Young WD. Managing Clinical Integration in Integrated Delivery system: A Framework for Action. *Hosp Health Serv Adm.* 1997; 42(2): 255-79

ARTÍCULO:

ESTUDIO DE DOS ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS DE
CATALUÑA:
La Corporació de Salut del Maresme i la Selva y
el grup SAGESSA

El presente artículo cumple con los requisitos para ser presentado en la Revista
“Cadernos de Saú de Pública”

2. ARTÍCULO:

2.1. RESUMEN

Introducción: En los últimos años, en la mayoría de países, se ha producido un cambio en la política sanitaria, orientando el discurso hacia la colaboración entre proveedores y la articulación asistencial, surgiendo las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI).

Objetivo general: Analizar dos experiencias de Organizaciones Sanitarias Integradas de Cataluña, con el fin de conocer la situación de éstas y plantear posibles recomendaciones para mejorar su eficacia en nuestro territorio.

Muestra y métodos: Estudio de casos de dos OSIs de Cataluña: Corporació de Salut del Maresme i La Selva y grup SAGESSA. La recogida de datos se llevó a cabo mediante dos técnicas de investigación cualitativa: análisis de documentos y entrevistas individuales. Los datos se analizaron, mediante la técnica cualitativa de análisis narrativo de contenido.

Resultados: El grup SAGESSA es una OSI de mayor tamaño en dispositivos asistenciales, en actividad y en servicios ofrecidos. Atendiendo a la forma de relación entre las entidades constituyentes, el Grup es una OSI virtual y CSMS vertical. El órgano de gobierno de la Corporació es único y centralizado, y el del Grup es múltiple y descentralizado. En la estructura organizativa, la Corporació tiene un único equipo directivo, mientras el Grup tiene la dirección central y la dirección de los centros. Ambas organizaciones presentan algunos aspectos en común: tienen integración horizontal y vertical, producen todos los servicios que ofrecen, muestran la dimensión estratégica orientada a la coordinación asistencial, y están en la prueba piloto del capitativo. Para la coordinación entre niveles asistenciales, el Grup hace énfasis en las GPCs y la Corporació en los grupos de trabajo. Los sistemas de información de ambas organizaciones no disponen de historias clínicas integradas.

Conclusión: Ambas organizaciones son diferentes, pero buscan la coordinación asistencial y ofrecer servicios sanitarios integrados. Los dos modelos de gobierno, deben mejorar aspectos de gobernabilidad. En el modelo organizativo, las dos OSIs parecen integradas en la dimensión estratégica, faltaría conocer la difusión de ésta y analizar la cultura organizativa y el liderazgo.

Palabras claves: Organización Sanitaria Integrada, modelo de gobierno, modelo de gestión, coordinación asistencial.

2.2. ABSTRACT

Introduction: In the last years, in most of countries, a change in the sanitary policy has taken place, orienting the speech towards the collaboration between suppliers and the welfare joint, arising the Integrated Sanitary Organizations (ISO).

Objective: To analyze two experiences of Integrated Sanitary Organizations of Catalonia, with the purpose of knowing the situation these and to raise possible recommendations to improve its effectiveness in our territory.

Sample and methods: Study of two cases of OSIs of Catalonia: Corporació de Salut del Maresme i La Selva and grup SAGESSA. The collection of data was carried out by means of two techniques of qualitative investigation: analysis of documents and individual interviews. The data were analyzed, by means of the qualitative technique of narrative analysis of content.

Results: Grup SAGESSA is a ISO of greater size in welfare devices, activity and offered services. Taking care of the form of relation between the constituent organizations, the Grup is a vertical ISO and CSMS is a virtual one. The control system of the Corporació is unique and is centralized, and the one of the Grup is multiple and decentralized. In the organizational structure, the Corporació has an unique directive equipment, while the Grup has a central command and control and the direction of the centers. Both organizations display some aspects in common: they have horizontal integration and vertical, they produce all the services that use, they show the oriented strategic dimension the welfare coordination, and are in the test pilot of the capitative. For the coordination between welfare levels, the Grup makes emphasis in the GPCs and the Corporació in the work groups. The information systems of both organizations do not have integrated clinical histories.

Conclusion: Both organizations are different, but they look for the welfare coordination and to offer integrated sanitary services. Both government models, must improve governability aspects. In the organizational model, the two ISOs seem integrated in the strategic dimension, would lack to know the diffusion this one and to analyze the organizational culture and the leadership.

Key words: Integrated Sanitary organization, model of government, model of management, welfare coordination.

2.3. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido un cambio de paradigma en la política sanitaria, se han abandonado las estrategias de competencia, orientando el discurso sanitario hacia conseguir una colaboración y la garantía de la continuidad en los servicios de salud, mediante el aumento de la coordinación entre proveedores¹. Financiadores, proveedores y analistas de políticas de salud han mostrado interés en el desarrollo de Organizaciones Sanitarias Integradas, porque aparecen como una forma de organización capaz de responder a los desafíos emergentes en el entorno de la salud¹. Una Organización Sanitaria Integrada (OSI) se define como 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 esa población². La integración de proveedores de salud ha sido analizada sobre todo en EE.UU., donde en la última década este fenómeno ha experimentado un gran crecimiento en un sistema sanitario muy fragmentado. En Cataluña, con un modelo de salud diferente (Sistema Nacional de Salud con diversificación en la titularidad de la provisión), han aparecido organizaciones de este tipo, normalmente lideradas por un hospital al que se le contrata la gestión de la atención primaria, y es responsable de cubrir un rango de servicios para la población del territorio.

A diferencia de EE.UU., donde la literatura sobre el tema es abundante^{1;3-5}, en Cataluña y en España no se conoce la existencia de ningún estudio sobre las Organizaciones Sanitarias Integradas, por lo que este estudio resulta novedosa y contribuye a conocer mejor este tipo de organizaciones en nuestro país. En este artículo se analizan dos casos de OSIs de Cataluña, a partir de la aplicación de una guía para el análisis de Organizaciones Sanitarias Integradas en base territorial (Tabla 1), elaborada a partir de un marco teórico para el estudio de los proveedores integrados de salud. El análisis de las dos OSI permite conocer sus características y aspectos externos e internos que se relacionan con el grado de coordinación y eficiencia. A partir de ahí se recomiendan medidas para mejorar la eficacia de las OSI en Cataluña.

2.4. METODOLOGÍA

La investigación realizada es un estudio de casos con múltiples fuentes de evidencia⁶. Se han analizado dos Organizaciones Sanitarias de Cataluña mediante la aplicación de la “Guía para el estudio de Organizaciones Sanitarias Integradas de base territorial”⁷ (Tabla 1). La guía se ha elaborado a partir de un marco teórico^{8;9}, basado en una revisión sistemática de la bibliografía sobre el desarrollo de OSIs en los últimos 20 años. La información que se recoge sobre estas organizaciones se refiere a: aspectos descriptivos y de entorno, modelo de gobierno, modelo organizativo y aspectos de coordinación asistencial. El trabajo de campo se desarrolló entre los meses de Abril y Septiembre del 2004. Para la selección de las organizaciones se aplicaron los siguientes criterios: ser proveedor integrado verticalmente (hospital y centro de atención primaria), tener más de cinco años de gestión conjunta, tener una población definida de referencia y existencia dentro de la red de un hospital comarcal. La muestra final del estudio la constituyen dos Organizaciones Sanitarias Integradas de Cataluña: la Corporació de Salut del Maresme i La Selva y el grup SAGESSA.

Se seleccionaron informantes del equipo directivo de las OSI. Se entrevistó varias veces, al gerente del Área de Planificación Estratégica del grup SAGESSA y al director de Planificación y Desarrollo de la Corporació de Salut del Maresme i La Selva (CSMS). También hubo una única entrevista con el responsable del sistema de información de cada organización, y en la Corporació con la directora de Gestión y finanzas. Para la selección de los documentos, se consideraron aquellos documentos que podían aportar información para realizar el análisis de las organizaciones. Los principales documentos analizados fueron: las memorias de las OSI, los contratos con el CatSalut, convenios de colaboración, contratos de gestión, los estatutos de las organizaciones, los planes estratégicos, los organigramas, las Guías de Práctica clínica, entre otros. En la recogida de datos se utilizó la combinación de dos técnicas cualitativas de investigación: análisis de documentos y entrevistas individuales. *Análisis de documentos.* Se analizaron diversos documentos de cada organización y nos encontramos que había menos documentación de la esperada, pero intentaron proporcionar otros documentos como diapositivas. La recogida de información se realizó con los instrumentos elaborados para el análisis de documentos. Posteriormente,

los datos se analizaron, mediante la técnica cualitativa de análisis narrativo de contenido que consiste en ordenar, estructurar y dar significado a la información obtenida, centrándose en describir e interpretar el contenido de los datos, asumiendo la transparencia de las expresiones verbales y del lenguaje de los informantes¹⁰.

Entrevistas. Se realizaron entrevistas individuales a expertos en el área, tomando como referencia la guía para el estudio de OSI de base territorial. La duración de las entrevistas fue de 3 a 4 horas, se registraron de forma manual y se llevaron a cabo en el lugar de trabajo de los directivos o otros responsables. Después se hizo análisis narrativo de contenido.

2.5. RESULTADOS

A) ANÁLISIS DE LA CORPORACIÓ DE SALUT DEL MARESME I LA SELVA

1. Descripción de la CSMS

La Corporació de Salut del Maresme i la Selva (CSMS) es un consorcio sanitario público, que gestiona diferentes dispositivos asistenciales ubicados en la zona marítima de la comarca de la Selva y en la zona norte del Maresme. CSMS se constituyó a partir de 4 entidades: Hospital Sant Jaume de Calella (Organismo Autónomo Local), Consorci Sanitari de la Selva (Consortio de gestió), Hospital-Asil Sant Jaume de Blanes (Fundación privada) y Hospital Municipal de Lloret de Mar (Organismo Autónomo Local). La población de referencia del continuo de servicios es de 68.124 habitantes (ICE, 2003) y del área de referencia hospitalaria (ZAC) es de 178.685 habitantes (Tabla 2).

2. Características generales de CSMS

En AP se ofrecen todos los servicios contratados con el Servei Català de la Salut (SCS). En atención especializada se realizan las actividades propias de un hospital general básico (nivel 2). En atención socio-sanitaria se abordan las actividades de cuidado a la tercera edad como el UFISS y los programas de atención domiciliaria, el PADES. Esta oferta de servicios muestra la amplitud de la integración de la organización. En cuanto a la profundidad de la integración, CSMS cuenta con cinco centros de atención primaria, dos hospitales comarcales y tres centros de atención socio-sanitaria. Las entidades que constituyen la Corporació se relacionan mediante la fórmula jurídica de consorcio público de gestión, en el cual las entidades mantienen el patrimonio y le ceden en uso los edificios y los trabajadores. Atendiendo a los tipos de servicios que se

integran, la Corporació es una organización con integración horizontal y vertical “hacia atrás”. Como produce el total de servicios que necesita se clasifica como OSI con integración total y según la forma de relación con los otros dispositivos asistenciales se trata de una OSI vertical.

3. Entorno

Características del territorio

CSMS se encuentra en el territorio del norte de Cataluña y abarca parte de dos comarcas: la parte meridional de la Selva (Girona) y la zona norte del Maresme (Barcelona). La población total de referencia es de 178.685 habitantes, correspondiente a 16 municipios. En el área de influencia de CSMS también existen otros proveedores de asistencia sanitaria, como son: el Institut Català de la Salut (ICS), que da servicios de AP; la Comunitat Terapèutica del Maresme y el Institut d'Assistència Sanitaria de Girona, que ofrecen servicios de atención a la salud mental; y la fundación Teresa Ferrer (La Selva), proveedor de atención a las drogodependencias.

Modelo de compra de los servicios

La Corporació establece con el CatSalut un doble contrato, uno por líneas de servicios y otro por colaborar en la prueba piloto de compra en base poblacional, junto con el ICS. En la prueba piloto del capitativo los objetivos se orientan a la coordinación entre niveles, la continuidad asistencial y la colaboración entre proveedores. Sin embargo se exige cumplir con los objetivos fijados en los contratos por líneas de servicios. El tipo de mecanismo de pago a los servicios se realiza mediante una asignación por habitante residente en el territorio, paralelamente a la financiación por líneas de servicio de AP, AE y ASS.

4. Modelo de gobierno de CSMS

Dimensiones del gobierno

La Corporació tiene un órgano de gobierno centralizado, el Consell Rector, y sus funciones según sus estatutos son: aprobación de los movimientos presupuestarios, nombramiento de cargos de dirección, adquisición de nuevas infraestructuras, defensa de los intereses del Consorcio, y aprobar las medidas para mejorar la organización y el funcionamiento. De acuerdo con los entrevistados, el Consell está informado de la actividad y funcionamiento de la corporació, pero se limitan a aprobar los presupuestos

y responsabilizarse del patrimonio. La composición del Consell Rector es muy heterogénea, está constituido por 6 representantes del Hospital Sant Jaume de Calella, 2 representantes del Hospital-Asil Sant Jaume de Blanes, 4 representantes de Consorcio Sanitario de la Selva y 1 representante del Hospital Municipal de Lloret de Mar. La gerente del Consorcio asiste a las sesiones del Consell Rector con voz pero sin voto.

Atributos del buen gobierno

La responsabilidad del gobierno con CSMS, se basa en la aprobación de la misión global, las estrategias y los valores de la organización a partir de las propuestas realizadas por el Comité de Dirección. Por otro lado, la responsabilidad del gobierno sobre una población determinada, está marcada por la presencia de alcaldes y figuras políticas, además de cargos del CatSalut y profesionales médicos.

5. Modelo Organizativo de CSMS

Dimensión estratégica

La Corporació tiene un plan estratégico: “Línies estratègiques i objectius 2004”, donde se recogen visión, misión, metas, objetivos y estrategias de la OSI. La visión, misión y valores son comunes para toda la CSMS, los objetivos y estrategias de los ámbitos asistenciales son más específicos que los objetivos globales de la organización, pero son coherentes entre ellos. La visión y misión muestran su propósito de ofrecer servicios de salud integrados para dar máxima cobertura a las necesidades de la población de l’Alt Maresme i La Selva. En cuanto a los objetivos de CSMS, se podrían resumir en: promover un modelo de atención integral y orientado al paciente; mejorando algunos aspectos de organización, y colaboración interniveles y con otros proveedores; buscando la mejora de la eficiencia del sistema. Los objetivos anuales de los ámbitos son los fijados por el comprador y además se añaden otros objetivos que el ámbito crea convenientes según las necesidades de la población. Los principales ejes estratégicos de CSMS son: (a) desarrollar e implantar un modelo de atención integral orientado al paciente, (b) mejorar la Organización, (c) definir políticas de recursos humanos que sean adecuadas al proyecto Corporativo, y (d) fortalecer el liderazgo y el posicionamiento estratégico. Existe alineación entre los objetivos y estrategias de los ámbitos y los de la CSMS, por lo que presentan alineación horizontal y vertical.

Entre la visión, misión, objetivos y estrategias globales de la CSMS y sus ámbitos asistenciales están la coordinación de los servicios para atender al paciente y la mejora de la eficiencia del sistema. A nivel de coordinación se hace énfasis en desarrollar sistemas de información integrados. También se habla de reforzar el papel de la primaria, la estandarización de los procesos, garantizar la continuidad asistencial, y la mejora de la atención al cliente. Existe alineación entre los objetivos y estrategias de los ámbitos y los de la CSMS, por lo que presentan alineación horizontal y vertical.

Estructura organizativa

La Corporació tiene un Comité de Dirección, que asume la responsabilidad gestora de la organización, no existiendo otros equipos directivos para la gestión individualizada de los centros. En el organigrama actual, elaborado en mayo del 2003, los miembros del Comité de Dirección se organizan en cuatro áreas funcionales (figura 1). Hay una única dirección jerárquicamente superior, la Dirección General, por encima de la cual se sitúa el órgano de gobierno. En el área de Producción Asistencial se sitúan los diferentes servicios y unidades asistenciales, que organizan los procesos de atención en 8 ámbitos asistenciales transversales. Este tipo de estructura se considera plana porque tiene pocos niveles jerárquicos y una base de agrupación por ámbito funcional asistencial, con una única división asistencial.

La mayoría de las funciones de dirección están centralizadas en el Comité de dirección de la Corporació, sólo tres de ellas se realizan de forma conjunta con los ámbitos asistenciales: la determinación de funciones y tareas, la gestión del presupuesto por ámbito y el control de los resultados de los ámbitos. Las funciones de apoyo asistenciales y no asistenciales están totalmente centralizadas y dan soporte a los 8 ámbitos. El Comité de Dirección determina las líneas estratégicas y los objetivos generales, y fija el marco de recursos disponibles. Las decisiones que afectan a cada ámbito asistencial se toman a nivel de los comités de ámbito, y se debaten con la Dirección Asistencial. Para coordinar las funciones de dirección compartidas se utilizan mecanismos basados en la adaptación mutua y dispositivos de enlace como el directivo integrador (director de la Gerencia de planificación). El sistema de planificación y control global que utiliza la Corporació, para la fijación de objetivos, es un sistema de planificación de acciones en el que los directivos fijan los objetivos, los presupuestos y controlan el cumplimiento de las acciones de los ámbitos asistenciales. Realizan

sesiones de trabajo donde la Dirección General presenta los temas claves a tratar, y los miembros del equipo directivo hacen sus propuestas.

Sistema de asignación de recursos en la OSI

La Corporació dispone de un presupuesto único, elaborado a partir del estudio de los gastos directos e indirectos de cada ámbito funcional. Las partidas son directamente gestionadas por cada ámbito, asumiendo los gastos por servicio derivados del proceso asistencial. El sistema de asignación de recursos de la Corporació proporciona incentivos a la eficiencia y a la coordinación: hay un presupuesto único coherente con los objetivos de la organización; el sistema de asignación capitativo permite traspasar recursos de una unidad a otra; hay sustitución de servicios asignando recursos a servicios alternativos a la hospitalización convencional, como por ejemplo la unidad de cirugía sin ingreso. Según el entrevistado, parece que el sistema de asignación de recursos de la CSMS es coherente con los objetivos y estrategias del sistema, primero se fijan los objetivos y estrategias, y luego se distribuye el presupuesto destinado a la implantación de esas estrategias.

La Corporació dispone de sistema de incentivos por categoría profesional pactado para cada profesional, con incentivos a la coordinación asistencial y a la eficiencia para cargos de mandos asistenciales. Sin embargo, no hay incentivos a directivos de la Corporación, ni de los ámbitos. Los profesionales de una misma categoría profesional no reciben una misma retribución en toda la organización, debido a que CSMS se formó a partir de varias empresas diferentes y se mantienen los salarios según la empresa de procedencia.

6. Coordinación asistencial

Organización asistencial de CSMS

El nuevo modelo organizativo asistencial de CSMS ha supuesto, una profunda adaptación del organigrama directivo, con la unificación de las tres direcciones (AP, AE, ASS) en una única división asistencial. También ha conseguido la gestión de forma integrada de los recursos y un sistema de información integrado. Finalmente, falta desarrollar una cultura corporativa apropiada que de soporte al modelo. La nueva organización pretende garantizar la continuidad asistencial y organizar la asistencia entorno al paciente, con la responsabilidad compartida de los niveles. Sin embargo, se

mantienen los roles clásicos de cada nivel asistencial y la primaria como puerta de entrada al sistema.

El modelo asistencial se ha organizado en ámbitos funcionales orientados a la atención de grupos de pacientes similares. Los ámbitos asistenciales se alejan del concepto estructural, enfatizando en el funcionamiento integrado de equipos y profesionales que intervienen en la atención de un tipo de paciente. Para ello, se han implantado mecanismos de coordinación interniveles: planificación en base territorial y gestión integrada, sistema de información integrado, cartera de servicios integrada, compartir recursos, gestión por resultados globales, y gestión de procesos.

Instrumentos de coordinación asistencial

Los instrumentos de coordinación asistencial y de gestión de la atención que la Corporació utiliza son: GPCs conjuntas, sistemas de planificación del alta, sistema de expertos, grupos de trabajo, circuitos administrativos de petición de citas y sistemas de información vertical. Actualmente CSMS tiene un total de 14 *Guías de Práctica Clínica conjuntas*. Están elaboradas por el Comité de Dirección con el asesoramiento del responsable de cada guía y de la Comisión de GPCs. Son grupos interdisciplinarios, máximo 5 personas, de profesionales de diferentes especialidades, niveles y centros. La elaboración de las GPCs sigue la metodología de la medicina basada en la evidencia, y el consenso del equipo. Tras la elaboración y aprobación, las guías se presentan a los profesionales en sesiones y reuniones explicativas. El *sistema de planificación del alta* de CSMS se realiza desde enfermería del hospital, la AP recibe la hoja de alta de enfermería con información médica, continuidad de cuidados, evaluación del paciente, tratamiento....El *sistema de expertos* de la Corporació se basa en sesiones entre hospital y primaria, algunos especialistas visitan regularmente los centros AP y realizan sesiones clínicas informativas de manera informal para los médicos de primaria. Se pretende intercambiar conocimientos entre profesionales, discutir casos y protocolizar procedimientos de actuación, mejorando el poder resolutivo de la primaria.

Los *grupos de trabajo* de la Corporació son: los grupos de los ámbitos, los grupos de las unidades funcionales, comisión de GPS y el Comité de coordinación. Los grupos de los ámbitos, son comités permanentes formados por grupos de 6 a 9 profesionales, que representan las diferentes disciplinas, servicios y equipos de atención que intervienen en

los procesos. Trabajan de forma interdisciplinar y hacen las propuestas de cambios organizativos asistenciales y de mejoras del funcionamiento de la organización. Los grupos de las unidades funcionales, están orientados al abordaje integral de procesos en los cuales intervienen diferentes profesionales y disciplinas. Sus integrantes trabajan de forma interdisciplinar y no jerarquizada. Existen 4 unidades funcionales: ICTUS, Diagnóstico rápido de neoplasia digestiva, Asma infantil, Dolor torácico. La comisión de GPC, está formada de 7-9 profesionales de diferentes disciplinas y diferentes niveles asistenciales. Su objetivo es promocionar el desarrollo de GPC, procedimientos y circuitos asistenciales, y la responsabilidad de mejorar la calidad de éstos, a partir de las directrices, las funciones y delegaciones del Comité Directivo de Coordinación Asistencial. Los *circuitos administrativos* de CSMS están en proceso de reformulación para mejorar la atención a lo largo del continuo. Existe un sistema de petición de citas, las ABS programan visitas a los especialistas y los CAPs del ICS pueden acceder a citas para el Hospital de Blanes o el Hospital de Calella vía informática.

El *Sistemas de Información Vertical* de la Corporació presenta información clínica y administrativa compartida en la organización. Los profesionales de cualquier nivel asistencial pueden acceder a toda la información disponible (diagnóstico, informes, laboratorio, anatomía, pruebas complementarias, curso clínico, medicación, antecedentes, etc...) con una única interficie y en una sola búsqueda. Esto es la iETC (Estación de trabajo clínico en entorno i*net) que recopila la información disponible de un paciente de diferentes bases de datos y la enseña al profesional. El paciente está unificado con un único identificador (CCC codi client corporació) a lo largo de la Corporació, cada modificación y información adicional que haga cada profesional queda registrada y actualizada. Los sistemas computerizados de orientación a las decisiones clínicas (SCOD) se presentan en forma de: planes personales y protocolos en AP, sistema de dosis adecuadas en la Unidosis de planta, sistema andorrano de elección para clasificar las urgencias, y sistema de alertas a primaria. Para la implantación del sistema de información en la Corporación se dispone de un plan estratégico *Plan de Sistemas de Información*. También se realizan cursos de formación para cada servicio y se potencia el uso de la Intranet para cada profesional.

B) ANÁLISIS DE GRUP SAGESSA

1. Descripción del grup SAGESSA

El grup SAGESSA (Grup de Assistència Sanitària i Social) es una entidad de titularidad pública dedicada a la provisión de servicios asistenciales en los diferentes niveles: atención hospitalaria, atención primaria, atención socio-sanitaria y atención social, en el ámbito geográfico de las comarcas del Sur de Cataluña. Está constituido por 6 entidades: Hospital Universitari de Sant Joan de Reus (SA), GECOHTSA (SA), MQREUS (SA), GESAT (Sociedad anónima municipal, SAM), SANCREU (Fundación), SAMGSISS (SAM). Grup SAGESSA agrupa varios centros asistenciales y además se encarga de la gestión de dos colegios infantiles. Los municipios de la población de referencia (ZAC) del Hospital Comarcal Mora d'Ebre son los de las comarcas del Priorat, Ribera d'Ebre y la Terra Alta. El Hospital de Sant Joan de Reus tiene los municipios de la población de referencia de la comarca del Baix Camp y el Priorat. Los municipios de cobertura del continuo asistencial del Grup abarcan la comarca del Baix Camp con Reus y 28 municipios, cubriendo una población de 145.675 habitantes.

2. Características generales del Grup SAGESSA:

La oferta de servicios del continuo del Grup abarcan AP, AE, ASS, y muestran la amplitud de la integración (Tabla 3). En cuanto a la profundidad de la integración, dispone de 5 ABS con 5 CAPs y 10 consultorios locales, 5 hospitales de agudos y 5 dispositivos de Atención Sociosanitaria. Atendiendo a los tipos de servicios que se integran, el Grup es una organización con integración horizontal y vertical "hacia atrás". Como produce el total de servicios que ofrece se clasifica como OSI con integración total. Según la forma de relación con los otros dispositivos asistenciales se trata de una OSI virtual. El Grup SAGESSA es una sociedad mercantil anónima de capital público, constituye el paraguas virtual de 6 entidades cuyos centros son totalmente autónomos y el elemento de coordinación inter-empresarial es GINSA, Gestió Integral Sanitària i Assistencial que es una Asociación de Interés Económico (AIE).

3. Entorno

Características del territorio

Grup SAGESSA se encuentra en el territorio del sur de Cataluña que abarca 6 comarcas con buenas vías de comunicación entre ellas. La densidad de población de estas comarcas es muy diversa, abarcando un máximo de 209.5 habitantes por Km² en el Baix Camp y un mínimo de 16.5 habitantes por Km² en Terra Alta. El 63.8% de la

población se encuentra entre 15-64 años y el 23.7 % tiene 65 años o más. En el área de influencia del Grup existen otros proveedores de asistencia sanitaria. En atención primaria destaca el ICS cubriendo el 100% de las comarcas de Altebrat, Baix Ebre, Montsià y el 55% del Baix Camp. En atención hospitalaria el ICS también aparece como proveedor de servicios sanitarios en el Baix Ebre y en Montsià con una población de cobertura del 100%. En atención socio-sanitaria existen diversos proveedores abarcando el 20% de la comarca del Baix Camp. En atención a la salud mental hay el Institut Pere Mata que provee de sus servicios a toda la provincia de Tarragona.

Modelo de compra de servicios

En los territorios del Grup SAGESSA el sistema de compra de servicios con el CatSalut es por líneas de servicios, exceptuando las comarcas de Altebrat donde hay un doble contrato: por líneas de servicios y una prueba piloto de compra en base poblacional. En la prueba piloto del capitulo los objetivos fijados se orientan a la coordinación y continuidad asistencial, pero el doble contrato exige el cumplimiento de los objetivos fijados por líneas de servicios. Los mecanismo de pago a las unidades operativas son diversos: la APS tiene un contrato en base capitulo indirecta y por estructura, el Hospital Sant Joan de Reus dispone de pago por actividad, el Hospital Mora d'Ebre está en el Capitulo y Servicios Asistenciales de Amposta tiene un pago por programa.

4. Modelo de Gobierno de Grup SAGESSA

Dimensión del gobierno

El Grup SAGESSA está gobernado por dos órganos de gobierno centrales (Estatutos grup SAGESSA): el Consell Rector y el Consell d'Administració. Además cada entidad del Grup tiene sus órganos de gobierno locales, por lo que el modelo de gobierno se basa en un gobierno múltiple, con dos órganos de gobierno centrales con rol estratégico, y gobiernos locales vinculados al gobierno de los servicios. El Consell d'Administració es el principal órgano de gobierno, es el que ejerce la propiedad, y el responsable de determinar la planificación estratégica a nivel macro. Los miembros del Consell d'Administració del Grup son: el presidente, 12 vocales entre los que hay cargos de los centros del grup SAGESSA y los presidentes de los 6 Consejos Comarcales; el Director General, y el Secretario General. El Consell Rector es un órgano político donde están representadas todas las instituciones políticas propietarias de los diferentes centros que constituyen el grup SAGESSA. Su función es consultiva, no tiene poder ejecutivo ni

estratégico. Está formado por los alcaldes y/ o concejales de cada municipio donde grup SAGESSA tiene uno de sus centros.

La existencia de los dos órganos de gobierno del Grup, hace necesario la utilización de algunos mecanismos para coordinarse: hay rotación de miembros por los dos órganos de gobierno, presencia de algunos miembros en ambos órganos a la vez, y la presencia de un único gerente para todo el Grupo.

Atributos del buen gobierno del grup SAGESSA

En el ámbito de responsabilidad con la organización, el Consell d'Administació se responsabiliza de la aprobación de la visión, misión y objetivos globales de la organización, informando posteriormente al Consell Rector. Algunos de los miembros de los órganos de gobierno son seleccionados por sus conocimientos en el ámbito de gestión y planificación sanitaria. Otros son figuras políticas de las diferentes comarcas donde grup SAGESSA tiene sus centros y su función principal es ejercer influencia política en el territorio.

5. Modelo organizativo del grup SAGESSA

Dimensión estratégica

Existe una declaración de principios con misión, visión, valores y objetivos de la organización. La misión manifiesta la preocupación para procurar a los ciudadanos una atención sanitaria y social excelente. La visión se basa en tres ejes principales: la mejor salud, la mejor atención y los mejores profesionales. Entre los valores del Grup aparecen aspectos de calidad para el ciudadano, estilo de dirección flexible y participativo, y la eficiencia como característica de calidad.

Los objetivos anuales estratégicos y operacionales del grupo se encuentran en la Intranet de la organización y se van modificando según las necesidades de cada año. Entre los objetivos globales del grup SAGESSA y sus centros se mencionan la coordinación de los servicios para atender al paciente y la mejora de la eficiencia del sistema. Los objetivos se orientan a desarrollar: sistemas de información integrados, una planificación estratégica para toda la OSI y estrategias de gestión de la atención. En el tema de eficiencia se apunta a reducir la variabilidad de la práctica clínica mediante un Programa de Atención Interniveles (PAI) con la intención de protocolizar procesos clínicos a lo largo de toda la organización. También es importante destacar los objetivos orientados a reforzar el papel de la atención primaria.

Estructura organizativa

Existe un único órganos de gestión para toda la organización, el Consell de Direcció del grup SAGESSA, constituido por los directores de cada departamento de GINSA y los directores de los centros del Grup. Los centros se encuentran bajo una misma gerencia, pero cada centro tiene responsables de la micro-gestión, la Dirección del centro.

El grup SAGESSA presenta una estructura alta con muchos niveles jerárquicos, se basa en un diseño organizativo divisional, con una base de agrupación por nivel asistencial. En el organigrama (figura 2), elaborado en el 2003, se observa en una primera línea la Dirección General con su Staff y por debajo las 4 gerencias que se organizan en diferentes direcciones. Por debajo de las gerencias se encuentran los Directores de los centros del Grup. La Gerencia de planificación estratégica, organizada en base a productos, dispone de seis direcciones, entre los que destacan la Dirección de atención de agudos, la dirección de atención socio-sanitario y social, la Dirección de atención primaria.

La toma de decisiones de grup SAGESSA es compleja, algunas de las funciones y actividades de dirección las desempeña el órgano de gestión central y otras son delegadas a los órganos de gestión de los centros. Las funciones de planificación y organización son responsabilidad de la dirección central del Grup SAGESSA; exceptuando la planificación asistencial que se encarga la dirección de cada centro. La planificación de RR.HH, políticas de investigación y docencia son responsabilidad conjunta de ambas direcciones. La función de gestión de personas la desempeña la dirección de cada centro. El resto de funciones como: asignación de recursos, sistema de salarios e incentivos, evaluación y relaciones exteriores, son funciones desempeñadas por la dirección central del grup SAGESSA. Para coordinar las funciones de dirección compartidas utilizan algunos mecanismos basados: en la adaptación mutua, en los dispositivos de enlace como el directivo integrador (jefe del Área de planificación estratégica), y en los sistemas de planificación y control de la organización.

El Consell de Direcció del grup SAGESSA fija los objetivos globales de la organización. Posteriormente el Director de cada centro adapta esos objetivos globales a

las necesidades del centro, añadiendo los considerados oportunos, y éstos se concretan y especifican más a nivel de Servicio. Para la planificación y control, el grup SAGESSA utiliza las jornadas de reflexión. Se organiza una primera jornada para abordar temas sobre la planificación del Grup y se determinan las líneas estratégicas del año siguiente. Después se realiza otra jornada de reflexión en cada centros, para realizar la planificación a nivel de centro en concordancia con las líneas delimitadas por el grup SAGESSA. Esto demuestra una alineación horizontal y vertical de los objetivos y estrategias del grup SAGESSA con cada uno de los centros de la organización.

Sistema de asignación de recursos en grup SAGESSA

Grup SAGESSA tiene un presupuesto por cada centro de AP, AE, SS. Los gastos son directamente gestionados por cada centro, y cada unidad se responsabiliza de los costes directos e indirectos que genera sobre el sistema, imputándole un 5% sobre el gasto total por costes de gestión. El presupuesto del año se fija a partir de la actividad realizada por centro, considerando los gastos, el presupuesto histórico, y añadiendo los gastos de las necesidades determinadas para el año siguiente. El presupuesto se elabora a partir de los objetivos fijados por el CatSalut y en caso que esos objetivos no se consigan se pierde un 5% del presupuesto. El contrato de pago es por línea de servicio, cada unidad administra sus recursos y no hay flexibilidad de recursos entre los diferentes centros. Existe una facturación de productos intermedios entre centros del grup SAGESSA, Cada unidad podrá comprar lo que necesite en función del presupuesto disponible. En el Grup existe un sistema de incentivos para algunos profesionales y directivos, los directivos reciben 10-30% de incentivos económicos según el grado directivo y según si son objetivos del Grup, objetivos de centro u objetivos individuales.

6. Coordinación asistencial

Organización asistencial

El Grup SAGESSA tiene un modelo de organización asistencial que se basa en las tres divisiones clásicas de AP, AE, SS. La primaria ejerce como la puerta de entrada al sistema, permitiendo la accesibilidad a la atención especializada y realizando la función de gestor del paciente.

Como mecanismo principal de coordinación asistencial grup SAGESSA ha realizado un Programa de Atención Interniveles (PAI) a partir de la Cartera de Servicios de la organización y con la colaboración de los profesionales de los centros de los diferentes

niveles asistenciales. Este programa se ha basado en la elaboración de una serie de guías de práctica clínica en las que se detalla los procedimientos y las actuaciones de los diferentes profesionales sanitarios frente a un paciente con una determinada enfermedad. La finalidad del programa es: garantizar la continuidad asistencial, la participación de los profesionales en la gestión clínica diaria, mejorar la eficiencia de prestación de los servicios de salud, desarrollar un programa que permita la colaboración del grupo con los otros proveedores sanitarios, definir la Cartera de Servicios para los principales grupos de patologías, establecer una visión global y integrada de la patología, adecuación de recursos, entre otros. Hay un total de 24 GPC y su contenido es amplio y exhaustivo, detallando información sobre el proceso que se abarca: factores de riesgo sobre los que actuar, nivel asistencial más adecuado y eficiente para recibir la actividad de la atención sanitaria, procedimientos diagnósticos y terapéuticos más efectivos según la evidencia científica y la experiencia de los profesionales y los recursos, consentimiento informado, información para el paciente y la familia, fecha de caducidad.

Instrumentos de coordinación asistencial

Los mecanismos de coordinación asistencial que el grupo SAGESSA utiliza se describen a continuación. La *planificación del alta*, sólo se realiza en caso que haya una necesidad de seguimiento del paciente y depende del médico o la enfermera que lo atienda. La supervisora de planta contacta con la enfermera de AP y le manda la hoja de enfermería detallando información médica, continuidad de cuidados, evaluación paciente, tratamiento...El *sistema de expertos* se basa en un grupo de médicos referentes (internistas, traumatólogos, cirujanos) con los que los médicos de AP se comunican de manera informal vía telefónica en caso de necesidad de alguna consulta. Algunos médicos especialistas de medicina interna y radiología regularmente visitan AP, realizan sesiones clínicas informativas de manera informal y discuten casos específicos con los de primaria.

Los *circuitos administrativos* se utilizan para solicitar citas desde la primaria a Consultas externas. Las ABS programan visitas para los médicos especialistas. También existe un flujo interno de solicitud de citas entre el Hospital de Reus y el Hospital de More d'Ebre.

El *grupo de trabajo* es otro de los mecanismos de coordinación asistencial que grup SAGESSA utiliza, destacando 3 grandes grupos: los del PAI, los comités permanentes y los de coordinación AP-AE. Los grupos del PAI son multidisciplinarios, formados por 8-12 profesionales sanitarios de diferentes procedencias y niveles asistenciales. Los Comités permanentes están formados de 5-8 personas, son grupos multidisciplinarios, sus miembros proceden del Consell de Direcció y de profesionales bases, y su función es hacer propuestas en las jornadas de reflexión. Hay 5 comités diferentes: Coordinación Asistencial, Satisfacción al cliente, Comunicación interna, Asignación presupuestaria y Nuevos Recursos. El grupo de coordinación AP-AE, formado por el Director de nivel AP, el jefe de Urgencias, el jefe de Consultas Externas y el jefe de Hospitalización; se reúnen mensualmente para abordar temas para mejorar la coordinación asistencial entre AP y AE.

El *Sistemas de Información Vertical* del grup SAGESSA no dispone de una historia clínica integrada a lo largo de la organización, sólo se comparten informes asistenciales y analíticas. La primaria tiene acceso a la información de la especializada, pero no al revés. El paciente está unificado con un único identificador a través de un número de historia clínica, y la información compartida se estandariza y se ordena de forma cronológica, cada modificación y información adicional que se haga queda registrada y actualizada. Dentro de la organización la Intranet es el portal de información y conocimientos del Grup, los profesionales clínicos autorizados por la dirección de cada centro tiene acceso a la red de la organización, pero no otros proveedores, como el ICS. En el Altebrat hay un proyecto piloto para acceder al servidor con los resultados de las analíticas del Hospital Comarcal de Móra d'Ebre, desde los CAP's del ICS de la zona.

Los sistemas computerizados de orientación a las decisiones clínicas (SCOD) se presentan como: planes personales y protocolos en AP, guías de práctica clínica en AP, guías de práctica clínica en especializada y Sistema de alertas a primaria. El SCOD tiene como objetivos: recordatorios de actividades de prevención, informatización de protocolos, identificación más exacta del diagnóstico... Además de unificar los criterios clínicos entre profesionales.

2.6. DISCUSIÓN

Grup SAGESSA y CSMS son organizaciones sanitaria integradas que ofrecen servicios asistenciales en los diferentes niveles de atención: primaria, especializada y socio-

sanitaria. Ambas organizaciones presentan integración vertical por la relación entre los diferentes niveles y horizontal por la relación creada entre los diferentes dispositivos dentro del nivel hospitalario. Este tipo de integración proporciona una mayor coordinación y control de las atenciones de salud que se encuentran en una misma etapa de provisión y a lo largo del continuo asistencial, facilitando la colaboración interorganizacional y la comunicación entre los proveedores de salud involucrados¹¹.

El Grup SAGESSA y la Corporación mantienen un convenio de colaboración con el ICS consistente en una prueba piloto para la implantación de un sistema de compra de servicios de base poblacional. Basándonos en la literatura¹², el mecanismo de pago y los objetivos de la prueba piloto del capitativo favorecen la coordinación asistencial y la eficiencia entre las diferentes entidades y unidades operativas que forman las organizaciones. Los objetivos generales y específicos fijados en esta prueba se centran en temas de coordinación y continuidad asistencial, por lo que se potencia el modelo de Organizaciones Sanitarias Integradas. El sistema de asignación capitativo, teóricamente, permite redistribuir recursos económicos a partir de un presupuesto global. En la práctica, existe un doble contrato que exige el cumplimiento de los objetivos fijados en los con el CatSalut por líneas de servicios, lo que puede suponer una amenaza para la implantación, en un futuro, del sistema de pago capitativo. Desde un punto de vista teórico, la asignación de una cápita también puede generar problemas para la equidad y la eficiencia del sistema¹². Por un lado, no hay una redistribución global de los recursos en toda Cataluña, que emplee los mismos criterios de asignación. Por otro lado, en la práctica, la asignación a los territorios piloto se ha basado más en la negociación de un presupuesto, a partir del coste histórico, que en la fórmula de financiación capitativa, lo que promueve la asignación arbitraria de fondos y perpetua las ineficiencias e inequidades ya existentes.

La Corporació tiene un único órgano de gobierno centralizado, el Consell Rector, lo que teóricamente supone una serie de ventajas para la organización¹³: claridad de los objetivos, unidad de mando única y compromiso con la totalidad del sistema que gobierna. En cambio, grup SAGESSA tiene un gobierno múltiple y descentralizado que, basándonos en la teoría¹⁴, supone la necesidad de una mayor coordinación, pero presenta mayor flexibilidad para dar respuesta a los cambios locales. A la luz de la literatura no existe evidencia empírica de qué modelo de gobierno permite alcanzar un

mayor grado de integración del sistema¹⁴. Sin embargo los órganos de gobierno de las dos organizaciones, cumplen con algunos de los atributos que se consideran deseables para un buen gobierno: la representación de los médicos en los órganos de gobierno¹⁴ y el pluralismo o equilibrio de poderes¹³. El pluralismo en los miembros del gobierno permite un equilibrio de poderes entre instituciones, poblaciones y sensibilidades políticas. En cuanto a la gobernabilidad de las dos organizaciones falta desarrollar algún mecanismo a nivel de órgano de gobierno para mejorar su funcionamiento¹⁴: una mayor participación y entendimiento de la visión del sistema, la información y formación de los miembros para fortalecer su visión global, y una evaluación del desempeño de los órganos de gobierno de la OSI.

El Grup SAGESSA y la Corporació han desarrollado un conjunto coherente de misión, valor, metas y objetivos, elemento clave para la integración organizativa⁵, y para definir el alcance y la dirección de las actividades de cada organización. La alineación horizontal y vertical de los objetivos y estrategias de las diferentes unidades operativas y los del sistema, son elementos que indican que las dos OSIs parecen estar integradas organizativamente en la dimensión estratégica.

La Corporació se agrupa por ámbito funcional (agrupación de mercado), y grup SAGESSA se agrupa por niveles asistenciales (agrupación funcional). La agrupación según el mercado estimula la coordinación entre especialistas que desempeñan distintas funciones pero que forman parte de un mismo proceso de producción de un producto o servicio. La agrupación funcional incentiva, por el contrario, la coordinación entre los especialistas que desempeñan la misma función, a expensas de la coordinación a lo largo del proceso¹⁵. Además de los mecanismos de coordinación, los órganos de gestión de las organizaciones utilizan los sistemas de planificación para coordinar las actividades y unidades¹⁶. Estos pueden ser de dos tipos: los sistemas de control del rendimiento y los sistemas de planificación de acciones. Grup SAGESSA presenta un sistema de control del rendimiento, en el que el Consell de Direcció negocia los subobjetivos y presupuestos con cada unidad y controla el resultado a posteriori. Por el contrario, CSMS tiene un sistema de planificación de acciones en el que los objetivos globales de la organización se van concretando en objetivos, programas y acciones específicas para cada una de las unidades.

El sistema de asignación de recursos es distinto en las dos organizaciones, Grup SAGESSA tiene un presupuesto por cada centro y CSMS dispone de un presupuesto único para toda la organización. A la luz de la literatura⁴, se determina que 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 y esto se logra si los incentivos de las diferentes unidades están alineados con los objetivos globales del sistema. Para ello, los proveedores deben percibir que están recibiendo un presupuesto común y que las acciones que se lleven a cabo en un punto concreto de la red tienen repercusiones en la cuenta de resultados del sistema en su conjunto. Por lo tanto, la Corporació probablemente se aproxima mejor a las condiciones que la literatura cita como necesarias para favorecer la eficiencia dentro del continuo asistencial. El sistema de incentivos a los profesionales afecta a los resultados de la atención en términos de coste, calidad y continuidad a través de los efectos que este sistema tiene en el comportamiento del trabajador¹⁷. Esto podría significar que el sistema de incentivos a profesionales y directivos del grup SAGESSA favorece más la coordinación y el alcance de los objetivos de la organización que el de la Corporació.

En el ámbito de la coordinación asistencial, las dos organizaciones presentan características de un modelo de atención gestor-consultor, con primaria como puerta de entrada al sistema sanitario (*gatekeeper*). En este caso, la coordinación entre el gestor del paciente y el consultor es fundamental en la información sobre el paciente¹⁸. Diversos instrumentos son los que grup SAGESSA y la Corporació utilizan para lograr la coordinación asistencial. Uno de los instrumentos claves para coordinar la atención a lo largo del continuo asistencial es un plan o protocolo que provea una declaración explícita de que atención se le tiene que dar al paciente, en que intervalos y por quién¹⁹. Las guías de práctica clínica es uno de los mecanismos de coordinación más utilizados en la Corporació y grup SAGESSA, su finalidad es estandarizar los procesos asistenciales y definir los roles en los diferentes niveles asistenciales. Otro de los instrumentos de coordinación asistencial utilizados por las organizaciones estudiadas son los grupos de trabajo y los comités permanentes, mecanismos que cobran más protagonismo en la Corporació. Atendiendo a la clasificación de Mikan y Rodger²⁰ se establece que los grupos de trabajo de CSMS suelen ser grupos interdisciplinarios, mientras los de grup SAGESSA son grupos multidisciplinarios, por lo que los grupos de CSMS podrían llegar a un mayor grado de colaboración entre sus miembros. Sin

embargo los grupos de ambas organizaciones presentan algunos de los elementos que la literatura considera que tienen un buen grado de coordinación²⁰: número de integrantes pequeño; participantes de diferentes procedencias según el proceso; comunicación regular entre integrantes; se comparten una serie de normas para guiar la actividad del grupo.

El sistema de información de una OSI debe contener información longitudinal del paciente. Esta información ayuda a los profesionales sanitarios a gestionar la atención a lo largo de las unidades que forman parte de la organización, por lo que la información debe ser accesible desde todos los puntos del sistema por aquellos profesionales involucrados en el cuidado del paciente (médicos de AP, especialistas, urgencias,...)²¹. El Sistema de Información Vertical de ambas organizaciones comparte información clínica a lo largo de la organización sin tener una historia clínica compartida. En la Corporació hay acceso a la información desde cualquier parte de la organización, en cambio en el grup SAGESSA la primaria puede acceder a la información clínica del paciente de la especializada, pero no al revés.

Este estudio intenta aportar una visión real de la situación de las OSIs en Cataluña, dando a conocer los principales rasgos de estas organizaciones, y recomendar posibles mejoras en su funcionamiento atendiendo a lo citado en la literatura. Conocer este tipo de organizaciones puede ser una respuesta a los desafíos emergentes en el ámbito sanitario. Sin embargo, nuestro estudio tiene algunas limitaciones: se ha encontrado menos documentación de la esperada para ser analizada según el plan de análisis del estudio; el estudio de casos se realiza en Cataluña lo que supondrá una limitación si se quiere generalizar los resultados a otras zonas de España; los datos son analizados a nivel de estructura y proceso, no de resultado de la integración. Finalmente, este estudio se ha realizado utilizando exclusivamente técnicas cualitativas, en un período breve, con una muestra de informantes limitadas. Por tanto, los resultados deben ser considerados con cautela e interpretados como una aproximación a la realidad.

2.7. CONCLUSIÓN

Grup SAGESSA y CSMS son OSIs con un modelo de gobierno, un modelo organizativo y un modelo de coordinación asistencial con algunas diferencias. No obstante, se han orientado en una misma dirección: la coordinación de la atención a lo

largo del continuo asistencial, la cobertura de servicios y la responsabilidad de los costes y resultados de salud de la población que atiende. El proyecto de compra en base poblacional del CatSalut ha supuesto un impulso para la integración y la coordinación con otros proveedores del territorio, como el ICS..

Los órganos de gobierno de ambas organizaciones deberían desarrollar mecanismos para mejorar su funcionamiento: mayor participación y entendimiento de la dimensión estratégica, y la evaluación del desempeño de los propios órganos de gobierno. Para conseguir una buena gobernabilidad deben tener conocimiento de las necesidades de la población, lo cual puede obtenerse incorporando miembros con influencia política en el gobierno. Por otro lado, la responsabilidad sobre una población determinada, hace necesario la coordinación con otras entidades del territorio mediante la participación en consejos consultivos, comités permanentes, grupos de trabajo...; parte no abordada por los órganos de gobierno de las organizaciones.

Las dos organizaciones parecen integradas en la dimensión estratégica, pero para valorarlo sería necesario analizar en profundidad aspectos como la cultura organizativa y el liderazgo. Así mismo, sería recomendable analizar el desempeño de las OSI para valorar el logro de los objetivos de la organización en la eficiencia en la producción y continuidad de las atenciones de salud.

2.8. AGRADECIMIENTOS

Agradezco la ayuda de María Luisa Vázquez y de Ingrid Vargas en el desarrollo de mi tesina de investigación, y la de Jordi Valls y Lluís Colomé por la colaboración en la recogida de información para el estudio.

2.9. 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**: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**:447-66.
3. Conrad DA, Dowling WL. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Manage Rev* 1990;**15**:9-22.
4. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff.(Millwood.)* 1994;**13**:46-64.
5. Shortell SM, Hull KE. The new organization of the health care delivery system. *Baxter.Health Policy Rev* 1996;**2**:101-48.
6. Depoy E, Gitlin L. Introduction to Reserch. Multiple Estrategies For Health and Human Services. London: Mosby, 1994.
7. Vargas I, Vázquez ML, and Farré J. Guía para el estudio de Organizaciones Sanitarias Integradas. 2004. Consorci Hospitalari de Catalunya. CHC.
8. Vargas I, Vázquez ML, and Farré J. Organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. 2003. Consorci Hospitalari de Catalunya.
9. Vargas I, Vázquez ML, and Farré J. Marco conceptual para el estudio de las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI). 2004. Consorci Hospitalari de Catalunya.
10. Martin A, Cano JF. Atención Primaria. Barcelona: Harcourt International, 2003.
11. Simoes S. and Scott A. Towards a definition and taxonomy of integration in primary care. 1999. HERU. Discussion paper.
12. Vargas I. La utilizacion del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. *Cuadernos de gestión para el profesional de atención primaria* 2002;**8**:167-78.
13. Pointer DD, Ewell CM. Really governing: what type of work should boards be doing? *Hosp.Health Serv.Adm* 1995;**40**:315-31.
14. Alexander JA, Zuckerma HS, Pointer DD. The challenges off governing integrateed health care systems. *Health Care Manage Rev* 1995;**20**:69-81.
15. Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. Barcelona: Ariel, 1988.

16. Lamb G. Outcomes across the care continuum. *Med.Care* 1997;**35**:106-14.
17. Rosen M.,West R. The interface between primary and secondary care. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2001;**94**:46-9.
18. Satrfield B. Coordinación de la Atención de Salud. *Atención Primaria* 2002;233-65.
19. Wagner EH, Austin BT, Vonkorff M. Improving Outcomes in Chronic Illness. *Managed Care Quartely* 1996;**4**:12-25.
20. Mickan S.,Rodger S. The organisational context for teamwork: comparing health care and business literature. *Aust.Health Rev* 2000;**23**:179-92.
21. Coddington C, Moore D, Fischer A. Making Integrated Health Care Work. Englewood (Colorado): Center of Research in Ambulatory Health Care Administration, 1996.

Anexo 1

Guía para el estudio de Organizaciones Sanitarias Integradas

26 Abril 2004

Ingrid Vargas Lorenzo
María Luisa Vázquez Navarrete
Joan Farré i Calpe

Contenido

| | |
|---|----|
| 0. Introducción | 3 |
| 1. Descripción de la OSI | 3 |
| 2. Características generales de la OSI | 3 |
| a. Amplitud de la integración | 3 |
| b. Profundidad de la integración | 3 |
| c. Penetración de la OSI en el territorio | 3 |
| d. Nivel de producción de servicios dentro de la OSI | 3 |
| e. Formas de relación entre las organizaciones de la OSI | 3 |
| f. Tipo de OSI | 3 |
| 3. Evolución histórica de la OSI | 4 |
| ■ Los determinantes de la formación de la OSI | 4 |
| ■ Liderazgo del proceso | 4 |
| ■ Evolución organizativa de la OSI | 4 |
| ■ Duración de la OSI | 4 |
| 4. Entorno | 4 |
| a. Población y territorio | 4 |
| b. Presencia de otros proveedores en el territorio | 4 |
| c. Modelo de compra de los servicios del territorio | 4 |
| 5. Modelo de gobierno de la OSI | 5 |
| a. Dimensiones del gobierno | 5 |
| b. Atributos del buen gobierno de la OSI | 5 |
| 6. Modelo organizativo de la OSI | 6 |
| a. Dimensión estratégica de la OSI | 6 |
| b. Estructura de la OSI | 6 |
| c. La cultura organizativa | 7 |
| d. El liderazgo en la OSI | 9 |
| e. Sistema de asignación de recursos | 9 |
| 7. Coordinación asistencial de la OSI | 10 |
| ■ Organización asistencial de la OSI | 10 |
| ■ Instrumentos de coordinación | 10 |
| ■ Estrategias de gestión de la atención | 10 |
| ■ La coordinación en algunos procesos asistenciales seleccionados | 10 |
| 8. El desempeño de la organización | 11 |
| a. Implantación de las estrategias globales de la OSI | 11 |
| b. Continuidad | 11 |
| c. Eficiencia | 11 |
| 9. Barreras y facilitadores de la coordinación y eficiencia en la OSI | 11 |
| ANEXO. Glosario de términos | 12 |

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 mecanismos de coordinación entre los diversos grupos? ¿Cuáles son?

- ¿Existe una imagen corporativa para toda la OSI?
- ¿Se implementa algún Programa de Mejora Continua de la calidad común a lo largo de la OSI?
- **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 lo 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)

ANEXO. 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 dosis, 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. ANALISIS DE DOCUMENTOS

24.05.04

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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 - 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) |

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

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

Sistema de asignación dentro de la OSI

Descripción

- 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

Incentivos a la eficiencia y coordinación del sistema de asignación

- 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.

Sistema de incentivos a profesionales y directivos

- 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)

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

Mecanismos de coordinación asistencial

Identificar los mecanismos de coordinación asistencial existentes en la OSI (LISTA)

Características generales de cada tipo de mecanismo:

- objeto del mecanismo (patología, proceso, episodio, medicamento, acceso a conocimiento experto, información)
- objetivo,
- servicios/UO involucradas, propias o de otros proveedores
- características de los grupos/tipos
- Fecha de elaboración/implantación

Estrategias específicas para la coordinación de la atención:

(programa de gestión de enfermedades, gestión de casos u otros programas)

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

Sistema de información

- 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

- 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)

- Accesibilidad al sistema
Puntos de la OSI, desde donde se accede a la información compartida, en la OSI y otros proveedores

- 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.

- Existencia y tipo de Sistemas computerizados de orientación de las decisiones clínicas (SCOD) en la OSI
(P. ej. Identificación del diagnóstico; Determinación de la dosis 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

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)

Circuitos administrativos

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

Existencia de circuitos de flujos de pacientes a lo largo de las unidades de la OSI; y con otros 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

c. Cultura organizativa (Plan estratégico OSI y UO, organigrama, boletines internos, documentos de propaganda, slogans, Bases para otorgar premios, Imagen corporativa Programas de Mejora Continua)

Núcleo de valores estratégicos de OSI y de las UO

- el Plan estratégico

- Artefactos culturales

Alineación del núcleo de valores de las UO con los de la OSI y su dimensión estratégica.

Existencia de una cultura única a lo largo de la OSI a nivel de artefactos

Identificar las estrategias que se han puesto en marcha para alinear la cultura con los valores estratégicos de la OSI

Comparar las estrategias con las que recomienda la literatura por su efectividad (participación, comunicación, contratación y despido, formación)

Presencia de criterios de efectividad

(participación hasta línea media canales enriquecidos y efectivos)

Identificar las estrategias que se han puesto en marcha para crear una cultura única en la OSI

Comparar estas estrategias con las que recomienda la literatura por su efectividad:

- mecanismos de coordinación entre los grupos

- una imagen corporativa para toda la OSI

- Programas de mejora continua de la calidad a lo largo de la OSI

Presencia de la coordinación y sus valores asociados en los artefactos de la OSI y sus UO

Anexo 3. Lista de documentos de CSMS utilizados para el análisis

- Corporació de salut del _Maresme i La Selva, Memoria 2003
- Revista de divulgación al público: Corporació Salut Maresme i La Selva 2003
- Padrón municipal de habitantes, año 2003. fuente: web del Institut Català d'Estadística.
- Estatutos de Calella. Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya. Num.3477-20.9.2001
- Contrato entre CatSalut y el Hospital Sant Jaume de Calella
- Contrato entre CatSalut y el Hospital Comarcal de Blanes
- Contrato o pacto de objetivos entre CSMS y los ámbitos asistenciales
- Contrato del convenio de coordinación de la prueba piloto del sistema de compra en base poblacional en el ámbito geográfico de Alt Maresme- Selva Marítima.
- Anexo I al convenio de coordinación de la prueba piloto del sistema de compra en base poblacional en el ámbito geográfico de Alt Maresme- Selva Marítima. Objetivos específicos 2003.
- Anexo II al convenio de coordinación de la prueba piloto del sistema de compra en base poblacional en el ámbito geográfico de Alt Maresme- Selva Marítima. Indicadores para la monitorización y evaluación de los objetivos específicos para el año 2003.
- Presentación Power-point: Unificació Funcional de 2 hospitals comarcals.
- Presentación Power-point CSMS, 2004
- Presentación Power-point: Evolución histórica CSMS
- Línies estratègiques i objectius 2004
- Plantilla de seguimiento mensual de la actividad asistencial, 21/7/2004
- Plantilla de indicadores para el análisis de resultados por servicios de medicina interna y especialidades médicas, servicio de laboratorio, y obstetricia.
- Organigrama de Direcció de la CSMS
- El nuevo modelo asistencial de la Corporación. Fuente: red, diciembre 2003
- Model d'atenció de la Corporació de Salut del Maresme i La Selva. Comitè de Direcció Assistencial. Juny 2002
- Plantilla de seguimiento presupuestario para el ámbito asistencial
- Balanç de la situació econòmica a 31.12.03 CSMS

- Contracte de treball per temps indefinit de CSMS
- Objectivos y indicadores de evaluación EAP 2004: EAP Lloret- Tossa, EAP Malgrat- Palafolls, EAP Calella.
- CD de informació detallada sobre 13 GPC's de CSMS
- Registro del protocolo del alta del niño asmático
- Programa de diagnóstico rápido de Neoplásia digestiva, setiembre 2003
- Unitat VIH. Pla funcional
- Unitat ICTUS. Pla funcional
- Plan del sistema de información
- Presentación power-point: sistemas de información 2001
- www.salutms.org

Anexo 4. Documentos analizados de grup SAGESSA

- Memoria 2002 grup SAGESSA
- Estatuts Socials de Grup d'Assistència Sanitària i Social S.A
- Contracto entre el Servei Català de la Salut y el hospital Sant Joan de Reus, SAM
- Prova pilot per a la implantació d'un sistema de compra de serveis de base poblacional: Conveni de col.laboració del Territori d'Altebrat entre l'ICS i Gestió Hospitalària, SA per els anys 2002-2003.
- Contrato entre CatSalut y Fundación privada FASS para fijar prestaciones sanitarias y sistemas de pago de la actividad derivada del Equipo de Atención Primaria.
- Contrato entre CatSalut y el Hospital Sant Joan de Reus
- Contrato entre CatSalut y el Hospital Comarcal More d'Ebre
- Cartera de Serveis i estructura de Hospital Sant Joan de Reus
- Cartera de Serveis i estructura de Hospital Comarcal More d'Ebre
- Hoja de Zona de Influencia Hospitalaria
- Hoja de seguimiento IRE/IRR 1997-2004
- Hoja de seguimiento de Control Presupuestario
- Organigrama 2003 grup SAGESSA
- Presentación Power-point de descripción de grup SAGESSA
- Objectivos estratègics y operacionales 2003-2004 de Grup SAGESSA
- Objectius 2003 Atenció Primària grup SAGESSA
- Objectius 2003 de l'Hospital Sant Joan de Reus
- Parrilla objetivos – grup SAGESSA
- Indicadores de salud por el sistema de Ambulatory Sensitive Conditions (ASC)
- Presentaciones Power- point de la Intranet del grup SAGESSA, grupinet
- Presentación Power-point: Programa de atención Interniveles (PAI)
- 24 Guías para la práctica clínica.
- www.peremata.com
- www.grupsagessa.com

Anexo 5. Tablas y figuras Corporació de Salut del Maresme i La Selva

Descripción de la OSI (Memoria 2002)

Tabla 1. Entidades CSMS:

| Entidades que constituyeron la OSI | Titularidad del patrimonio | Ámbito del titular | Fórmula jurídica |
|---|-----------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Hospital Sant Jaume de Calella | Ayuntamiento de Calella | Público | Organismo Autónomo Local |
| ConSORCI Sanitari de la Selva | Servei Cátala de la Salut | Público | Consortio de gestión |
| Hospital-asil Sant Jaume de Blanes | Fundación privada | Privado sin lucro | Fundación privada |
| Hospital Municipal de Lloret de Mar | Ayuntamiento Lloret de Mar | Público | Organismo Autónomo Local |

ConSORCI Sanitari de la Selva: Formado por SCS, Consell Comarcal la Selva, Ayuntamiento de Blanes, Fundación Asil St. Jaume de Calella

Tabla 2. Unidades operativas:

- Hospitales de agudos: Hospitales General Básico (nivel 2):
Hospital Comarcal de Sant Jaume de Calella
Hospital Comarcal de Blanes
- Centros de atención primaria: CAP Calella
CAP Lloret de Mar
CAP Tossa de Mar*
CAP Malgrat
CAP Palafolls*
*Dispensarios municipales: Funcionan como CAPs
- Centros socio-sanitarios: Hospital Sociosanitari de Sant Jaume de Blanes
Hospital Sociosanitari de Sant Jaume de Calella
Hospital Sociosanitari de Lloret de Mar
Residencia Municipal d'Arenys de Mar

Tabla 3. Localización geográfica:

| Comarca | Municipios de cobertura del continuo asistencial | Municipios población de referencia del hospital (ZAC) |
|----------|--|--|
| Maresme | Calella Malgrat Palafolls | Arenys de Munt Arenys de Mar Calella Canet Sant Iscle Sant Cebrià Sant Pol Pineda Santa Susanna Tordera Fogars de la Selva Malgrat Palafolls |
| La Selva | Lloret Tossa | Blanes Lloret Tossa |

Tabla 4. Población de referencia:

(Padrón municipal de habitantes, año 2003. Fuente: web del Instituto Catalán de estadística)

Población de referencia para el continuo de servicios de la OSI:

| | |
|-----------------------|--------|
| ABS Calella: | 15.453 |
| ABS Malgrat-Palafolls | 22.137 |
| ABS Lloret- Tossa | 30.535 |
| TOTAL (año 2003) | 68.124 |

Población de referencia de los hospitales (ZAC):

| | |
|---------------------|---------|
| Hospital de Calella | 113.965 |
| Hospital de Blanes | 64.720 |
| TOTAL: | 178.685 |

Tabla 5. Recursos hospitalarios:

| | |
|--|------------|
| Hospitalización agudos: | 260 |
| Hospital Sant Jaume de Calella | 160 |
| Hospital Comarcal de Blanes | 100 |
| Atención socio sanitaria: | 310 |
| Larga estancia: | 275 |
| Mediana estada: | 35 |
| Hospital Sociosanitari de Sant Jaume de Calella: | 10 |
| Hospital Sociosanitari de Lloret de Mar: | 15 |

Tabla 6. Actividad asistencial CSMS**Hospital**

| | Hospital Comarcal de Jaume de Calella | Hospital Comarcal Blanes |
|---------------------------------|--|-----------------------------|
| Número de altas hospitalarias | 8.027 | 5.832 |
| Intervenciones quirúrgicas | 6.212 | 4.946 |
| Cirugía mayor ambulatoria (CMA) | 978 | 1.018 |
| Consultas externas | 128.578 | 85.549 |
| Urgencias atendidas | 62.407 | 53.905 |
| Altas de hospital de día | 59 | 38 |

Socio sanitario:

| Pacientes atendidos | Hospital Sociosanitari de Sant Jaume de Cal | Hospital Sociosanitari de Sant Jaume de Bla | Hospital Sociosanitari de Lloret |
|----------------------------|--|--|-------------------------------------|
| Larga estancia | 98 | 61 | 140 |
| Estancias convalecencia | 285 | - | - |
| Curas paliativas | | | |
| Hospital de día | 59 | - | 38 |

Características generales CSMS**Tabla 7. Amplitud de la integración:**

(revista CSMS Pág. 17, Oferta de serveis assistencials)

Tipo de servicios del continuo que comprende la OSI:

- División Atención primaria:
 - Medicina familiar y comunitaria
 - Pediatría
 - Odontología
 - Enfermería de medicina y pediatría
 - Pruebas complementarias
 - Servicios sociales
 - Unidad de atención al cliente
- División de Atención Hospitalaria:
 - Tratamientos médicos y quirúrgicos en régimen de hospitalización
 - Unidad de cirugía sin ingreso (UCSI)
 - Hospital de día
 - Servicios de urgencias
 - Área de rehabilitación
 - Gabinetes de diagnóstico
 - Consultas ambulatorias especializadas
 - Servicios de soporte al diagnóstico

- División de Atención Socio-sanitaria:
 - Unidad de larga estancia
 - Unidad de convalecencia y cuidados paliativos
 - PADES (Programa de atención domiciliaria. Equipo de soporte)
 - UFISS (Unidad Funcional Interdisciplinaria Socio-sanitaria)
 - Hospital de día
 - Consultas externas de geriatría

- Atención drogodependencias:
 - Hospital Comarcal de Sant Jaume de Calella: Altas en el Programa Mantenimiento Metadona (PMM)

Tabla 8. Servicios asistenciales de CSMS

Los servicios que comparten profesionales y/ o recursos entre los dos hospitales de la CSMS son los siguientes:

- Anestesiología y reanimación
- Cardiología
- Cirugía plástica
- Cirugía vascular
- Geriatría
- Hematología
- Oftalmología
- Oncología
- ORL
- Pediatría
- Rehabilitación
- Urología

Los servicios que no comparten recursos y/ o profesionales son los siguientes:

- Cirugía General: Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella
Hospital Comarcal de Blanes

- Dermatología: Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella
Hospital Comarcal de Blanes

- Digestología: Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella
Hospital Comarcal de Blanes

- Endocrinología: Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella

- Ginecología/Obstetricia: Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella
Hospital Comarcal de Blanes

- Medicina Interna: Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella
Hospital Comarcal de Blanes

- Neurología: Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella
- Neumología: Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella
Hospital Comarcal de Blanes
- Reumatología: Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella
Hospital Comarcal de Blanes
- Traumatología/ortopédica: Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella
Hospital Comarcal de Blanes
- Unidad de alcoholismo y toxicomanías:
Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella

A pesar que estos servicios no sean compartidos por los dos hospitales, disponen de un único jefe de ámbito que coordina la actividad del conjunto hospitalario Blanes-Calella.

Modelo de gobierno de CSMS

Tabla 9. Composición de cada órgano de gobierno:

(estatutos, modificado: presentación 2004)

El Consejo Rector, órgano superior del Consorcio, está formado por los siguientes miembros, nombrados y substituidos libremente por las entidades consorciadas:

- a) 6 representantes Hospital Sant Jaume de Calella
- b) 4 representantes Consorci Sanitari de la Selva
- c) 2 representantes Hospital-asil Sant Jaume de Blanes
- d) 1 representante Hospital Municipal de Lloret de Mar

Modelo organizativo

Tabla 10. Dimensión estratégica

a) Visión:

“Volem ser un dispositiu sanitari integrat que esdevingui un referent a Catalunya”

b) Misión:

“El nostre propòsit és oferir serveis de salut integrals, d’excel·lent qualitat i eficients, que donin el màxim grau de cobertura a les necessitats i demandes de les persones que resideixen a l’Alt Maresme i la Selva Marítima.”

“Més enllà de proveïdors, hem de ser els consellers dels nostres clients, als quals orientarem i farem costat quan necessitin els nostres serveis. En aquesta determinació s’hi ha d’esforçar tota la Corporació, i per això és essencial que tinguem cura en la selecció dels nostres professionals i mantinguem l’exigència en la seva avaluació”

c) Valores:

1. Espíritu de servicio a las personas
2. Visión integral de la asistencia
3. Respeto a las personas y a su dignidad
4. Respeto y consideración al profesional y trabajador, pero también un elevado nivel de exigencia
5. Espíritu de colaboración, tanto dentro de la Corporación como en otras entidades externas
6. Compromiso con una asistencia rigurosa desde el punto de vista científico
7. Esfuerzo para conseguir un elevado grado de eficiencia en la gestión de recursos
8. Compromiso en la mejora global a través de la acción y la innovación

d) Ejes estratégicos de la OSI

Modelo de atención integral orientada a los clientes

Mejora de la Organización

Políticas de RR.HH. adecuadas al proyecto

Lideraje y estrategia

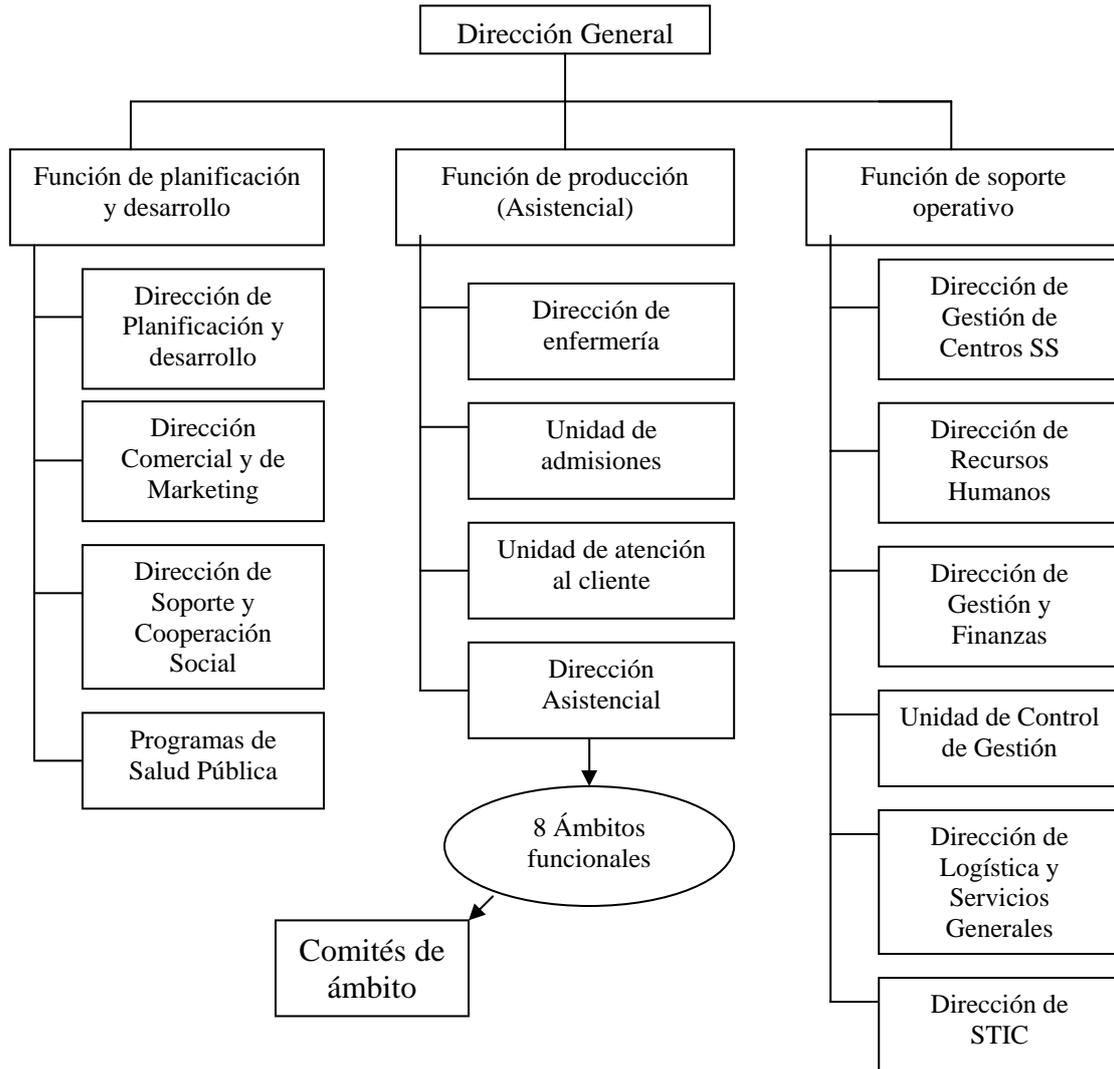
Tabla 11. Objetivos y estrategias

- a. Modelo de Atención integral y orientado al paciente:
 - Consolidar el nuevo modelo de Organización Asistencial de la Corporación (Funcionamiento a través de ámbitos asistenciales)
 - Incrementar dispositivos alternativos a la hospitalización convencional (reducción de estancias innecesarias)
 - Incrementar la capacidad resolutive de la APS
 - Fomentar el uso de criterios estandarizados basados en la MBE
 - Aumentar la alianza con el ICS a través de proyectos conjuntos en el entorno del financiamiento capitativo
- b. Mejora de la organización: Implantar o mejorar nuevos dispositivos asistenciales
 - Consolidar el modelo de Unidades Funcionales en la Corporación y en el territorio
 - Poner en marcha la Unidad de Post-agudos en cirugía ortopédica y traumatología
 - Consolidar y reordenar la actividad UCSI
 - Mejorar y actualizar los dispositivos de Cirugía Menor Ambulatoria
 - Elaboración del Programa de Atención Domiciliaría Integral (ADI)
 - Ordenar la ocupación, actividad y oportunidades de futuro de los hospitales de día
 - Discutir y elaborar un proyecto de atención integral al niño de la Corporación
 - Implantar el alta precoz en la Selva marítima
- c. Mejora de la organización: Mejorar los instrumentos para la continuidad
 - Compartir el sistema de información corporativo con el uso ordinario de la Estación de Trabajo clínico y el e-mail
 - Consenso bilateral dentro del ámbito para las interconsultas y las altas de CCEE en todos los ámbitos asistenciales, priorizando los que presenten

- más problemas de gestión de la lista de espera: COT, oftalmología, especialistas médico-quirúrgicos
- Reordenar la oferta de CCEE según cada ámbito y según el trabajo común en los dispositivos extra-hospitalarios
- Marco de sesiones conjuntas entre profesionales de diferentes centros en todos los ámbitos funcionales
- Realización de pruebas o actos pre-operatorios
- Reducir la variabilidad de las curas de enfermería
- d. Mejora de la organización: Implantar y evaluar los procesos estandarizados:
 - Evaluar el grado de seguimiento de las GPC en todos los ámbitos asistenciales
 - Fomentar la Gestión por Procesos a los Servicios de Urgencias
- e. Mejora de la organización: Revisar la cartera de servicios
 - Estudiar la viabilidad y la oportunidad de nuevas acciones técnicas
- f. Mejora de la organización: Sistemas de información y documentación
 - Implantar ETC a toda la organización como elemento básico
 - Implantación de nueva orden médica (gestión de la prescripción, dispensación y administración de medicamentos)
 - Diseño del curso clínico de enfermería
 - Elaboración de informes de radiología en soporte magnético y en la ETC
- g. Mejora de la organización: Aplicar las políticas de calidad e investigación
 - Integrar la metodología de la mejora continua de la calidad en el trabajo de análisis de los diferentes comités de ámbito
 - Revisar el programa de garantía de calidad de los servicios de diagnóstico por la imagen
 - Evaluar las necesidades formativas en todos los colectivos asistenciales
 - Favorecer la participación en trabajos de investigación y en las presentaciones en forum profesionales
 - Recogida de las actividades docentes y de investigación
- h. Mejora de la organización de la atención al cliente:
 - Mejorar la accesibilidad a los recursos sanitarios
 - Mejorar los procedimientos de solicitud del consentimiento informado por procesos
 - Crear o mejorar los procesos de acogida a los clientes en las unidades de hospitalización
 - Realizar una encuesta de satisfacción de los pacientes ingresados en la UCE
- i. Mejora en la gestión de RR.HH
- j. Mejora en la gestión de recursos estructurales
- k. Gestión de los productos intermedios:
 - Seguimiento del uso de pruebas complementarias
 - Unificación de criterios para la indicación de pruebas en procesos prevalentes
- l. Gestión de farmacia
- m. Políticas de la gestión de las personas
- n. Liderazgo y estrategia:
 - Diseñar y utilizar el contrato de gestión como herramienta de evaluación de los jefes de ámbito y de los objetivos conseguidos.
 - Comprometer a los jefes de ámbito y líderes clínicos a su proyección externa a través de forum profesionales y reuniones de sector

- Elaborar un plan de comunicación externa con presentaciones estándares sobre el modelo asistencial integral para unificar los mensajes sobre el modelo corporativo

Figura 12. Organigrama



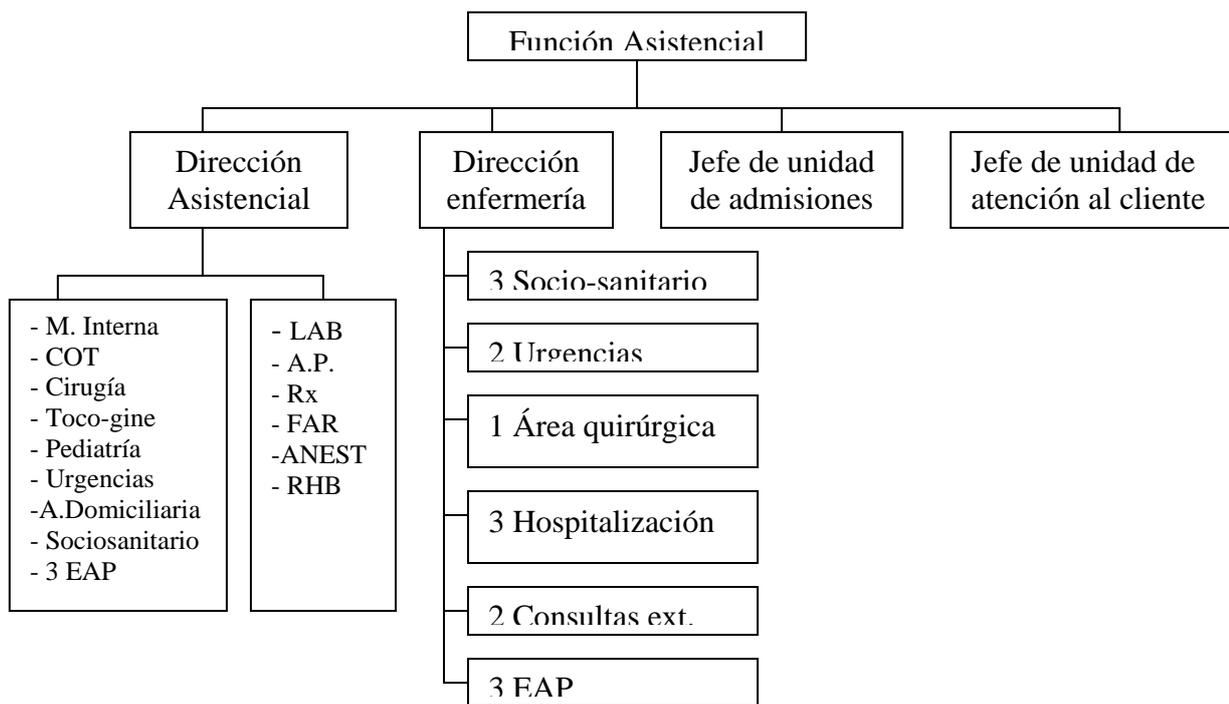


Tabla 13. Funciones de dirección

Funciones de dirección que desempeñan los órganos de gestión de CSMS y de los ámbitos.

| Funciones | Actividades | Dirección CSMS | Dirección ámbito | Dirección proceso | 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 UO | X | | | |
| | Planificación de RRHH de la UO | X | | | |
| | Planificación financiera y de inversiones | X | | | |
| | Planificación asistencial | X | | | |
| | Políticas de Investigación y Docencia | X | | | |
| Organización | Determinación de funciones y tareas | | | | X |
| | Creación de nuevas unidades | 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 (Department, SCS, etc.) | X | | | |

Anexo 6. Tablas y figuras grup SAGESSA

Descripción de la OSI

Tabla 1. Entidades

| Entidades que constituyen la OSI | Titularidad del patrimonio | Fórmula jurídica |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Hospital Universitari de Sant Joan Reus | Ayuntamiento de Reus | Sociedad anónima municipal, SAM |
| GECOHTSA | Ayuntamiento de Reus | Sociedad anónima |
| MQREUS | Ayuntamiento de Reus | Sociedad anónima |
| GESAT | Ayuntamiento de Tortosa | Sociedad anónima municipal, SAM |
| SANCREU | Ayuntamiento de Tortosa | Fundación |
| SAMGSISS | Ayuntamiento d' Amposta | Sociedad anónima municipal, SAM |

Tabla 2. Unidades operativas:

| | |
|---------------------------|---|
| Hospitales de agudos: | Hospital Universitari de Sant Joan de Reus Hospital Comarcal de Mora d'Ebre Centre MQ Reus V Serveis Assistencials d' Amposta |
| Centros socio-sanitarios: | Hospital Universitari de Sant Joan de Reus Hospital Comarcal de Mora d'Ebre Serveis Assistencials d' Amposta Hospital de la Santa Creu-Tortosa |
| Áreas básicas de salud: | ABS, Cambrils: 1CAP, 1 dispensario municipal ABS, Reus: 1CAP ABS, Riudoms: 1CAP, 6 dispensarios municipales ABS, la Selva del Camp: 1CAP, 1 dispensario municipal ABS, Vandellòs-l'Hospitalet: 1CAP, 2 dispensarios |
| Residencias de ancianos: | Residencia d' Avis d' Ascó Residencia de Sant Joseph de Falset Residencia d' Avis de la Sénia Residencia d' Avis de Gandesa Residencia d' Avis de La Selva del Camp |
| Centros Educativos: | Centre Residencial d' Acció Educativa "la pastoreta" Escola Bresol "la Ginesta" |
| Empresas vinculadas: | Fundació Assistencial Sanitaria i Social (Serveis) Fundació Recerca i Docència (Recerca) |

Tabla 3. Municipios población de referencia del hospital (ZAC)

- Hospital Comarcal Mora d'Ebre:
Comarques del Priorat, Ribera d'Ebre i la Terra Alta
Priorat:
Gratallops
Porrera
Pradell de la Teixeta
Torrojo del Priorat
La Vilella Alta
Bellmunt del Priorat
Cabacés
Capçanes
Falset
La Figuera
Els Guiamets
El Lloar
Marçà
El Masroig
El Molar
La Torre de Fontaubella
La Vilella Baixa
Ribera d'Ebre:
Ascó
Benissanet
La Bisbal de Falset
Flix
Garcia
Ginestar
Margalef
Miravet
Móra d'Ebre
Móra la Nova
La Palma d'Ebre
Rasquera
Riba-roja d'Ebre
Tivissa
La Torre de l'Espanyol
Vinebre
Terra Alta:
Batea
Bot
Caseres
Corbera d'Ebre
La Fatarella
Gandesa
La Pobla de Massaluca
Vilalba dels Arcs

- H. Sant Joan de Reus:
 - Baix Camp:
 - L'Albiol
 - L'Aleixar
 - Alforja
 - Aalmoster
 - Arbolí
 - L'Argentera
 - Les Borges del Camp
 - Bortarell
 - Cambrils
 - Castellvell del Camp
 - Colldejou
 - Duesaigues
 - Maspujols
 - Montbrió del Camp
 - Mont-roig del Camp
 - Pratdip
 - Reus
 - Riudecanyes
 - Riudecols
 - Riudoms
 - La Selva del Camp
 - Vandellòs
 - Vilanova d'Escornalbou
 - Vilaplana
 - Vinyols i els Arcs
 - Priorat:
 - Capafons
 - Cornudella de Montsant
 - La Febró
 - La Morera de Montsant
 - Poboleda
 - Prades
 - Ulldemolins

Tabla 4. Población de referencia ABS

Fuente: Institut d'estadística de Catalunya. Año 2002

| | |
|----------------------------|--------|
| ABS Cambrils | 21.000 |
| ABS Riudoms | 5.257 |
| ABS Vandellòs-l'Hospitalet | 4.373 |
| ABS La Selva del Camp | 4.290 |
| ABS Reus V | 89.006 |

Tabla 5. Actividad anual grup SAGESSA
(Resumen actividad acumulada grup SAGESSA)

| | |
|--|---------|
| Ingresos de agudos | 22.950 |
| Estancias de pacientes agudos | 113.200 |
| Consultas ambulatorias a especialistas | 265.700 |
| Urgencias hospitalarias | 130.200 |
| Intervenciones quirúrgicas | 10.000 |
| Intervenciones ambulatorias | 5.300 |
| Partos y cesáreas | 1.700 |
| Consultas AP | 690.000 |
| Ingresos socio-sanitarios | 1.400 |
| Estancias socio-sanitarios | 181.100 |
| Estancias en centros sociales | 55.200 |
| Estancias centros de día | 27.000 |
| Sesiones hemodiálisis | 13.350 |
| Sesiones rehabilitación | 135.000 |

Características generales de la OSI

Tabla 6. Cartera de Servicios

Cartera de Servicios del Hospital Sant Joan de Reus:

Servicio de Medicina Interna y especialidades:

- Sección de Medicina Interna
- Sección de Cardiología
- Sección de Neumología
- Sección de Digestivo
- Sección de Neurología
- Sección de Enfermedades Infecciosas y SIDA

Servicio de Oncología médica y Radioterapia y Física Médica:

UFISS oncológica

Servicio de Cirugía:

Sección de Cirugía General y Digestiva

Sección de ORL

Sección de Cirugía Plástica y Reparadora

Servicio de Urología

Servicio de Traumatología y Ortopedia

Servicio de Ginecología y Obstetricia

Servicio de Pediatría

Unidad de Drogodependencias

Área de Consultes externes

Urgencias centrales

Urgencias Primera Asistencia

Unidad de curas intensivas

Quirófanos y reanimación

Laboratorios clínicos

Radiología

Exploraciones complementarias

Radioterapia
Hemodinámica
Área de atención Socio-sanitaria:
Unidad de corta estancia
Unidad Socio-sanitaria
Equipo PADES
UFISS geriátrica

Cartera de Servicios del Hospital More d'Ebre:

Servicio de Medicina Interna y especialidades:

- Sección de Medicina Interna
- Sección de Cardiología (Consultas externas)
- Sección de Neumología (Consultas externas)
- Sección de Digestivo (Consultas externas)
- Sección de Neurología (Consultas externas)
- Sección de Enfermedades Infecciosas y SIDA

Servicio de Oncología médica y Radioterapia y Física Médica:

UFISS oncológica

Servicio de Cirugía:

Sección de Cirugía General y Digestiva

Sección de ORL

Servicio de Urología

Servicio de Traumatología y Ortopedia

Servicio de Ginecología y Obstetricia

Servicio de Pediatría

Urgencias centrales

Quirófanos y reanimación

Laboratorios clínicos

Radiología y TAC

Exploraciones complementarias (algunas)

Área de atención Socio-sanitaria:

Unidad de corta estancia

Unidad Socio-sanitaria

Equipo PADES

UFISS geriátrica

Hospital de día geriátrico

Entorno

Tabla 7. Densidad de población de las comarcas:

Fuente: Institut d'estadística de Catalunya. Año 2002

Densidad de población (habitantes por Km²)

| | |
|---------------|-------|
| Baix Camp | 209.5 |
| Baix Ebre | 67.2 |
| Priorat | 18.5 |
| Ribera d'Ebre | 26.2 |
| Terra Alta | 16.5 |
| Montsià | 81.2 |

Tabla 8. Otros proveedores públicos del territorio de referencia hospitalaria (ZAC)

ICS: Provee Atención Hospitalaria y Atención Primaria

Institut Pere Mata: Provee Salud Mental a toda la provincia de Tarragona

Nivel Hospitalario:

| <i>Territorio asistencial</i> | <i>% población atendida por proveedor</i> | <i>Población atendida</i> |
|-------------------------------|---|---------------------------|
| Baix Camp | 100% grup SAGESSA | 145.675 |
| Altebrat | 100% grup SAGESSA | 43.048 |
| Baix Ebre | 100% ICS | 66.369 |
| Montsià | CC.EE y Urgencias: 100% grup SAGESSA Hospitalización: 100% ICS | 57.550 |

Nivel Socio-sanitario:

| <i>Territorio asistencial</i> | <i>% población atendida por proveedor</i> | <i>Población atendida</i> |
|-------------------------------|---|---------------------------|
| Baix Camp | 80% grup SAGESSA 20% otros proveedores | 116.540 29..135 |
| Priorat | 100% grup SAGESSA | 9.196 |
| Baix Ebre | 100% grup SAGESSA | 66.369 |
| Montsià | 100% grup SAGESSA | 57.550 |

Atención primaria

| <i>Territorio asistencial</i> | <i>% población atendida por proveedor</i> | <i>Población atendida</i> |
|-------------------------------|---|---------------------------|
| Baix Camp | 40% grup SAGESSA 60% ICS | 58270 87405 |

Modelo de gobierno de la OSI

Tabla 9. Órganos de gobierno

Consell Rector grup SAGESSA

Consell d'Administració grup SAGESSA

Consell de Direcció grup SAGESSA

Cada entidad tiene sus órganos de gobierno autónomos: (Memoria 2002)

| CENTROS ASISTENCIALES | ÓRGANOS DE GOBIERNO |
|--|---|
| Hospital Universitari de Sant Joan de Reus | Consejo de Administración Consejo de Dirección. |
| Hospital Comarcal de Mora d'Ebre, | Consejo de Administración Consejo de Dirección. Consejo Rector. |
| Serveis Assistencials d'Amposta | Consejo de Administración Consejo de Dirección. |
| Hospital de la Santa Creu-Tortosa | Consejo de Administración Consejo de Dirección. |
| Diagnòstic per la imatge | Consejo de Administración |
| Centre MQ Reus | Consejo de Administración Consejo de Dirección |
| Centre Oftalmològic de Reus | Consejo de Administración |

Modelo organizativo

Tabla 10. Dimensión estratégica

Misión :

“Procurar a los ciudadanos de las comunidades atendidas por nuestros centros una atención sanitaria y social excelente, considerando sus expectativas, la evidencia científica, la continuidad asistencial, la mejora continua, el compromiso de nuestros profesionales y los recursos existentes.”

Visión:

- La mejor salud
- La mejor atención
- Los mejores profesionales

Valores:

- Una organización formada por personas
- Calidad para el ciudadano
- Compromiso ético
- Estilo de dirección flexible y participativo
- Creatividad
- Eficiencia

Tabla 11. Objetivos y estrategias de las UO:

Atención Especializada: Hospital Universitari Sant Joan de Reus

Líneas estratégicas:

- Disponibilidad de nuevos espacios para el crecimiento del centro
- Equipamiento Unidad de Radioterapia
- Programa de atención a patologías del tercer nivel
- Refuerzo de las actividades de CMA
- Atención Integral a la cardiopatía isquémica
- Adecuación de la oferta asistencial a las necesidades reales de la población del BC
- Control de la demanda poblacional para aproximarla a las posibilidades del sistema sanitario
- Desarrollo de alianzas estratégicas con otros proveedores del CatSalut
- Estímulos de las iniciativas referentes a otros regímenes económicos

Objetivos 2003:

- Cumplimiento presupuesto de actividad y económico
- Programa de cirugía mayor ambulatoria
- Aumento de los ingresos económicos
- Programa de hospitalización a domicilio
- Proyecto de gestión por procesos
- Atención cardiopatía isquémica
- Evaluación de las competencias
- Mejora de la atención al cliente (voluntades anticipadas y consentimiento informado)

Atención primaria grup SAGESSA:

Objetivos 2003:

La mejor atención:

“El año del consentimiento informado y voluntades anticipadas”

- Poner en marcha en todas las ABS los documentos de Consentimiento Informado para: pruebas diagnósticas y extracciones dentales
- Poner en marcha en todas las ABS el espacio de Bioética

La mejor coordinación de los centros:

- Programa de coordinación de altas en todas las ABS's:
 - Nombramiento DIU de enlace en cada centro
 - Evaluación del programa
 - Consultoría de MI
- Poner en marcha protocolos definidos en el contrato de compra de servicios común del CaatSalut: TCB, CI, MPOC

Mejorar la gestión de IT

La mejor salud:

“El año de la Cardiopatía isquémica” (Plan de atención integral de la Cardiopatía isquémica en Cataluña)

- Formación al máximo de esta patología a todos los centros

- Definir los criterios de atención extra-hospitalaria, derivación y traslado de paciente a dolor torácico
- Detección, estudio de contactos y seguimiento de casos en coordinación con HUSJR

PAIS (Programa Atención Inter-niveles)

Climaterio, TEP, enfermedad anal, neo de próstata, ADVP/ SIDA, lactancia y alimentación infantil, trastornos de la conducta de la gente mayor, Psiquiatría.

Resultados de salud

- Uso de Ambulatory Care Conditions ACC como medidas de resultados de salud

Conseguir los objetivos del contrato de compra de servicios del CatSalut

- Mejorar la detección, prevención y control de los pacientes con: Enfermedad CV, Diabetes Mellitus, tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad infantil, lactancia materna, vacunaciones.
- Programas Comunitarios:
 - Atención al inmigrante
 - Atención ala gente mayor
 - Atención domiciliaria

Los mejores profesionales:

- Implantar las oportunidades de progreso detectadas con el análisis de las percepciones hechas por ALCOR
- Diseño de un modelo de redistribución variable basado en la carrera profesional y evaluación de competencias
- Plan de formación en todos los centros según evaluación de competencias.
- Joint Comisión: Conseguir el 60% de los estándares de la JC en la ABS de Cambrils
- Autoevaluación EFQM APS Grup SAGESSA
- Puesta en marcha de la gestión por procesos
- Percepción de la organización por parte de la sociedad: colaboración con entidades
- Implicación en la comunidad: Educción y formación, Convenio Universitario
- Cuadro de mandos operativos de todos los centros: mejora de indicadores

Objetivos específicos de farmacia

Otros objetivos sobre ingresos

Objetivos generales de la OSI y sus UO: (Intranet)

Estratégicos 2003

La mejor atención:

“El año del consentimiento informado y voluntades anticipadas”

- Análisis de los consentimientos informados a todos los centros, servicios intervencionistas, entorno legal, comprensión de los usuarios...
- Sistemas de acceso, protocolos de actuación...
- La mejor coordinación de los centros

La mejor salud:

“El año de la Cardiopatía isquémica” (Plan de atención integral de la Cardiopatía isquémica en Cataluña)

- Formación al máximo de esta patología a todos los centros y unidades
- Protocolos de actuación y coordinación
- RCP básica y avanzada
- Fibrinólisis en la APS
- PAIS (Programa Atención Inter-niveles)
 - Climaterio, TEP, enfermedad anal, neo de próstata, ADVP/ SIDA, lactancia y alimentación infantil, trastornos de la conducta de la gente mayor, Psiquiatría.

Los mejores profesionales:

- Programa de formación en habilidades directivas (consejo de dirección, responsables y mandos intermedios)

Operacionales 2003:

- Autoevaluación EFQM Grup SAGESA
- Objetivos Joint Comisión centros HCME, ABS Cambrils y Residencia de Amposta: Objetivos de centro, de servicio, personales...
- Alianzas estratégicas con el ICS (Capitativo Altebrat y otras zonas)
- RHA
- Externalizaciones
- EBA's
- COR + Oftalmólogos
- Ayuntamiento con equipamientos sociales
- Aplicación de la Ley de protección de datos a todos el grupo: equipos Intercentros, análisis, propuestas, implantación y evaluación
- Puesta en marcha de la gestión por procesos
- Fase segunda de la gestión por procesos:
 - Controlar procesos
 - Gestionar procesos
 - Intensificar la GPP
- Percepción de la organización por parte de la sociedad:
- Participación educativa, prevención y promoción...
- Voluntariado y actividades filantrópicas
- Acogida entidades
- Implicación en la comunidad
- Educación y formación
- Convenio Universitario: desarrollo, formación, innovación
- Cuadro de mandos operativos de todos los centros:
 - Incorporación de nuevos indicadores: referentes al capitativo, resúmenes consejo de dirección, cuadros mando poblacional
 - Agudos
 - APS

- Socio-sanitario: PADES
- Social: todas las residencias, SAD

- Bioética:

“El año de las TIS”

Resolver todos los problemas relacionados con la utilización de la TIS

Urgencias

Facturación

Ojetivos de los grupos de trabajo:

- Definir EH para la elaboración de propuesta definitiva de factible implantación
- Incorporar a los Objetivos de los centros aquellas propuestas más interesantes bajo la visión de costo-efectividad
- Constitución del CR y cumplimiento del calendario previsto y definitivo
- Constitución del grupo de trabajo y análisis de factibilidad de las propuestas efectuadas con calendario definido de implantación.

Estructura organizativa

Figura 12. Organigrama del grup SAGESSA

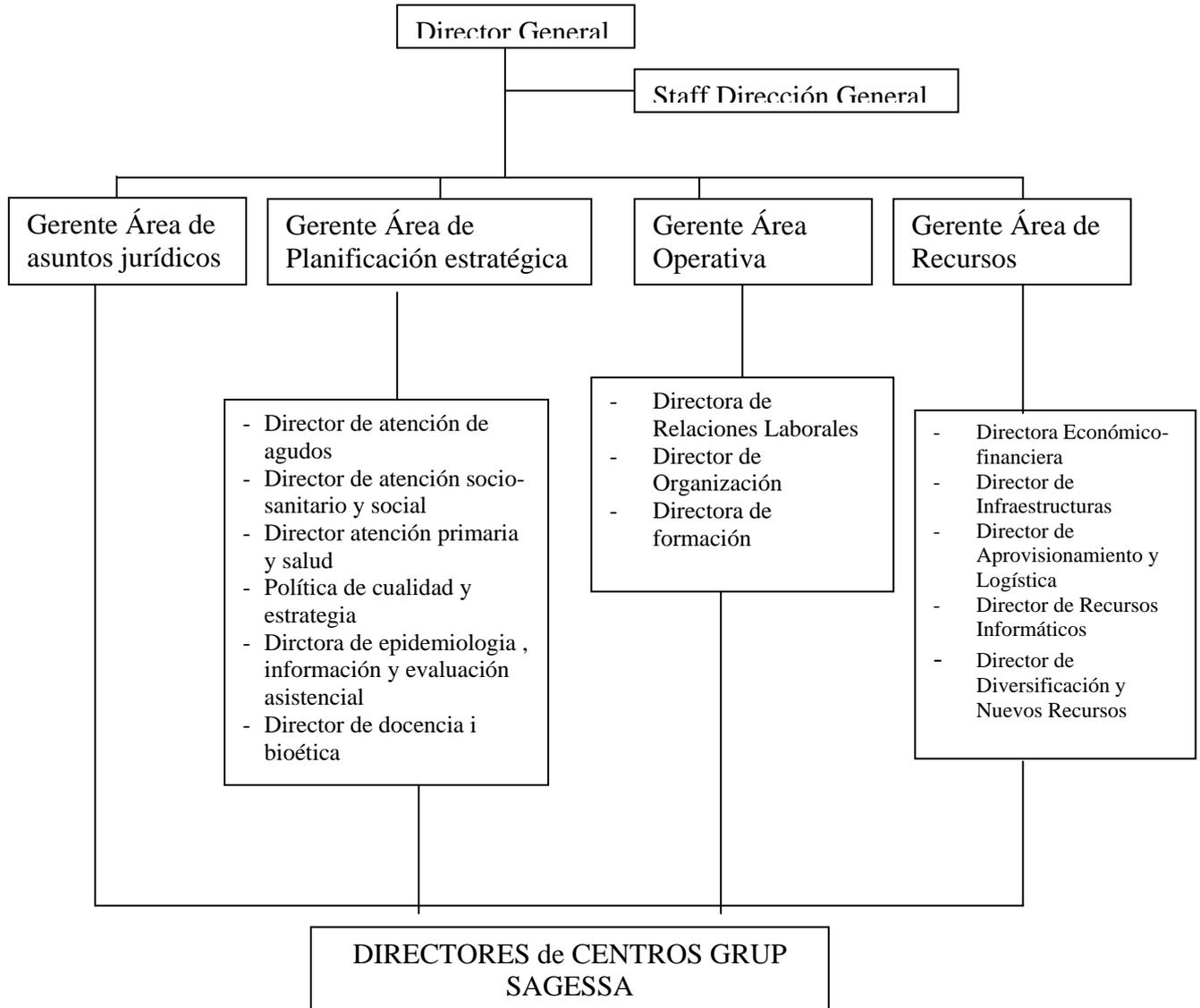


Tabla 13. Funciones de dirección que desempeñan los órganos de gestión de la OSI y de las UO

| Funciones | Actividades | Dirección OSI | Dirección UO | 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 UO | X | | |
| | Planificación de RRHH de la UO | | | X |
| | Planificación financiera y de inversiones | X | | |
| | Planificación asistencial | | X | |
| | Políticas de Investigación y Docencia | | | X |
| Organización | Determinación de funciones y tareas | X | | |
| | Creación de nuevas unidades | 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 | | |

Tabla 14. Mecanismos que se utilizan para coordinar las funciones de dirección:

e-mail, teléfono

Reuniones

Jornadas de reflexión

Grupos de trabajo

Puestos de enlace: puestos desarrollados por los directores de nivel (AP, AE, SS)

Directivo Integrador: Gerencia de planificación

Política común para toda la OSI

Comisiones permanentes:

- Coordinación Asistencial
- Satisfacción al cliente
- Comunicación interna
- Asignación presupuestaria
- Nuevos Recursos

Tabla 15. Funciones de apoyo asistenciales y no asistenciales grup SAGESSA y sus mecanismos de coordinación.

Descentralizadas:

Asistenciales:

- Farmacia
- Admisiones
- Atención al usuario
- Archivo
- Diagnóstico por la Imagen

Centralizadas:

Asistenciales:

- Comunicación

No asistenciales:

- Gestión económico financiero, Contabilidad, tesorería
- Control de gestión
- Gestión de sistemas de información
- Comunicación interna

*Parcialmente descentralizadas:**

- Laboratorio
- Logística
- Servicios Generales
- Gestión de RRHH

*Hay servicios generales que se hacen a nivel macro y otros que se realizan en cada centro de AP, AE, ASS

Los mecanismos de coordinación de las funciones de apoyo compartidas/ descentralizadas son:

- e-mail, teléfono
- Reuniones
- Grupos de trabajo, realizan propuestas
- Estructura horizontal(directivos), aprueban y ejecutan propuesta
- Intranet

Tabla 16. Incentivos a profesionales

| Grado de directivo | Objetivos grup SAGESSA | Objetivos Centro | Objetivos individules |
|--------------------|------------------------|------------------|-----------------------|
| Intermedios | 10% | 40% | 50% |
| Altos | 10% | 50% | 40% |

Coordinación asistencial

Tabla 17. GPCs en el Programa de Atención Interniveles

a) GPC conjuntas:

- Insuficiencia Cardíaca
- Cardiopatía isquémica
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Hipercolesterolemia
- Tabaquismo
- Ejercicio y dieta en la patología cardiovascular
- Enfermedad Obstructiva crónica
- Otitis media
- Infección del tracto urinario
- Gastroenteritis aguda
- Enfermedad de Alzheimer
- Lumbalgia
- Enfermedad ulcero péptica
- Accidente Vascular Cerebral
- Hematuria/ Neoplasia vesical
- Artrosis cervical, cadera y rodilla
- Neumonía
- Neoplasia de colon
- Hipertrofia de próstata
- Embarazo, parto y puerperio
- Cólico renal/ biliar
- Profilaxis y tratamiento del TEP

b) La sistemática de trabajo para elaborar las guías:

- Elaboración de una pre-guía (MBE, guías propias, sociedades científicas)
- Grupo de experto multidisciplinario (8-12)
- Reuniones de trabajo (2-3 días)
- Consenso:
 - Apartados de la guía
 - ¿Quién lo hace?
 - ¿Quién lo indica?
 - Frecuencia
 - ¿Dónde se realiza?
 - ¿Quién lo realiza?
- Consentimiento informado. Educación sanitaria

c) El contenido de la guía:

- Factores de riesgo sobre los que actuar
- Nivel asistencial más adecuado y eficiente para recibir la actividad de la atención sanitaria
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos más efectivos según la evidencia científica y la experiencia de los profesionales y los recursos. (evidencia y consenso)
- Consentimiento informado
- Información para el paciente y la familia
- Fecha de caducidad

d) Elementos de evaluación:

- Grado de adecuación de la práctica a la guía
- Grado de control de las patologías
- Reducción de ingresos hospitalarios
- Utilización de recursos
- Calidad de vida de los pacientes

e) Difusión de las GPC:

- Desarrollar una guía completa
- Disponer de resúmenes de la guía
- Utilización de algoritmos y flujogramas
- Disponer de la guía en soporte papel
- Disponer de la guía en el Intranet grup SAGESSA
- Poder consultar a experto clínico (e-mail)

f) Predisposición profesionales:

- Participación de los profesionales en su elaboración
- Actividades de formación
- Retroinformación
- Implicación de la gerencia y los directivos de nivel asistencial
- Sistema de incentivación y pacto de objetivos
- Sistema de recordatorio informático

Anexo 7. Abreviaturas

| | |
|---------------|--|
| ABS: | Área Básica de Salud |
| AE: | Atención especializada |
| AIE: | Asociación de interés económico |
| AP: | Atención primaria |
| ATDOM: | Programa de atención domiciliaria |
| AP: | Centro de atención primaria |
| AVC: | Accidente vascular cerebral |
| CHC: | Consorci Hospitalari de Catalunya |
| CSMS: | Consorci de Salut del Maresme i La Selva |
| CMD: | Departamento de Documentación Médica |
| EPOC: | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica |
| GPC: | Guía de Practica clínica |
| Grup SAGESSA: | Grupo de Asistencia Sanitaria y Social |
| GINSA: | Gestió Integral Sanitària i Assistencial |
| HCB: | Hospital Comarcal de Blanes |
| HSJC: | Hospital Sant Jaume de Calella |
| HSJR.: | Hospital Sant Joan de Reus |
| HME: | Hospital More d'Ebre |
| IAS: | Instituto de asistencia sanitaria |
| IC: | Insuficiencia cardíaca |
| ICS: | Instituto Catalá de la Salut |
| IETC: | Estación de trabajo clínico en entorno i*net |
| OSI: | Organizaciones Sanitarias Integradas |
| OAL: | Organismo Autónomo Local |
| PADES: | Programa de atención domiciliaria. Equipo de soporte |
| PAI: | Programa de Atención Interniveles |
| PMM: | Programa de Mantenimiento con Metadona |
| RRHH: | Recursos humanos |
| SA: | Sociedad anónima |
| SAM: | Sociedad anónima municipal |
| SCS: | Servei Catalá de la Salut |
| SCOD: | Sistema computerizado de orientación a las decisiones clínicas |
| SRAG: | Síndrome respiratorio agudo grave |
| UFISS: | Unidad funcional interdisciplinaria sociosanitaria |
| UO: | Unidad operativa |
| ZAC: | Zona d'avaluació del capitatiu |