

**ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS EN
PAISES CON DISTINTOS SISTEMAS DE SALUD**

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

Vladimir Pizarro Díaz

TUTORA DE TESINA: M^a Luisa Vázquez Navarrete

CO-TUTORA DE TESINA: Ingrid Vargas Lorenzo

Barcelona 02 de julio de 2004

RESUMEN

Introducción: Durante la última década, se ha producido, en muchos países, un cambio en el discurso sanitario que ha ido desde la promoción de la competencia hacia el fomento de la coordinación de los servicios sanitarios. Así surgieron las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs), redes de organizaciones que ofrecen a una población determinada, una atención coordinada a través de un continuo de servicios de salud, siendo responsables de los costos y resultados de salud de esa población. Las OSIs se han analizado sobre todo en EE.UU, donde este fenómeno ha experimentado una eclosión en el contexto de un sistema sanitario muy fragmentado. Por otro lado, en países como España y en particular en Cataluña, con un Sistema Nacional de Salud, se han ido creando progresivamente OSIs, pero aún son escasos los estudios desarrollados sobre el tema.

Objetivos: Analizar el estado actual del conocimiento sobre las características, los potenciales beneficios y las principales dificultades de las OSIs creadas en países con distintos sistemas de salud.

Métodos: Revisión sistemática de la bibliografía sobre el desarrollo de OSIs en los últimos 20 años (1983-2003). Para la selección de los estudios se siguieron dos pasos: 1. revisión de títulos y resúmenes y 2. revisión y valoración de los textos completos de todos los estudios identificados en el primer paso. En el análisis se han tenido en cuenta los siguientes aspectos: objetivos que persiguen este tipo de organizaciones; características que las identifican; los potenciales beneficios y las principales dificultades para la articulación de las OSIs creadas en países con distintos sistemas de salud.

Resultados: Los objetivos de las OSIs son la búsqueda de una mayor eficiencia y continuidad en la prestación de servicios a la salud y las características, que definen los distintos tipos que hay, son: la amplitud y la profundidad de integración, la concentración geográfica, la producción interna de servicios, las formas de relación entre organizaciones, el tipo de integración, el mecanismo de financiación y el tipo de liderazgo. En relación a los resultados de las OSIs, cabe resaltar, la escasez de estudios que analicen los resultados de eficiencia y continuidad de estas organizaciones, la utilización de una multitud de indicadores que dificultan la comparación de los resultados entre estudios y la existencia de resultados contradictorios en Europa y EE.UU.. No obstante, es posible considerar como principales resultados: a) que las OSIs con alto grado de integración funcional presentaban mejoras en la eficiencia (reducciones de costos), b) aquellas con integración horizontal y que se habían fusionado no presentaban mayor eficiencia (no reducían costos administrativos y aumentaban gastos por admisión de pacientes, respectivamente), c) las OSIs con integración vertical y con sistema de pago caputivo presentaban resultados de eficiencia ambiguos (unos estudios muestran su incapacidad de reducir costos de atenciones y otros muestran marcadas reducciones en costos por paciente al mes) pero mostraban mejoras en la coordinación del continuo de atenciones a la salud.

Conclusiones: A pesar de que las reformas sanitarias que se están aplicando en distintos países del mundo tienden a la integración de organizaciones sanitarias, el conocimiento sobre los potenciales beneficios y las principales dificultades de la implementación de este tipo de organizaciones, es

insuficiente y ambiguo. Es necesario profundizar el estudio de la valoración del impacto de las OSIs sobre los distintos Sistemas de salud.

ABSTRACT

Introduction: During the last decade, has been produced, in many countries, a change on the sanitary speech going from the promotion of the competition to the promotion of health services coordination. Thus the Integrated Sanitary Organizations (ISOs) arose as networks of organizations that provide a coordinated continuum of services to a defined population, and is willing to be held clinically and fiscally accountable for the outcomes and the health status of the population served. The ISOs have been mainly analyzed in USA, where this phenomenon has experienced an appearance in the context of a very fragmented Health System. On the other hand, in countries like Spain and specifically in Catalonia, with a National Health System, ISOs has been progressively created, but there are very few studies on this subject.

Objectives: To analyze the actual situation of the knowledge on characteristics, potential benefits and main difficulties of the ISOs created in countries with different Health systems.

Methods: Systematic review of the bibliography on ISOs development in the last 20 years (1983-2003). Two steps were followed for the selection of the studies: 1. titles and abstracts review and 2. review and assessment of full texts of all the studies identified in the first step. In the analysis the following aspects have been considered: objectives seek by type of organizations; characteristics that identify them; the potential benefits and the main difficulties to joint of the ISOs created in countries with different Health Systems.

Results: The ISOs objectives are the search of a greater efficiency and continuity in delivering health services and its characteristics: the breadth and depth of integration, the geographic concentration, the internal services production, the way of relation between organizations, the type of integration, the financing mechanism and the type of leadership. In relation to the ISOs results, it is possible to stand out, that there are still few studies about efficiency and continuity of these organizations, that have been used a great quantity of indicators which difficult the comparison of results between studies and that there are contradictory results in Europe and USA. However, it is possible to considered as main results: a) that the OSIs with high degree of functional integration improved the efficiency (reductions of costs), b) those with horizontal integration and that had been mergers did not report major efficiency (they did not reduce administrative costs and were increasing expenses by admission of patients, respectively), c) the OSIs with vertical integration and capitation system presented ambiguous results on efficiency (some studies showed their incapacity to reduce costs of attentions and others showed marked reductions in costs for patient per month) but showed improvements in the coordination of the continuum health services.

Conclusions: Although the sanitary reforms, that are being applied in different countries, tend to the integration of sanitary organizations, the knowledge on the potential benefits of this type of organizations and the main difficulties of their implementation, it is insufficient and ambiguous. Further research in need to assess the ISOs impact on the different Health Systems.

RESUM

Introducció: Durant l'última dècada, s'ha produït, a molts països, un canvi en el discurs sanitari que ha passat de la promoció de la competència al foment de la coordinació dels serveis sanitaris. Així van sorgir les Organitzacions Sanitàries Integrades (OSIs), xarxes d'organitzacions que ofereixen a una població determinada, una atenció coordinada a través d'una sèrie de serveis de salut, i que són responsables dels costos i resultats de salut d'aquella població. Les OSIs s'han analitzat sobretot als EUA, on aquest fenomen ha experimentat una eclosió en el context d'un sistema sanitari molt fragmentat. D'altra banda, en països com Espanya i en particular Catalunya, amb un Sistema Nacional de Salut, s'han anat creant progressivament OSIs, però encara són escassos els estudis desenvolupats sobre el tema.

Objectius: Analitzar l'estat actual del coneixement sobre les característiques, els potencials beneficis i les principals dificultats de les OSIs creades a països amb diferents sistemes de salut.

Mètodes: Revisió sistemàtica de la bibliografia sobre el desenvolupament d'OSIs en els darrers 20 anys (1983-2003). Per a la selecció dels estudis es van seguir dos passos: 1. revisió de títols i resums i 2. revisió i valoració dels textos complets de tots els estudis identificats en el primer pas. En l'anàlisi s'han tingut en compte els següents aspectes: objectius que persegueixen aquest tipus d'organitzacions; característiques que les identifiquen; els potencials beneficis i les principals dificultats per a l'articulació de les OSIs creades a països amb diferents sistemes de salut.

Resultats: Els objectius de les OSIs són la recerca d'una major eficiència i continuïtat en la prestació de serveis a la salut i les característiques, que defineixen els distints tipus que hi ha, són: l'amplitud i la profunditat d'integració, la concentració geogràfica, la producció interna de serveis, les formes de relació entre organitzacions, el tipus d'integració, el mecanisme de finançament i el tipus de lideratge. En relació als resultats de les OSIs, cap destacar, que encara existeixen pocs estudis en relació a resultats d'eficiència i continuïtat d'aquestes organitzacions, que s'han emprat una gran quantitat d'indicadors que dificulten la comparació dels resultats entre estudis i que existeixen resultats contradictoris en Europa i EUA. No obstant, es poden considerar com principals resultats: a) que les OSIs amb alt grau d'integració funcional presentaven millores en l'eficiència (reduccions de costos), b) aquelles amb integració horitzontal i que s'havien fusionat no presentaven major eficiència (no reduïen costos administratius i augmentaven despeses per admissió de pacients, respectivament), c) les OSIs amb integració vertical i amb sistema de pagament capitatiu presentaven resultats d'eficiència ambigus (uns estudis mostren la seva incapacitat de reduir costos d'atencions i uns altres mostren marcades reduccions en costos per pacient al mes) però mostraven millores en la coordinació del continu d'atencions a la salut.

Conclusions: Malgrat que les reformes sanitàries que s'estan aplicant en diferents països tendeixen a la integració d'organitzacions sanitàries, el coneixement respecte dels potencials beneficis i les principals dificultats de la implementació d'aquest tipus d'organitzacions, és insuficient i ambigu. Caldria aprofundir l'estudi de la valoració de l'impacte de les OSIs sobre els diferents sistemes de salut.

INTRODUCCIÓN

Cambio en el discurso sanitario

A finales de la década de los ochenta y principio de los noventa, la introducción de la competencia por los mercados fue una de las reformas sanitarias más promovidas en la mayoría de los países desarrollados y en vías de desarrollo. Por el contrario, en los últimos años, se ha producido un abandono de las estrategias de promoción de la competencia, orientándose el discurso sanitario hacia el logro de una mayor eficiencia y hacia el aumento de la coordinación entre proveedores con el fin de garantizar la continuidad en la provisión de servicios de salud (1).

Este cambio de paradigma en el entorno sanitario ha impulsado la puesta en marcha de una serie de experiencias de integración de servicios sanitarios, que a pesar de desarrollarse en diferentes países, presentan elementos comunes, como son la búsqueda de una mayor eficiencia y una mayor continuidad en la prestación de servicios de salud. De esta manera, las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs), tal y como han sido definidas en la literatura (2), son redes de organizaciones que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de servicios de salud a una población determinada, siendo responsables de los costos y resultados de salud de esa población.

Estas OSIs no corresponden a un simple y único modelo de organización, sino que pueden presentar distintas características, por ejemplo, éstas pueden ser desarrolladas desde organizaciones proveedoras de atención primaria, algunas desde hospitales, desde aseguradoras y otras a través de alianzas entre varios proveedores de distintos niveles de atención, ya sea a través de integración horizontal o vertical.

Durante estos últimos años, proveedores, financiadores, y analistas de políticas de salud han expresado un creciente interés en el desarrollo de estas OSIs (3). Este interés surge del consenso que se ha generado con respecto a que tales organizaciones representan una forma de organización innovadora que puede contribuir a responder a los desafíos emergentes en el entorno de la salud (3). Estos desafíos incluyen: la contención de costos, incentivados por nuevos mecanismos de pago; los rápidos avances en tecnología y medicamentos, que por un lado entregan nuevas oportunidades de tratamiento, pero por otro lado producen un aumento en los costos de estos tratamientos; una población envejecida con enfermedades crónicas, las cuales requieren servicios que el sistema actual no es capaz de proveer como el control periódico de una gran cantidad de pacientes, para lo que es necesaria la coordinación de una gran variedad de servicios (3).

Tendencia hacia la integración de los Sistemas de Salud

Los nuevos desafíos en el entorno sanitario, como la presión por contener los costos en salud; sumados a la nueva estructuración de los Sistemas de salud que se ha dado en algunos países, sobre todo la separación entre financiación y provisión; han creado en muchos países desarrollados y otros en vías de desarrollo un gran movimiento que tiende a la formación de OSIs.

Esta integración de organizaciones sanitarias se ha producido por medio de iniciativas de integración horizontal, que persigue fundamentalmente obtener sinergias y economías de escala al concentrar proveedores ubicados en el mismo nivel de provisión de servicios; y de integración vertical, que vincula diferentes proveedores a lo largo del continuo de niveles de salud.

El desarrollo de estas OSIs ha experimentado durante la última década un gran crecimiento, sobre todo en EE.UU., en el contexto de un Sistema de salud privado muy fragmentado, donde por ejemplo, los hospitales se han asociado o bien han adquirido redes de atención primaria creando las Physician-Hospital Organizations (PHO). En España y otros países de Europa, que presentan Sistemas de salud muy diferentes al de EE.UU. (Sistema Nacional de Salud o Seguridad Social), se han ido creando progresivamente OSIs, donde por ejemplo, hospitales universitarios se vinculan a otros de tipo más básico o de cuidados de media y larga estancia, servicios sanitarios y socio sanitarios se relacionan entre sí, compañías de seguro desarrollan redes propias de servicios, entre otras. En el caso de Cataluña, encontramos hospitales que son contratados para la gestión de la atención primaria de un territorio, siendo su responsabilidad cubrir un rango de servicios para la población de aquel territorio (1).

Aunque los Sistemas de salud y los problemas de salud de la población difieren entre uno y otro país (4), en general las políticas de salud implementadas en muchos países desarrollados se han desplazado hacia un modelo de Sistema de salud basado en la integración y cooperación entre los distintos niveles de atención (salud comunitaria, atención primaria, atención secundaria y atención socio-sanitaria (5)), posicionando a la atención primaria en el centro de este modelo (4;6).

Por ejemplo, las reformas sanitarias implementadas en algunos países tales como el Reino Unido (R.U.) y Nueva Zelanda (N.Z.) han buscado mejoras en la coordinación en la prestación de sus atenciones de salud a través de diferentes estrategias. En el R.U. se han integrado médicos de familia, para formar las

“fund-holding Primary Care Groups” (FH) en el R.U., mientras que en N.Z. se han creado las “Independent Practice Associations” (IPAs), organizaciones comúnmente conocidas como “budget holding”, debido a que reciben un presupuesto per cápita a cambio de hacerse responsables de la cobertura de un continuo de servicios de salud para una población. En el caso de EE.UU., el mercado de salud ha incentivado a los médicos generales para la creación de OSIs como las Health Maintenance Organizations (HMOs) y Health Service Organizations (HSOs). En estas cuatro modalidades de OSIs, los médicos generales y de familia, son responsables no sólo de cuidar la salud de sus pacientes sino también deben velar por los considerables recursos que implican sus tratamientos (7).

Para comprender con mayor detalle las reformas orientadas hacia la integración de servicios sanitarios, implementadas en distintos países, describiremos cómo se han llevado a cabo estos procesos de integración en función de los distintos Sistemas de salud existentes en EE.UU. y Europa.

Sistema de Salud Privado: Este Sistema de salud lo encontramos en EE.UU., donde conviven distintas modalidades de prestación de servicios de salud (seguro privado contratado individualmente, por una empresa, etc.), en muchos casos poco estructurados, los cuales funcionan dentro del mismo país. Sus principales características son el predominio de la financiación privada, la ausencia de cobertura universal y la inexistencia de redistribución de la financiación (8).

Ya a partir de los años 1950s, se desarrollaron en EE.UU. una gran variedad de OSIs, las cuales se caracterizaban por el alto grado de integración existente entre los aseguradores/compradores y proveedores, y por la importancia que

se le otorgaba a la gestión de la atención primaria, incluyendo Health Maintenance Organizations (HMOs), Independent Practice Associations (IPAs), Preferred Provider Organizations (PPOs), Point of Service Plans (POS), y Primary Care Case Management (PCCM) (9).

En general, estas organizaciones son formas organizativas de Managed Care (atención gestionada) que proveen a las personas que han afiliado, un conjunto de servicios de salud por un período fijo de tiempo, durante el cual reciben un pago por ese conjunto de servicios prestados, este pago es independiente de los miembros que utilizan estos servicios, es decir funcionan con un presupuesto. Algunas de estas organizaciones, han sido incorporadas en estructuras verticalmente integradas, donde proveedores de atención primaria y secundaria se agrupan dentro de una sola organización. Los médicos que participan en estas organizaciones tienen amplias responsabilidades incluyendo provisión de servicios de salud primaria, autorización de admisión en hospitales y coordinación de atenciones referidas a especialistas y a atenciones de emergencia. En este tipo de organizaciones, además del sistema de pago por presupuestos, se ha utilizado el sistema de pago capitolativo, aunque los médicos pueden ser pagados de diferente forma.

Otras OSIs que han sido desarrolladas en éste país son los Multi-hospital System (MHS) (10), los cuales se caracterizan por las relaciones de colaboración que se establecen entre dos o más hospitales. Además, encontramos las Physician-Hospital Organizations (PHO), Management Services Organizations (MSOs), Integrated Healthcare Organizations (IHO) y las Integrated Healthcare Delivery Systems (IHDS o Integrated Healthcare

Networks IHNs (11)), caracterizadas por las relaciones de colaboración que se establecen entre médicos y hospitales.

Aunque las PHO son Joint ventures entre hospitales y organizaciones de médicos (ej. IPAs o grupos de médicos), las típicas PHOs involucran a un hospital y a su equipo de médicos. Las MSOs proveen servicios administrativos a uno o más grupos de médicos y es a menudo propiedad de uno o más hospitales, de inversores o conjuntamente de un gran grupo de médicos. Las IHOs son entidades legales separadas, usualmente con tres subsidiarios: una organización hospitalaria, una organización de servicios médicos y una Fundación de educación e investigación (12). Finalmente las IHDSs o IHNs son alianzas que se establecen entre hospitales, médicos y financiadores con planes de salud (13).

Sistema Nacional de Salud (SNS): Los actuales Sistemas de salud en Europa provienen de dos modelos, uno de ellos corresponde al SNS, cuyo paradigma es el SNS del R.U., el cual antes de ser reformado en la década de los 80 se caracterizaba por la financiación mediante impuestos generales y la cobertura de todas las personas residentes en el país. Este SNS tenía integradas en un solo organismo todas las funciones básicas: rectoría, financiación y provisión, con excepción de los médicos de atención primaria, que siempre han sido independientes. Este SNS era por tanto un Sistema de salud integrado en todas sus funciones (8).

En el año 1991 se puso en marcha una nueva reforma (14), cuyos principales objetivos eran: la creación de mercados internos para que los distintos agentes compitieran entre sí y la separación de las funciones de financiación y provisión de servicios de salud y que se tradujo en la introducción de los Fundholders

(médicos administradores de presupuestos) (15), quienes eran médicos de atención primaria a los cuales se les asignaba un presupuesto para atender las necesidades de salud de la población que tenían asignada y con el cual podían comprar un limitado rango de servicios hospitalarios y de salud comunitaria para esa población (16).

En 1997 (17), se inició otra reforma donde se otorgaba a la atención primaria un importante papel en la conducción del sistema y se mantenía la separación de las funciones de financiación y provisión de servicios de salud. En esta segunda reforma se promueve la integración horizontal y vertical (15) y se sustituye el papel de comprador de los médicos individuales por grupos de médicos con base territorial que prestaban atención a una población determinada, eliminando el énfasis en la competencia existente entre niveles y hospitales a favor de la colaboración e integración. Además, se da prioridad a la reducción de desigualdades y se incrementa el interés por la calidad (8).

Otros países con SNS y que cumplen con las condiciones de cobertura universal, financiación a través de impuestos y acceso gratuito a los servicios al momento de su utilización son España, Dinamarca, Suecia, Noruega, Portugal, Italia y Nueva Zelanda, en los cuales se. Sin embargo, dependiendo del país, encontramos distintas características, como por ejemplo que los médicos de atención primaria pueden ser funcionarios públicos, o que el Sistema de salud puede utilizar proveedores privados, o que la financiación se puede llevar a cabo mayoritariamente a través de cotizaciones, etc. (8).

En 1986 en España, se aprobó la Ley General de Sanidad que transformó el Sistema de salud de Seguridad Social, imperante hasta ese momento, en un SNS. Esta reforma permitió la creación de los llamados equipos de atención

primaria, que corresponden a unidades funcionales de profesionales médicos y no-médicos quienes ofrecen servicios de salud integrados en determinadas áreas geográficas (18).

En España, aún existe un reducido nivel de integración y coordinación entre los distintos niveles asistenciales (atención primaria, especializada, socio-sanitaria, farmacéutica, salud mental, etc.) (19). La ley de ordenación sanitaria, aprobada el año 1990 en Cataluña, estableció un modelo sanitario de acuerdo con la Ley General de Sanidad del año 1986, el cual separaba las funciones de financiamiento (Servei Català de la Salut) de las de provisión de servicios sanitarios (Institut Català de la Salut y hospitales, centros de atención primaria y socio-sanitarios de diversa titularidad). La separación de estas funciones y la búsqueda de una mayor eficiencia por parte de los proveedores, ha conducido a la consolidación y creación de distintas OSIs como por ejemplo, consorcios sanitarios entre el gobierno, la administración local y entidades no lucrativas entre los que se encontraban los consorcios sanitarios de Parc Taulí, Terrasa, Vic, La Selva y Alt Penedès que gestionaban varios niveles de atención (20).

La reforma del Sistema de Salud en Nueva Zelanda, impulsada en 1991, tuvo cuatro componentes, la separación de las funciones de financiación y provisión de servicios de salud; la creación de nuevos proveedores de servicios de salud; la creación de nuevos financiadores de servicios de salud (cuatro autoridades regionales responsables de comprar servicios de salud a través de contratos con proveedores públicos y privados); y la creación de agentes financiadores no-gubernamentales (creación de planes de salud) que compiten con las autoridades regionales de salud (7). Sobre el 50% de los médicos de atención primaria estaban involucrados de alguna forma en contratos de budget-holding.

Las responsabilidades de las budget-holdings se limitan sólo a servicios farmacéuticos y de laboratorio y el financiamiento de estas organizaciones se realiza a través de pago por servicios (7).

Seguridad Social (SS): El segundo sistema de salud imperante en Europa es el de SS, el cual es financiado mayoritariamente a través de cotizaciones obligatorias de empleados y empleadores. Da cobertura a la población cotizante (los trabajadores) y, generalmente, a sus familias (8).

En algunos países, cuyos modelos evolucionaron del desarrollado por Bismarck en 1883, los fondos recaudados se transfieren a administradoras mediante un mecanismo capitativo y estas administradoras compran servicios a los proveedores pagándoles tradicionalmente por acto (8). Estas administradoras actúan como OSI cubriendo un continuo de servicios de salud para sus afiliados y responsabilizándose de los costes y la salud de su población. Algunos países que cuentan con este sistema de salud son Alemania, Holanda, Bélgica, Austria y Francia, pero no todos estos países transfieren los fondos a administradoras (asumiendo en algunos casos la administración de estos fondos, directamente la SS). Una parte importante de estos SS prestan sus servicios con proveedores propios, organizándose, en estos casos, como sistemas públicos integrados (8).

En este sistema quien financia los servicios es la SS, las administradoras realizan la función de articulación y los proveedores pueden pertenecer a alguno de los agentes citados o ser independientes (8). Sin embargo, en muchos países con este Sistema de salud, los usuarios pagan parte del servicio en el momento de la utilización (co-pagos) (8).

En el caso de Alemania y desde 1977 se ha estado impulsando medidas para contener el incremento de los costos del sistema, especialmente en el sector hospitalario. En el año 2000 se aprobó una ley de reforma del sector salud cuyo énfasis estaba puesto en avanzar en la integración de los sistemas de salud de financiación pública e incrementar la capacidad de los médicos de atención primaria para controlar el acceso a los servicios especializados (8).

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Justificación

La Organización Mundial de la Salud ha señalado que la falta de integración al interior de las organizaciones sanitarias aumenta el riesgo de duplicación de procedimientos diagnósticos, retrasos en la detección de complicaciones del estado de salud de los pacientes y dificultades de transferencias de pacientes desde un nivel de atención a otro (21).

En la literatura (22), además, se ha descrito que una parte sustancial de los problemas de calidad de la atención, así como de las causas de ineficiencia en la utilización de los recursos, tienen una estrecha relación con el limitado grado de integración clínica que ofrecen proveedores de servicios de salud fragmentados y escasamente coordinados.

Por ejemplo en España, se ha señalado (19) la importancia de los problemas de falta de coordinación e integración entre niveles asistenciales como la alta proporción de enfermos de cáncer detectados en los servicios de urgencia hospitalarios, la gestión descoordinada de pacientes crónicos y terminales y la escasísima utilización de registros clínicos electrónicos.

A partir del consenso generado, con respecto a que las OSIs representan una forma de organización capaz de responder a los desafíos emergentes en el entorno de salud, durante los últimos años en EE.UU. se ha dado un gran impulso a la creación de este tipo de organizaciones.

Sin embargo, en Cataluña, este proceso es aún incipiente y si ampliamos la visión a España, la asignación de recursos sanitarios sigue concentrando más de tres cuartas partes del gasto en los hospitales y los programas sanitarios se fundamentan en la compra fragmentada de servicios, favoreciendo el aumento de la producción y la competencia entre niveles, lo cual no facilitan la compra de atención integral ni la coordinación y cooperación entre niveles (19).

Por otro lado, si bien en EE.UU. se han realizado una gran cantidad de estudios con relación al desarrollo de OSIs (3;23-25), en países como España, son escasos los estudios sobre integración de organizaciones sanitarias (26).

Todo lo anterior nos estaría indicando que en España y en particular en Cataluña, aún queda mucho por conocer sobre la implementación de este tipo de organizaciones.

Nuestro estudio se enmarca dentro de una línea de investigación que está desarrollando el Consorcio Hospitalario de Cataluña, la cual tiene como objetivo analizar las experiencias con organizaciones sanitarias en Cataluña, en el contexto del Sistema Nacional de Salud Catalán. Esta tesina contribuirá al marco para la descripción y análisis de estas organizaciones.

Para ello, nos hemos planteado realizar una revisión sistemática de la literatura científica con el propósito de describir y analizar el estado actual del conocimiento en relación a los objetivos, las características, los potenciales

beneficios y las principales dificultades de las OSIs creadas en países con distintos Sistemas de Salud.

Creemos que este análisis de las OSIs nos permitirá entregar conocimientos, a los investigadores y a las personas responsables de la toma de decisiones, sobre el estado actual de las investigaciones en relación a este tema, que les permitan valorar el impacto que producen las OSIs sobre los distintos Sistemas de Salud. Además creemos que este estudio nos permitirá sugerir qué dirección deben tomar las investigaciones futuras en relación a este tema.

Objetivo general

Describir y analizar el estado actual del conocimiento en relación a los objetivos, las características, los potenciales beneficios y las principales dificultades de las OSIs creadas en países con distintos Sistemas de salud.

Objetivos específicos

- Definir, qué es una OSI y cuales son sus principales objetivos.
- Identificar, cuales son las características de las OSI que han sido descritas en esta literatura y cómo estas características contribuyen a alcanzar los objetivos que estas organizaciones se han planteado.
- Analizar, en base a las características de las OSI, los potenciales beneficios de las OSI creadas en países con distintos Sistemas de salud, que han sido descritos en la literatura.
- Analizar, en base a las características, las principales dificultades de las OSI creadas en países con distintos Sistemas de salud, que han sido descritos en la literatura.

LIMITACIONES

Las potenciales limitaciones que presenta nuestro estudio corresponden a:

- La existencia de sesgo de publicación, es decir, que los resultados positivos se publiquen más que los negativos y que una buena parte de la investigación no se publique de manera que pueda ser adecuadamente valorada. Esto podría llevarnos a realizar una valoración errónea de los resultados de la implementación de OSIs por resultados que no han sido publicados en la literatura científica.
- La existencia de sesgos de selección al momento de seleccionar los estudios que formaron parte del estudio, esto debido a que la búsqueda se realizó sólo en algunas bases de datos y no en todos los idiomas. Lo cual podría llevarnos a encontrar información sólo de algunos países que tengan mayor facilidad para indexar sus revistas en las bases de datos que utilizemos y que por su idioma no los hayamos incluidos en nuestra selección.
- La escasez de estudios en algunos países, lo cual podría llevarnos a centrar nuestro análisis sólo en algunos países en donde por el mayor tiempo de implementación de estas organizaciones existan más estudios al respecto.
- La escasez, en algunos estudios, de marcos conceptuales con una definición clara de las características de las OSIs o limitados sólo a algunos aspectos de nuestro análisis, lo cual podría dificultar la interpretación de los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Mayolas E, Vargas I. La sanitat a Catalunya: situació actual i perspectives de futur. En: Cambra oficial de comerç. Memòria Econòmica de Catalunya: any 2002. Barcelona: Cambra oficial de comerç, indústria i navegació de Barcelona, 2003.
- (2) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm.* 1993; 38 (4): 447-66.
- (3) Devers KJ, Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Erickson KL. Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health Care Manage Rev.* 1994; 19 (3): 7-20.
- (4) Wilton P, Smith R. GP budget holding: scoring a bullseye or missing the target?. *CHPE Working Paper Series, CHPE, Melbourne Vic.* 1997; 1-25.
- (5) Ortún V. Los contornos de las organizaciones sanitarias. A P Ibern (dir): *Incentivos y contratos en los servicios de salud.* Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1999; 1-18.
- (6) Simoens S, Scott A. Towards a definition and taxonomy of integration in primary care 1999. available from: www.abdn.ac.uk/heru/dptext0399.pdf.
- (7) Wilton P, Smith R. Primary care reform: a three country comparison of "budget holding". *Health Policy.* 1998; 44: 149-66.
- (8) Jané E, Vázquez ML. Los Sistemas de salud y sus políticas. Master en gestión de centros y servicios de salud: Marco conceptual de la gestión. Escuela Virtual de Salud. Universidad de Barcelona. 2002.

- (9) Steiner A, Robinson R. The performance of managed care: a review of U.S. evidence. [Research Paper] Institute for Health Policy Studies, University of Southampton. 1996.
- (10) Ermann D, Gabel J. Multihospital systems: issues and empirical findings. *Health Aff (Millwood)*. 1984; 3(1): 50-64.
- (11) Lin YJ, Wan TT. Effect of organizational and environmental factors on service differentiation strategy of integrated healthcare networks. *Health Serv Manage Res*. 2001; 14(1):18-26.
- (12) Snail T, Robinson J. Organizational diversification in the american hospital. *Annu Rev Public Health*. 1998; 19: 417-53.
- (13) Halverson P, Kaluzny A, Young G. Strategic alliances in healthcare: Opportunities for the Veterans Affairs Healthcare System. *Hosp Health Serv Adm*. 1997; 42(3): 383-409.
- (14) United Kingdom Secretaries of State for Health, Wales, N Ireland and Scotland. Working for patients. The Health Service: caring for the 1990s (Command Paper No. 555). London: HMSO, 1989.
- (15) Simoens S, Scott A. What determines integration in primary care. Theory and evidence. 1997. Disponible en: www.abdn.ac.uk/heru/pdfs/dptext0499.pdf.
- (16) Boadway T. An introduction to integrated health systems. OMA Health Policy Department. Documento mimeografiado 1997.
- (17) Department of Health. The new NHS: modern, dependable. White Paper, (Cm 3807). London: Stationery Office. 1997.
- (18) Goñi S. An analysis of the effectiveness of Spanish Primary Health Care Teams. *Health Policy*. 1999; 48(2): 107-17.

- (19) Puig-Junoy J. Integración Asistencial y Capitación. Economía y Salud Boletín informativo. 2002; 44: 1-2.
- (20) Ibern P, Murillo C. La gestión de la empresa sanitaria. Ponencia presentada en el Congreso Nacional de Economía. Economía de los Servicios. Las Palmas de Gran Canaria, 5-7 de dic. de 1995.
- (21) World Health Organization Regional Office for Europe. Integrated Care/linking levels of care. 2004. Disponible en:
www.who.dk/eprise/main/WHO/Progs/INC/Home
- (22) Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. Hosp Health Serv Adm. 1993; 38(4): 467-89.
- (23) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. Health Aff (Millwood). 1994; 13(5): 46-64.
- (24) Conrad DA, Dowling WL. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. Health Care Manage Rev. 1990; 15(4): 9-22.
- (25) Ackerman FK. The movement toward vertically integrated Regional Health Systems. Health Care Manage Rev. 1992; 17: 81-8.
- (26) Puig-Junoy J, Perez-Sust P. Integración vertical y contratación externa en los servicios generales de los hospitales españoles. Gac Sanit. 2002; 16(2): 145-55.

ARTÍCULO:

**“ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS EN PAISES
CON DISTINTOS SISTEMAS DE SALUD”**

Autores: Vladimir Pizarro Díaz*; M^a Luisa Vázquez Navarrete*; Ingrid Vargas Lorenzo*, Joan Farré i Calpe*.
*Consorti Hospitalari de Catalunya.

Palabras clave: Sistemas integrados de salud, coordinación asistencial, integración asistencial.

RESUMEN

Introducción: Las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs) se han analizado sobre todo en EE.UU, donde durante la última década este fenómeno ha experimentado un gran crecimiento. En Cataluña, se han ido creando progresivamente, pero aún son escasos los estudios desarrollados sobre el tema.

Objetivo: Analizar el estado actual del conocimiento sobre las características, los potenciales beneficios y las principales dificultades de las OSIs creadas en países con distintos sistemas de salud.

Métodos: Revisión sistemática de la bibliografía sobre el desarrollo de OSIs entre 1983 y 2003. Para la selección de los estudios primero se revisaron los títulos y resúmenes y luego se revisaron y valoraron los textos completos de los estudios previamente identificados.

Resultados: Los objetivos de las OSIs son la búsqueda de una mayor eficiencia y continuidad en la prestación de servicios a la salud y las características, que definen los distintos tipos que hay, son: la amplitud y la profundidad de integración, la concentración geográfica, la producción interna de servicios, las formas de relación entre organizaciones, el tipo de integración, el mecanismo

de financiación y el tipo de liderazgo. Aún existen pocos estudios en relación a resultados de eficiencia y continuidad de estas organizaciones, se han empleado una gran cantidad de indicadores que dificultan la comparación de los resultados entre estudios y existen resultados contradictorios. No obstante, se pueden considerar como principales resultados que las OSIs con alto grado de integración funcional presentaban mejoras en la eficiencia, aquellas con integración horizontal y que se habían fusionado no presentaban mayor eficiencia, las OSIs con integración vertical y con sistema de pago capitativo presentaban resultados de eficiencia ambiguos, pero mostraban mejoras en la coordinación del continuo de atenciones a la salud.

Conclusiones: El conocimiento sobre los potenciales beneficios y las principales dificultades de la implementación de este tipo de organizaciones, es insuficiente y ambiguo. Es necesario profundizar el estudio de la valoración del impacto de las OSIs sobre los distintos Sistemas de salud.

ABSTRACT

Introducción: Las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs) se han analizado sobre todo en EE.UU, donde durante la última década este fenómeno ha experimentado un gran crecimiento. En Cataluña, se han ido creando progresivamente, pero aún son escasos los estudios desarrollados sobre el tema.

Introduction: The ISOs have been mainly analyzed in USA, where this phenomenon has experienced an appearance in the context of a very fragmented Health System. In Catalonia, ISOs has been progressively created, but there are very few studies on this subject.

Objectives: To analyze the actual situation of the knowledge on characteristics, potential benefits and main difficulties of the ISOs created in countries with different Health systems.

Methods: Systematic review of the bibliography on ISOs development between 1983 and 2003. For the selection of the studies, were performed titles and abstracts review and review and assessment of full texts of the studies identified.

Results: The ISOs objectives are the search of a greater efficiency and continuity in delivering health services and its characteristics: the breadth and depth of integration, the geographic concentration, the internal services production, the way of relation between organizations, the type of integration, the financing mechanism and the type of leadership. There are still few studies about efficiency and continuity of these organizations, that have been used a great quantity of indicators which difficult the comparison of results between studies and that there are contradictory results. However, it is possible to considered as main results that the OSIs with high degree of functional integration improved the efficiency, those with horizontal integration and that had been mergers did not report major efficiency, the OSIs with vertical integration and capitation system presented ambiguous results on efficiency but showed improvements in the coordination of the continuum health services.

Conclusions: The knowledge on the potential benefits of this type of organizations and the main difficulties of their implementation, it is insufficient and ambiguous. Further research in need to assess the ISOs impact on the different Health Systems.

INTRODUCCIÓN

A finales de la década de los ochenta y principio de los noventa, la introducción de la competencia por los mercados fue una de las reformas sanitarias más promovidas en la mayoría de los países desarrollados y en vías de desarrollo. Por el contrario, en los últimos años, 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 coordinación entre proveedores con el fin de garantizar la continuidad en la provisión de servicios de salud (1).

Este cambio de paradigma en el entorno sanitario ha impulsado la puesta en marcha de una serie de experiencias de integración de servicios sanitarios, que a pesar de desarrollarse en diferentes países, presentan elementos comunes, como son la búsqueda de una mayor eficiencia y una mayor continuidad en la prestación de servicios de salud. De esta manera, las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs), tal y como han sido definidas en la literatura (2), son redes de organizaciones que ofrecen a una población determinada, una atención coordinada a través de un continuo de servicios de salud, siendo responsables de los costos y resultados de salud de esa población.

Durante estos últimos años, proveedores, financiadores, y analistas de políticas de salud han expresado un creciente interés en el desarrollo de estas OSIs (3). Este interés surge del consenso generado con respecto a que tales organizaciones representan una forma de organización innovadora que puede ser capaz de responder a los desafíos emergentes en el entorno de la salud (3). Estos desafíos incluyen: la contención de costos incentivados por nuevos mecanismos de pago; los rápidos avances en tecnología y medicamentos, los

cuales por un lado entregan nuevas oportunidades de tratamiento, pero por otro lado producen un aumento en los costos de estos tratamientos; una población envejecida con enfermedades crónicas, las cuales requieren servicios que el sistema actual no está equipado para proveer como el control periódico de una gran cantidad de pacientes, para lo cual se necesita la coordinación de una gran variedad de servicios (3).

El desarrollo de estas OSIs ha experimentado durante la última década un gran crecimiento en EE.UU., en el contexto de un Sistema de salud privado muy fragmentado, donde por ejemplo, los hospitales se han asociado o bien han adquirido redes de atención primaria creando las Physician-Hospital Organizations (PHO). En España, con un Sistema de salud muy diferente al de EE.UU. (Sistema Nacional de Salud), se han ido creando progresivamente OSIs, sin embargo, este proceso es aún incipiente. Algunos ejemplos de este proceso de integración corresponden a hospitales universitarios que se han vinculado a otros de tipo más básico o de cuidados de media y larga estancia, servicios sanitarios y socio sanitarios que se han relacionado entre sí y compañías de seguro que han desarrollado redes propias de servicios.

Por otro lado, a diferencia de EE.UU., donde la literatura sobre el tema es abundante, en otros países como España, son escasos los estudios sobre integración de organizaciones sanitarias (4).

Nuestro artículo tiene como objetivo, realizar una revisión sistemática de la literatura científica con el propósito de describir y analizar el estado actual del conocimiento en relación a los objetivos, las características, los potenciales beneficios y las principales dificultades de las OSIs creadas en países con distintos Sistemas de Salud.

METODOLOGÍA

Este estudio corresponde a una revisión sistemática de la literatura científica de los últimos 20 años (1983-2003) sobre el desarrollo de OSIs.

Fueron numerosas las fuentes de información consultadas y la búsqueda de esta información se efectuó por medio de:

- Repertorios de revistas de ciencias de la salud accesibles en formato electrónico: MEDLINE (US National Library of Medicine) y EMBASE (Elsevier).
- Repertorios de revistas de ciencias económicas accesibles a través de bases de datos de la Biblioteca de la Universidad Pompeu Fabra.
- Literatura que no ha sido publicada en revistas de divulgación científica (libros, tesis, tesinas, monografías, etc.), en bibliotecas y en bases de datos de tesinas y tesis de la Universidad Pompeu Fabra y de la Universidad de Barcelona.

Las palabras claves que empleamos para la identificación de los estudios fueron:

- Health care organization OR health care systems;
- Vertical integration OR horizontal integration;
- Organized delivery systems OR integrated health care delivery systems;
- AND Efficiency OR Continuity OR Coordination OR Barriers OR Difficulties OR Characteristics OR Objectives OR Definitions

Este trabajo de búsqueda se realizó con un experto en búsquedas de literatura científica en el momento de decidir en qué bases de datos buscar y qué estrategias de búsqueda utilizar en cada una de ellas.

Posteriormente, creamos una lista de todos los estudios seleccionados a través del software Reference Manager 10.0, con el propósito de disponer en todo momento de una base de datos con toda la literatura científica que empleamos para el estudio.

Dada la importancia que tenía para nuestro estudio la selección de toda la literatura científica relevante, un revisor realizó el proceso de selección de los estudios, considerando como criterio básico que era mejor tener un exceso de literatura científica relevante y no una escasez de ella, sobre todo porque los artículos dudosos que fueran incluidos en una fase previa podrían excluirse en una etapa posterior, cuando se dispusiera de toda la información sobre el estudio.

El proceso de evaluación de elegibilidad de los estudios siguió dos pasos básicos (5,6):

- selección de estudios potencialmente elegibles a partir de títulos y resúmenes (supervisada por un experto en búsquedas) y
- revisión y valoración de los textos completos de todos los potenciales estudios elegibles identificados en el paso 1

En la primera fase se incluyeron 105 artículos, de los cuales se obtuvo el texto completo para su segunda evaluación.

En la segunda fase, se revisaron los textos completos de los estudios determinados como potencialmente elegibles aplicando a cada uno de ellos los criterios de elegibilidad.

El resultado de este paso fue una lista final de 46 artículos seleccionados (Anexo 1) y los criterios de elegibilidad correspondían a los temas relevantes que pretendíamos analizar los cuales son los siguientes:

- Definición de OSI: seleccionamos todos aquellos estudios que realizaban una definición de OSIs.
- Objetivos de las OSIs: seleccionamos todos aquellos estudios en donde se describían los objetivos que persiguen las OSIs.
- Características de las OSIs: seleccionamos todos aquellos estudios en donde se describían las características de las OSIs.
- Beneficios de las OSIs: seleccionamos todos aquellos estudios donde se realizaban estudios sobre los potenciales beneficios de las OSIs, independientemente del país donde fue realizado y del Sistema de Salud que existía en ese país.
- Dificultades de las OSIs: seleccionamos todos aquellos estudios donde se realizaban estudios sobre las principales dificultades de las OSIs, independientemente del país donde fue realizado y del Sistema de Salud que existía en ese país.

Se incluyó cualquier estudio, que cumpliera con alguno de los criterios anteriores, publicado o no publicado, en los siguientes idiomas: Inglés, Español y Catalán.

A partir de la búsqueda y selección de la literatura científica realizada, la siguiente etapa en nuestro estudio consistió en realizar el análisis de la

bibliografía, utilizando la técnica cualitativa de análisis narrativo del contenido.

Para ello se extrajo la siguiente información:

- definiciones utilizadas para describir a las OSIs
- objetivos planteados para las OSIs
- características de las OSIs descritas en el estudio
- tipo de medida utilizada para medir los beneficios de las OSIs
- tipo de medida utilizada para medir las dificultades de las OSIs
- resultados de beneficios de las OSIs
- resultados de dificultades de las OSIs
- Sistema de Salud en el país donde se realizó el estudio

A partir de esta información se construyó una definición de las OSIs, determinamos los objetivos que persiguen este tipo de organizaciones, construimos una tipología para clasificar las distintas organizaciones en relación a las características descritas en la literatura y realizamos una descripción del estado actual del conocimiento en relación a los potenciales beneficios y a las principales dificultades de las OSIs creadas en países con distintos Sistemas de Salud.

RESULTADOS

1. Determinantes de la formación de las OSIs.

Distintos autores (7-9) han señalado que las OSIs, han surgido como respuesta a distintas condiciones en el entorno sanitario, incluyendo presiones para la contención de costos, necesidad de mejoras en la continuidad de las atenciones de salud y por las reformas que se han generado en este sector. Es a partir de estas condiciones que podemos distinguir tres tipos de

determinantes: económicos, demográficos y políticos, los que describiremos a continuación:

1.1. Económicos: La necesidad de mejorar la eficiencia a través de un efectivo control de costos ha sido, desde hace ya un par de décadas, una fuerza dominante sobre los objetivos y misiones de las organizaciones sanitarias, las cuales durante los años 80s y posteriores han sufrido fuertes presiones para lograr esta contención de costos (10). Esto debido, por ejemplo, a que como ha ocurrido durante varios años en EE.UU. las tasas de gasto en salud crecieron por encima de las tasas de crecimiento económico global (10).

Este aumento en los gastos no sólo ha ocurrido en países con Sistema de salud privado, como es el caso de EE.UU., sino también en países que cuentan con Sistema Nacional de Salud (SNS), como es el caso del R.U. y España (11).

1.2. Demográficos: En la mayoría de los países desarrollados se ha producido un incremento en la proporción de ancianos. En la Unión Europea se espera que la proporción de personas de 65 y más años de edad aumente desde el 16,2% en el 2000 a un 20,6% en el 2020 (12). Estas personas presentan una mayor carga de enfermedades crónicas, a lo que debemos sumarle grupos minoritarios y otros con necesidades especiales de atenciones de salud, los que requieren una mayor cantidad de servicios y que deben ser proveídos por equipos multidisciplinarios de salud. Es por ello que estos grupos poblacionales requieren atenciones de salud coordinadas y que garanticen la continuidad en la provisión de estos servicios (3;7).

1.3. Políticos: En la búsqueda también de una mayor eficiencia y de mejoras en la calidad de las atenciones de salud, las autoridades de distintos países han formulado una serie de medidas regulatorias para incentivar la

implementación de sistemas sanitarios orientados a la integración entre los distintos proveedores de salud (9;13).

2. Definición de las OSIs.

Dado los objetivos de nuestro estudio es necesario buscar una definición de las OSIs a partir descripciones presentadas en la literatura, que nos permita conocer los elementos claves para la identificación de este tipo de organizaciones.

Haciendo una primera aproximación, la teoría social de sistemas indica que una organización sanitaria puede ser vista como un grupo de unidades o instituciones que interactúan y que son dependientes entre sí (equipos de atención primaria, grupos ambulatorios, hospitales, etc.) que tienen su identidad propia y separada estructura organizacional, pero donde todas estas unidades persiguen un objetivo común, como el de mejorar la salud de una población (14). Lo más interesante de esta definición, es que si bien no es una definición formal de OSI hace referencia al proceso de integración como un elemento fundamental dentro de las organizaciones sanitarias. Sin embargo, utilizando una definición como ésta, puede ser muy difícil encontrar una organización sanitaria que no se encuentre integrada.

Por ello, Shortell et al. en 1993 (15) propone una definición formal de una OSI, la cual sería una red de organizaciones que provee a una población determinada, una atención coordinada a través de un continuo de servicios de salud, y que es responsable de los costos y de los resultados de salud de esa población.

En la definición desarrollada por Shortell de una OSI, como en definiciones realizadas por otros autores (16;17), encontramos tres elementos comunes y que son fundamentales para definir una OSI y que por lo tanto nos permitirían distinguirlas de organizaciones sanitarias no integradas:

2.1. Una OSI provee una atención coordinada a través de un continuo de

servicios de salud: Este primer elemento, corresponde a la responsabilidad que asume una OSI en relación a garantizar que los pacientes recibirán las atenciones de salud adecuadas, en el momento adecuado, en el lugar adecuado y por el proveedor adecuado, en los distintos niveles asistenciales (salud comunitaria, atención primaria, atención secundaria y atención socio-sanitaria). Para esto es fundamental la coordinación entre los distintos proveedores de salud que forman parte de la OSI y la coordinación con aquellos proveedores con los cuales ésta se relaciona.

Comentario [V1]: Falta rol de la Atención primaria y rol de los médicos

2.2. Una OSI provee servicios de salud a una población determinada:

Este segundo elemento, corresponde a la responsabilidad que asume una OSI de proveer atenciones de salud a un grupo previamente establecido de personas. Estas poblaciones definidas pueden incluir personas que viven dentro de un área geográfica definida, personas que tienen en común una necesidad de servicios especiales, personas que se hayan afiliado a un determinado plan de salud o una combinación de estas tres (10).

2.3. Una OSI es responsable de los costos monetarios y de los resultados

de salud, derivados de los servicios de salud que provee: Este último elemento, corresponde a la responsabilidad que asume una OSI en relación a los resultados de salud de las atenciones que provee y de los costos de estas atenciones, a través de la búsqueda de prestaciones costo-eficientes que

aseguren la calidad de las atenciones al menor costo posible. Para ello es importante que estas OSIs estudien y registren sistemáticamente los resultados clínicos y financieros que son producto de sus esfuerzos, los cuales podrán ser utilizados para una continua mejora de la calidad de las atenciones de salud de las personas de las cuales son responsables (10).

En resumen, tanto una institución de salud como por ejemplo un hospital hasta un Sistema Nacional de Salud puede ser definido como una OSI, siempre y cuando reúna estos tres elementos que hemos definido.

3. Objetivos de las OSIs.

De la definición que hemos realizado, se puede desprender que las OSIs persiguen dos objetivos fundamentales la mejora en la eficiencia del sistema y la mejora en la coordinación y continuidad de las atenciones de salud (13;14). Esto, según indicábamos con anterioridad, para responder a los desafíos emergentes en el entorno de la salud (3). Para comprender de mejor manera estos objetivos realizaremos una descripción más detallada de éstos:

3.1. Mejorar la eficiencia de producción de atenciones de salud: Este primer objetivo busca aumentar la costo-eficiencia de las atenciones a la salud que cada OSI provee. Ésta eficiencia se encuentra influenciada principalmente por reducciones de costos, el tamaño y magnitud de estas reducciones son un factor importante para decidir si es más eficiente producir un servicio al interior de la organización o comprarlo a una organización externa. Estas reducciones pueden ser alcanzadas a través de: economías de escala economías de alcance y reducción de costos de transacción (18).

A. Economías de escala: se genera cuando la unidad de costos de producción de un servicio (ej., el costo hospitalario por admisión o el costo médico por visita) disminuye con el aumento del volumen de producción.

B. Economías de alcance: se genera cuando los costos de producción de dos servicios en conjunto, es menor que el costo de producción de ambos por separado.

Estas reducciones de costos a través de economías de escala y alcance se logran a través de estrategias como:

- Realización de compras conjuntas entre los proveedores que forman parte de la organización.
- Corrección o reducción del tamaño de servicios o instalaciones sub-utilizadas o crecimiento con el fin de diseminar los costos organizacionales.
- Reducción de atenciones a la salud inapropiadas o innecesarias, utilizando, cuando es posible, recursos menos costosos (médicos de atención primaria en lugar de especialistas) o programar recursos (salas de operaciones) más eficientemente.
- Implementación de investigaciones de resultados clínicos y elaboración de guías clínicas.
- Incentivo a la provisión de servicios de salud preventivos y de atención primaria.
- Incentivo a la introducción de sistemas de pago capitolativo al interior de la organización.

C. Reducción de costos de transacción: se genera cuando los costos asociados a establecer, supervisar y hacer cumplir contratos entre organizaciones proveedoras de salud se reducen a través de:

- Control de los costos de monitoreo, traspaso de información, tiempo administrativo y negociaciones que ocurren con las transacciones.
- Control de los costos asociados al desplazamiento de pacientes desde un lugar donde se provee un servicio de salud a otro.

3.2. Mejorar la continuidad de las atenciones de salud: Este segundo objetivo busca asegurar a la población, de la cual la organización es responsable, que podrá acceder a atenciones de salud adecuadas, en el momento y en el lugar adecuado y por el proveedor adecuado, en los distintos niveles asistenciales. A menudo los términos continuidad de atenciones de salud e integración de atenciones de salud se utilizan como sinónimos, sin embargo, continuidad debiera entenderse desde una perspectiva de la experiencia del paciente en su paso por los distintos niveles de atención y la integración como un marco conceptual más amplio donde no sólo está la perspectiva del paciente sino también habrán implicaciones tecnológicas, administrativas, económicas y organizacionales.

En la literatura se han descrito una serie de potenciales ventajas y desventajas derivadas de las actividades de integración de organizaciones sanitarias, realizadas con el propósito de alcanzar los objetivos anteriormente descritos, como son (19):

A. Ventajas:

- Aprender y adaptar nuevas competencias a través del trabajo colaborativo con otras organizaciones que poseen conocimiento y experiencia.
- Obtener recursos adicionales a través de contratos inter-organizacionales tales como compras colectivas, compartir profesionales y compartir la producción de insumos.
- Compartir riesgos financieros asociados con nuevos negocios o productos compartiendo la inversión y compartiendo la propiedad.
- Compartir esfuerzos y financiamiento en el desarrollo de investigaciones.

B. Desventajas:

- Pérdida de superioridad técnica en una determinada área de producción de servicios al compartir conocimientos y experiencias.
- Pérdida de recursos al compartir elementos de producción de servicios con otras organizaciones.
- Pérdida de autonomía y control al crearse alianzas entre distintas organizaciones.
- Retrasos debido a problemas de coordinación entre organizaciones que se han integrado.

4. Modelo de OSIs.

Un hallazgo importante que hemos realizado en la literatura, es la descripción de un modelo de integración, diseñado para evaluar el grado de integración de una OSIs.

Antes de presentar este modelo, consideramos importante definir que se entiende por integración desde el punto de vista del entorno sanitario. El concepto genérico de integración de una organización sanitaria se define como la adecuada unión y coordinación de funciones y actividades, a través de las distintas unidades operativas que conforman una organización sanitaria, con el fin de maximizar el valor de los servicios proveídos a los pacientes (20). Entenderemos una unidad operativa como un conjunto de profesionales, recursos técnicos e infraestructura que participan en la provisión de una determinada función o servicio, tales como hospitales, clínicas y centros socio-sanitarios.

Basados en el trabajo realizado por Gillies RR et al. (20), podemos distinguir este modelo de integración, el cual describe tres distintos tipos de integración que se pueden dar al interior de una OSI:

4.1. Integración Funcional: Este tipo de integración corresponde a la unión y coordinación de funciones y actividades de soporte (financiamiento, regulación, planificación estratégica, gestión de información, etc.) al interior de una organización sanitaria.

4.2. Integración Profesional: Este segundo tipo de integración corresponde a la unión y coordinación que se realiza entre los profesionales de salud y la organización sanitaria de la cual forman parte.

Goes J.B. y Zhan C.L. (21) aportan a este modelo la definición de algunas estrategias de integración profesional como el involucrar a los profesionales de salud en el gobierno de la organización (participación en las actividades de planificación y administración, que utilicen la infraestructura y servicios de la organización y que se relacionen económicamente con la organización) y la formación de OSIs a través de fusiones de profesionales de salud (HMOs) o a través de la realización de contratos o alianzas estratégicas entre profesionales de salud y hospitales (PHOs).

4.3. Integración Clínica: Este tercer tipo de integración corresponde a la unión y coordinación de funciones y actividades (elaboración de guía clínicas, registros de pacientes, evaluación de resultados clínicos, etc.), que permitan garantizar la continuidad, cooperación y coherencia en la provisión de servicios a la salud de pacientes individuales.

Los resultados de los estudios realizados en EE.UU. por Gillies RR et al. (20) donde aplicaban este modelo para medir el impacto de las OSIs, indican que la clave del éxito de estas organizaciones, es el grado de integración clínica que se alcanza y esto se ve facilitado por el grado en que los profesionales de salud se integran a la organización y el grado en que ciertas actividades funcionales de soporte están integradas. Esto quiere decir, que cuando se alcanzan altos grados de integración profesional e integración funcional, se produce también una mayor integración clínica.

Esta mayor integración clínica contribuirá, a que las organizaciones sanitarias eviten innecesarias duplicaciones de programas, servicios y tecnología. Esto puede resultar en ahorros de costos y mejoras en la calidad de los servicios de salud entregados. Para los pacientes, la integración clínica puede significar no

sólo tratamientos de alta calidad, sino también mejor continuidad en los cuidados de salud, fácil acceso a los servicios de salud, y menor burocracia y papeleos al momento de la atención (20).

5. Características de las OSIs

Si bien el anterior modelo permite evaluar el grado de integración que alcanza una OSI, en la literatura se han descrito una serie de distintas características que pueden adoptar estas organizaciones y que consideramos relevantes para analizar los resultados que obtienen las OSIs en relación al logro de los objetivos anteriormente descritos. A continuación presentaremos una selección de las que a nuestro juicio son las características más relevantes:

5.1. Amplitud de integración: Se refiere al número de diferentes servicios (atenciones pediátricas, atenciones de urgencia, exámenes de laboratorio, etc.) que son proveídos a lo largo del continuo de servicios de salud en los distintos niveles asistenciales (desde la salud comunitaria a la atención socio-sanitaria, Anexo 2, Fig. 1), dentro de una OSI (15).

Aquellas organizaciones que proveen, por ejemplo, 35 servicios diferentes en los distintos niveles del continuo de servicios de salud, tienen mayor amplitud que una organización que ofrece sólo 25 servicios que pueden estar más estrechamente focalizados en atención secundaria (22).

La manera de medir la amplitud de integración consiste, por lo tanto, en determinar la cantidad de servicios que provee una determinada organización sanitaria a lo largo del continuo de servicios de salud.

La amplitud de integración es una característica que gira en torno a la búsqueda de un balance entre la efectividad y la eficiencia, que deben lograr

las OSIs (7). Por ello no existe un estándar definido respecto al número de servicios que debe proveer una determinada OSI, si no que esta cantidad dependerá de muchos factores como por ejemplo:

- Las necesidades de atención a la salud (tipos de servicios) de la población de la cual es responsable.
- El tipo de Sistema de Salud que exista en el país donde se desarrolla la OSI, lo cual influirá en la forma de responder a estas necesidades de atención, ya sea desde el sector público o el privado.
- Los recursos con que cuenta la OSI (financieros, infraestructura y humanos) para satisfacer las necesidades de atención a la salud de esa población.

Sin embargo, como criterio básico entenderemos que en la medida que una OSI sea capaz de proveer un número de diferentes servicios, que satisfaga las necesidades de servicios de la población de la cual es responsable, de manera efectiva y eficiente, mayor será su capacidad de cumplir con el objetivo de mejorar la continuidad de las atenciones de salud, contribuyendo con ello a mejorar y mantener la salud de la población de la cual es responsable.

5.2. Profundidad de integración: Se refiere al número de diferentes lugares (centros de atención primaria, hospitales, clínicas, laboratorios y centros socio-sanitarios, Anexo 2, Fig. 2) donde se provee un determinado servicio, dentro de una OSI (15).

Una OSI que provee, por ejemplo, atenciones psiquiátricas en 5 lugares distintos, tiene mayor profundidad que una OSI que ofrece éste tipo de servicios sólo en 3 lugares.

La manera de medir la profundidad de integración consiste, por lo tanto, en determinar la cantidad de lugares con que cuenta una determinada OSI para proveer un determinado servicio.

Esta característica gira en torno a la búsqueda de una mejor accesibilidad a los servicios que provee una determinada OSI. Por esto, tampoco existe un estándar fijo en relación a cual es la correcta profundidad de integración de las OSIs, sino que dependerá de factores como por ejemplo:

- La cantidad de atenciones a la salud que requiere la población de la cual es responsable (una población que requiera una mayor cantidad de atenciones, requerirá también más lugares donde se provea un determinado servicio de salud).
- Los recursos con que cuenta la OSI (financieros, infraestructura y humanos) para satisfacer la demanda de servicios de salud de esa población.

Como criterio básico entenderemos que en la medida que una OSI cuente con una cantidad suficiente de lugares para satisfacer la cantidad de atenciones a la salud que la población de la cual es responsable requiere, mayor será su capacidad de asegurar la accesibilidad de la población a un determinado servicio de salud, contribuyendo con ello a mejorar la continuidad de las atenciones de salud.

5.3. Concentración geográfica: Se refiere a la distancia a la cual, los distintos lugares donde se proveen servicios de salud en una OSI, se localizan en proximidad unos de otros (15) (Anexo 2, Fig. 3).

Aquellas OSI que, por ejemplo, poseen dos lugares ubicados a 100 metros uno de otro, tienen mayor concentración geográfica que una organización que posee dos lugares ubicados a 200 metros uno de otro.

La manera de medir la concentración geográfica consiste, por lo tanto, en medir la distancia promedio o el tiempo de viaje promedio entre los lugares donde se proveen los servicios de salud (15).

Esta característica también gira en torno a la búsqueda de una mejor accesibilidad a los servicios que provee una determinada OSI. Por esto, tampoco existe un estándar fijo en relación a cual es la correcta distancia a la cual deben ubicarse los distintos lugares donde se proveen los servicios de una OSI, sino que dependerá de factores como por ejemplo:

- La distribución geográfica de la población de la cual es responsable (una población más concentrada geográficamente requerirá una mayor concentración de los lugares donde se proveen los servicios de salud).
- Los recursos con que cuenta la OSI (financieros, infraestructura y humanos) para responder a la distribución geográfica de la población.

Como criterio básico entenderemos que en la medida que mejor se adapte la concentración geográfica de una OSI a la distribución geográfica de la población, mayor será su capacidad de cumplir con los objetivos de garantizar la continuidad de las atenciones de salud, puesto que la accesibilidad se vería facilitada si los lugares donde se proveen los servicios de salud se encuentran próximas a la población que recibirá esos servicios.

5.4. Producción interna de servicios: Se refiere a la cantidad de servicios de salud que son proveídos, en cualquier particular etapa del continuo de salud, dentro de una determinada OSI, comparado con los servicios que son comprados a otros proveedores de salud. (23) (Anexo 2, Fig. 4).

Una OSI que produce, por ejemplo, servicios de laboratorio y de atención oftalmológica al interior de la propia organización, tiene un mayor nivel de producción interna de servicios que otra organización que compra estos servicios a otra organización.

La forma de medir la contratación externa de servicios consiste, por lo tanto, en determinar la cantidad de servicios que son producidos dentro de la organización, por ejemplo porcentaje de servicios que son producidos dentro de la organización en relación al porcentaje de servicios comprados fuera de la organización (4).

Esta característica está en función de mejorar la costo-efectividad de las atenciones de salud. Por ejemplo, una OSI que necesita ampliar la provisión de un determinado servicio (amplitud de integración), deberá valorar si es más conveniente para ésta, en términos de costos y beneficios (resultados de salud que se espera obtener) proveer el servicio dentro de la propia organización o comprarlo a otra organización proveedora de salud (4).

En éste sentido, no existe un estándar definido para una OSI en relación a cual es la proporción ideal de contratación externa de servicios que debe realizar, sino que deberá considerar una serie de factores que podrán influir a la hora de tomar una decisión a este respecto, como por ejemplo el hecho que cualquier transacción o intercambio contractual implica unos costes que van más allá del propio precio de la transacción (especificación y redacción de contratos,

evaluación de ofertas, negociación del contrato con el proveedor elegido, seguimiento y evaluación de los resultados del contrato, etc.) (4).

Sin embargo, consideraremos como criterio básico, que una OSI que ha logrado proveer sus servicios de salud de la manera más costo-efectiva, independientemente de si los produce dentro de la organización o si los produce una organización externa, es una organización que cumplirá de mejor forma con el objetivo de mejorar la eficiencia en la provisión de servicios de salud.

5.5. Formas de relación entre organizaciones: Se refiere al tipo de propiedad o relaciones de colaboración que establece una determinada OSI (23).

Las formas de relación entre organizaciones pueden estar definidas por un amplio espectro de tipos de propiedad y relaciones de colaboración (Anexo 2, Fig. 5), con completa propiedad de todas sus partes en un extremo del espectro (fusiones y absorciones) y relaciones de colaboración de distinto tipo en el otro extremo, desde vínculos profundos entre organizaciones que necesitan fuertes relaciones entre ellas para sostenerse y sobrevivir (consorcios, Joint ventures) hasta relaciones de tipo informal, flexibles y simples entre dos organizaciones (Subcontrataciones, contratos sobre actividades concretas) (24) (Anexo 2, Fig. 6):

A. Fusiones: Es aquel acto en virtud del cual dos o más organizaciones, previa disolución de todas ellas, juntan todos sus patrimonios y agrupan a sus socios en una sola organización, disolviendo las organizaciones primitivas.

B. Absorciones: Es aquel acto en virtud del cual dos o más organizaciones, sin la disolución de alguna de ellas, traspasan todos sus

patrimonios a esta organización no disuelta, desapareciendo la/s organización/es absorbida/s. Las absorciones son, por lo tanto, una forma de fusión.

C. Consorcios: Es aquel acto en virtud del cual dos o más organizaciones, que conservando sus patrimonios, establecen un contrato mediante el cual se formaliza una relación a largo plazo entre cada una de las organizaciones con una organización conjunta, integrada por ellas mismas.

D. Joint ventures: Es aquel acto en virtud del cual una organización actúa en nombre de otra y se reparten las ganancias (cuentas en participación) o en el que sin crear una estructura única actúan conjuntamente ambas empresas, hasta la creación de una empresa conjunta.

E. Subcontrataciones: Es el acto en virtud del cual una organización, la principal, encarga a otra/s organización/es (la/s subcontratada/s) la provisión de una parte más o menos importante de sus servicios.

F. Contratos sobre actividades concretas: Es el acto en virtud del cual dos o más organizaciones establecen un contrato para desarrollar en conjunto, una serie de actividades específicas (transferencia de tecnología, prestación de determinados servicios, etc.).

Considerando estas formas de relación entre organizaciones y a partir de algunas clasificaciones realizadas en la literatura (22;25) distinguiremos los siguientes tipos de OSIs:

5.5.1. OSIs con completa propiedad: son aquellas OSIs constituidas a través del control y propiedad directa de todas las partes de la organización, a través de la creación de organizaciones con propiedad única.

5.5.2. OSIs con propiedad parcial o virtual: son aquellas OSIs constituidas a través del establecimiento de relaciones de colaboración como contratos y alianzas estratégicas entre distintas organizaciones proveedoras de servicios de salud.

5.5.3 Organizaciones híbridas: son aquellas OSIs que combinan el control y propiedad directa de una parte de la organización con el establecimiento de relaciones de colaboración con otras organizaciones proveedoras de salud.

La manera de establecer las formas de relación entre organizaciones consiste, por lo tanto, en determinar el tipo de propiedad y relaciones de colaboración que establece una determinada OSI (16).

En la literatura tampoco se han descrito estándares en relación a cual es la mejor forma de relación entre las organizaciones que conforman una OSI.

Sin embargo, consideraremos como criterio básico, que tanto aquellas OSIs que poseen mayor propiedad de las partes de su organización y que por lo mismo pueden tener una duración más permanente al interior de la organización, como aquellas OSIs que establecen relaciones de colaboración entre las organizaciones que la componen y que por lo mismo pueden tener una duración menos permanente al interior de la organización, pueden ser una forma de relación adecuada para la OSI. Esto, en la medida que estas formas de relación les permitan mejorar la coordinación entre las distintas organizaciones que la componen y mejorar la eficiencia de los servicios de salud que proveen.

5.6. Tipo de integración: Se refiere al nivel asistencial donde se establece la unión y coordinación entre los distintos proveedores de una determinada OSI,

es decir, la integración entre proveedores puede darse en el mismo nivel asistencial o en distintos niveles asistenciales (Anexo 2, Fig. 7). Por lo tanto, existirían dos tipos de integración, horizontal o vertical (7):

A. Integración horizontal: Es la unión y coordinación de servicios que se encuentran en la misma etapa en el proceso de provisión de servicios. En el sector salud ha sido definida como (23): un tipo de integración diseñado para aumentar la coordinación y control de las atenciones de salud que se encuentran en la misma etapa de provisión de servicios de salud y para facilitar la colaboración inter-organizacional y la comunicación entre proveedores de salud que se han involucrado en la provisión de éstos servicios.

Según Shortell S. (15), la integración horizontal se traduce en aumentar la profundidad de integración de una determinada organización. Las integraciones horizontales se originan a partir de necesidades mutuas y una predisposición entre las organizaciones a compartir riesgos y costos, a compartir conocimientos y habilidades, y a sacar ventaja de la interdependencia para alcanzar objetivos comunes (26). Buenos ejemplos de este tipo de integraciones en sanidad son los llamados Multi-Hospital Systems (MHSs), constituidos por la integración de dos o más hospitales que son propiedad, son arrendados o establecen un contrato de administración con una organización central.

B. Integración vertical: Es la unión y coordinación de servicios que se encuentran en diferentes etapas en el proceso de provisión de servicios. En el sector salud ha sido definida como (23): un tipo de integración diseñado para aumentar la coordinación y control de las atenciones de

salud que se encuentran en distintas etapas de provisión de servicios de salud y para facilitar la colaboración inter-organizacional y la comunicación entre proveedores de salud que se han involucrado en la provisión de éstos servicios. La integración vertical en las organizaciones sanitarias, sería en definitiva, una red coordinada de funciones y/o servicios cuyo fin es proporcionar continuidad asistencial a una población determinada, de la cual la organización sanitaria es responsable (7;27-29).

Este tipo de integración es muy importante para las OSIs debido a que representa el proceso por el cual se coordina el continuo de cuidados de salud (22). Un ejemplo de este tipo de integración lo constituye la gestión de dispositivos de atención primaria a partir de hospitales.

En la literatura (22) se han descrito además, dos tipos de integración vertical según la dirección de esta integración dentro del continuo de salud, y puede ser “hacia atrás” (backward), o “hacia adelante” (forward):

- **Hacia atrás:** consiste en la incorporación de los proveedores en el continuo de prestaciones de salud, esto implica, tomar el control de organizaciones proveedoras de sus insumos, a modo de ejemplo, en el caso de un hospital la integración se produciría con un centro de atención primaria que le provee pacientes que requieren servicios de especialidad.
- **Hacia adelante:** consiste en la incorporación de los clientes en el continuo de prestaciones de salud, para ello la organización se integra con organizaciones que proveen servicios en un nivel superior del continuo de servicios de salud, como por ejemplo

cuando un hospital se integra con un centro de atención socio-sanitaria para proveer a sus clientes servicios de salud de nivel secundario dentro de la misma organización.

La manera de describir el tipo de integración consiste, por lo tanto, en determinar si la OSI ha integrado organizaciones en la misma etapa de provisión de servicios de salud o en distintas etapas del continuo de provisión de servicios de salud.

Como hemos visto con otras características de las OSI, no es posible definir un patrón respecto a si es mejor integrarse horizontalmente, verticalmente hacia atrás o verticalmente hacia adelante, pues esta decisión dependerá de muchos factores como por ejemplo, la cantidad, distribución y el tipo de población que tiene asignada y las necesidades de servicios de salud que esta población requiere y de las mejoras en el funcionamiento financiero que se puede obtener a través de la realización de éste tipo de integraciones, al conseguirse, por ejemplo economías de escala.

Sin embargo, consideraremos como criterio básico que una OSI que en su planificación estratégica haya considerado las características (en cuanto a cantidad y distribución) de la población que tiene asignada y las necesidades que ella posee, es una organización que deberá integrarse verticalmente, respondiendo con ello, de mejor forma a garantizar la continuidad de los servicios de salud que provee; y cuando haya considerado la obtención de un mejor funcionamiento financiero, será una organización que mejorará la eficiencia en las prestaciones de salud que ella provee.

5.7. Mecanismo de financiación: Se refiere al tipo de sistema de pago que se realiza a los distintos proveedores (centro de atención primaria, hospitales, etc.) que conforman una determinada OSI por los servicios de salud que proveen.

Los enfoques posibles para estos sistemas de pago van desde basar la financiación en un concepto global de salud de los pacientes (pago capitolativo), hasta una simple compensación financiera por los servicios de salud proveídos por un determinado proveedor (pago por servicios), pasando por la asignación de un presupuesto para el funcionamiento de una determinada organización (pago por presupuesto) a una valoración y pago en base a episodios de la enfermedad (pago por Grupos Relacionados con el Diagnóstico) (30) (Anexo 2, Fig. 8). Estos cuatro sistemas de pago poseen distintos grados de transferencia del riesgo financiero hacia los proveedores, siendo el pago por servicios el que transfiere menor riesgo y el pago capitolativo el que transfiere mayor riesgo financiero a los proveedores (10):

A. Pago capitolativo: Se ha definido como la cantidad de financiación que se asigna por anticipado a un determinado proveedor para la atención sanitaria de una persona en un determinado período de tiempo. Por ejemplo, un centro de atención primaria que es responsable de la atención sanitaria de una población de 100.000 personas, se le asigna un monto fijo mensual de dinero por cada uno de esos pacientes (31).

La asignación per cápita puede ser idéntica para cualquier afiliado o puede variar según sus características personales: edad, sexo, estado de salud, etc. El método mediante el cual se intenta adecuar la financiación per cápita a las características de cada persona se denomina “ajuste de riesgo” (32).

Los llamados sistemas capitativos ajustados por riesgo tratan de reflejar las necesidades relativas de gasto sanitario de una población integrada por individuos heterogéneos. En la medida que estas asignaciones capitativas reflejen adecuadamente las necesidades sanitarias, la asignación de recursos resultante representará una asignación equitativa desde el punto de vista de la igualdad de oportunidades de acceso a los servicios para una misma necesidad (30).

B. Pago por presupuestos: Se ha definido como una cantidad de financiación que se asigna por anticipado a un determinado proveedor para su funcionamiento, independiente de la cantidad de servicios de salud que preste o de la cantidad de pacientes a los cuales les provea estos servicios. Por ejemplo, a un hospital se le asigna un monto fijo anual de dinero para su funcionamiento (30).

C. Pago por procesos (Grupos Relacionados con el Diagnóstico GRD): Se ha definido como un sistema de pago prospectivo, mediante el cual se paga a un determinado proveedor una cantidad fija por cada GRD y por cada paciente tratado. Por ejemplo, un hospital que ha atendido en un mes a 100 personas que han sido clasificadas en un determinado GRD, recibe un pago, previamente determinado en relación a ese grupo de diagnóstico, por cada uno de esos pacientes (30).

Los GRD constituyen un sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en una OSI (es decir, su casuística), con el coste (consumo de recursos) que representa su asistencia. Algunas limitaciones de los GRD son:

- La falta de capacidad para detectar las variaciones de la complejidad de los procesos y por lo tanto, de los costos (podría darse la situación que un paciente ingresara a un hospital clasificado con un diagnóstico y luego a medida que su enfermedad avanza su diagnóstico puede variar, afectando esta situación los costos y los recursos de ese hospital).
- La sensibilidad a las diferentes prácticas médicas utilizadas en enfermedades similares, incluso se considera que los GRD pueden incentivar negativamente ciertas prácticas al ser discriminadas por ser poco rentables.

D. Pago por servicios: Se ha definido como la compensación económica retroactiva que se realiza a un determinado proveedor por la provisión de servicios de salud bien identificados y separados, por ejemplo, un hospital que ha realizado durante un mes 200 radiografías de tórax, recibirá una compensación económica por cada uno de esos servicios proveídos (33).

Dado que la unidad de pago es el servicio o acto, existe un incentivo para el proveedor a maximizar sus beneficios mediante el incremento de los actos. Esto implica riesgos de inducción de demanda, de sobreindicación de tratamientos y consecuentemente de gastos crecientes. Como contrapartida, da lugar a un alto rendimiento de los proveedores (33).

La forma de describir el mecanismo de financiación consiste, por lo tanto, en identificar el tipo de sistema de pago que ha implementado cada OSI para

financiar a las organizaciones proveedoras de servicios de salud que la componen.

Esta característica de las OSIs gira entorno a la necesidad de contención de costos de las prestaciones de salud, derivadas del continuo crecimiento de los costes sanitarios.

Si bien en la literatura no se han descrito patrones respecto a cual es el mecanismo de pago ideal para un proveedor de servicios de salud, si se han descrito ciertos resultados que podríamos esperar con cada uno de estos mecanismos de pago, es así como, el pago por servicios es señalado como un sistema poco eficiente que estimula la sobre-utilización de servicios y el gasto excesivo de recursos (33) y en el otro extremo el pago capitolativo incentiva a los proveedores a buscar fórmulas que les permita alinear sus intereses para alcanzar los objetivos globales de reducción de costos y mejorar la calidad de los servicios (32), manteniendo sanos a los pacientes el mayor tiempo posible y en el caso que aparezca una enfermedad, tratarla de la manera más costo-eficientemente posible (10).

5.8. Tipo de liderazgo: Se refiere al proveedor en torno al cual se integran otros proveedores para formar una OSI, entenderemos que éste proveedor es el que responde de la provisión directa o indirecta de los servicios de salud a su población de referencia adscrita. Las OSIs podrían ser lideradas tanto por los hospitales, los grupos de médicos o las aseguradoras (10).

En la literatura (8), se han definido distintos tipos de OSIs dependiendo del tipo de organización que ejerza el liderazgo:

A. Liderada por hospitales: Es en torno a un hospital que se integran otros proveedores para formar una OSI y es él quien es responsable de la provisión directa o indirecta de los servicios de salud.

Las OSIs lideradas por hospitales son las más frecuentes, debido principalmente a los recursos y experiencia financiera, organizacional y de liderazgo de este tipo de instituciones. Estas ventajas, sin embargo, pueden ser compensadas por un excesivo énfasis en atención a pacientes agudos.

Es preciso señalar que en la literatura se ha descrito que una integración liderada por los hospitales puede retardar la innovación y la reasignación de recursos entre los distintos niveles asistenciales (30).

B. Liderada por grupos de médicos: Es en torno a un grupo de médicos que se integran otros proveedores para formar una OSI, y es éste grupo el responsable de la provisión directa o indirecta de los servicios de salud.

Las OSIs lideradas por los grupos de médicos tienen una mayor proximidad con los pacientes debido a que quienes gestionan son los principales proveedores de atenciones salud; además, bajo un sistema de pago caputivo, se produce un alineamiento de los incentivos económicos hacia los médicos, para que estos se comprometan con el mantenimiento y mejora del estado de salud de la población de la cual son responsables, utilizando prudentemente todos los recursos con que cuenta el sistema. Por otro lado, muchos grupos de médicos no tienen el tamaño suficiente, las reservas de capital o la experiencia suficiente para llevar adelante una OSI.

C. Liderada por aseguradoras: Es en torno a una aseguradora que se integran otros proveedores para formar una OSI, y es ella la responsable de la provisión directa o indirecta de los servicios de salud. Las OSI lideradas por estas instituciones cuentan con una gran experiencia actuarial, soporte administrativo y experiencia en marketing. Sin embargo se produce una pérdida de entendimiento, por parte del proveedor, de los servicios que presta y se hace necesaria una intrincada red de profesionales y relaciones institucionales que deben ser mantenidas a través del continuo de salud.

La forma de describir el tipo de liderazgo consiste, por lo tanto, en determinar quien es el responsable de la provisión directa o indirecta de los servicios de salud de una determinada OSI y que es en torno al cual se han integrado los demás proveedores que forman esta OSI.

Como criterio básico entenderemos que no existe un liderazgo mejor que otro, sino que este estará en función de factores como la experiencia de gestión que poseen las organizaciones que formarán parte de una determinada OSI, cual será el nivel del continuo de servicios de salud que se le dará un mayor énfasis, cuales serán los incentivos que se entregarán al interior de la organización, etc. Sin embargo, si bien no existe suficiente evidencia sobre las diferencias de funcionamiento de los diferentes sistemas de liderazgo, el liderazgo ejercido por un grupo de médicos tiene el mayor potencial para proveer atenciones de salud costo-efectivas a la población (8). Estos proveedores estimulan la formación de alianzas con otros proveedores, lo cual ayudaría a mejorar la continuidad de las atenciones de salud, y además por que estos proveedores al

estar más cerca de los pacientes estarían más predispuestos a mejorar la calidad de las atenciones que proveen (10).

6. Resultados de la implementación de OSIs

Todas las anteriores características, que determinan cual será la configuración de una determinada OSI, estructuran la forma en la cual funcionará cada OSI y dependiendo de cómo sea este funcionamiento será el grado de éxito en el desarrollo de estas organizaciones para lograr una adecuada integración y para cumplir los objetivos que se han planteado. A continuación describiremos los principales resultados en términos de los objetivos de eficiencia de producción y de continuidad en atenciones a la salud evaluados en estudios desarrollados tanto en EE.UU. como en Europa. Para este análisis utilizaremos el modelo de integración y el marco conceptual de característica descrito con anterioridad. (Tabla 1. Anexo).

6.1. Eficiencia (Reducciones de costos) : En general, aunque podemos encontrar muchos estudios en la literatura sobre OSIs, es todavía raro encontrar estudios que evalúen la eficiencia en la producción de la atención a la salud de estas organizaciones, siendo EE.UU. donde encontramos la mayor cantidad de estudios al respecto.

6.1.1. Estudios realizados en EE.UU.:

En un estudio longitudinal realizado en 1993, Gillies R.R. et al. (20) analizaron nueve Integrated Healthcare Delivery Systems (IHDSs) en distintos estados del país, los cuales debían reunir una serie de condiciones. En primer lugar, contar al menos con cuatro unidades operativas propias que presten un amplio rango

de servicios a lo largo del continuo de servicios de salud. En segundo lugar, ser una OSI razonablemente consolidada con una alta probabilidad de sustentabilidad en el tiempo. En tercer lugar, contar con un liderazgo estable con la disposición y capacidad de compromiso en el desarrollo de un estudio longitudinal. Por último, con una amplia distribución geográfica dentro del país. En este estudio se evaluó el grado de eficiencia percibida, a través de entrevistas a 993 personas ligadas a la organización, en relación con el grado de integración funcional, profesional y clínica. Las medidas percibidas fueron obtenidas usando 54 ítems valorados con 5 puntos de una escala de Likert. Los hallazgos del estudio indican en primer lugar, que las organizaciones analizadas presentaban un alto nivel de integración funcional y éste se asociaba con una mayor eficiencia percibida, medida a través de la reducción de costos, evaluados a través de indicadores como margen operativo, flujo de caja y productividad. Con respecto a la integración profesional y clínica, los investigadores constatan que las organizaciones estudiadas tenían un nivel bajo de integración en estos aspectos y estos resultados estaban asociados con una percepción negativa de la eficiencia de los sistemas de información y de las actividades de soporte a la labor clínica.

Si bien consideramos que este modelo es una buena aproximación para el análisis de los resultados de integración que obtienen las OSIs, no ha sido utilizado por investigadores distintos a los que desarrollaron este modelo, en la medición de la eficiencia de estas organizaciones.

Por otro lado, según indica Shortell S. (34), los resultados encontrados en la una revisión de la literatura, en relación a la primera generación de OSIs horizontales (MHSs), sugieren que estas organizaciones no han demostrado

mejores resultados en cuanto a reducción de costos y mejoras en la calidad de servicios comparado con organizaciones no integradas. Esto debido, según indica el autor, a que estos MHSs se enfocaban principalmente en el desarrollo de economías de escala y de alcance sin preocuparse por la integración de los distintos proveedores que formaban la organización.

Coincidiendo con estos resultados, Dranove D. Et al. (35), en un estudio transversal realizado en 1996, encontraron que los hospitales integrados horizontalmente (MHSs) no presentaban mayor eficiencia de producción que los hospitales no integrados, medido a través de la reducción de costos por admisión y reducción de costos administrativos. A una conclusión similar llegaron Ermann D. y Gabel J. (36), al realizar en 1984 una revisión de la literatura científica en base a distintos estudios empíricos desarrollados en EE.UU., indicando que existirían pocas diferencias en la eficiencia; medida a través de la utilización de economías de escala para reducir los costos de producción, entre organizaciones integradas horizontalmente y organizaciones no integradas.

Como vemos, los resultados de los diferentes estudios coinciden en que las OSIs horizontales no implican una mejora de eficiencia en términos de reducción de costes. Sin embargo, un argumento utilizado para explicar estos resultados negativos, es que muchas investigaciones empíricas han observado los efectos económicos en una pequeña ventana de tiempo posterior al evento de integración, no siendo capaces de medir el impacto de procesos que requieren para su consolidación un período de tiempo más largo (37).

A diferencia de los resultados asociados a la integración horizontal, en el análisis de las OSIs verticales se advierte menor claridad en los resultados de

eficiencia (7). Walston S. et al. (38), en una revisión de la literatura realizada en 1996 sobre estudios empíricos, reportaron que las OSIs verticales presentaban altos costos de producción y administrativos, en comparación con organizaciones no integradas, concluyendo que existe poca evidencia que soporte las promesas de beneficios de eficiencia de la integración vertical. En esta misma línea se encuentran los resultados del estudio transversal desarrollado por Burns L.R. et al (39) en el 2001 sobre 9 IHDSs, quienes tampoco observaron mejoras en la eficiencia medidas a través de la reducción de los costos de las atenciones a la salud.

En contradicción con los anteriores resultados, Senil T. y Robinson J. (37), a partir de una revisión de la literatura científica en 1998, concluyen que las PHOs analizadas presentaban altos niveles de eficiencia, medidos a través de la productividad hospitalaria, en comparación con organizaciones no integradas, y también demostraban mejoras en la eficiencia a través de marcadas reducciones en los días de estancia hospitalaria y reducción de costos por paciente al mes.

Una importante aproximación para comprender estos resultados contradictorios nos la puede entregar algunos estudios que consideraban para su análisis la distinción entre integración vertical hacia adelante y hacia atrás. Wheeler J.R. et al. (40) en un estudio longitudinal realizado en 1986 y Bray N. et al. (41) en un estudio de casos realizado en 1994 observaron una mejora en la eficiencia, medida a través del funcionamiento financiero, para lo cual utilizaron indicadores como el margen operacional e ingresos totales, de PHOs con integración vertical hacia atrás.

Por otro lado, en otro estudio transversal realizado por Binglong B. en el año 2001 (42), se analizaron 363 hospitales que formaban parte de alguna Integrated Healthcare Organizations (IHOs). El estudio media la eficiencia de estas organizaciones a través de indicadores como la viabilidad financiera y la productividad. Los resultados de este estudio indican que aquellas organizaciones que implementaban integración hacia delante (proveían servicios de cuidados post-operatorios y servicios de rehabilitación) presentaban bajos niveles de eficiencia, esto debido, según explican los autores, al aumento en los costos por el aumento de la productividad de cuidados post-operatorios, que aumentaban al momento en que estas organizaciones implementaban procesos de integración hacia adelante.

En el 2002, Wan T. et al. (43), realizaron un estudio transversal que evaluaba la eficiencia, medida a través de reducciones de costos, de 973 IHDSs en organizaciones que presentaban tanto integración vertical hacia adelante como hacia atrás. Los resultados de este estudio indicaban una fuerte asociación entre la implementación de estas características de integración y las reducciones de costos que alcanzaban las IHDSs.

A partir de los resultados de estos tres últimos estudios, podemos sugerir que los resultados contradictorios que se han obtenido del análisis de OSIs verticales, pueden ser debidos al hecho de que no se realizaba la distinción entre el tipo de integración vertical implementado en las organizaciones analizadas y que una correcta distinción en este aspecto puede ayudar a diferenciar si es más eficiente realizar integraciones verticales hacia adelante y hacia atrás.

En relación a la forma de relación que se establece entre organizaciones sólo hemos encontrado un estudio longitudinal realizado por Alexander J.A. et al. en 1996 (44), donde comparaban hospitales fusionados con hospitales no fusionados que contaban con similar número de admisiones y número de camas. Los resultados de este estudio indican que los hospitales fusionados tenían peores resultados de eficiencia, debido a que presentaban mayores gastos por admisión de pacientes.

De acuerdo con el mecanismo de financiación también encontramos resultados contradictorios. En la revisión realizada por Senil T. y Robinson J. (37), los autores concluyen que desde una perspectiva de política pública, el alineamiento total de incentivos económicos entre organizaciones proveedoras de salud y los profesionales de salud (sistema capitolativo en todos los niveles de la organización), produce niveles necesarios de integración de servicios y alineamiento de intereses económicos. La reducción de costos bajo capitación en este estudio se producía principalmente en el área de cuidados hospitalarios, con una reducción desde 40 dólares a 26 dólares por paciente al mes, y en servicios de especialidad, con una reducción de 24 dólares a 20 dólares por paciente al mes. Además, algunas OSIs respondían más rápidamente a la reducción de los días de estancia de sus pacientes desde 6.6 días a 5.1 días en un mes, cuando recibían pagos de tipo capitolativos.

Estas reducciones podrían ser debidas, según nos sugiere el autor, a la habilidad de las OSIs con sistema de pago capitolativo, a estructurar un continuo de cuidados de salud, utilizando menos modalidades de tratamientos intensivos, resultando en bajos costos por episodio de enfermedad.

Sin embargo, Bazzoli G. et al. en el 2000 (45) realizaron una revisión de distintos estudios donde se analizaban IHDSs, a partir de lo cual indican que la introducción de un sistema de pago caputivo en estas organizaciones no reducía significativamente los costos hospitalarios.

6.1.2. Estudios realizados en Europa:

En nuestra revisión sólo hemos encontrado estudios desarrollados en el R.U. que evaluaban OSIs verticales, y al igual como ocurre en EE.UU., los resultados de estos estudios son contradictorios

En el año 1998 Wilton P. (46) realizó una revisión bibliográfica, en la cual analizaba la eficiencia de HMOs, medida a través de indicadores como la contención de costos. Los resultados de esta revisión indicaban que estas HMOs han aumentado sus costos operativos y administrativos, esto debido probablemente, según indican los autores, a que por ejemplo en países con SNS, las autoridades incurren en gastos al asignar los presupuestos y al auditar y monitorizar las operaciones de los proveedores de salud.

En contraposición, Malcolm L. Y Mays N. (47) en 1999 realizaron una revisión en la cual concluían que las Fundholders analizadas presentaban mejores resultados de eficiencia que organizaciones sanitarias no integradas, medidos a través de reducciones en los costos de prescripciones médicas. Similares resultados fueron descritos en un estudio longitudinal desarrollado en 1996 por Harris C. y Scrivener G. (48), donde también Fundholders, presentaban mayores reducciones de costos de prescripciones médicas comparado con organizaciones sanitarias no integradas.

6.2. Continuidad: Al igual que con la eficiencia, son pocos los resultados que hemos encontrado en relación a la continuidad en la prestación de servicios de

salud y esta escasez la encontramos tanto en EE.UU. como en Europa donde los estudios también se restringen al R.U..

6.2.1. Estudios realizados en EE.UU.:

En un estudio realizado en 1986, Brown M. y McCool B. (49) concluyen que la integración vertical de organizaciones sanitarias mejoraba el estado de salud de la población, argumentando que tales mejoras eran debidas a la integración funcional y clínica que presentaban estas organizaciones, lo cual eliminaba cuidados innecesarios y mejoraba la continuidad de atenciones a la salud a través de mejoras en la coordinación.

En otro aspecto, una revisión realizada por Conrad D.A. et al. en 1994 (7), donde se analizaban OSIs que recibían pagos de tipo capitativo, indica que estas organizaciones presentaban una mayor integración clínica, con lo cual, según concluyen los autores, aumentaba la habilidad de las OSIs a estructurar un continuo de cuidados de salud.

6.2.2. Estudios realizados en Europa:

En la revisión de la literatura científica realizada por Wilton P. en 1998 (46) se muestra que las HMOs implementadas en el R.U. presentaban mejoras en la calidad de los procedimientos de los servicios de salud prestados, tanto desde la perspectiva de los pacientes como desde la de los médicos. Por otro lado, además de producirse mejoras en la comunicación y en la coordinación entre los médicos de atención primaria y los otros proveedores de servicios de salud, se reducían los tiempos de espera, y se mejoraba el acceso a servicios de salud de especialidades. Sin embargo, es importante destacar que a juicio de los autores los análisis se habían centrado en aspectos no clínicos y que

además, en pocos de los estudios que analizaban, se consideraba la visión de los pacientes.

En relación al estudio del objetivo de continuidad, podemos concluir que si bien todos los resultados son positivos, existe poca información al respecto y no existen indicadores comunes para evaluar la continuidad de las atenciones a la salud.

7. Dificultades y facilitadores para el desarrollo de OSIs

Por último, hemos querido incluir en nuestro análisis, una serie de factores claves para el desarrollo de OSIs, que han sido descritos en la literatura, los cuales actuarían dificultando o facilitando este proceso. A continuación describiremos los factores que consideramos más relevantes para el desarrollo de OSIs.

7.1. Dificultades:

Son varios los autores (20;22), quienes han identificado y descrito dificultades en el desarrollo de OSIs en EE.UU. Algunas de las principales dificultades mencionadas han sido:

- Dificultad para entender los nuevos desafíos del entorno: basar las decisiones de financiamiento sobre unidades operativas, en vez de tener la habilidad de financiar el desarrollo de un continuo integrado de servicios de salud, con atención primaria en el centro de este continuo; asignar de la mayoría de fondos de capital sobre atenciones agudas a pesar de tener “sobre el papel” estrategias que acentúan las atenciones primarias; ver la integración profesional como una estrategia para proveer pacientes a los hospitales en lugar de ser una piedra angular para proporcionar servicios de atención primara; y falta de

convencimiento de los administradores de organizaciones proveedoras de salud de que construir una organización alrededor de atención primaria es viable.

- Incapacidad para vencer el paradigma del hospital: basar las estrategias de crecimiento de las organizaciones sanitarias en adquirir o unirse con hospitales más que con grupos de médicos, e invertir en proyectos prioritarios para los hospitales que pueden no ser consistentes con las prioridades de la organización.
- Ambigüedad en los roles y responsabilidades: que los directores de las organizaciones proveedoras se sientan el objetivo de cambio más que el patrocinador o el agente de cambio, la confusión sobre responsabilidades asociada al temor de los directores de las organizaciones proveedoras a que su poder o influencia se reduzca.
- Inhabilidad para ejecutar la estrategia: pérdida de entusiasmo de las organizaciones para ejecutar la estrategia; confusión de las organizaciones proveedoras a cerca de cual es la estrategia de la organización; desarrollo de una estrategia con poca consideración respecto de las capacidades internas.
- Pérdida de alineamiento estratégico: mala asignación de los recursos e inexistencia de una dirección estratégica consistente.
- El incipiente desarrollo de Sistemas de información clínica: OSIs formadas por organizaciones proveedoras que cuentan con sistemas de información dispares y cuando estos sistemas de información requieren de grandes inversiones.

Según un estudio desarrollado en Suecia por Anderson G. y Karlberg I. (50), las principales dificultades para la integración de las organizaciones sanitarias son:

- Falta de claridad de las responsabilidades en la provisión de los servicios.
- Falta de claridad en el liderazgo al interior de la organización
- Variaciones indeseadas en el acceso a las atenciones de salud generadas por OSIs que cuentan con distintos proveedores de salud, con distintas prioridades y con diferentes sistema de asignación de recursos al interior de la organización.

7.2. Facilitadores:

En relación a los principales factores que facilitan el desarrollo de OSIs Shortell S. (10) indica que estos corresponderían a:

- Planificación en base a una población definida y que ésta planificación considere las necesidades de salud de esta población, por ejemplo para determinar el tamaño correcto de la organización en términos de servicios de atención primaria, secundaria, cuidados de pacientes agudos, servicios de enfermería y componentes relacionados al continuo de servicios de salud.
- Una adecuada cultura organizacional, como es por ejemplo la identificación de los miembros de la organización con la misión y los valores de ésta.
- El desarrollo de sistemas de información al interior de la organización que puedan dirigir a los pacientes y a los proveedores a través del

continuo de atenciones de salud y que provean datos sobre costos, calidad y resultados de salud

- La habilidad de la organización para asumir riesgos financieros en la provisión de servicios de salud en base a una población definida y que tienda a alcanzar apropiados niveles de integración profesional y clínica.

CONCLUSIONES

De nuestro análisis se desprende, que la mayoría de autores coinciden en que las OSIs son un fenómeno reciente que representa distintas formas de propiedad y alianzas estratégicas entre varios proveedores de servicios de salud, y cuyos principales objetivos son proveer un continuo de servicios de salud más costo-eficientemente a una población definida.

Para evaluar el proceso de integración y logro de los objetivos de las OSIs, se han descrito, por un lado, un modelo que mide el grado de integración de estas organizaciones y por otro lado un conjunto de características que configuran a las organizaciones sanitarias y que influyen en definitiva en los resultados que alcanzan estas organizaciones.

Estos resultados adquieren gran importancia, dado que en la actualidad el entorno sanitario plantea una serie de nuevos desafíos económicos, demográficos y políticos, a los cuales tanto las OSIs como las organizaciones sanitarias no integradas deben responder.

Sin embargo, y a pesar de que las reformas sanitarias que se están aplicando en distintos países del mundo tienden a la integración de organizaciones proveedoras de servicios sanitarios, las investigaciones desarrolladas en

Europa y EE.UU. muestran muchos ejemplos o estudios de casos tanto satisfactorios como fallidos en la creación de este tipo de organizaciones y han demostrado que muchas de las OSIs que se han creado no han sido capaces de alcanzar los objetivos que se han planteado.

A esto debemos sumarle, que si bien en EE.UU. se han realizado muchos estudios sobre este tema, el conocimiento respecto de los potenciales beneficios y las principales dificultades que se pueden encontrar al poner en marcha este tipo de organizaciones es insuficiente y ambiguo, y aún no se ha construido un consenso en relación a cuales son las características que se deben evaluar y cuales son los indicadores que se deben utilizar para medir eficiencia y continuidad en estas organizaciones.

Por ello creemos que es necesario profundizar el estudio de la valoración del impacto de las OSIs sobre los distintos sistemas de salud, a través del desarrollo de nuevas investigaciones con métodos empíricos, centradas en el análisis del cumplimiento de los objetivos que se han trazado para ellas; empleándose para este análisis las distintas características de las OSIs que hemos descrito a partir de la información presentada en la literatura, lo cual permitirá unificar la información que existe al respecto y por sobre todo permitirá entregar nuevas herramientas a los investigadores y a las personas responsables de la toma de decisiones, sobre cuales son las mejores características que deben ser implementadas a la hora de crear una OSI que garanticen el futuro éxito de estas organizaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Mayolas E, Vargas I. La sanitat a Catalunya: situació actual i perspectives de futur. En: Cambra oficial de comerç. Memòria Econòmica de Catalunya: any 2002. Barcelona: Cambra oficial de comerç, indústria i navegació de Barcelona, 2003.
- (2) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm.* 1993; 38(4): 447-66.
- (3) Devers KJ, Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Erickson KL. Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health Care Manage Rev.* 1994; 19(3): 7-20.
- (4) Puig-Junoy J, Perez-Sust P. Integración vertical y contratación externa en los servicios generales de los hospitales españoles. *Gac Sanit.* 2002; 16(2): 145-55.
- (5) Berlin JA, Miles CG, Crigliano MD. Does blinding of research affect the results of meta-analyses? Results of a randomized trial. *Online J Curr Clin Trials.* 1997; no. 205.
- (6) Berlin JA. Does blinding of readers affect the results of meta-analyses? University of Pennsylvania Meta-analysis Blinding Study Group. *Lancet.* 1997; 350: 185-6.
- (7) Conrad DA, Dowling WL. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Manage Rev.* 1990; 15(4): 9-22.
- (8) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff (Millwood).* 1994; 13(5): 46-64.

- (9) Skelton-Green JM, Sunner JS. Integrated delivery systems: the future for Canadian health care reform? *Can J Nurs Adm.* 1997; 10(3): 90-111.
- (10) Shortell SM, Hull KE. The new organization of the health care delivery system. *Baxter Health Policy Rev.* 1996; 2: 101-48.
- (11) OECD 1994. The reform of health care systems: a review of 17 OECD countries. *Health Policy Studies* 1994; no. 5 Paris.
- (12) Eurostat. *Statistiques démographiques, 1995-1998.* Luxemburgo. 1999.
- (13) Ibern P, Calsina J. Més enllà de la separació de funcions: Les Organitzacions Sanitàries Integrades. Centre de Recerca en Economia i Salut, CRES. 2001.
- (14) Stichler JF. System development and integration in healthcare. *Nurs Adm.* 1994; 24(10): 48-53.
- (15) 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): 447-66.
- (16) Oxley J. Appropriability Hazards and Governance in Strategic Alliances: A Transaction Cost Approach. *Journal of Law, Economics and Organization.* 1997; 13(2).
- (17) Noorderhaven NG. Transaction cost analysis and the explanation of hybrid vertical inter-firm relations. *Review of Political Economy* 1994; 6: 19-36.
- (18) Byrne M. Incentives for Vertical Integration in Healthcare: The effect of Reimbursement Systems. *J Healthc Manag.* 1999; 44(1): 34-44.
- (19) Halverson P, Kaluzny A, Young G. Strategic alliances in healthcare: Opportunities for the Veterans Affairs Healthcare System. *Hosp Health Serv Adm.* 1997; 42(3): 383-409.

- (20) Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hosp Health Serv Adm.* 1993; 38(4): 467-89.
- (21) Goes JB, Zhan CL. The effects of hospital-physician integration strategies on hospital financial performance. *Health Serv Res.* 1995; 30(4): 507-30.
- (22) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. Remaking health care in America. *Building Organized Delivery Systems.* San Francisco: The Jossey-Bass health care series; 1996.
- (23) Simoens S, Scott A. Towards a definition and taxonomy of integration in primary care 1999. Disponible en: www.abdn.ac.uk/heru/dptext0399.pdf.
- (24) Menguzzato M. *La Dirección estratégica de la empresa: un enfoque innovador del management.* Barcelona: Ariel; 1992.
- (25) Harrigan KR. Vertical integration and corporate strategy. *Academy of Management Journal.* 1985; 28(2): 397-425.
- (26) Lewis JD. *Partnerships for profit: Structuring and managing strategic alliances.* New York: Free Press. 1990.
- (27) Ackerman FK. The movement toward vertically integrated Regional Health Systems. *Health Care Manage Rev.* 1992; 17: 81-8.
- (28) Fox W. Vertical integration strategies: More promising than diversification. *Health Care Manage Rev.* 1989; 14: 49-56.
- (29) Ortún V, López G, Puig-Junoy J, Sabés R. El sistema de financiación capitativo: posibilidades y limitaciones. *Fulls Economics del Sistema Sanitari.* 2001; 35: 25-28.

- (30) Ortún V. Gestión Clínica: "De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta". 1ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
- (31) Puig-Junoy J. Integración Asistencial y Capitación. Economía y Salud. Boletín informativo. 2002; 44: 1-2.
- (32) Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. Cuadernos de Gestión para el profesional de Atención Primaria 2002; 8(4):167-78.
- (33) Buglioli M, Gianneo O, Mieres G. Modalidades de pago de la atención médica. Rev Med Uruguay. 2002; 18: 198-210.
- (34) Shortell SM. The Evolution of Hospital System: Unfulfilled Promises and Self-Fulfilling Prophecies. Med Care Rev. 1998; 45: 177-214.
- (35) Dranove D, Durkac A, Shanley M. Are multihospital systems more efficient? Health Aff (Millwood). 1996; 15(1): 100-3.
- (36) Ermann D, Gabel J. Multihospital systems: issues and empirical findings. Health Aff (Millwood). 1984; 3(1):50-64.
- (37) Snail T, Robinson J. Organizational diversification in the american hospital. Annu Rev Public Health. 1998; 19: 417-53.
- (38) Walston SL, Kimberly JR, Burns LR. Owned vertical integration and health care: promise and performance. Health Care Manage Rev. 1996; 21(1): 83-92.
- (39) Burns LR, Walston SL, Alexander JA, Zuckerman HS, Andersen RM, Torrens PR et al. Just how integrated are integrated delivery systems? Results from a national survey. Health Care Manage Rev. 2001; 26(1): 20-39.
- (40) Wheeler JR, Wickizer TM, Shortell SM. Hospital-physician vertical integration. Hosp Health Serv Adm. 1986; 31(2): 67-80.

- (41) Bray N, Carter C, Dobson A, Watt JM, Shortell S. An examination of winners and losers under Medicare's prospective payment system. *Health Care Manage Rev.* 1994; 19(1): 44-55.
- (42) Binglong B, Wan T, Clement J, Begun J. Managed Care, Vertical Integration Strategies and Hospital Performance. *Health Care Management Science.* 2001; 4: 181-91.
- (43) Wan T, Lin B, Ma A. Integration Mechanisms and Hospital Efficiency in Integrated Health Care Delivery Systems. *Journal of Medical Systems.* 2002; 26(2): 127-43.
- (44) Alexander JA, Halpern MT, Lee SY. The short-term effects of merger on hospital operations. *Health Serv Res.* 1996; 30(6): 827-47.
- (45) Bazzoli J, Dynan L, Burns LR, Lindrooth R. Is Provider Capitation Working? Effects on Physician-Hospital Integration and Cost of Care. *Med Care.* 2000; 38(3): 311-24.
- (46) Wilton P, Smith R. Primary care reform: a three country comparison of "budget holding". *Health Policy.* 1998; 44: 149-66.
- (47) Malcolm L, Mays N. New Zealand's independent practitioner associations: a working model of clinical governance in primary care? *BMJ.* 1999;319:1340-2.
- (48) Harris CM, Scrivener G. Fundholder's prescribing costs: the first five years. *BMJ.* 1996; 313: 1531-4.
- (49) Brown M, McCool B. Vertical Integration: Exploration of a Popular Strategic Concept. *Health Care Manage Rev.* 1986; 11(4): 7-19.
- (50) Andersson G, Karlberg I. Integrated care for the elderly: The background and effects of the reform of Swedish care of the elderly. *International Journal of Integrated Care.* 2000. Disponible en : www.ijic.org/publish/articles/000005/index.htm

ANEXO 1

Lista de artículos seleccionados para la revisión.

- (1) Devers KJ, Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Erickson KL. Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health Care Manage Rev.* 1994; 19(3): 7-20.
- (2) Puig-Junoy J, Perez-Sust P. Integración vertical y contratación externa en los servicios generales de los hospitales españoles. *Gac Sanit.* 2002; 16(2): 145-55.
- (3) Conrad DA, Dowling WL. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Manage Rev.* 1990; 15(4): 9-22.
- (4) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff (Millwood).* 1994; 13(5): 46-64.
- (5) Skelton-Green JM, Sunner JS. Integrated delivery systems: the future for Canadian health care reform? *Can J Nurs Adm.* 1997; 10(3): 90-111.
- (6) Shortell SM, Hull KE. The new organization of the health care delivery system. *Baxter Health Policy Rev.* 1996; 2: 101-48.
- (7) OECD 1994. The reform of health care systems: a review of 17 OECD countries. *Health Policy Studies* 1994; no. 5 Paris.
- (8) Eurostat. *Statistiques démographiques, 1995-1998.* Luxemburgo. 1999.
- (9) Ibern P, Calsina J. Más enllà de la separació de funcions: Les Organitzacions Sanitàries Integrades. *Centre de Recerca en Economia i Salut, CRES.* 2001.
- (10) Stichler JF. System development and integration in healrhcare. *Nurs Adm.* 1994; 24(10): 48-53.

- (11) 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): 447-66.
- (12) Oxley J. Appropriability Hazards and Governance in Strategic Alliances: A Transaction Cost Approach. *Journal of Law, Economics and Organization.* 1997; 13(2).
- (13) Noorderhaven NG. Transaction cost analysis and the explanation of hybrid vertical inter-firm relations. *Review of Political Economy* 1994; 6: 19-36.
- (14) Byrne M. Incentives for Vertical Integration in Healthcare: The effect of Reimbursement Systems. *J Healthc Manag.* 1999; 44(1): 34-44.
- (15) Halverson P, Kaluzny A, Young G. Strategic alliances in healthcare: Opportunities for the Veterans Affairs Healthcare System. *Hosp Health Serv Adm.* 1997; 42(3): 383-409.
- (16) Gillies RR, Shortell SM, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hosp Health Serv Adm.* 1993; 38(4): 467-89.
- (17) Goes JB, Zhan CL. The effects of hospital-physician integration strategies on hospital financial performance. *Health Serv Res.* 1995; 30(4): 507-30.
- (18) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. Remaking health care in America. *Building Organized Delivery Systems.* San Francisco: The Jossey-Bass health care series; 1996.
- (19) Simoens S, Scott A. Towards a definition and taxonomy of integration in primary care 1999. Disponible en: www.abdn.ac.uk/heru/dptext0399.pdf.

- (20) Menguzzato M. La Dirección estratégica de la empresa: un enfoque innovador del management. Barcelona: Ariel; 1992.
- (21) Harrigan KR. Vertical integration and corporate strategy. *Academy of Management Journal*. 1985; 28(2): 397-425.
- (22) Lewis JD. Partnerships for profit: Structuring and managing strategic alliances. New York: Free Press. 1990.
- (23) Ackerman FK. The movement toward vertically integrated Regional Health Systems. *Health Care Manage Rev*. 1992; 17: 81-8.
- (24) Fox W. Vertical integration strategies: More promising than diversification. *Health Care Manage Rev*. 1989; 14: 49-56.
- (25) Ortún V, López G, Puig-Junoy J, Sabés R. El sistema de financiación capitulo: posibilidades y limitaciones. *Fulls Economics del Sistema Sanitari*. 2001; 35: 25-28.
- (26) Ortún V. Gestión Clínica: “De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta”. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
- (27) Puig-Junoy J. Integración Asistencial y Capitalización. *Economía y Salud*. Boletín informativo. 2002; 44: 1-2.
- (28) Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. *Cuadernos de Gestión para el profesional de Atención Primaria* 2002; 8(4):167-78.
- (29) Buglioli M, Gianneo O, Mieres G. Modalidades de pago de la atención médica. *Rev Med Uruguay*. 2002; 18: 198-210.
- (30) Shortell SM. The Evolution of Hospital System: Unfulfilled Promises and Self-Fulfilling Prophecies. *Med Care Rev*. 1998; 45: 177-214.

- (31) Dranove D, Durkac A, Shanley M. Are multihospital systems more efficient? *Health Aff (Millwood)*. 1996; 15(1): 100-3.
- (32) Ermann D, Gabel J. Multihospital systems: issues and empirical findings. *Health Aff (Millwood)*. 1984; 3(1):50-64.
- (33) Snail T, Robinson J. Organizational diversification in the american hospital. *Annu Rev Public Health*. 1998; 19: 417-53.
- (34) Walston SL, Kimberly JR, Burns LR. Owned vertical integration and health care: promise and performance. *Health Care Manage Rev*. 1996; 21(1): 83-92.
- (35) Burns LR, Walston SL, Alexander JA, Zuckerman HS, Andersen RM, Torrens PR et al. Just how integrated are integrated delivery systems? Results from a national survey. *Health Care Manage Rev*. 2001; 26(1): 20-39.
- (36) Wheeler JR, Wickizer TM, Shortell SM. Hospital-physician vertical integration. *Hosp Health Serv Adm*. 1986; 31(2): 67-80.
- (37) Bray N, Carter C, Dobson A, Watt JM, Shortell S. An examination of winners and losers under Medicare's prospective payment system. *Health Care Manage Rev*. 1994; 19(1): 44-55.
- (38) Binglong B, Wan T, Clement J, Begun J. Managed Care, Vertical Integration Strategies and Hospital Performance. *Health Care Management Science*. 2001; 4: 181-91.
- (39) Wan T, Lin B, Ma A. Integration Mechanisms and Hospital Efficiency in Integrated Health Care Delivery Systems. *Journal of Medical Systems*. 2002; 26(2): 127-43.
- (40) Alexander JA, Halpern MT, Lee SY. The short-term effects of merger on hospital operations. *Health Serv Res*. 1996; 30(6): 827-47.

- (41) Bazzoli J, Dynan L, Burns LR, Lindrooth R. Is Provider Capitation Working? Effects on Physician-Hospital Integration and Cost of Care. *Med Care*. 2000; 38(3): 311-24.
- (42) Wilton P, Smith R. Primary care reform: a three country comparison of "budget holding". *Health Policy*. 1998; 44: 149-66.
- (43) Malcolm L, Mays N. New Zealand's independent practitioner associations: a working model of clinical governance in primary care? *BMJ*. 1999;319:1340-2.
- (44) Harris CM, Scrivener G. Fundholder's prescribing costs: the first five years. *BMJ*. 1996; 313: 1531-4.
- (45) Brown M, McCool B. Vertical Integration: Exploration of a Popular Strategic Concept. *Health Care Manage Rev*. 1986; 11(4): 7-19.
- (46) Andersson G, Karlberg I. Integrated care for the elderly: The background and effects of the reform of Swedish care of the elderly. *International Journal of Integrated Care*. 2000. Disponible en: www.ijic.org/publish/articles/000005/index.htm

ANEXO 2

Figuras.

Figura 1. Amplitud de integración (Continuo de servicios de salud)



Figura 2. Profundidad de integración (Lugares de provisión de servicios)

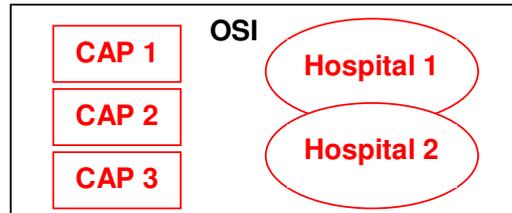


Figura 3. Concentración geográfica (Distancia entre los lugares)

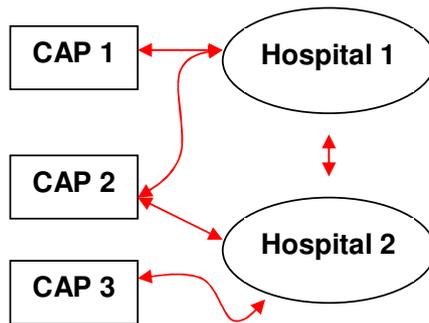


Figura 4. Nivel de producción interna de servicios



Figura 5. Espectro de relaciones entre organizaciones.

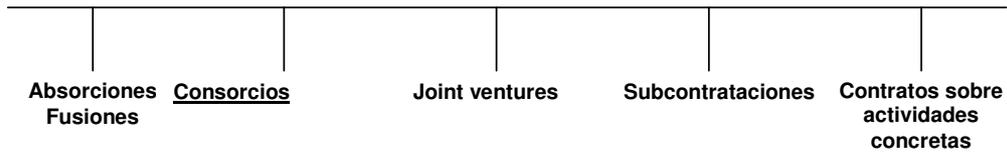
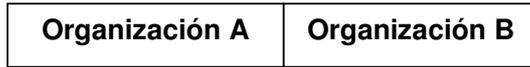
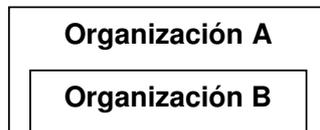


Figura 6. Formas de relación entre organizaciones

Fusiones:



Absorciones:



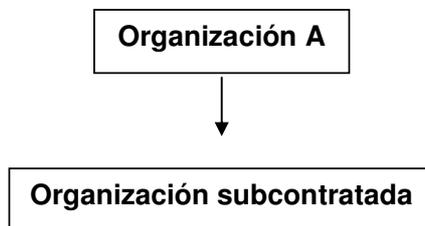
Consorcios:



Joint ventures :



Subcontrataciones:



Contratos sobre actividades concretas:



Figura 7. Tipo de integración (nivel asistencial donde se produce la integración).

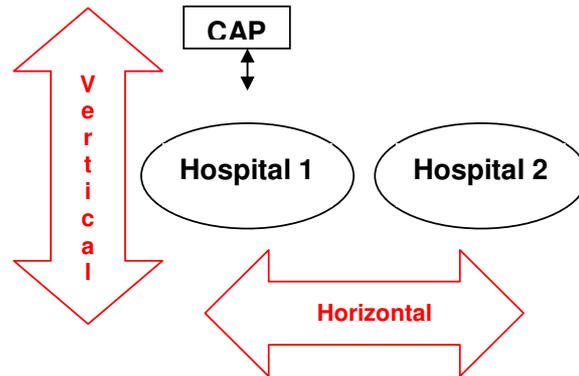
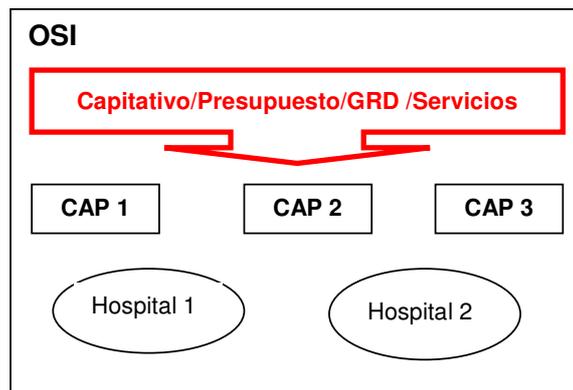


Figura 8. Mecanismo de financiación (sistema de pago a los proveedores).



ANEXO 3

Tablas.

Tabla 1. Análisis de estudios que presentan resultados sobre el funcionamiento de OSIs.

Estudio	Tipo de estudio	Características analizadas	Resultados
Gillies (1993)	Longitudinal	Eficiencia según Modelo de integración	Tenían alto grado de integración funcional y reducción de costos
Shortell (1998)	Revisión	Eficiencia en OSIs horizontales	No mostraban reducciones de costos
Dranove (1996)	Transversal	Eficiencia en OSIs horizontales	No mostraban reducciones de costos administrativos
Ermann y Gabel (1984)	Revisión	Eficiencia en OSIs horizontales	No mostraban reducciones de costos
Walston (1996)	Revisión	Eficiencia en OSIs verticales	Mostraban aumento de costos de producción y administrativos
Burns (2001)	Transversal	Eficiencia en OSIs verticales	No mostraban reducciones de costos de atenciones
Snail y Robinson (1998)	Revisión	Eficiencia en OSIs verticales	Mostraban reducciones de costos por pacientes
		Eficiencia en OSIs con pago capitolativo	Mostraban reducciones de costos
Wheeler (1986)	Longitudinal	Eficiencia en OSIs verticales hacia atrás	Mostraban mejoras en funcionamiento financiero
Bray (1994)	Estudio de casos	Eficiencia en OSIs verticales hacia atrás	Mostraban mejoras en funcionamiento financiero
Binglong (2001)	Transversal	Eficiencia en OSIs verticales hacia delante	Mostraban aumento de costos de productividad
Wan (2002)	Transversal	Eficiencia de OSIs verticales	Mostraban reducciones de costos
Alexander (1996)	Longitudinal	Eficiencia de OSIs fusionadas	Mostraban mayores gastos por admisión de pacientes
Bazzoli (2000)	Revisión	Eficiencia en OSIs con pago capitolativo	No mostraban reducciones de costos hospitalarios
Wilton (1998)	Revisión	Eficiencia en OSIs verticales	No mostraban aumento de costos operativos y administrativos
		Continuidad en OSIs con pago capitolativo	Mejoras en la coordinación y continuidad de atenciones
Malcolm y Mays (1999)	Revisión	Eficiencia en OSIs verticales	No mostraban reducciones en costos de prescripciones
Harris y Scrivener (1996)	Longitudinal	Eficiencia en OSIs verticales	No mostraban reducciones en costos de prescripciones
Brown y McCool (1986)	Transversal	Continuidad en OSIs verticales	Mejoras en la continuidad de atenciones
Conrad (1994)	Revisión	Continuidad en OSIs con pago capitolativo	Mejoras en la continuidad de atenciones