

Universitat Autònoma de Barcelona
Facultat de Medicina
Departament de Pediatria, Obstetrícia i Ginecologia i Medicina Preventiva
Programa de Doctorat en Salut Pública i Metodologia de la Recerca Biomèdica

Trabajo de investigación de doctorado

**La coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias
integradas en Cataluña.**

Presentado por Ingrid Vargas Lorenzo

Directora Dra. Maria Luisa Vázquez
 Navarrete

Tutor Dr. Jordi Alonso

Bellaterra, Septiembre de 2005

Índice

Índice de tablas	4
Índice de figuras	5
Resumen	6
1. Introducción.....	8
2. Marco Teórico	10
2.1. ¿Qué son las organizaciones sanitarias integradas? Aspectos básicos.....	10
2.2. Factores que influyen en la integración: un modelo para el análisis de las OSI .	11
2.3. Elementos del entorno en la configuración de las Organizaciones Sanitarias Integradas	12
2.4. Elementos internos en la configuración de las Organizaciones Sanitarias Integradas	13
a. El modelo de gobierno de la OSI.....	13
b. La dimensión estratégica	15
c. La estructura organizativa.....	16
d. La cultura organizativa	19
e. El liderazgo	20
f. Sistema de asignación de recursos dentro de la OSI.....	20
2.5. La coordinación asistencial	21
2.6. Resultados de la OSI en coordinación, continuidad y eficiencia	28
3. Justificación.....	30
4. Objetivos del estudio	31
Objetivo general	31
Objetivos específicos.....	31
5. Metodología.....	32
Diseño del estudio	32
Muestra	32
Técnicas de recogida de datos	34
Análisis de datos.....	35
Calidad de los datos.....	36
Limitaciones del estudio.....	36
6. Resultados.....	37
ConSORCI Sanitari del Maresme.....	37
1. Características generales	38
2. Evolución histórica del CSdM.....	39
3. Elementos del entorno	40
4. Elementos internos	41
5. Coordinación asistencial en el CSdM.....	45
ConSORCI Sanitari de Terrassa.....	53
1. Características generales	54
2. Evolución histórica.....	54
3. Elementos del entorno	56
4. Elementos internos	57
5. Coordinación asistencial.....	61
7. Discusión	70
7.1. Características claves y tipología de las OSIs analizadas	70
7.2. Elementos del entorno que favorece y obstaculizan el proceso de integración...	71

7.3. ¿Cómo influye los elementos organizativos de las dos OSIs en la coordinación y eficiencia asistencial?	72
7.4. ¿Cómo es la coordinación asistencial en las dos OSIs?	76
8. Conclusiones y recomendaciones	79
9. Bibliografía	82
ANEXOS	93
ANEXO I. GUIA DE CASO	93
ANEXO II. INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN DE LOS DOCUMENTOS	108
ANEXO III. LISTA DE DOCUMENTOS	108

Índice de tablas

Tabla 1. Estrategias globales para mejorar la coordinación y eficiencia de la OSI	15
Tabla 2. Tipos de mecanismos de coordinación asistencial a partir de la clasificación de Mintzberg (40) y Galbraith (44)	23
Tabla 3. OSIs, unidades operativas que la componen, comarcas donde se sitúan y población de referencia.....	33
Tabla 4. Muestra de documentos analizados en cada OSI	33
Tabla 5. Composición final de la muestra de informantes	34
Tabla 6. Misión y valores del CSdM (2000-2004).....	42
Tabla 7 . Mecanismos de coordinación asistencial desarrollados en el CSdM.....	48
Tabla 8. Mecanismos de coordinación asistencial desarrollados en el CSdT	64
Tabla 9. Estrategias globales para mejorar la coordinación y eficiencia en el CSdM y CSdT.....	73

Índice de figuras

Figura 1. Modelo de análisis de la OSI	12
Figura 2. Unidades Operativas del CSdM – PASS. 2004	37
Figura 3. Organigrama del CSdM	44
Figura 4. Unidades asistenciales implicadas y mecanismos de coordinación para la atención del cáncer de mama en el CSdT.....	50
Figura 5. Unidades asistenciales implicadas y mecanismos de coordinación..... para la atención de la diabetes en el CSdM.....	51
Figura 6. Unidades asistenciales implicadas y mecanismos de coordinación para la atención de la demencia en el CSdM	52
Figura 7. Unidades Operativas del CSdT-Fundación Hospital Sant Llàtzer (FHSL). 2004	53
Figura 8. Organigrama del CSdT 2005	60
Figura 9. Unidades asistenciales implicadas en la atención de la fractura de fémur en el CSdT y los mecanismos utilizados para su coordinación	65
Figura 10. Programa de gestión de la EPOC del CSdT: unidades asistenciales implicadas y mecanismos de coordinación	67
Figura 11. Unidades asistenciales implicadas y mecanismos de coordinación para la atención de la AVC en el CSdT	68

Resumen

Introducción

Durante los últimos años se ha producido un cambio sustancial en el discurso de política sanitaria a favor de políticas que enfatizan la integración y colaboración en la provisión de servicios de salud. En este contexto han aparecido diversas experiencias de integración de servicios de salud que presentan algunos elementos comunes. Las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs) son redes de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de servicios de salud a una población definida, con el objetivo de mejorar la continuidad asistencial y la eficiencia. En Cataluña, con un sistema nacional de salud con diversificación en la titularidad de la provisión, han surgido progresivamente organizaciones de este tipo constituidas generalmente alrededor de un hospital comarcal. Pero en nuestro entorno, a diferencia de otros países donde han aparecido este tipo de experiencias, las investigaciones sobre integración son escasas y generalmente limitadas a aspectos parciales. Este estudio se enmarca en una investigación más amplia desarrollada por el Consorci Hospitalari de Catalunya que pretende contribuir a conocer mejor estas experiencias en el entorno catalán.

Objetivos

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

Métodos

Se realizó un estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo basado en un estudio de caso de dos Organizaciones Sanitarias Integradas en Cataluña. La selección de los casos, - el Consorci Sanitari del Maresme (CSdM) y el Consorci Sanitari de Terrassa (CSdT)-, se realizó de acuerdo con los siguientes criterios: ser proveedor integrado verticalmente, ofrecer servicios de atención primaria y especializada y prestar atención a una población definida.

Para el estudio de caso se utilizó la Guía para el análisis de las OSIs desarrollada previamente, que recoge las dimensiones que influyen en el proceso de integración de este tipo de organizaciones, identificadas en el marco conceptual elaborado.

Para la recogida de información se utilizaron dos técnicas cualitativas: el análisis de documentos y la entrevista individual semiestructurada. Se seleccionaron los siguientes documentos: planes estratégicos, memorias anuales, estatutos, organigramas, contratos, etc. Se entrevistaron informantes claves pertenecientes a las siguientes categorías: directivos de las OSI (10), técnicos de apoyo (5), directivos de las unidades operativas (5), profesionales de atención primaria y especializada (9). Los datos se analizaron mediante la técnica cualitativa de análisis narrativo de contenido. Se generaron categorías mixtas a partir de la guía y de las categorías emergentes de los datos en relación a las dimensiones principales: características, entorno, gobierno, estrategias, estructura organizativa, sistema de asignación e incentivos y coordinación asistencial. En base a estas dimensiones se establecieron los tipos de OSI y se analizaron aquellos atributos que de acuerdo con la literatura, mejoran la coordinación asistencial y la eficiencia de las OSI de acuerdo con la literatura.

Resultados

El CSdM y el CSdT son organizaciones sanitarias integradas verticalmente hacia atrás, con provisión total de sus servicios, y propiedad vertical basada en el consorcio de gestión. El determinante de la constitución de las dos OSIs ha sido político, aunque a lo largo del proceso han influido otros factores de diversa índole. Ambas han ido agrupando servicios de diferentes niveles asistenciales bajo el paraguas del consorcio. Pero ninguna de las dos OSIs mantiene una posición monopolista en el territorio. El Servei Català de la Salut les asigna los recursos y fija objetivos por nivel asistencial. Están gobernadas por órganos centralizados compuestos en su mayoría por políticos locales y directivos del CatSalut, cuyos estatutos les otorgan un rol estratégico pero que en la práctica se concentran en el seguimiento presupuestario y de la actividad. Ambas disponen de un conjunto de objetivos y estrategias globales orientadas a la mejora de la coordinación y la eficiencia, que no están alineadas con la de los servicios que conforma la red. Presentan una estructura de tipo mecánico, con agrupación de actividades asistenciales por especialidad médica y nivel asistencial, e integración de las funciones de apoyo y de dirección para toda la OSI. Enmarcadas en el modelo asistencial del SNS basado en la atención primaria como puerta de entrada, utilizan mecanismos de colaboración entre niveles, basados en su mayoría en la normalización de los procesos de trabajo. El esfuerzo en el desarrollo de mecanismos de coordinación se concentra para los procesos agudos y crónico con dependencia seleccionados, en la transición entre el hospital y el sociosanitario.

Discusión y conclusiones

Las dos OSIs analizadas, con un recorrido histórico parejo, presentan características y tipologías muy parecidas. También se aprecian similitudes notables en aspectos externos e internos de las dos organizaciones, con lo cual, las barreras a la integración, así como las áreas de desarrollo futuro para mejorar su eficacia, son comunes. Entre las primeras destacaría la falta de alineación de los incentivos de la compra a las dos OSIs con los objetivos estratégicos de coordinación y eficiencia global; el rol pasivo de los órganos de gobierno; las estructuras organizativas de tipo funcional que compartimentan la atención, agravado por la baja utilización de mecanismos de coordinación entre niveles; y la utilización de los existentes de manera aislada, con poca divulgación y evaluación. Por tanto, un aspecto clave a desarrollar, en el ámbito externo, sería la integración de la compra y utilización de mecanismos de pago capitativo para asignar los recursos a este tipo de organizaciones. En el interno, las estrategias que reforzarían la coordinación asistencial serían: (1) involucrar al gobierno en la dirección estratégica de la OSI; (2) alinear los intereses de los servicios que configuran la red con los globales, mediante objetivos específicos e incentivos apropiados; (3) implementar diseños organizativos que promocionen la utilización de mecanismos que enlacen las actividades asistenciales a lo largo del proceso, (4) desarrollar una estrategia específica para la utilización de los mecanismos de coordinación, con aquellos elementos considerados claves para influir en la práctica médica y mejorar la continuidad en la información y la gestión del paciente.

1. Introducción

La separación de funciones y la introducción de mercados internos se convirtió en una de las reformas sanitarias más promovidas en los sistemas nacionales de salud de países como Suecia, Reino Unido, Finlandia, Italia y España, en la década de los ochenta y noventa(1). En los últimos años, no obstante, se observa un abandono de estas estrategias de promoción de la competencia, en favor de políticas que enfatizan la colaboración y coordinación entre los servicios de salud, como vía para mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de la atención. La integración de la atención se ha convertido en una prioridad en muchos países, especialmente para resolver problemas de salud crónicos que requieren la atención de múltiples profesionales y servicios(2). Numerosos estudios ponen de relieve los problemas de la falta de coordinación e integración entre niveles asistenciales, presentes en buena parte de los sistemas de salud(3-5): ineficiencia en la gestión de recursos (duplicación de pruebas diagnósticas,...), pérdida de continuidad en los procesos asistenciales y disminución de la calidad de la atención prestada (listas de espera,...). Aunque el objetivo de mejorar la coordinación es común, la forma de abordarlo resulta diferente para cada país(6).

Así se han desarrollado iniciativas de integración organizativa de los servicios que, a pesar de tener lugar en entornos distintos, presentan elementos comunes. Las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI), como se denominan en la literatura, son redes de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones a una población determinada y que se responsabilizan de los costes y resultados en salud de la población(7). Estas organizaciones han aparecido sobre todo en países con sistemas de salud privados muy fragmentados, como EEUU, y en países con sistemas de seguro social en los que se han integrado aseguradoras y proveedores en organizaciones de “*managed care*” que compiten por los afiliados(8). En la última década, en Cataluña, con un sistema nacional de salud con diversificación en la titularidad de la provisión, han surgido progresivamente organizaciones sanitarias integradas; constituidas generalmente alrededor de un hospital comarcal, se responsabilizan de la cobertura un rango de servicios -desde atención primaria a sociosanitaria- para una población definida geográficamente(9).

Los procesos de integración de los servicios de salud han sido analizados fundamentalmente en EEUU. Las evaluaciones realizadas hasta el momento no son concluyentes sobre la relación que se puede establecer entre las diferentes características y tipos de OSIs y sus resultados en términos de eficiencia y continuidad asistencial(10). En gran parte porque se trata de un fenómeno reciente y complejo, sobre el cual no se ha construido un modelo de análisis lo suficientemente sólido como para establecer asociaciones estadísticas entre variables de estructura y proceso, y resultados.

En España y sobre todo, Cataluña, donde las organizaciones sanitarias integradas son relativamente frecuentes, los estudios son escasos, y generalmente limitados a aspectos parciales de la integración de los servicios de salud. No existen, trabajos que proporcionen una análisis global del carácter y papel de estas organizaciones en nuestro sistema sanitario.

Este estudio forma parte de una investigación más amplia realizada por el Consorcio Hospitalario de Cataluña, que pretende contribuir a conocer mejor estas experiencias en el entorno catalán a través del estudio de caso de seis Organizaciones Sanitarias Integradas. En el presente estudio nos hemos concentrado en el análisis de dos de los casos seleccionados.

2. Marco Teórico

2.1. ¿Qué son las organizaciones sanitarias integradas? Aspectos básicos

Una organización sanitaria integrada (OSI) es una red de organizaciones que ofrece una atención coordinada a través del continuo asistencial a una población determinada y se responsabiliza de los costes y resultados de salud de la población(11). El continuo asistencial abarca la atención primaria, especializada y sociosanitaria, o lo que es lo mismo, la promoción y la prevención, los tratamientos de pacientes agudos y crónicos y los tratamientos de rehabilitación(11).

Los objetivos finales de este tipo de organizaciones son la mejora de la eficiencia global en la provisión y de la continuidad de la atención, a través de un objetivo intermedio: la mejora en la coordinación de los servicios o integración clínica. Gillies et al. (12) definen la *integración clínica* como la coordinación de los servicios necesarios para atender al paciente a lo largo de las diferentes actividades y unidades operativas del sistema en el lugar más coste-efectivo.

Las **características** consideradas clave para describir de manera general una organización sanitaria integrada son (11);(13):

- *Amplitud de integración*, es decir, número o rango de funciones y servicios diferentes que provee la OSI a lo largo del continuo de atenciones de salud (14).
- *Profundidad de integración*, o el número de diferentes unidades que posee una OSI para proveer una determinada función o servicio (11)
- *Nivel de producción interna de servicios*, es decir, la proporción de servicios producidos por la propia organización sanitaria del conjunto de servicios que se ofrecen en cualquier etapa del continuo de salud
- *Forma de relación entre las organizaciones* que conforman la OSI, tipo de propiedad o relaciones contractuales que establece una determinada OSI (11). Existe un amplio abanico de posibilidades, desde la completa propiedad de todas sus partes (absorciones y fusiones) a distintos tipos de relaciones contractuales(11).

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

a. Según los niveles asistenciales que integren, puede ser una OSI con integración horizontal o vertical (11). La *integración horizontal* es la unión y coordinación de servicios que se encuentran en la misma etapa en el proceso de producción de salud(11); por ejemplo, dos o más hospitales propiedad, arrendados o que establecen un contrato de administración con una organización central. La *integración vertical*, se refiere a la unión y coordinación de servicios que se encuentran en diferentes etapas en el proceso asistencial, por ejemplo, atención primaria y hospitalaria. A su vez, la integración vertical puede ser “hacia atrás”, cuando la organización se integra con un proveedor en una etapa anterior del proceso de producción (del hospital al centro de atención primaria), o “hacia delante” si lo hace con una etapa posterior de la producción

(del centro de atención primaria con un hospital) (12). Representa el proceso por el cual se coordina el continuo de cuidados de salud.

b. Según la organización que ejerza el liderazgo, se pueden encontrar OSIs lideradas por hospitales, grupos de médicos, una combinación de ambos o por aseguradoras(15), con diferentes fortalezas. Las *OSIs lideradas por hospitales* son las más frecuentes, debido principalmente a los recursos y experiencia financiera y organizacional de estas instituciones. Podrían dar lugar a un excesivo énfasis en la atención a pacientes agudos, centrados en llenar las camas de los hospitales y retardar la innovación y la reasignación de recursos entre sectores asistenciales, por lo que debería prestarse particular atención a orientar las OSI hacia la atención primaria de salud (16). Las *OSIs lideradas por los grupos de médicos* que son propietarios o que contratan los servicios de atención especializada que necesitan. Su potencial ventaja reside en la proximidad con los pacientes y la potencial desventaja, carecer del tamaño, capital o experiencia necesaria para gestionar la OSI. Las *OSIs lideradas por hospitales y grupos de médicos*, combinan las fortalezas de ambos grupos y probablemente posea el mayor potencial para proveer atenciones de salud costo-efectivas a la población (17). Sin embargo, requieren un pacto de confianza, fuerte liderazgo y un compromiso de ambas partes, así como un equilibrio entre médicos de atención primaria y especialistas (18). En las *OSIs lideradas por aseguradoras*, la red se organiza alrededor de la compañía de aseguramiento. Su principal ventaja es la experiencia actuarial y de administración, mientras que una importante posible desventaja es la pérdida de comprensión de los servicios que presta y la intrincada red de profesionales y relaciones institucionales que se debe mantener a través del continuo de salud. Probablemente sea el liderazgo menos propenso a lograr un sistema efectivo (18).

c. Según la producción interna de servicios, (14;19), se identifican OSIs con integración total, cuasi-integración o no integradas. Las OSIs con *integración total* producen todos los servicios que proveen y existe una transferencia interna total de productos y servicios. *Las no integradas* dependen completamente de proveedores externos para poder prestar sus propios servicios de salud. Mientras que las OSIs *cuasi-integradas* son aquellas que se asocian para proveer determinados servicios de salud y existe una transferencia interna parcial de productos y servicios.

d. Según la forma de las relaciones interorganizacionales se identifican OSIs verticales y virtuales(7): la *OSI vertical* ejerce el control y la propiedad directa sobre todas las partes de la organización; y la *OSI virtual* se articula a través de un conjunto de diversas fórmulas jurídicas.

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

Una OSI tal como ha sido definida, representa la etapa final del proceso de integración asistencial (20). Las evaluaciones realizadas hasta el momento no son concluyentes sobre las implicaciones de las características y tipos de OSIs para la consecución de sus objetivos (21); (22). No obstante, parece existir un consenso respecto a los factores que influyen positiva o negativamente en el grado de coordinación que efectivamente alcanzan estas organizaciones(7);(13); (23). A partir de estos factores se desarrolla el modelo para el análisis de las OSI (Figura 1) que considera la conformación de una OSI como un proceso y propone el análisis del su desempeño, en relación a los objetivos

finales de eficiencia y continuidad asistencial, mediante el análisis de elementos externos o del entorno y de elementos internos.

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

Figura 1. Modelo de análisis de la OSI



Elaboración propia

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

Distintas condiciones en el entorno sanitario contribuyen a la aparición y configuración de las OSI, entre otras, la necesidad de controlar el gasto sanitario, las reformas a los sistemas de salud, así como los cambios en las necesidades de atención (13;17;23).

Entre los elementos externos que afectan al proceso de integración asistencial destaca el *modelo de asignación de recursos* a la OSI y el *sistema de incentivos asociado*. Los sistemas de pago tradicionales que se aplican de manera independiente para cada nivel asistencial -pago por acto, por actividad o presupuesto- desincentivan la coordinación entre niveles asistenciales. Por su parte, la financiación capitativa se está introduciendo recientemente como instrumento que podría fomentar la cooperación entre proveedores (24). Teóricamente el pago per cápita incentiva a la red de proveedores a buscar fórmulas para alinear sus intereses con los objetivos globales de la red, a reducir costes y a fortalecer la calidad de los servicios, ya que los proveedores percibirían que reciben un único presupuesto y que las acciones en un punto concreto de la red repercuten en la cuenta de resultados del resto. Para ello el sistema de asignación debe permitir responsabilizar a cada proveedor tanto de los costes directos, como de los que inducen

sobre el resto de la red, de manera que, la red intentaría tratar el problema de salud en el lugar más costo efectivo dentro del continuo asistencial(17).

Por otro lado, las *políticas sanitarias* y las consecuentes medidas regulatorias contribuyen a la configuración de los sistemas sanitarios y, en algunos contextos, han ocasionado la implementación de sistemas sanitarios que buscan la integración entre los distintos proveedores de salud (25). En Canadá, por ejemplo, varias provincias han introducido reformas de salud que buscan la integración de algunos servicios como salud mental, atención domiciliaria y algunos servicios sociales (23).

De igual manera las *características de la población* a la que atiende, constituida por grupos con distintas cargas de enfermedad, minoritarios o especiales que pueden requerir la atención de equipos de salud multidisciplinarios que garanticen la continuidad en la provisión de estos servicios, y del *territorio* en que se encuentra - extensión, comunicación, presencia de otros proveedores-, influirán en integración de los proveedores (23).

2.4. Elementos internos en la configuración de las Organizaciones Sanitarias Integradas

En el ámbito interno de las OSIs, los elementos que inciden en el proceso de coordinación asistencial son: el gobierno de la organización, su dimensión estratégica o conjunto de objetivos y estrategias, la estructura de la organización, la cultura organizativa, el liderazgo y el sistema de incentivos dentro de la propia red (tabla 2).

a. El modelo de gobierno de la OSI

El gobierno de la OSI constituye un elemento crítico que podrá obstaculizar o facilitar la integración, ya que le corresponde determinar sus objetivos, formular políticas y tomar decisiones respecto a la organización. Las dimensiones del gobierno son el control, la estructura, la composición y el funcionamiento(26).

El *control* se refiere al grado de centralización del gobierno en una OSI, que puede variar desde un único órgano de gobierno (gobierno corporativo o del sistema) a múltiples órganos descentralizados. Las ventajas de la centralización son: claridad de objetivos, unidad de mando y compromiso con la totalidad del sistema que gobierna(27); mientras que un gobierno descentralizado acerca la toma de decisiones a las circunstancias locales y el proceso es más ágil y rápido(26;28). La forma en que se agrupan las unidades bajo un mismo órgano de gobierno determina su *estructura*. Se pueden establecer órganos de gobierno por regiones, entidades, unidades operativas (centros de atención primaria, hospital,...), etc. Los miembros seleccionados definen la *composición* del gobierno que puede incluir representantes de las unidades operativas que integran la OSI. La representación de las unidades en el gobierno del sistema puede aportar información valiosa para conocer la situación y formular los objetivos y estrategias, pero al mismo tiempo se puede perder la visión de conjunto y convertir este órgano en una "cámara legislativa" a la que se llevan las prioridades y políticas propias (26); problema que se agudiza si el órgano no es representativo. La complejidad del gobierno de las OSI parecería requerir la presencia de miembros con una dedicación elevada (26) y una preparación específica. Si la gestión debe jugar un papel relevante

en el gobierno de la OSI, el gerente de la OSI podría tener "voz" en el gobierno, o incluso "voto". El *funcionamiento* o responsabilidades que ejerce en el gobierno de las OSI suele incluir: la formulación de los fines de la organización -la misión y visión-; asegurar que la gestión alcanza un nivel de desempeño elevado; asegurar una financiación adecuada para la organización y asumir la efectividad del desempeño propio como órgano de gobierno (29). Los roles incluyen la formulación de políticas que guíen la toma de decisiones y la acción en la OSI; la toma de decisiones y su monitorización en los asuntos de su competencia; y contribuir al logro de una visión global del sistema velando porque las decisiones sean consecuentes con las políticas establecidas.

El modelo de gobierno de una OSI puede adoptar múltiples formas, que oscilarían entre un único órgano corporativo y múltiples gobiernos con diferente distribución de funciones y responsabilidades. Por ejemplo, la coexistencia de un órgano de gobierno del sistema, con un rol estratégico junto a múltiples gobiernos locales vinculados a los servicios. O por el contrario, un gobierno central del sistema con todos los roles y responsabilidades y múltiples órganos locales de carácter consultivo (26). No existe evidencia empírica sobre el modelo de gobierno que permite alcanzar un mayor grado de integración del sistema (26), pero existe un consenso en cuanto a los atributos deseables para la *buen gobernabilidad del sistema*: la responsabilidad global con el sistema y con la comunidad, el pluralismo o equilibrio de poderes(27), la representación de los médicos en los órganos de gobierno(26) y la coordinación entre los diferentes órganos de gobierno.

La gobernabilidad de una OSI requiere una perspectiva global de la red en la toma de decisiones estratégicas que permita adoptar las estrategias más adecuadas para el sistema y no para un nivel o unidad en particular. La falta de conocimiento o experiencia puede conducir a que el gobierno se centre exclusivamente en lo que le es familiar, generalmente el hospital. Los mecanismos que contribuyen a mejorar la responsabilidad del gobierno con el sistema son: la articulación de una visión global del sistema, la selección de miembros con conocimiento y experiencia en todos los sectores y su información y formación para fortalecer una visión global(26). Además, el compromiso del gobierno con el buen desempeño de sus roles y responsabilidades se debería traducir en la evaluación de su propia actuación. Por su parte, una perspectiva amplia que abarque las necesidades de la población que atiende, plantea diversos retos al gobierno de la OSI. En primer lugar, el conocimiento de las necesidades de la población, que se puede obtener incorporando a miembros con influencia política; en segundo lugar la coordinación con otros servicios sanitarios y sociales del territorio, a través, de la participación en consejos consultivos, comités permanentes, grupos de trabajo, etc. Por tanto, el buen gobierno de la OSI requiere acceso a información, que puede estar recogida en un cuadro de mando, que permita evaluar el desempeño del sistema y sus unidades operativas: información relativa a resultados de salud de la población; información que le permita monitorizar el progreso de la integración del sistema. el desempeño de procesos que se lleven a cabo a lo largo del sistema.

Una de las responsabilidades críticas del gobierno de una OSI consiste en la coordinación de las diferentes entidades(26), a través de la coordinación de los diferentes órganos de gobierno de manera que se asegure la consistencia en la visión, objetivos y estrategias a lo largo del sistema. La rotación de los miembros por los distintos gobiernos, la presencia de algunos miembros en varios órganos a la vez, el

desarrollo de una cultura de gobierno común y la utilización de un sistema de información para el gobierno, son algunos de los posibles mecanismos que contribuyen a lograr la coordinación del gobierno. No existe evidencia sobre la eficacia de estos mecanismos para integrar la dimensión estratégica de la organización.

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

b. La dimensión estratégica

En relación a la dimensión estratégica, se considera clave para la integración organizativa de la OSI la existencia de una misión, visión, metas, objetivos y estrategias globales para la OSI (30), puesto que aportan un vínculo común a todas las acciones que se desempeñen a largo plazo dentro de la organización(31). La herramienta de gestión de que dispone la OSI para establecer la misión, metas, objetivos y la estrategia global para el sistema es el plan estratégico.

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

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

Objetivo	Estrategias
Coordinación	Planificación estratégica para toda la OSI (32) Crear una cultura común (33); (13;32); Vestal et a., 1997) Alinear los incentivos (33); (32) Desarrollar sistemas de información integrados (33); (32) Estrategias de gestión de la atención (13) Programas de formación(34)
Eficiencia	Reducir la variabilidad de la práctica clínica (33) Implementar programas de mejorar continua de la calidad (32)
Ambos	Reforzar el papel de la atención primaria (33); Desarrollar e implementar un sistema de monitorización del desempeño de la OSI (35)

Además de existir objetivos y estrategias globales de la OSI, los objetivos y estrategias de las unidades operativas deben estar alineados con estos. A la alineación entre los objetivos se denomina *coordinación en sentido horizontal*, mientras que la alineación entre las estrategias de las unidades operativas y los objetivos del sistema se denomina *coordinación en sentido vertical* (36).

Para que la planificación estratégica no se quede en la simple elaboración de un documento, es necesario implantar la estrategia, que requiere (37):

- Alinear estratégicamente el sistema, es decir, reasignar los recursos de acuerdo con las estrategias y establecer incentivos para que las decisiones se tomen en línea con las estrategias.

- Realizar los cambios organizativos pertinentes, con la reasignación y adjudicación de nuevas tareas y la consiguiente formación en nuevas habilidades y conocimientos.
- Llevar un control estricto de los resultados, con un seguimiento constante para ver cómo se van alcanzando los objetivos.

No obstante, la implantación de la estrategia solo tendrá éxito si es asumida por los diferentes subgrupos que integran la cultura organizativa (38).

La existencia de unas metas, objetivos y estrategias para toda la OSI, la orientación de los mismos a la mejora de la coordinación del sistema, la alineación horizontal y vertical de los objetivos y estrategias de las unidades operativas y del sistema, y la implantación efectiva de las estrategias globales de la OSI, nos indicaría la integración de la organización en su dimensión estratégica.

c. La estructura organizativa

La coordinación a lo largo del continuo asistencial se verá obstaculizada o facilitada por el tipo de estructura o diseño organizativo que adopte la organización. La coordinación entre las unidades que tienen que trabajar juntas, o integración organizativa(39), viene determinada por: cómo se agrupan las actividades en unidades y los mecanismos que utilizan para coordinar las unidades y actividades y el tipo de descentralización presenta la organización. La combinación de estos elementos determina el tipo de diseño organizativo.

La agrupación en unidades

Las actividades esenciales de una organización sanitaria son de tres tipos: de dirección, relativas a la planificación, la organización, la dirección y el control; operativas, o actividades asistenciales fundamentales de la organización; y las de apoyo, sean asistenciales o no. Estas actividades se agrupan en unidades según dos criterios básicos: *el mercado* y *las funciones*(40). En el primer caso, todas las actividades necesarias para producir un producto o servicio quedan contenidas en la misma unidad; por ejemplo, una unidad de diabetes que engloba las actividades y profesionales de diferentes niveles asistenciales involucrados directamente en la atención de la diabetes. En el segundo caso, las actividades se agrupan según las funciones que se utilizan para producir los productos o servicios, por ejemplo en base a especialidades (medicina interna, pediatría, enfermería,...). Esta ha sido la base de agrupación de las actividades asistenciales en las organizaciones de salud.

La agrupación constituye un medio en sí mismo para coordinar las actividades y puestos de una organización¹, ya que estimula la comunicación informal (adaptación mutua) entre los individuos que forman parte de la unidad y establece un sistema de supervisión común entre los puestos que quedan englobados en la unidad. Por lo tanto, según sea la base de agrupación predominante, mercado o funciones, la OSI estará estimulando la coordinación de los procesos o de las funciones y deberá buscar mecanismos de coordinación adicionales que garanticen la coordinación entre

¹ De hecho, Galbraith (1973), lo incluye dentro de la lista de mecanismos de coordinación.

individuos con la misma función de distintas unidades o bien de los procesos transversales en los que participan individuos de diversas unidades operativas.

Por lo tanto, un elemento central en el análisis de la estructura de las OSI es la forma en la que agrupan sus actividades de dirección, asistenciales y de apoyo fundamentales(41).

Los mecanismos de coordinación de unidades y actividades

Las tres formas fundamentales en las que las organizaciones coordinan su trabajo son: la supervisión directa, la normalización y la adaptación mutua(40). Con la supervisión directa se logra la coordinación responsabilizando a una persona del trabajo de las demás, a quienes da instrucciones y cuyas acciones controla. Con la normalización se alcanza la coordinación especificando de antemano los procesos de trabajo, los resultados o las habilidades requeridas para realizar el trabajo. Mientras que en la adaptación mutua se consigue la coordinación del trabajo a través de la comunicación informal entre quienes realizan las acciones, que además ejercen el control de las mismas.

Los mecanismos de *normalización y supervisión* suelen utilizarse para coordinar actividades que no poseen un alto nivel de incertidumbre(40). A medida que la incertidumbre aumenta, se incrementa tanto el volumen de información que deben proporcionar los puntos de acción a los de decisión, que resulta más eficiente descentralizar la toma de decisiones. Para coordinar las actividades descentralizadas, se puede recurrir a mecanismos de normalización, para situaciones que pueden ser anticipadas -y por lo tanto, normalizadas- y que no necesitan una respuesta rápida.

Cuando el volumen de información a procesar es grande (40) y las actividades muy especializadas e interdependientes(39), las organizaciones adoptan estrategias de coordinación basadas en la *adaptación mutua* que estimulan el contacto entre individuos, para resolver el problema en el mismo nivel que se genera la información. Se utiliza tanto en las situaciones sencillas, como en las situaciones más complejas, tomando en éstas la forma de dispositivos de enlace(40): puesto de enlace, que carece de autoridad formal y se utiliza cuando se necesita un contacto considerable para coordinar el trabajo de dos unidades, carece de autoridad formal; grupos de trabajo (“*task force*”), que se forman para cumplir una tarea determinada y que se disuelven al concluirla; comité permanente, de carácter estable constituidos por distintos departamentos que se convocan con regularidad para comentar temas de interés común; directivo integrador o puesto de enlace dotado de autoridad formal, necesaria para integrar las actividades de las unidades organizativas cuyos objetivos y estrategias coinciden con los objetivos del sistema global; y las estructuras matriciales, que combinan los dos tipos de agrupación y permite organizar los recursos en torno a programas, productos o proyectos sin tener que renunciar a la especialización o duplicar recursos. Galbraith (1973) añade los sistemas de información vertical.

Una estructura será *orgánica* si se coordina fundamentalmente a través de la adaptación mutua o *mecánica* (burocrática) (40) si lo hacen a través de la normalización de los procesos de trabajo.

Se podría caracterizar la estructura de una OSI como de mercado o funcional, dependiendo de la base predominante que utilice para agrupar sus unidades operativas.

En la realidad no aparecerán de forma absoluta sino como una combinación de ambas. La normalización de resultados sería el mecanismo de coordinación más eficaz para coordinar estructuras de mercado. En las estructuras funcionales, el mecanismo más eficaz para coordinar las unidades sería la supervisión directa y la normalización de los procesos de trabajo(40), y en presencia de incertidumbre, los mecanismos basados en la adaptación mutua.

Por otro lado, una organización con una estructura funcional, debería utilizar mecanismos para coordinar los procesos (directivos que integren procesos, puestos de enlace entre procesos, ..), aproximándose a una estructura de mercado, y una organización de mercado, a su vez, debería utilizar mecanismos para coordinar las funciones, aproximándose a una organización funcional (42).

Los sistemas de planificación y control

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

Descentralización en la toma de decisiones

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

Algunos autores (7;34) sugieren que la centralización de las funciones de dirección de una OSI (integración funcional) incrementa el grado de integración asistencial. No obstante, las actividades relacionadas con las funciones de dirección (al menos algunas) pueden estar descentralizadas a las unidades operativas y establecerse mecanismos para garantizar la coordinación de estas actividades a lo largo de la OSS: los sistemas de control del rendimiento, la normativización y adaptación mutua en lugar de supervisión directa.

d. La cultura organizativa

Otra dimensión básica que influye en la coordinación en una OSI es la cultura. Por un lado, puede contribuir a implantar los objetivos y estrategias globales en la medida en que sus miembros los acepten y se comprometan con ellas, es decir, que la cultura y estrategias de la OSI y sus unidades operativas estén alineadas, y por otro, constituirse en un elemento integrador (38). La integración asistencial se verá fortalecida por la existencia de una cultura común y además, por la presencia en ésta de valores orientados hacia la coordinación, como la colaboración, el trabajo en equipo y la orientación a resultados (43).

Se define como cultura de un grupo² al patrón de presunciones básicas que el grupo ha aprendido para resolver los problemas de adaptación externa y de integración interna, que han funcionado lo suficientemente bien como para ser consideradas válidas y transmitirlos a los nuevos miembros como la manera correcta de percibir, pensar y sentir en relación a estos problemas (38). La cultura guía la adaptación de la organización al entorno (*adaptación externa*) y constituye un elemento de cohesión y de identificación entre los miembros de la empresa que contribuya a la integración de sus miembros (*integración interna*). En organizaciones complejas como las OSI coexisten grupos diversos con cultura propia. La presencia de subculturas genera una falta de coordinación en las organizaciones y por tanto, la existencia de una cultura común para todas las unidades operativas de la OSI contribuiría a la integración de la organización (44).

La cultura puede ser analizada a partir del conjunto de elementos que la constituyen y que Schein (38) agrupa en tres niveles de mayor a menor visibilidad: artefactos, valores expuestos y presunciones básicas. Los *artefactos* son los más fáciles de observar pero los más difíciles de descifrar. Incluye las imágenes, el espacio físico, el lenguaje, el sistema de incentivos, etc. (45). Los *valores expuestos* son los que el grupo expresa en distintas situaciones. Por último, las *presunciones básicas* o *teorías en uso* son las presunciones implícitas que guían el comportamiento del grupo, es decir, influyen sobre qué percibir, pensar y sentir sobre determinados aspectos, constituye la esencia de la cultura.

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

Entre las estrategias más efectivas que puede implementar una OSI para alinear la cultura con los valores y estrategias de la organización destacan: la comunicación a sus miembros de los valores, objetivos y estrategias del sistema (45), preferentemente a través de múltiples canales enriquecidos (46); contratación y despido de los empleados y la formación interna.

² Con el término *grupo*, Schein se refiere a unidades sociales de todos los tamaños, incluyendo organizaciones y subunidades de las organizaciones.

La utilización de mecanismos de coordinación entre diversos grupos (especialmente el empleo de dispositivos de enlace), la existencia de una imagen corporativa para toda la OSI, la implementación de Programas de Mejora Continua de la Calidad ((32), y el uso de incentivos económicos que fomenten el comportamiento cooperativo(43) también formarían parte de las estrategias para fomentar una cultura organizativa única.

La integración entre las diferentes unidades organizativas no solo se verá fortalecida por la existencia de una cultura común, sino además por la presencia de valores orientados hacia la *coordinación*, como la colaboración, el trabajo en equipo, la comunicación y la orientación a resultados (45).

e. El liderazgo

Los líderes de las organizaciones desempeñan un papel clave en el cambio organizativo y en la adopción por parte de los miembros de la organización de la misión y estrategias basados en la integración clínica. Por lo tanto, uno de los aspectos claves en el proceso de integración es la existencia de un liderazgo claro por la integración capaz de comunicar la misión, objetivos y estrategias del sistema y buscar mecanismos que posibiliten el aprendizaje de las actividades que apoyan esta visión(43). Ambos factores contribuyen a la creación de una cultura común alineada con la misión y estrategias de la organización.

Aunque los líderes del sistema no sean capaces de visualizar el final del proceso de integración, deben poder explicar las razones que se encuentran detrás de la evolución del sistema y cuál es el modelo de la siguiente fase(7). Deben ser asimismo capaces de entender la estrategia de la OSI y estar de acuerdo con ella (7).

f. Sistema de asignación de recursos dentro de la OSI

Para alcanzar la eficiencia, la red debe proporcionar incentivos a tratar el problema de salud en el lugar más costo efectivo dentro del continuo asistencial. Esto sólo se logra si los incentivos de las diferentes unidades están alineados con los objetivos globales del sistema. Para ello, los proveedores deben percibir que están recibiendo un presupuesto común y que las acciones que se lleven a cabo en un punto concreto de la red tienen repercusiones en la cuenta de resultados del sistema en su conjunto. Los componentes del sistema - hospitales, centro de atención primaria, etc.- se convierten en centros de costes que deben ser gestionados dentro de un único presupuesto (15). Estos deben visualizar que son responsables tanto de los costes directos en los que incurre la unidad, como de los costes inducidos sobre el resto de unidades. Como resultado, la red de proveedores tiene incentivos a tratar el problema de salud en el lugar más costo efectivo dentro del continuo asistencial. Esto último implicaría la sustitución entre niveles asistenciales y la disminución del uso de pruebas y tests que no sean necesarios dentro del sistema.

Para responsabilizar a cada unidad o centro de responsabilidad de sus costes directos e indirectos hay que determinar dentro del sistema cuáles son los centros de costes. Esto es relativamente sencillo con la ayuda de un sistema de imputación de costes y la creación de precios de transferencia para la facturación entre unidades. La elección de los centros de beneficio depende del sistema de pago de la OSI. Bajo un sistema de pago capitativo, las diferentes unidades operativas son centros de gasto, nunca de

ingresos. Más actividad significa más costes y por lo tanto menos beneficios. En un sistema de pago en el que, por ejemplo, se remunere la atención primaria mediante una cápita y a la atención especializada mediante un pago por caso, el centro de beneficio, es decir aquella que genera ingresos económicos al sistema, es la atención especializada produciendo más actividad.

Así mismo, el sistema de recompensa (incentivos) a los profesionales afecta a los resultados de la atención en términos de coste, calidad y continuidad a través de los efectos que este sistema tiene en el comportamiento del trabajador(47).

2.5. La coordinación asistencial

Coordinación, continuidad e integración asistencial son términos que se suelen utilizar indistintamente para referirse a una misma idea: la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión. La coordinación asistencial es la concertación de las diferentes actividades que se requieren para atender al paciente a lo largo del continuo asistencial – atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria-(48); se centra en la interacción entre proveedores. Cuando alcanza su grado máximo, decimos que la atención está integrada(49). La continuidad se centra en la relación entre el paciente y el proveedor; para que haya continuidad, el paciente debe *experimentar* la coordinación en la atención (50). Cuando el paciente percibe que la atención está coordinada, concluimos que se logra la continuidad asistencial. Reid et al.(51) identifican tres tipos de continuidad en la atención: de información, o disponibilidad y utilización de la información de episodios anteriores para dar una atención apropiada a las necesidades actuales del paciente; de relación, centrada en la interacción de un paciente con un proveedor a lo largo del tiempo; y de gestión, o provisión de la atención de manera coordinada a lo largo del tiempo.

Organización de la asistencia

La coordinación a lo largo del continuo asistencial requiere la organización de la asistencia, es decir, la distribución del trabajo con asignación de roles y tareas a los diferentes profesionales y niveles asistenciales (52). El modelo de colaboración entre profesionales y niveles asistenciales que se adopte dependerá de diversos factores, entre otros, la complejidad de las necesidades del paciente, el modelo organizativo y la cultura de colaboración de los profesionales.

A partir de la clasificación de Lorenz et al. (53) se pueden establecer tres posibles modelos de colaboración entre los diferentes niveles asistenciales de una OSI: provisión paralela, gestor consulta y co-provisión de la atención. La *provisión paralela* se produce cuando la división de las tareas entre los profesionales es clara y la resolución del problema de salud no requiere una colaboración significativa. Cada nivel asistencial puede trabajar independientemente y sólo se requiere la coordinación en la información. En el modelo de *gestor-consulta* un nivel asistencial actúa como gestor del paciente y el resto de niveles intervienen en el proceso para dar un consejo o para llevar a cabo una intervención concreta. Es el caso del modelo de atención en el que la atención primaria actúa como puerta de entrada al sistema. El médico de atención primaria actúa como gestor o coordinador de la atención del paciente y el especialista

como consultor (54). La *co-provisión* de la atención supone la responsabilidad compartida entre los profesionales que intervienen en la resolución del problema de salud. Ejemplos de co-provisión de la atención son los de grupos de trabajos interdisciplinarios para las terapias de rehabilitación en las que los profesionales fijan de manera conjunta los objetivos y la intervención que debe ser implementada(55); o la llamada atención compartida (*shared care*) en la que hay la participación conjunta de los médicos de atención primaria y los especialistas en la planificación de la atención para los pacientes crónicos (56).

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

Dos aspectos centrales que definirán el modelo de organización asistencial de los servicios (57) son el papel de la atención primaria y el de los profesionales no médicos. La delegación de determinadas tareas claves a profesionales no médicos que forman parte del equipo de atención al paciente es otro de los aspectos que definen el modelo organizativo. Los argumentos a favor de ampliar las funciones de enfermería en la atención de los pacientes crónicos son numerosos(52).

Instrumentos de coordinación asistencial

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

Tradicionalmente, las organizaciones sanitarias han utilizado la normalización de las habilidades de los profesionales. En los últimos años, y como consecuencia de la presión creciente para contener los costes y mejorar la calidad asistencial, los proveedores sanitarios han comenzado a estandarizar los procesos y resultados asistenciales (58). En situaciones de incertidumbre, elevada especialización y/o mucha interdependencia entre las actividades para atender al paciente, las organizaciones pueden utilizar estrategias de coordinación basadas en la adaptación mutua. La tabla 2 resume los mecanismos de coordinación asistencial que se utilizan con más frecuencia en el entorno asistencial utilizando las clasificaciones de Mintzberg (40) y Galbraith (42)

Tabla 2. Tipos de mecanismos de coordinación asistencial a partir de la clasificación de Mintzberg (40) y Galbraith (42)

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

La normalización de procesos: planificación de la atención y sus instrumentos

Entre los mecanismos de normalización de procesos para coordinar la atención a lo largo del continuo asistencial destacan los planes o protocolos que proporcionan una declaración explícita de qué atención se le tiene que prestar al paciente, en qué intervalos y por quién(52). Aunque adoptan nombres y formas diversas se pueden mencionar tres ejemplos básicos: las guías de práctica clínica, los mapas de atención y las guías farmacológicas compartidas.

Las *guías de práctica clínica* (GPC) son recomendaciones sistemáticas, basadas en la mejor evidencia científica disponible, para orientar las decisiones de los profesionales y de los pacientes sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas y eficientes en el abordaje de una problemática específica relacionada con la salud en circunstancias concretas (59). Contienen todas las actividades que se deben realizar con pacientes de determinadas patologías, incidiendo en el nivel asistencial en que la actividad es más eficiente. Conllevan un sistema de evaluación del proceso y de los resultados, así como del grado de su utilización. Su impacto sobre la práctica médica parece ser limitado (60), por lo que se sugiere que su implantación se acompañe de diversas estrategias de refuerzo(61) que pueden incluir la traducción de las guías en protocolos y vías clínicas, así como, el uso de recordatorios(62).

Los *mapas de atención*, trayectorias clínicas o protocolos son planes de gestión de la atención del paciente que fijan los objetivos para los pacientes y proveen la secuencia de las intervenciones que serán necesarias llevar a cabo por los médicos, enfermeros y otros profesionales para alcanzar los objetivos deseados en un tiempo determinado (58;58). Su objetivo es minimizar costes y tiempos de espera y maximizar la calidad de la atención de un episodio único de enfermedad (63). Se han desarrollado fundamentalmente en los programas de gestión de casos y de enfermedades (64). Un tipo específico de mapa de atención es la *planificación del alta hospitalaria* que define la provisión de servicios y el seguimiento y evaluación del paciente (65).

Una *guía farmacológica compartida* proporciona la descripción de tratamientos farmacológicos para determinadas patologías, así como elementos de monitorización y comunicación (65).

La efectividad de estos instrumentos depende de que sean implantados como parte de una estrategia general, que sean ampliamente divulgados, así como monitorizada su utilización, utilidad y sean actualizados cuando sea necesario(57).

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

La normalización de habilidades: el sistema experto

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

Son estrategias complementarias al proceso de derivación de la atención primaria al especialista que ayudan a mejorar la capacidad resolutoria de la atención primaria y, por tanto, la eficiencia del sistema. Incluye, por ejemplo, la conformación de grupos de especialistas que actúan como expertos de referencia para los médicos de atención primaria; especialistas que trabajan en los centros de atención primaria como expertos locales, formando a los médicos de atención primaria y conociendo el contexto de la primaria; la visita conjunta; y sesiones clínicas para analizar casos concretos (57)

Estas estrategias, pueden ser parte de un plan global de formación continua (57) si se aplican de forma sistemática para la consecución de objetivos definidos. Son los métodos considerados más eficaces para cambiar la práctica médica, por ser personalizados, basados en las necesidades individuales de aprendizaje y requerir la participación activa del clínico(61). Para favorecer la comunicación y conocimiento mutuo en aras de una mayor coordinación algunos autores recomiendan que en la formación continuada de los médicos de atención primaria se contemple la rotación de éstos por distintos servicios de atención especializadas, y en la formación de los especialistas se destine un tiempo de estancia en atención primaria(61).

La adaptación mutua: comunicación informal y otros mecanismos

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

En el ámbito sanitario, los *grupos de trabajo*³, constituidos tradicionalmente para mejorar la coordinación de la atención, están constituidos por un número pequeño de personas con habilidades complementarias que se comprometen con un propósito, unos objetivos y una metodología para alcanzar estos objetivos comunes de que son responsables(66). Según el grado de colaboración que se establece, se pueden distinguir

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

tres tipos de grupos(66): *Grupos multidisciplinarios* en que los profesionales trabajan de manera paralela, con una definición clara de roles, tareas y las líneas jerárquicas de autoridad, mantienen elevados niveles de autonomía profesional y baja colaboración. Son los más comunes en el ámbito sanitario. *Grupos interdisciplinarios*, cuyos profesionales se reúnen regularmente para coordinar el tratamiento de los pacientes, fijan los objetivos y realizan la intervención conjuntamente y suelen asignar un miembro para la comunicación con el paciente. Son más comunes en las terapias de rehabilitación. *Grupos transdisciplinarios*, en los que todos los miembros contribuyen consensuadamente, a un plan individualizado para el paciente, y uno o dos miembros son designados como agentes para la intervención, maximizan la práctica colaborativa y minimizan la autonomía de los profesionales.

La utilización de un tipo de grupo u otro depende del nivel de colaboración que requiera el problema. Para que un grupo sea efectivo en la gestión coordinada del paciente(66) debe ser pequeño, poseer la combinación correcta de habilidades y experiencia, estar comprometidos con un propósito y unos objetivos de desempeño de los cuales sean colectivamente responsables, comunicarse regularmente, adoptar una aproximación común, cada miembro debe tener un rol dentro del grupo, compartir un conjunto de normas para guiar la actividad del grupo.

Sistemas de información vertical: sistema de información clínica

Un dispositivo de enlace que merece especial atención en la OSI es el sistema de información conecta a pacientes y proveedores a lo largo del continuo asistencial(15). El sistema de información vertical de una OSI, incluye cuatro subsistemas diferentes: de información económica (facturación, afiliación, costes...); de información operacional sobre la trayectoria del paciente (admisión, alta, derivación); de planificación y análisis para predecir la demanda, medir los resultados y la utilización de servicios; y de información clínica.

Las características básicas del sistema de información clínica que requiere la OSI, son que: a) constituya un sistema integrado de registros clínicos a lo largo del continuo asistencial, b) incluya herramientas de soporte a la decisión clínica y c) un sistema de análisis de información de apoyo a la práctica médica.

a. Sistema integrado de registros clínicos a lo largo del continuo asistencial. El sistema de información de una OSI debe contener información longitudinal del paciente para ayudar al personal sanitario a gestionar la atención a lo largo de las unidades que forman parte de la OSI. Debería comprender información clínica y demográfica clave del paciente(67) y ser accesible desde todos los puntos del sistema por los profesionales involucrados en el cuidado del paciente (médicos de atención primaria, especialistas, urgencias,...)(33). La integración de esta información contribuye a mejorar la coordinación asistencial y la continuidad (desde el punto vista del paciente).

b. Herramientas de soporte a la decisión clínica. La aplicación de la informática al campo de la salud ha permitido el desarrollo de sistemas computerizados de orientación de las decisiones clínicas (SCOD), que son "sistemas de conocimiento que usan datos del paciente para generar un consejo específico para el caso" (62). El objetivo puede ser facilitar una identificación más exacta del diagnóstico, la determinación del

medicamento y la dosis apropiada, mejorar la calidad de las actividades preventivas (68) o mejorar la calidad de la atención médica *activa*. Pueden ser, sistemas de recordatorio de actividades de prevención, la informatización de protocolos u otros sistemas de ayuda que permiten analizar la información clave del paciente, como por ejemplo, los resúmenes de información clínica del paciente (que ayuden a gestionar resultados anormales), la automatización de alertas y recordatorios y la captura de resultados claves y datos anormales. La utilización de sistemas de apoyo a la decisión clínica para las actividades preventivas, la adscripción del médico al protocolo y selección de la dosis para alcanzar el nivel terapéutico adecuado contribuye a la mejora significativa de la práctica médica (62).

c. Sistema de análisis de la información de resultados que den soporte a la práctica médica. Por último, el sistema de información de la OSI debe proveer información sobre resultados que permita mejorar la gestión coordinada de la atención de la población. Existe un amplio consenso en relación a la necesidad de una monitorización regular de la práctica médica tanto para el desarrollo profesional como para la mejora de la calidad de la atención(61). Sin embargo se enfrenta a dos problemas, en primer lugar, la dificultad en la medición de la calidad de la atención, y en segundo lugar, la forma más efectiva de suministrarla. La retroalimentación de la información sobre la calidad de la atención produce efectos diversos en función de la edad del médico (los médicos en formación son más receptivos), del canal de comunicación (la comunicación personal es más efectiva), del transmisor de la información (un líder de opinión respetado por los profesionales) y de la credibilidad de la información (información basada en la evidencia) (57;61).

Estrategias de implantación de un sistema de información vertical

Para su implantación, se considera conveniente el desarrollo de un plan estratégico del sistema de información en el que se identifiquen las prioridades de la OSI, la asignación de fondos y se provean los recursos claves para orientar el sistema a la mejora de la coordinación y la continuidad asistencial(67). Otra alternativa sería incluirlo en el núcleo de estrategias de la OSI y comunicarlo a lo largo de la organización(32). La creación de grupos de trabajo para definir las necesidades y tomar decisiones estratégicas, permite involucrar a los profesionales en el desarrollo del sistema(33).

El uso extensivo del sistema de información requiere el entrenamiento de los profesionales sanitarios en su utilización y la demostración de que con estos sistemas van a hacer un uso más eficiente del tiempo que sin ellos(69).

Estrategias de gestión de la atención

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

Programas de gestión de enfermedades (PGE)

Los programas de gestión de enfermedades (PGE) son sistemas coordinados de información e intervenciones sanitarias para poblaciones que sufren enfermedades que comparten el valor de los autocuidados en su tratamiento y control(70). Estos

programas hacen que los responsables en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, se pongan de acuerdo en los estándares, personal y costes en los que se incurre para proveer la atención(71).

Los PGE se centran en pacientes con diagnósticos específicos y se dirigen a enfermedades de elevada prevalencia, que requieran una atención intensiva o de elevado coste, que supongan un elevado gasto en prescripción farmacéutica, con intervenciones cuyos resultados se puedan medir y para los cuales se haya descrito variaciones significativas en la práctica clínica(71).

Basan la coordinación asistencial a lo largo del episodio en la estandarización de los procesos fundamentalmente, a través de los protocolos y guías basados en la evidencia empírica(72). Hacen poco énfasis en la coordinación con los servicios comunitarios, sociales, familia y cuidadores(73).

Las guías y protocolos de los PGE deben incluir(70):

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

La gestión de casos (GC)

La gestión de casos (GC) es la provisión de una atención continua a lo largo de diferentes servicios mediante la integración y coordinación de necesidades y recursos en torno al paciente (64). Se diferencia de la gestión de enfermedades fundamentalmente en que se centra más en los pacientes individuales y sus familias que en la población de pacientes con una enfermedad concreta(70).

Se dirige a personas con un nivel de "riesgo elevado" debido a que requieren un atención muy costosa, son vulnerables o presentan necesidades de salud y sociales complejas (64). Por ejemplo, ancianos frágiles con alguna enfermedad crónica; pacientes con múltiples enfermedades crónicas o necesidades de salud complejas, con riesgo elevado por un desequilibrio psicológico o psicosocial, con un problema agudo serio con un riesgo de presentar efectos graves a largo plazo. Este tipo de pacientes suelen presentar una combinación de problemas sociales y sanitarios, como por

ejemplo: dependencia funcional, diabetes, fallo cardiaco, falta de soporte familiar, pobreza(73).

La gestión de casos se basa principalmente en la figura del *gestor de casos* que ejerce el papel de coordinador de la atención del paciente a lo largo del continuo asistencial para alcanzar los resultados clínicos y económicos deseados (74). Implica negociar, procurar y coordinar los servicios y recursos necesarios; intervenir en los momentos oportunos del continuo de salud del paciente, evitando por ejemplo ingresos hospitalarios o servicios especializados con un coste elevado; y, trabajar en colaboración con el resto de profesionales que atienden al paciente (74). Suele desempeñarla un profesional de enfermería con las habilidades adecuadas(73), con conocimiento de la población objetivo y de cómo trabajar dentro del sistema y la capacidad de reconocer y atender las necesidades no cubiertas de los pacientes (64).

Existen múltiples clasificaciones de PGC (64). Destacamos aquella que distingue entre los PGC basados en un grupo de trabajo, y los PGC sin grupo. En los primeros, el gestor de casos está integrado en el equipo de atención primaria, mientras que en los segundos, trabaja de manera individual. La comunicación y colaboración entre los gestores de casos y el resto de profesionales resulta más fácil en el primer caso(73).

Los elementos que debe contener este tipo de estrategias para ser eficaces en la coordinación de la atención y contribuir a reducir los costes totales del sistema, son(73):

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

2.6. Resultados de la OSI en coordinación, continuidad y eficiencia

La *evaluación de la coordinación* y de la continuidad en los servicios sanitarios es un apartado escasamente desarrollado. En el caso de la coordinación, la mayoría de los estudios evalúan los efectos de la implementación de los instrumentos de coordinación en la calidad de la atención, y se suelen estudiar, fundamentalmente desde el punto de vista de los servicios. Son escasos los estudios que tienen en cuenta la perspectiva del personal de salud, como usuario de los mecanismos de coordinación, y de la población, como usuaria de los servicios. En relación a la continuidad, desde el punto de vista del paciente, la mayoría de las evaluaciones se refieren a la continuidad de relación (75).

El análisis de la coordinación se puede realizar utilizando indicadores para medir aspectos estructurales, de proceso y resultado relacionados con la coordinación de

información y de la gestión de la atención (76). La coordinación de la información a lo largo del proceso se analizaría evaluando la disponibilidad de mecanismos para transferir la información de un nivel asistencial a otro, el nivel de accesibilidad y la adecuación de la información compartida (54;77). La coordinación de la gestión de la atención se evaluaría, en primer lugar, con indicadores de estructura que midan la disponibilidad de mecanismos para gestionar coordinadamente al paciente a lo largo del continuo; en segundo lugar, con indicadores de proceso que midan el grado de adherencia de los profesionales a los mismos, así como el grado de seguimiento longitudinal del paciente y los gaps o interrupciones que se producen (54;77); y en tercer lugar, con indicadores de resultado que midan la duplicación innecesaria de insumos como pruebas complementarias, medicamentos, así como resultados asistenciales vinculados a objetivos sanitarios de los mecanismos de coordinación implementados(50).

En términos generales se puede decir que la *eficiencia* económica se refiere al mejor uso posible de los recursos teniendo en cuenta las preferencias de la población(78). Se distingue en la teoría económica entre eficiencia técnica – producción de un bien o servicio utilizando la combinación de inputs de menor coste –, y eficiencia distributiva, que se consigue cuando la combinación de bienes y servicios es la más valorada por los miembros de la sociedad(79). El análisis de la eficiencia de la OSI se puede realizar mediante indicadores relacionados, en primer lugar, con productos intermedios como la estancia media ajustada por funcionamiento o el consumo de medicamentos genéricos, y en segundo lugar, con productos finales relacionando el consumo de recursos con resultados asistenciales (80).

3. Justificación

En los últimos años, proveedores, financiadores, y analistas de políticas de salud han expresado un creciente interés en el desarrollo de Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs) (81). Este interés surge de la expectativa generada en relación a la capacidad de estas organizaciones de proveer una atención integrada y resolver así problemas de descoordinación a los que se enfrentan diversos sistemas de salud (81).

Sin embargo, la integración de servicios se ha analizado sobre todo en Norte América, donde durante en la última década este fenómeno ha experimentado una eclosión en el contexto de un sistema muy fragmentado. En Cataluña, con un modelo de salud muy diferente –Sistema Nacional de Salud con diversificación en la titularidad de la provisión –, han aparecido progresivamente organizaciones de este tipo. En nuestro entorno, no obstante, los estudios son escasos, y generalmente limitados a aspectos parciales de la integración de los servicios de salud. No existen, trabajos que proporcionen un análisis global del carácter y papel de estas organizaciones en nuestro sistema sanitario.

Con el fin de contribuir a conocer mejor las experiencias de OSIs que han aparecido en Cataluña, el Consorci Hospitalari de Catalunya está realizando una investigación⁴ en la que se propone, en primer lugar, un marco teórico para su estudio adaptado a nuestro sistema de salud(82), y en segundo lugar, se analizan seis casos. A partir del marco conceptual se ha generado la guía para el análisis de las organizaciones sanitarias integradas(83) (Anexo I). La guía recoge las dimensiones que influyen en el grado de integración de las OSIs: elementos del entorno (existencia de otros proveedores, tipo de mecanismos de pago de la provisión) e internos (modelo de gobierno, estrategias, estructura, cultura y liderazgo). Se estudia el desempeño en la coordinación asistencial desde el punto de vista de los profesionales, como usuarios de los mecanismos de coordinación, y de la población, como usuaria de los servicios.

Debido a que el objeto de estudio ha sido escasamente analizado hasta el momento, hemos adoptado una aproximación cualitativa que permita profundizar en la complejidad del fenómeno, y trabajar con pocos casos para aumentar nuestro conocimiento de la realidad. El estudio cualitativo, además, nos proporcionará elementos que nos permitan interpretar los hallazgo de una investigación cuantitativa posterior.

Dada la extensión del análisis propuesto por la guía, la presente investigación se concentra en la exploración de algunas de las dimensiones fundamentales de dos de los casos seleccionados,- características y tipos, elementos del entorno, y elementos internos -, y no aborda entre estos últimos, aquellos aspectos relacionados con la cultura organizativa y liderazgo. Tampoco se realiza la evaluación del desempeño de las organizaciones.

⁴ Financiamiento FIS (PI042688)

4. Objetivos del estudio

Objetivo general

Analizar dos experiencias de organizaciones sanitarias integradas en Cataluña e identificar posibles áreas de desarrollo futuro, que contribuyan a mejorar su eficacia.

Objetivos específicos

- a) Analizar y tipificar estas entidades, como organizaciones sanitarias integradas, según sus características principales y los criterios de clasificación de OSIs.
- b) Determinar los elementos del entorno que favorecen o frenan la integración en estas OSIs
- c) Analizar en qué manera los elementos internos de las dos OSIs, - modelo de gobierno, dimensión estratégica, estructura organizativa, y sistema de asignación - influyen en la coordinación de estas organizaciones.
- d) Analizar el desarrollo de los procesos de coordinación asistencial en las OSIs estudiadas.

5. Metodología

Diseño del estudio

Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo basado en un estudio de caso de dos Organizaciones Sanitarias Integradas en Cataluña.

El estudio de caso pretende proporcionar información para el desarrollo y sustentación de una comprensión amplia de esta iniciativa concreta (las organizaciones sanitarias integradas) en el sistema de salud en Cataluña. No pretende necesariamente la generalización de los resultados de una muestra a una población (84), sino usar estos resultados para sugerir una teoría o proporcionar apoyo empírico a la teoría existente (85). De esta forma, la presente investigación es un paso inicial hacia una mayor claridad conceptual en lo que respecta a las dimensiones y objetivos clave para que las organizaciones sanitarias integradas puedan contribuir a la mejora de la coordinación asistencial y eficiencia en la atención, en las condiciones actuales del sistema de salud.

Se han analizado las dos Organizaciones Sanitarias de Cataluña mediante la aplicación de la “Guía para el estudio de Organizaciones Sanitarias Integradas de base territorial”(83) (Anexo 1). Ésta es el marco para el desarrollo de los casos. Para su aplicación se han utilizado un conjunto de técnicas de recogida de información y unos instrumentos (Anexo 2), que se describen más abajo.

La recogida de la información se inició en octubre de 2004 y finalizó en agosto de 2005.

Muestra

El área de estudio es Cataluña, y dentro de esta, las dos comarcas que constituyen el área de influencia de las OSIs objeto del estudio.

El caso de estudio lo constituye la organización sanitaria integrada, que se define como una red de proveedores de salud que ofrecen una atención de un continuo de prestaciones a una población determinada y se responsabilizan de los costes y resultados de salud de la población.

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

- ser un proveedor integrado verticalmente que, al menos, ofrezca servicios sanitarios de primer y segundo nivel,
- con experiencia de más de cinco años de gestión conjunta,
- prestar la atención a una población definida y
- contar con la presencia de un hospital comarcal dentro de la red.

La muestra la constituyen dos casos de estudio, cuyas características básicas se resumen en la tabla 3.

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

OSI	Unidades operativas principales	Comarcas	Población de referencia (hab.)
Consorti Sanitari de Terrassa (CSdT)	1 hospital comarcal 4 ABS(*) 1 centro sociosanitario	Vallès Occidental	133.512
Consorti Sanitari del Maresme (CSdM)	1 hospital comarcal, 3 ABS, 1 centro sociosanitario, 1 CSM infantil y adultos, 1CASS, 1 Residencia	Maresme	208.225

*ABS: Área Básica de Salud, CSM: Centro de Salud Mental, CASS: Centro de atención y seguimiento a las Drogodependencias

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

Muestra de documentos

Se seleccionó una muestra teórica (86) de documentos, es decir, se recopiló todos aquellos documentos que podían proporcionar información sobre las dimensiones de análisis de la OSI y su entorno, definidas en la Guía.

Tabla 4. Muestra de documentos analizados en cada OSI

Tipo de documento	CSdM	CSdT
Estatutos	5	4
Memorias	9	4
Contratos y su evaluación	3	6
Convenios	0	1
Organigrama	1	2
Planes estratégicos, de empresa, funcionales, doc. estratégicos	8	8
Cuadros de mando	0	1
Actas (gobierno, comités de dirección)	4	14
Manuales de modelo organizativo*	1	0
Presupuesto, centros de coste	3	1
Modelo organización asistencial*	5	1
Instrumentos de coordinación asistencial (GPC, trayectorias clínicas, comisiones etc.)	17	11
Programa gestión de enfermedades	0	1
Manual sistema de información*	5	0
Manual circuito administrativo*	0	0
Políticas de la organización (incentivos, calidad, etc.)	0	1
Publicaciones	4	7
Total	65	62

CSdM- Consorci Sanitari del Maresme; CSdT- Consorci Sanitari de Terrassa

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

Se habían definido los siguientes documentos:

Memorias de la OSI, contratos con el CatSalut, convenios de colaboración y cartera de servicios, estatutos, planes estratégicos, cuadros de mando, direcciones por objetivo, organigramas, actas, cuentas de explotación, contratos de gestión internos y modelos de contratos con los profesionales; manuales de organización asistencial, guías de práctica

clínica, mapas de atención o trayectorias clínicas, planes de alta hospitalaria, guías farmacológicas compartidas, planes de formación, programas de gestión de enfermedades, programas de gestión de caso y manuales del sistema de información utilizados en la OSI

No todos los documentos estaban disponibles o fueron proporcionados por cada OSI. La muestra final de documentos analizados se muestra en la Tabla 4 y la lista exacta de los documentos analizados en cada OSI se encuentra en el Anexo III.

Muestra de informantes

La muestra de informantes es de carácter teórico (86), para incluir los diferentes grupos de entrevistados que pueden tener una opinión o influir en las dimensiones o procesos estudiados. Se entrevistaron a las siguientes categorías de actores clave: directivos de las OSI, técnico de apoyo de la OSI, directivos de las unidades operativas, profesionales de la atención primaria y de atención la especializada.

El proceso de selección de la muestra fue mixto (87;87). Por una parte se seleccionaron informantes de acuerdo a las categorías definidas, por otra, se hizo selección en bola de nieve o nominado (86). En esta última los informantes entrevistados sugirieron otros informantes para completar aspectos de la información que les eran desconocidos.

La composición final de la muestra se encuentra en la Tabla 5.

Tabla 5. Composición final de la muestra de informantes

Categoría	Tipo	CSdM	CSdT
Directivos de la OSI	Gerente	1	1
	Director asistencial	1	1
	Director enfermería	1	
	Director Sistema Información	1	1
	Director Económico-financiero	1	1
	Director planificación		1
Técnicos de apoyo OSI		4	1
	Coordinador APS	1	1
	Coordinador salud mental	1	0
	Coordinador socio-sanitario	1	1
Profesionales	Atención primaria	1	1
	Atención especializada	2	5
Total		15	14

CSdM- Consorci Sanitari del Maresme; CSdT- Consorci Sanitari de Terrassa

Técnicas de recogida de datos

Para el estudio de los casos se utilizó una combinación de técnicas cualitativas en la recogida y análisis de información: análisis de documentos y entrevistas individuales.

Análisis de documentos

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

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

Entrevistas individuales

La entrevista consiste en una conversación en la que se ejercita el arte de formular preguntas y escuchar respuestas(88). Su principal finalidad es la obtención de información, diferenciándose en éste sentido de la conversación ordinaria, que posee un carácter pragmático. Busca comprender las perspectivas de los entrevistados sobre los fenómenos objetos de la investigación (89)

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

Análisis de datos

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

Calidad de los datos

Para asegurar la calidad de los datos cualitativos se ha realizado la triangulación de la información(90-92) mediante la utilización de diferentes técnicas de recopilación de la información, como comparaciones entre los distintos grupos de informantes, la intervención de varios investigadores en el análisis y la contrastación de los resultados con datos procedentes de otras fuentes. Además los resultados procedentes de las entrevistas se han contrastado con los informantes.

Además de los mecanismos de rigor de la investigación cualitativa, la calidad científica se asegura, por la existencia de un comité de asesores externos, procedentes tanto del mundo académico como del mundo de la gestión, organización y planificación de los servicios de salud⁵.

Limitaciones del estudio

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

El alcance del estudio ha estado determinado por la disponibilidad de los datos (documentales), en algunos casos, como la autorización a accederlos, tanto documentales, como procedentes de entrevistas en las organizaciones sanitarias integradas que se estudian.

Por limitaciones de tiempo la presente investigación se concentra en las dimensiones de estructura y proceso del análisis, y no aborda aquellas relacionadas con la cultura y el liderazgo de las organizaciones. No obstante, estos dos elementos completan el modelo para el análisis de las OSIs y resultan claves para comprender el proceso de integración asistencial.

Asimismo, y también por problemas de tiempo no se ha evaluado el desempeño de los dos casos en relación a sus objetivos de coordinación y eficiencia, con lo cual, no se puede establecer una conexión entre los aspectos estructurales y de procesos analizados y los resultados de las organizaciones.

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

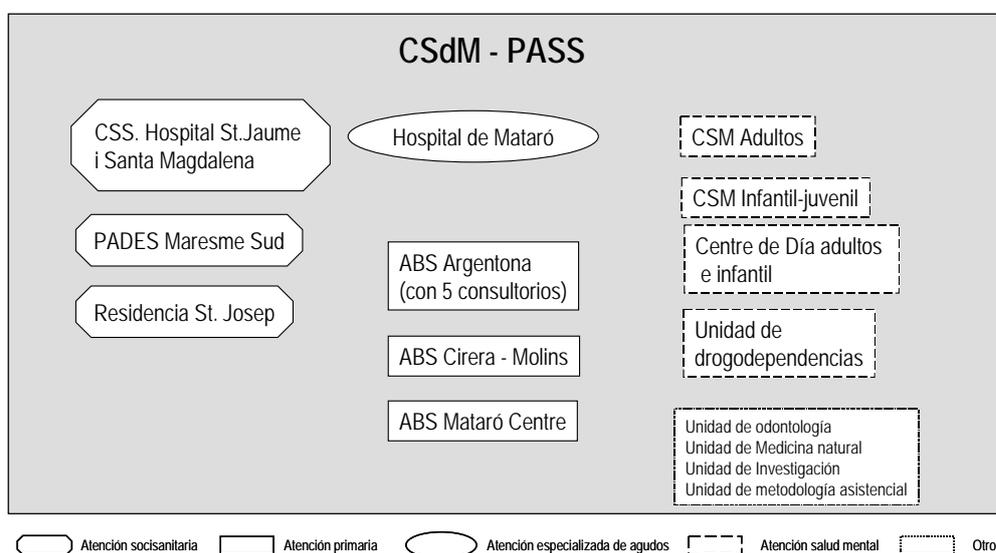
⁵ Vicente Ortún; Universidad Pompeu Fabra, Barcelona; Francesc Moreu, Consorci Hospitalari de Catalunya; Manel del Castillo, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona; Encarna Grifell, Hospital Sant Antoni Abad, Vilanova i la Geltrú; Antoni Anglada, Hospital General de Vic

6. Resultados

ConSORCI Sanitari del Maresme

El Consorci Sanitari del Maresme (CSdM) es una organización sanitaria integrada creada en 1998 para prestar servicios de atención primaria de salud, atención especializada, prevención y rehabilitación, docencia e investigación a la población residente en la franja centro de la comarca del Maresme y su área sanitaria de influencia(93). El consorcio está integrado por tres instituciones públicas, el Servei Català de la Salut, el Consell Comarcal del Maresme y el Ayuntamiento de Mataró(93). Actualmente están integrados en el CSdM, el hospital de Mataró, tres ABS y cinco consultorios locales, un equipo de apoyo de atención hospitalaria (PADES), una residencia asistida y diversos servicios de salud mental. Fuera del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, el CSdM gestiona una unidad de odontología y otra de medicina natural, una unidad de investigación, y otra de metodología asistencial(94). Desde el año 2003, los diferentes servicios de salud que gestionaba en la comarca del Maresme la entidad pública Serveis de Prevenció Assistencials i Sòcio-Sanitaris (PASS) se han ido integrando en el Consorci Sanitari del Maresme. Actualmente el centro sociosanitario es el único servicio no integrado, aunque el CSdM comparte con el mismo actividades de soporte asistencial mediante la fórmula de Asociación de Interés Económico (AIE)(95), y ambos están gestionados por la misma entidad, Consultoria i Gestió(94).

Figura 2. Unidades Operativas del CSdM – PASS. 2004



Fuente: Elaboración propia

La zona de influencia (ZIH) del Hospital de Mataró comprende buena parte de la comarca del Maresme y cuenta con una población de 234.698 habitantes en el año 2003, distribuida en catorce municipios(96). El centro sociosanitario y los servicios de salud mental ambulatorios y de agudos actúan de referencia para toda la comarca, esto

es, 377.608 habitantes(97). De la ZIH, el CSdM proporciona el continuo de servicios de salud, - atención primaria, atención agudos, atención sociosanitaria -, a 128.048 habitantes(96), pues de las trece ABS en las que se encuentra dividida el área, solo gestiona tres(98). Por lo tanto la penetración⁶ del CSdM en su ZIH es del 32%.

1. Características generales

La **amplitud de la integración** de servicios a lo largo del continuo asistencial en el CSdM comprende desde la atención primaria de salud (APS) a la atención sociosanitaria (ASS), pasando por la atención especializada de agudos (AE). En atención primaria, el CSdM proporciona las prestaciones propias de este nivel, - medicina de familia, pediatría, etc.-. En el ámbito ambulatorio, el CSdM también provee atención de salud mental para población infantil-juvenil y adulta y atención a las drogodependencias. En atención especializada de agudos, el Hospital de Mataró actúa como hospital de referencia de la comarca, y por lo tanto, está destinado a resolver la práctica totalidad de los problemas de salud susceptibles de curación y mejorar, exceptuando los que requieren recursos tecnológicos de coste muy elevado(99). Además de los servicios propios de un hospital de referencia, el hospital de Mataró provee hospitalización y atención urgente de psiquiatría. En el ámbito de la atención sociosanitaria el Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena actúa como centro sociosanitario polivalente ofreciendo todas las líneas de servicio sociosanitaria: larga estancia, convalecencia y curas paliativas y hospital de día. Comparte con el Hospital de Mataró un equipo de evaluación y soporte al hospital (UFISS), especializado en geriatría y en curas paliativas. También en el ámbito sociosanitario, el CSdM cuenta con un equipos de evaluación y soporte a la atención primaria (PADES) en geriatría y curas paliativas para el sur del Maresme.

En cuanto a la **profundidad de la integración**, el CSdM cuenta con cinco consultorios locales y tres CAPS para proporcionar la atención primaria, un hospital para la atención especializada de agudos y un centro para la atención sociosanitaria(94).

El CSdM **provee directamente** el núcleo de la actividad asistencial que le contrata el CatSalut. Los únicos servicios que actualmente externaliza son la resonancia y algunas pruebas de alta tecnología.

El consorcio de gestión es la **fórmula de relación** adoptada por las tres administraciones que conforman el CSdM para la prestación integrada de los servicios. Se trata, por lo tanto, de una entidad jurídica pública, de carácter asociativo, dotada de personalidad jurídica plena e independiente de la de sus miembros y con capacidad jurídica de derecho público y privado (93). Las entidades fundadoras, que conservan su patrimonio, se lo ceden al CSdM para la prestación de los servicios.

Además, el CSdM ha formalizado su relación con el PASS con la constitución de una Asociación de Interés Económico (AIE) para compartir actividades de apoyo a las actividades asistenciales de las dos entidades: gestión de compra, asistencia técnica y jurídica, formación profesional, etc.(95).

⁶ La penetración se definiría como el porcentaje de la población residente en la ZIH de la OSI adscrita a las ABS que gestiona la OSI, sobre el total de población residente en la ZIH.

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

2. Evolución histórica del CSdM

Los servicios precursores del CSdM son por un lado, el hospital Sant Jaume i Santa Magdalena, cuyo origen se remonta al siglo XVII, y por otro el hospital de la Aliança Mataronina, mutualidad de previsión social fundada en 1909. Con la finalidad de reordenar y racionalizar la oferta pública hospitalaria de la ciudad de Mataró, se decide fusionar los dos hospitales construyendo uno nuevo. Para su gestión, se crea en 1991 el Consorci Sanitari de Mataró (CSM)(100), participado por el Ayuntamiento de Mataró, la Fundación Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena y la Aliança Mataronina(101).

El CSM se dota en 1993 de un ente instrumental, - Serveis de Prevenció Assistencial i Sòcio-Sanitaris (PASS),- para la gestión integrada de los servicios de atención primaria, sociosanitaria, de salud mental, salud pública y servicios sociales que el CSM había ido incorporando tras su constitución⁷(102). El PASS, nacía con la finalidad de reducir las barreras entre los servicios de salud pública, la atención primaria, y la hospitalaria mediante programas dirigidos a grupos específicos de población y coordinando las actuaciones(103).

Finalmente, en lugar de adscribir el nuevo Hospital de Mataró al CSM, se decide crear otro consorcio por iniciativa de la Generalitat. Así, en octubre de 1998 se constituye el Consorci Sanitari del Maresme (CSdM) que pone en marcha el nuevo Hospital de Mataró(93). Casi dos años más tarde, en junio de 2000, el CSdM pasa a gestionar el ABS de Argentona junto con sus consultorios(104). La incorporación de esta primera ABS constituye el primer paso del CSdM en la integración de diferentes niveles asistenciales, y por lo tanto el inicio de su proceso de transformación en una organización sanitaria integrada. Este proceso adquiere una magnitud mayor con el proyecto de integración en el CSdM de los diferentes servicios de atención primaria, sociosanitaria y de salud mental que gestionaba el PASS(105-107). Y culmina formalmente con la aprobación del acuerdo institucional entre el CatSalut, el Ayuntamiento de Mataró, el PASS, el CSM y el CSdM en el 2003(108). El traspaso había comenzado ya desde el 2000, con la unificación de la gestión del PASS y del CSdM a propuesta del Servei CATALA de la Salut(102) y la constitución de una AIE para compartir los servicios de compra, suministros e informática(107). Durante el 2003 y principios del 2004, se completa la integración del resto de dispositivos del PASS(109), con la excepción del antiguo Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena que tras su cierre como hospital de agudos había asumido la actividad sociosanitaria del Llar Cabanelles. Su integración en el CSdM se prevé para el año 2007(110).

⁷ Estos eran el ABS Cirera-Molins, el Centro Sociosanitario Llar Cabanelles, el PADES, los Centros de Salud Mental infantil-juvenil y de adultos, el centro de drogodependencia, la residencia St.Josep, la unidad de drogodependencias y el IREC.

La estructura organizativa del CSdM se ha ido adaptando a la incorporación de las nuevas líneas de servicio(111): los coordinadores de medicina y enfermería de los nuevos niveles asistenciales se han incorporado en el Comité de dirección asistencial del CSdM, y jerárquicamente se han integrado respectivamente bajo las direcciones médicas y de enfermería.

Los determinantes del proyecto de transformación del CSdM en una organización que integrara los diferentes servicios sanitarios de titularidad no ICS de la comarca fueron de diferente índole. Como determinante político, la voluntad por parte del Departament de Sanitat de reordenar y desplegar la oferta sanitaria de la comarca y de realizarlo mediante la integración de los servicios en un consorcio público con mayoría de la Generalitat(112). Entre los motivos de tipo económico, por un lado, la necesidad de fusionar el PASS con el CSdM como respuesta a los problemas económicos por los que atravesaba la entidad instrumental(107), y por otro, el interés por parte del CSdM de cubrir líneas asistenciales emergentes con incremento de la demanda como la salud mental y la atención sociosanitaria(105). Finalmente, como determinante asistencial, el interés por parte del CSdM de potenciar la coordinación asistencial mediante alianzas con otros proveedores locales (106).

Los presidentes de los Consorcios (CSdM y CSM) lideraron el proceso de integración del CSdM(111).

3. Elementos del entorno

a. Población y territorio

La comarca del Maresme, próxima a la ciudad de Barcelona, se extiende desde la Cordillera litoral hasta el mar, y desde el municipio de Montgat hasta el de Tordera. La ciudad de Mataró es la cabeza de la comarca(100). El sector sanitario del Maresme, que pertenece a la Región sanitaria del Barcelonés Nord y Maresme, coincide aproximadamente con la comarca(98). De tipología predominante urbana, presenta buenas comunicaciones internas y con el resto del territorio(100). Con una densidad poblacional alta (946,6 hab./km²), y una población relativamente joven, el Maresme se encuentra entre las comarcas catalanas con un crecimiento poblacional más elevado (un 20,3% en el 2001)(97).

b. Presencia de otros proveedores en el territorio

Además del CSdM y del PASS, otras entidades proveen servicios públicos de salud para el área de referencia. En atención primaria, el proveedor mayoritario es el Institut Català de la Salut (ICS) con una penetración del 86% sobre la población del área(96) distribuida en 10 ABS(98). En atención especializada, no se ha producido una integración completa de las especialidades en el hospital de Mataró, por lo que algunas especialidades siguen dependiendo del ICS. En salud mental, la larga dependencia la proporciona la Comunitat Terapèutica del Malgrat (113).

A pesar de que las alianzas de colaboración asistencial con los proveedores locales y de referencia constituye una de las políticas estratégicas del CSdM para potenciar la coordinación asistencial(106;110;113), con la excepción del PASS, no se ha producido

ningún avance importante en este ámbito. Los únicos esfuerzos de coordinación han sido impulsados por la Región Sanitaria del CatSalut y se concretan, en primer lugar, en el pacto de circuitos y normas de derivación entre el ICS y el CSdM para algunas de las patologías de derivación más frecuente con lista de espera, y en segundo lugar, en la coordinación con el H.Trias i Pujol para determinadas patologías que requieren prestaciones de alta tecnología(114).

c. Modelo de compra de los servicios del territorio

El sistema de compra de servicios que emplea el Servei Català de la Salut es por línea de servicios. Los mecanismos de pago a las unidades operativas del CSdM son por tanto diversos: un presupuesto en base a la estructura del equipo, para la atención primaria, y un pago por actividad según la línea de producto para la especializada(115).

4. Elementos internos

a. Modelo de gobierno del CdSM

El CSdM está gobernado por un órgano centralizado, el Consell Rector, en el que el Servei Català de la Salut mantiene la mayoría absoluta (seis representantes, uno de los cuales ejerce la presidencia), el Ayuntamiento de Mataró dispone de tres representantes (entre los cuales se elige al vicepresidente), y el Consell Comarcal del Maresme, uno(93).

El gobierno del CSdM está compuesto en su mayoría por políticos locales (alcalde de Mataró y regidores de áreas sociales), directivos del CatSalut y figuras de reconocimiento local(111). El gerente del CSdM asiste a las sesiones del Consell Rector con voz pero sin voto(93).

Las funciones del órgano de gobierno del CdSM vienen definidas por su estatuto - norma básica del consorcio-, entre las que se destacan por estar relacionadas con su rol estratégico: la orientación general de las funciones del Consorcio dentro de los objetivos estatutarios, la aprobación de los planes y presupuestos para alcanzar estos objetivos, la aprobación de los reglamentos organizativos y de funcionamiento de las diversas actividades, y en general de todas aquellas decisiones relacionadas con ampliación de actividades, inversiones o convenios con otras entidades(93). En la práctica, el gobierno del CSdM se concentra en el seguimiento presupuestario y de la actividad asistencial, y en la aprobación de planes estratégicos y acuerdos institucionales(116).

La gerencia, órgano ejecutivo del CSdM, tiene atribuidas las funciones de proponer las estrategias al Consell Rector, y éste de aprobarlas, tal y como sucedió con el plan estratégico(106) y planes de empresa (117), en cuya formulación no participó el gobierno de la entidad(106).

La información que la gerencia del CSdM suministra al órgano de gobierno para el seguimiento de la actividad del CSdM se realiza por línea asistencial y contiene datos de productos intermedios como altas, visitas, sesiones y estancia media para la atención aguda, y visitas por tipo de actividad para la atención primaria(116).

Del análisis de las actas del gobierno para el periodo (2002-2004) se desprende que los dos temas que salen con más frecuencia en las reuniones son el presupuesto y el crecimiento de la demanda asistencial (urgencias, etc.)(116). Los representantes del ayuntamiento llevan al Consell Rector algunos temas relacionados con las necesidades de la población, como por ejemplo, la propuesta de crear una nueva ABS para descongestionar los servicios de atención primaria de la comarca o la necesidad de realizar campañas informativas para la utilización racional de las urgencias de la comarca(117).

b. Dimensión estratégica de la OSI

El CSdM cuenta con un Plan Estratégico (PE) elaborado para toda la organización para el periodo 2000-04(106). El plan se realizó en dos fases: en la primera, se definió la visión del CSdM y se priorizaron los principales proyectos estratégicos de la organización en relación a tres grandes temas: problemas de salud, ámbito organizativo asistencial, y ámbito de apoyo asistencial y al ciudadano, y en la segunda fase, se elaboró el diagnóstico estratégico y se definieron las principales políticas y acciones a desplegar(106). Se constituyeron grupos de trabajo participados por profesionales de la entidad para identificar los diferentes proyectos estratégicos del CSdM(106). La priorización de estos proyectos y la elaboración posterior del Plan la realizó el Comité de Dirección del CSdM, el director de la Región Sanitaria Barcelonés Nord y Maresme y asesores externos(106;118).

La misión y valores del CSdM recogidos en el PE contemplan dos de los elementos que delimitan a una organización sanitaria integrada: la implicación de la entidad con un territorio determinado y el interés en garantizar la continuidad de la atención(106). El objetivo de prestar una atención hospitalaria coordinada con los otros niveles asistenciales, también se recoge en los estatutos del CSdM(93). La visión de futuro del CSdM expresa la voluntad de avanzar en la gestión integrada de los servicios públicos sanitarios y sociales del territorio de referencia mediante el establecimiento de pactos de colaboración y alianzas con otros proveedores(106).

Tabla 6. Misión y valores del CSdM (2000-2004)

Misión	El CSdM es una organización de provisión de servicios sanitarios que da cobertura integral a las necesidades de salud del ciudadano de su área de influencia (...).
Valores	<ul style="list-style-type: none"> (1) El ciudadano es el eje centra de la actividad del CSdM (2) El compromiso con la sociedad por ser una organización sanitaria implicada en un territorio. Compromiso con la eficacia de las instituciones y el uso eficiente de los recursos. (3) Ofrecer una atención integral e integrada a la persona. Esto implica asegurar la continuidad de la atención en todas las modalidades asistenciales (4) Trabajar para la mejora continua de la calidad (5) Basar la organización en el equipo humano. El trabajo en equipo es el eje de la asistencia.

Fuente: Pla Estratègic del CSdM (106)

El PE recoge numerosos objetivos y políticas estratégicas relacionados con la coordinación, la eficiencia, la mejora de la calidad asistencial, la innovación, la

adaptación de la oferta a las necesidades de la población y la investigación y docencia. Se señala como objetivo, *“la promoción de la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales para garantizar que el proceso se realice sin discontinuidades”*, y como estrategias para alcanzarlo se escogen, por un lado, la búsqueda de fórmulas interorganizativas (*“la adopción de alianzas con el conjunto de proveedores locales y otros hospitales de referencia”*), y mecanismos de coordinación asistencial (*“protocolos compartidos”*, *“gestores de caso”* e *“historia clínica única informatizada”*).

Relacionados también con la mejora de la eficiencia, el CSdM se plantea los objetivos de: (1) desplegar los instrumentos de gestión clínica, -trayectorias clínicas y GPC-; (2) dar a su rol una orientación comunitaria mediante políticas de prevención, educación sanitaria y gestión de la demanda *“para hacer frente a un entorno presupuestario restrictivo”*; (3) la adaptación de la organización a las necesidades de una *“Empresa de Servicios de Salud”*⁸ a través de una estructura más descentralizada; y (4) la introducción de incentivos a la eficiencia y al logro de resultados, la corresponsabilización de los profesionales con las políticas institucionales y la selección del personal y formación de acuerdo con el modelo.

Los únicos servicios con los que la dirección del CSdM establece objetivos son los hospitalarios. Para el resto de niveles se mantienen los objetivos que el CatSalut fija en los contratos. Además de objetivos de actividad y calidad, la dirección médica establece para algunos servicios, objetivos de coordinación con la atención primaria, - realización y seguimiento de GPC y criterios de derivación -, y de eficiencia,- en su mayoría de control de la estancia media-(120). De forma separada se fijan los objetivos de enfermería para las distintas áreas, incluyendo las no-hospitalarias.

c. Estructura organizativa

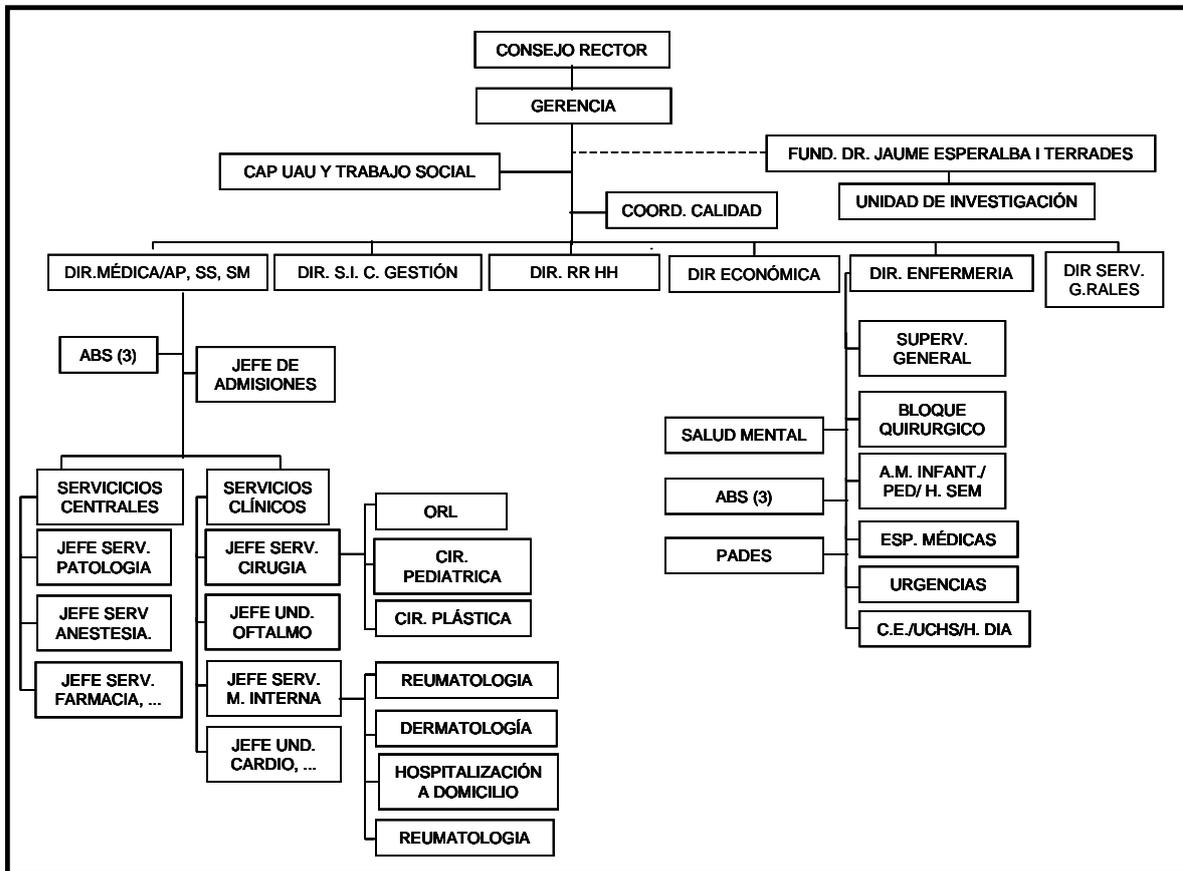
La estructura organizativa del CSdM presenta un diseño funcional en el que se encuentran integradas las direcciones médicas y de enfermería, así como las funciones de apoyo. Las actividades asistenciales médicas se agrupan por servicios, según las especialidades, y las de enfermería, por áreas. Mientras que las áreas y servicios se establecen por niveles asistenciales, las funciones de apoyo asistencial (anatomía patológica, laboratorio, farmacia, etc) y no asistencial (recursos humanos, economía y finanzas, sistemas de información, servicios generales) están integradas para toda la organización.

En el organigrama del CSdM aparece representada la gerencia acompañada por tres unidades de apoyo (*staff*): la unidad de investigación, la de calidad y la unidad de atención al usuario y trabajo social. De la gerencia dependen jerárquicamente seis direcciones transversales para toda la organización: la dirección médica, la de enfermería y las cuatro no asistenciales. De la dirección médica dependen los responsables de los dieciséis servicios clínicos hospitalarios, los responsables médicos de APS, salud mental y sociosanitario, así como los servicios asistenciales de apoyo, admisión, archivo y documentación. De la directora de enfermería dependen las responsables de las nueve áreas asistenciales, la de formación, y la de metodología

⁸ Algunos autores utilizan el término Empresa de Servicios de Salud (ESS) para referirse a las Organizaciones Sanitarias Integradas(119).

asistencial, la supervisión de tarde y supervisión de noche(121). El director médico y directora de enfermería coinciden a su vez con el director médico y directora de enfermería del hospital.

Figura 3. Organigrama del CSdM 2004



Fuente: Consorci Sanitari del Maresme. Organigrama. 2004(122)

Los órganos de gestión del CSdM son dos: el Consejo de Dirección (CD) y el Consejo de Dirección Asistencial (CDA)(111). El primero está formado por la gerencia del CSdM y las seis direcciones transversales, mientras que el segundo lo compone la gerencia, la dirección y subdirección médica y de enfermería, así como los coordinadores médico y de enfermería de atención primaria, sociosanitaria y salud mental. El Consejo de Dirección tiene un rol más estratégico, -la discusión de las políticas del CSdM, el control presupuestario de toda la organización, la dirección de las actividades de apoyo asistencial y el establecimiento de las inversiones-, mientras que el Consejo de Dirección Asistencial tiene como función básica el seguimiento de la actividad asistencial y al mismo tiempo actúa como órgano de información asistencial de las diferentes áreas asistenciales que integra el CSdM(123). Las funciones de dirección relativas a los servicios asistenciales,- la planificación, gestión de personas y asignación de recursos -, las realiza de manera centralizada la dirección médica, y el responsable del servicio.

Además de estos dos órganos que actúan como comités permanentes para la dirección y coordinación, no existen otros mecanismos para coordinar las funciones de dirección, con la excepción de enfermería. En este ámbito se reúnen periódicamente la dirección de enfermería del CSdM, las de los diferentes áreas, así como los responsables de formación y metodología y evaluación para coordinar las funciones de dirección e intercambiar información(124).

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

El presupuesto del CSdM está integrado para toda la organización (125) y se gestiona de forma centralizada(126). Se elabora a partir de los objetivos y las acciones estratégicas que establece el Plan Estratégico y el Plan de empresa, así como el incremento de actividad previsto(125;127;128).

Los recursos se distribuyen a los centros de costes, que coinciden con las unidades asistenciales (equipos de atención primaria, servicios hospitalarios, etc), las de apoyo y las no asistenciales. Los centros de beneficio coinciden con aquellas unidades a las que el SCS compra servicios: caps, ccee, hospitalización, etc.(126)

5. Coordinación asistencial en el CSdM

Las bases del modelo organizativo asistencial que pretende implementar el CSdM surgen de su Plan Estratégico(106), y se enmarcan en el modelo asistencial que define el Sistema Nacional de Salud. En éste, la **atención primaria** asume el rol de puerta de entrada (“*gatekeeper*”) y filtro del sistema, actuando como su gestor a lo largo del continuo asistencial. Mientras, el **especialista** que representa la figura del consultor, realiza los procedimientos diagnósticos y terapéuticos especializados(129). Esta distribución de roles en la asistencia conforman un modelo de colaboración entre la atención primaria y la especializada de tipo gestor-consulta(53).

Los dos pilares básicos del modelo organizativo del CSdM son la continuidad asistencial, por un lado, y la docencia e investigación por otro. Para garantizar la continuidad asistencial, se pretende desarrollar metodología asistencial (GPC y Trayectorias Clínicas) a lo largo del continuo, y progresar hacia la historia clínica electrónica(106). El modelo también busca mejorar la accesibilidad a la atención del médico del especialista y el nivel de resolución de la atención primaria. Para ello se ha ampliado la cartera de servicios de la atención primaria con la transferencia de algunas prestaciones desde la atención especializada, como por ejemplo, el control del tratamiento anticoagulante oral (SINTROM)(130) o el seguimiento de algunas post-cirugías (124), y el acceso a determinadas pruebas complementarias como los electrocardiogramas y las espirometrías(109).

Instrumentos de coordinación asistencial

Tal y como determina el Plan estratégico del CSdM(106), los mecanismos de coordinación basados en la estandarización de los procesos de trabajo han sido los más desarrollados en el ámbito de la entidad, fundamentalmente para coordinar la gestión del paciente entre la atención primaria y especializada. Entre ellos, cabe señalar la elaboración de GPC, protocolos, mapas de atención o trayectorias clínicas de

enfermería, y especialmente, circuitos y criterios de derivación. Además de este tipo de mecanismos, el CSdM emplea los instrumentos basados en la adaptación mutua contemplados dentro del *Programa Vida als anys* para coordinar la atención sociosanitaria con los otros niveles, así como algunas estrategias para mejorar la capacidad resolutive de la atención primaria, y el intercambio de información sobre el paciente entre algunos niveles asistenciales.

En el CSdM se han elaborado aproximadamente diez documentos entre **GPC y protocolos**, que sirven como mecanismos de coordinación entre los niveles asistenciales de la organización (Ver tabla 7) y están publicados en la Intranet. La mayor parte de estas guías y protocolos se han consensuado también con los equipos de atención primaria de la comarca gestionados por el Institut CATALA de la Salut (ICS).

Las **trayectorias clínicas de enfermería (TC)** son planes asistenciales estandarizados diseñados para mejorar la calidad y eficiencia asistencia a un grupo bien definido de individuos con un curso clínico predecible(131). Se comienzan a elaborar en el hospital de Mataró en 1995(124) a través de una **comisión de protocolos** en la que están representada la enfermería de los diferentes niveles asistenciales(132). Actualmente se encuentran implantadas 60 trayectorias clínicas, referidas a un episodio(133). Por lo tanto, desde el punto de vista de la continuidad asistencial, este instrumento aporta una metodología de trabajo común para todos los niveles asistenciales implicados en un proceso. Junto con esta metodología, el CSdM ha evolucionado en el desarrollo de un lenguaje común en enfermería para los diferentes niveles, mediante la utilización de los mismos sistemas de diagnóstico enfermeros (NANDA), de intervenciones (NIC) y de objetivos y resultados (NOC). Basándose en esta metodología de trabajo y lenguaje común, se ha avanzado en la estandarización de los cuidados de enfermería a lo largo del proceso. Actualmente hay desarrollados tres estándares para procesos en los que interviene el hospital de agudos y el sociosanitario – fractura de fémur, PEG⁹ y demencia-(114).

Otro de los mecanismos basados en la normalización de los procesos de trabajo desarrollados en el CSdM, es el **plan de cuidados tras el alta hospitalaria** con el objetivo de coordinar los cuidados de enfermería que requiere el paciente tras el alta(124). Los planes de cuidados se han elaborado para todos aquellos procesos asistenciales en los que se ha implementado una trayectoria clínica. Los planes, que van acompañados de los informes de alta médica y de enfermería, se transmiten al recurso de destino,- EAP y centros sociosanitarios-(114). Actualmente se encuentran implantadas nueve planes de cuidados(133).

Los **circuitos y criterios de derivación** son uno de los instrumentos más utilizados por el CSdM de coordinación entre la atención primaria y la especializada. El establecimiento de criterios de derivación fue impulsado por la Región Sanitaria en el 2000 para abordar la coordinación de varias patologías con listas de espera. Los criterios incluyen los casos en los que se puede derivar el paciente al especialista correspondiente y los casos que deben ser tratados por la atención primaria, la información que debe acompañar la derivación (pruebas complementarias y tratamiento relacionados con la patología), y en algún caso un árbol de decisión para orientar el diagnóstico y la derivación (pre-protocolo)(134-136). Para su elaboración se crearon

⁹ PEG: Paciente adulto portador de gastrostomía endoscópica percutánea

diversas comisiones en las que participó la atención primaria (ICS y CSdM), la especializada del ICS (CAPII), y el Hospital de Mataró(137).

Dentro de este grupo de mecanismos de coordinación también se han desarrollado diversos circuitos para el diagnóstico rápido del cáncer de mama, colon y pulmón(138-140).

La coordinación entre centro sociosanitario Hospital St Jaume i Santa Magdalena y los otros niveles asistenciales se realiza fundamentalmente a través del PADES y la UFISS, que actúan como **dispositivos de enlace** para la atención de las personas con riesgo sociosanitario, además de realizar funciones de valoración y asistencia. El primero da soporte especializado en geriatría y curas paliativas a la atención primaria e interviene específicamente en el domicilio. El equipo UFISS está especializado en geriatría y curas paliativas e interviene en el hospital(141). El ingreso de los pacientes en las diferentes unidades sociosanitarias está coordinado por una **Comisión de Ingresos** (CIMS) participada por los dos PADES del área, representantes del centro sociosanitario, el equipo UFISS y la Unidad de Geriatría de Agudos (UGA)(141).

Para reforzar la capacidad resolutoria de la atención primaria con **mayor acceso a conocimiento especializado**, algunos especialistas del hospital,-cardiología, endocrinología, medicina interna, psiquiatría-, realizan visitas mensuales a los CAPS en los que se discuten casos clínicos complejos, así como actividades de formación continuada y sesiones clínicas periódicas(118;142).

El objetivo que persigue el **sistema de información** (SI) del CSdM es proporcionar herramientas electrónicas de información que den soporte a la actividad asistencial a lo largo del continuo asistencial(143). En el ámbito asistencial, la suma de estas herramientas sería la *Historia Clínica Electrónica*, instrumento fundamental para garantizar la continuidad de información. El SI se estructura en torno a cuatro grandes ámbitos dentro de los cuales se desarrollan diversos instrumentos de información: el acceso al sistema, la gestión asistencial, la gestión no asistencial y la información para la gestión. En el área de acceso al sistema, la Intranet y el e-mail, son los instrumentos comunes desarrollados. Este último es uno de los mecanismos más utilizados para la comunicación directa entre los médicos de atención primaria y los especialistas (comentarios de casos, etc.)(144). La Estación de Trabajo Asistencial (EAT) y sus tres componentes, - la ETC hospitalaria, la ETC sociosanitaria y la ETC de Atención Primaria (OMI-AP)-, son las herramientas de información básicas para la gestión asistencial. Estas han sido concebidas como mecanismo para compartir información, y un primer paso hacia la historia clínica electrónica(143). Solo la atención especializada y la primaria, a través de sus ETC respectivas, tienen acceso a información sobre el paciente procedente de otros niveles asistenciales. La atención especializada de agudos recibe información, además de la propia de su nivel – historia clínica, lista de diagnósticos y procedimientos y encuentros en los diferentes servicios e informe de alta hospitalaria-, las pruebas complementarias realizadas al paciente prescritas desde cualquier punto del CSdM y los diagnósticos de las hospitalizaciones en el centro sociosanitario(145). Asimismo, en el momento del ingreso hospitalario, la atención primaria envía por e-mail al servicio, los diagnósticos principales, medicación actual y alergias del paciente que constan en la HCAP(144). El acceso a información desde la aps es heterogénea, y solo dos de los tres EAP gestionados reciben información de los encuentros clínicos del paciente en el hospital (ingresos y visitas de cc.ee), pruebas

complementarias (resultados de laboratorio e historial de radiología)(145), y el informe del alta sociosanitaria(141).

Tabla 7 . Mecanismos de coordinación asistencial desarrollados en el CSdM

Base de la coordinación	Tipo de instrumento de coordinación	Instrumento	Niveles asistenciales que coordina
Normalización de procesos de trabajo	Protocolos / Guía de Práctica Clínica	GPC de la diabetes, EPOC, artrosis de cadera, neoplasia de mama, enfermedad tromboembólica, cardiopatía isquémica, ICTUS, neumonías	APS-AE-ASS
		Guía del manejo del dolor	APS-ASS/PADES-AE
		Plan de curas de pacientes portadores de PEG	APS-AE-ASS
		Trayectorias clínicas-estándares de cuidados: fractura de fémur, PEG y demencia	APS-AE-ASS
	Circuito y normas de derivación	Cistitis de repetición, disfunción eréctil, hipertrofia prostática benigna, incontinencia urinaria, fibromialgia, osteoporosis, diabetes, obesidad, dislipemias, disfunción tiroidal, cardiopatía isquémica, cefaleas, mareas-vértigo, temblores, osteoporosis	APS-AE
	Circuito administrativo	Diagnóstico rápido del cáncer de mama, colon y pulmón	APS-AE
	Plan de alta	Planificación cuidados de enfermería tras alta hospitalaria	APS-AE-ASS
Normalización de habilidades	Sistema de experto	Consulta de casos clínicos Sesiones clínicas	APS-AE
Adaptación mutua	Puesto de enlace	UFISS de geriatría y paliativos	AE-ASS
		PADES	APS-ASS
	Grupo de trabajo	Elaboración de las trayectorias clínicas y GPC	APS-AE-ASS
	Comisión Permanente	CIMS Comisión de Protocolos de enfermería	APS-UFISS/AE-ASS APS-AE-ASS
	Comunicación Informal	INTRANET, e-mail, teléfono	APS-AE-ASS
	Sistema de Información Vertical	Informe de alta de enfermería Prescripción Médica Informatizada (PMI) Trayectorias clínicas y Plan de Curas informatizados Protocolos de APS informatizados	APS-AE-ASS AE AE APS

APS- Atención Primaria de Salud; AE- Atención Especializada de Agudos; ASS- Atención Sociosanitaria, SS-Servicios sociales; UGA-Unidad Geriátrica de Agudos; CIMS-Comisión de Ingresos Sociosanitario

Elaboración propia

Dentro de cada nivel asistencial del CSdM, se han informatizado determinadas herramientas de soporte a la decisión clínica (SCOD). En el ámbito hospitalario, la *Prescripción Médica Informatizada* (PMI) permite compartir información y facilitar la

gestión entre enfermería y medicina a lo largo del episodio de internamiento, y orientar la prescripción médica (pruebas complementarias, medicamentos, etc.) (146). De forma similar y también para el ámbito hospitalario, se ha desarrollado un aplicativo informático, la *Hoja de administración de la medicación informatizada*, para facilitar el seguimiento por parte de enfermería de las tareas planificadas según la Trayectoria clínica y el plan de curas que tiene asignadas el paciente, la dispensación de la medicación según PMI y los controles médicos (147). En octubre de 2004, se habían informatizado el 70% de las Trayectorias Clínicas desarrolladas en el CSdM(145). En el ámbito de la atención primaria se han informatizado algunos protocolos, – HTA, diabetes e hipercolesterolemia -, que contienen las actividades de prevención, control y tratamiento recomendada, así como recordatorios de las actividades preventivas(148)

Proceso agudo: cáncer de mama

Los roles de algunos de los servicios implicados en la atención del cáncer de mama se definen en la GPC elaborada por el CSdM (149). Los *equipos de atención primaria* mantienen la función de promover la detección precoz del cáncer de mama, asegurar la adecuada derivación de las mujeres con síntoma de mama y coordinar su atención a lo largo del continuo asistencial. La derivación al hospital se realiza a través de los *equipos de diagnóstico por la imagen de la atención primaria* que presentan los casos al *Comité de Patología Mamaria (CPM)*. Éste recibe asimismo los casos detectados mediante el *Programa de Detección de Cáncer de Mama*, que controla a todas las mujeres entre los 50 y 69 años censadas en la comarca. El CPM es el órgano que coordina la atención especializada, y garantiza un diagnóstico y tratamiento dentro de los estándares actuales del tratamiento de esta patología. En aquellos casos en los que la enfermedad se encuentra en un grado avanzado, la *UFISS de curas paliativas* actúa valorando y coordinando la atención del paciente con el recurso más apropiado: para el ingreso con unidad de curas paliativas o larga estancia, control con consultas externas de curas paliativas, o seguimiento por parte de la aps y/o el PADES de curas paliativas(150).

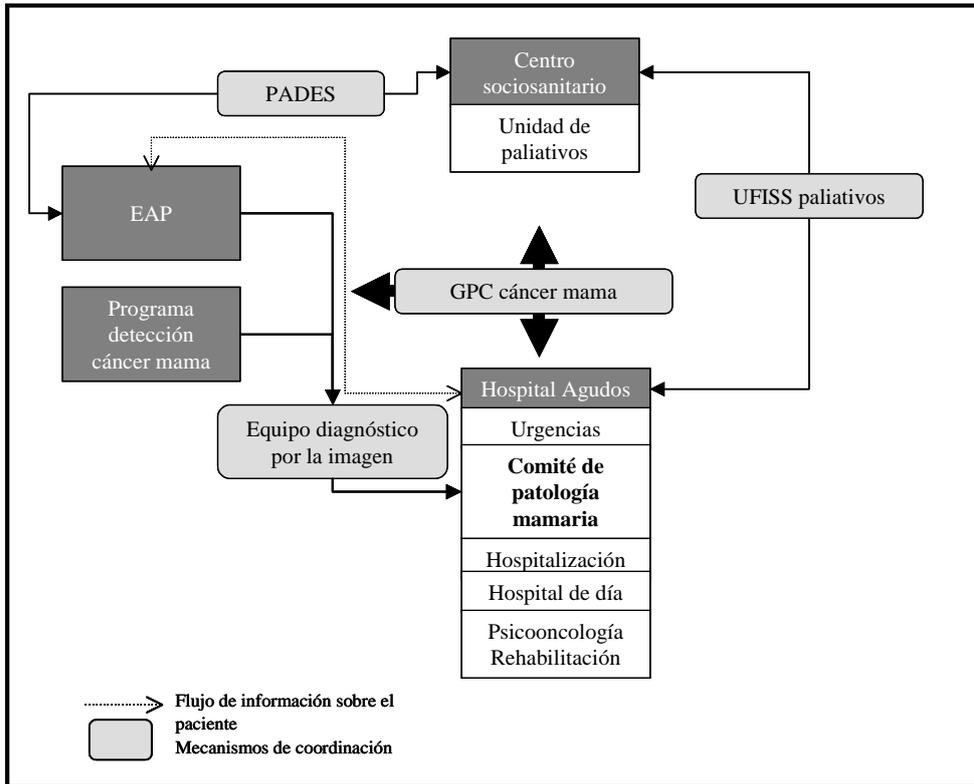
Por lo tanto, el CSdM dispone principalmente de los siguientes mecanismos de coordinación entre niveles para la gestión del cáncer de mama: la **GPC**, el **circuito de diagnóstico y tratamiento** rápido del cáncer de mama(139), el equipo de diagnóstico para la imagen de la APS que actúa como **dispositivo de enlace** entre la APS y el Comité de patología mamaria (CPM)(151), y los equipos UFISS y PADES de paliativos, que actúan como **dispositivos de enlace** entre el sociosanitario y el resto de niveles asistenciales. El equipo UFISS, el PADES y el servicio de Oncología del Hospital de Mataró celebran periódicamente reuniones de coordinación(150).

La GPC, elaborada en abril de 2004, tiene el objetivo de mejorar la atención oncológica de este tipo de pacientes, basándose en la mejor evidencia científica posible. Para su confección se tomó como referencia la oncogúia de mama de la Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques y el Departament de Salut(152). En el proceso de elaboración, coordinados por la unidad de patología mamaria, participaron además de los servicios hospitalarios, los EAP del CSdM y del ICS, sus equipo de diagnóstico por la imagen, el Programa de atención a la mujer (PAD) de la Región Sanitaria y del Departamento de Psicooncología de la Asociación Española contra el cáncer.

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

Las pacientes identificadas con un alto riesgo de padecer cáncer de mama entran en el circuito de diagnóstico rápido descrito más arriba, que garantiza un tiempo de espera máximo de quince días para las pruebas diagnósticas desde la solicitud(139).

Figura 4. Unidades asistenciales implicadas y sus mecanismos de coordinación para la atención del cáncer de mama en el CSdT.



Elaboración propia

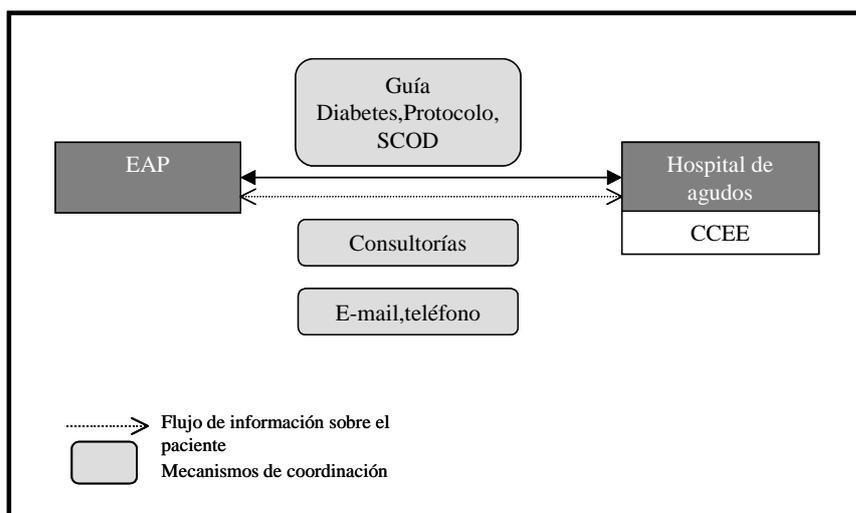
Proceso crónico: diabetes

Tal y como establece el modelo asistencial y organizativo en el que se desarrolla la práctica del CSdM, la prevención, detección y seguimiento de la diabetes la realiza el médico de cabecera del paciente(148). La enfermería de atención primaria lleva a cabo la educación sanitaria, actividades de control (peso, TA, pies diabético, etc.) y prescribe las pruebas complementarias (análisis, EFG, etc.) para las visitas médicas según la guía de práctica clínica elaborada(153). El paciente se deriva al endocrinólogo del hospital en las condiciones también establecidas en la guía(153). Este nivel desempeña el rol de consultor y realiza el seguimiento de los pacientes con diabetes más complejos.

Por lo tanto, el mecanismo fundamental desarrollado por el CSdM para coordinar la gestión de los pacientes con diabetes es la **guía de práctica clínica**, que contiene las actividades recomendadas para la prevención, diagnóstico y seguimiento de este tipo de pacientes para la atención primaria, así como los criterios para la derivación al especialista. En su elaboración durante el 2004 han participado médicos de atención

primaria del CSdM y especialistas del Hospital de Mataró y del CAP II de Mataró gestionado por el Institut C atala de la Salut. La GPC se ha traducido en un protocolo con los circuitos y normas de derivación, que se ha informatizado para dar soporte a las decisiones clínicas. El protocolo informatizado contiene asimismo, un recordatorio de las actividades preventivas(148). La difusión de la GPC se realizó mediante una sesión conjunta con los EAP del CSdM y el equipo realizador. Para mejorar la capacidad de resolución de la atención primaria, se realizan de manera periódica **consultorías** con el endocrinólogo del hospital, y se utiliza el **e-mail** y el **teléfono** como mecanismo de comunicación para comentar casos concretos(148).

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

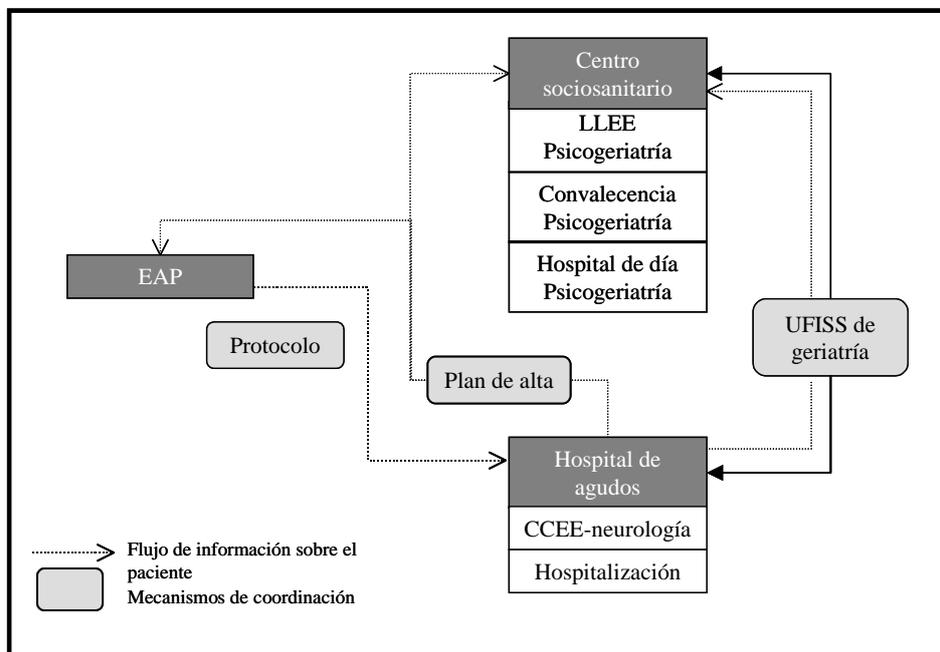


Elaboración propia

Proceso crónico con dependencia: demencia

Los roles de los diferentes servicios implicados en la atención de la demencia a lo largo del continuo asistencial del CSdM y los mecanismos implantados para coordinar la asistencia del proceso son los siguientes (Figura 6). La selección de los pacientes con demencia la realiza la atención primaria aplicando un **protocolo** consensuado con los otros niveles asistenciales(154). La evaluación y seguimiento del paciente la realiza el neurólogo del hospital, con el apoyo del neuropsicólogo, el geriatra y el trabajador social(155). Aquellos casos que presentan pluripatologías, trastornos de conducta, cuidador cansado, etc, se derivan al sociosanitario, a través del equipo UFISS que actúa como **puesto de enlace**. Junto con la respuesta al protocolo de la unidad de diagnóstico y tratamiento de demencias se adjunta **información** sobre la medicación que toma el paciente habitualmente y resultados de analítica y TAC cerebral en caso de haberse realizado. En el CSdM se **planifican los cuidados de enfermería** de los pacientes con demencia moderada y grave (alzheimer, demencias, trastornos de conducta) tras el alta hospitalaria. La planificación se realiza a partir de los cuidados definidos en la trayectoria clínica de la demencia. El plan de cuidados se acompaña del informe de alta de enfermería, documento que contiene datos administrativos y clínicos sobre el paciente, y recomendaciones para el seguimiento.

Figura 6. Unidades asistenciales implicadas y sus mecanismos de coordinación para la atención de la demencia en el CSdM

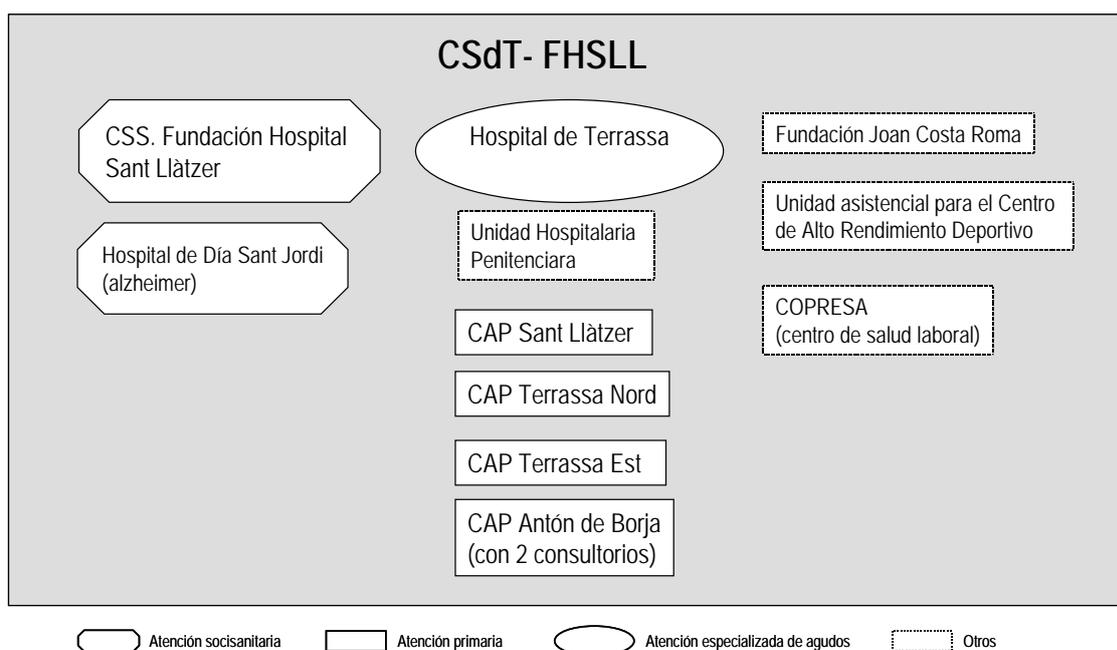


Elaboración propia

Consorci Sanitari de Terrassa

El Consorci Sanitari de Terrassa (CSdT) es una organización sanitaria integrada que cubre la atención primaria, especializada de agudos y sociosanitaria de la población residente en una parte del sector sanitario de Terrassa y Sabadell. Este consorcio de gestión está constituido por dos administraciones públicas, la Generalitat de Catalunya y el Ayuntamiento de Terrassa, y una fundación privada, el Hospital – Casa de Caritat de Sant Llàtzer(156). El CSdT gestiona actualmente diversos dispositivos asistenciales que constituyen el núcleo principal de su actividad: cuatro centros de atención primaria, un hospital de agudo, un centro sociosanitario. Además, el CSdT cuenta con una Fundación para la investigación y docencia en ciencias de la salud, una unidad hospitalaria penitenciaria, una unidad asistencial para el Centro de Alto Rendimiento Deportivo, un centro de salud laboral y un hospital de día para enfermos con Alzheimer(157). Todas estas unidades están integradas en el CSdT, con la excepción del centro sociosanitario Fundación Hospital Sant Llàtzer con la que mantiene un acuerdo de gestión(158).

Figura 7. Unidades Operativas del CSdT-Fundación Hospital Sant Llàtzer (FHSL). 2004



El área geográfica a la que el CSdT ofrece un continuo de servicios de salud, que coincide aproximadamente con el ámbito de influencia del hospital, cuenta con una población de 133.512 habitantes(159). Este área comprende diversos barrios en el norte, centro y este de Terrassa, la mitad del municipio de Rubí, el municipio de Castellbisbal y de Matadepera. El área de referencia del CSdT se ampliará, por un lado en el municipio de Rubí con la apertura de un nuevo centro de atención primaria, y por otro, hacia el sector sanitario de Sabadell(160).

1. Características generales

El CSdT cubre un continuo de servicios de salud para la población de referencia que comprende servicios de atención primaria, especializada de agudos y sociosanitaria. Además de las prestaciones propias de atención primaria,- medicina de familia, pediatría, etc.-, el CSdT tiene descentralizada la consulta externa de los especialistas en la mayoría de los CAPs que gestiona. En atención especializada, el Hospital de Terrassa actúa para la población de referencia como hospital general ofreciendo una cartera de servicios que abarca la práctica totalidad de especialidades médico-quirúrgico y de soporte a la atención primaria(161). Con la excepción de algunas especialidades propias de este nivel hospitalario para las que el otro hospital de agudos del sector,- la Mútua de Terrassa-, actúa de referente: reumatología ambulatoria, neurología y rehabilitación(162). El CSdT ha ampliado su provisión hacia otros ámbitos del continuo asistencial integrándose con la Fundación Sant Llàtzer, mediante la cual proporciona atención sociosanitaria,- unidad de larga estancia, convalecencia, geriatría, curas paliativas, PADES y UFISS de geriatría-, para el sector sanitario de Terrassa(158); la atención a la salud mental de adultos integrando los servicios que hasta el momento proporcionaba el ayuntamiento de Terrassa(163); y recientemente, profundizando en línea de salud pública mediante la realización de actividades de protección a la salud para ayuntamientos de la comarca,- control de piscinas y legionela-(164).

Para proporcionar esta atención, el CSdT dispone de cuatro CAPs y dos consultorios, un hospital de agudos, un centro sociosanitario y un centro de salud mental de adultos(157). El CSdT provee directamente todos los servicios excepto algunas pruebas diagnósticas y la endocrinología, que subcontrata a la Mútua de Terrassa(163). El *consorcio administrativo* es la fórmula de relación escogida por las dos administraciones y la fundación que integran el CSdT para relacionarse(156). Se trata, por tanto, de una entidad pública, dotada de personalidad jurídica plena e independiente de la de sus miembros, en la que las entidades consorciadas mantienen la titularidad de los bienes pero ceden su uso al CSdT(156). Bajo el paraguas del consorcio se han ido integrando progresivamente los servicios que conforman la amplitud del CSdT, excepto el sociosanitario propiedad de la Fundación Sant Llàtzer, con la que mantiene un contrato de gestión.

Atendiendo a las diferentes categorías de una OSI, se podría clasificar al CSdT como una **organización integrada verticalmente hacia atrás** pues integra diferentes niveles asistenciales y surge desde la atención especializada de agudos; con **integración total** porque provee el núcleo de sus servicios internamente; y **vertical** porque todos los servicios se integran en una misma entidad jurídica.

2. Evolución histórica

El servicio precursor del CSdT es la Fundación Sant Llàtzer, propiedad del ayuntamiento de Terrassa desde antes del siglo XV. Heredera de aquellas instituciones benéfico-sanitarias con orígenes en la edad media, adquiere un mayor protagonismo en tiempos de la República, quedando finalmente integrada en la red hospitalaria pública (XHUP), tras el proceso de descentralización sanitaria a las CCAA(165).

La creación del CSdT se enmarca dentro del proceso de traspaso de competencias en materia de sanidad del gobierno de la Generalitat de Catalunya, y la posterior planificación de servicios con la voluntad de descentralizar los servicios de salud a las comarcas, plasmada en el Mapa Sanitario de Cataluña de 1981.

En el proceso de transferencias, la Generalitat había recibido el Hospital de la Mancomunidad de Sabadell-Terrassa construido por el gobierno central y sin utilizar hasta el momento(157). En una búsqueda por racionalizar los recursos del municipio, el mapa sanitario de la ciudad de Terrassa determinó la sectorización del área en seis ABS, el cierre del Hospital de agudos de Sant Llàtzer, que se convertiría en centro sociosanitario, y la apertura del Hospital de la Mancomunitat Sabadell-Terrassa, que pasaría a llamarse “Hospital de Terrassa”(165). Se buscó la fórmula jurídica del consorcio para permitir la participación en la gestión del nuevo hospital tanto de la Generalitat, como del ayuntamiento de Terrassa y la Fundación Sant Llàtzer (157).

La voluntad positiva del Ayuntamiento, patrón de la Fundación Sant Llàtzer, y de la Generalitat, a través del Departament de Sanitat i Seguretat Social, hicieron posible posteriormente la creación del CSdT. Directivos y profesionales del antiguo Hospital Sant Llàtzer, especialmente su gerente el Dr. Joan Costa, formaron el núcleo impulsor del proyecto. El Consorcio fue fruto del consenso entre los diferentes partidos políticos, administraciones y organizaciones sanitarias (157).

En este mismo plan sanitario se acordó que la mitad de las ABS de Terrassa fueran gestionadas por el CSdT y las otras por la Mutua de Terrassa, de manera que se alcanzase el equilibrio entre las dos organizaciones sanitarias integradas asignándoles áreas poblacionales de alrededor de 100.000 habitantes a cada una (166).

El 25 de marzo de 1988, el DOGC publicaba el Decreto 58/1988 del Departament de Sanitat i Seguretat Social, por el cual se creaba Consorci Hospitalari de Terrassa (denominado posteriormente CST) y se aprobaban sus estatutos(167).

El determinante inicial de la creación del CSdT fue la puesta en marcha del hospital de la Mancomunitat Sabadell-Terrassa para la cobertura de las actividades hospitalarias de la población del área sanitaria de Terrassa(156). No obstante, la intención de constituir una organización integrada de servicios de salud aparece desde sus inicios con la cesión de la gestión de una ABS, junto con el hospital. El CAP Terrassa Nord, fue el primer centro de atención primaria reformado de la ciudad de Terrassa, y la primera experiencia de gestión de un equipo asistencial básico realizado por una institución ajena al Institut CATALA de la Salut (ICS) (167). Para reconocer esta realidad se modifican en noviembre de 2002 los estatutos de la entidad, sustituyendo el término *hospitalari* por *sanitari*. A lo largo del proceso de integración con otros proveedores y establecimiento de alianzas han aparecido también otros determinantes de índole económica y de salud: con el centro sociosanitario, para disminuir la estancia media hospitalaria de algunas especialidades, aprovechar economías de escala y garantizar la continuidad asistencial(168); con el Consorci Sanitari del Parc Taulí (CSPT) para evitar la tendencia a la superespecialización del Hospital de Terrassa y buscar economías de escala(168); y con la atención primaria, para mejorar la planificación y coordinación del alta hospitalaria(161;168).

El proceso de integración en el CSdT de servicios procedentes de otros ámbitos asistenciales ha sido rápido: en 1993 se crea el CAP Sant Llàtzer y la unidad de

Hospitalización Penitenciaria, y en 1994 el CAP Antón de Borja y el consultorio de Matadepera. Recientemente se ha producido la incorporación del CAP Est (2003) y el acuerdo con la Fundación Sant Llàtzer para la gestión conjunta del CSdT y el centro sociosanitario (2004)(158). La expansión de la amplitud del CSdT hacia el área de la salud pública y servicios sociales locales se ha producido desde el comienzo con la integración en la atención primaria de algunas actividades realizadas por el ayuntamiento de Terrassa como la salud escolar y el trabajo social(166).

La estructura organizativa del CSdT ha ido cambiando en estos quince años en función del proyecto organizativo de los diferentes equipos directivos: de un estructura funcional con una única dirección médica conjunta para todos los niveles asistenciales en la primera etapa del CSdT (1989-1994)(167), se evoluciona a un diseño divisional con una dirección por nivel asistencial en el periodo 1995-2000(169). En la última etapa (2000-2004), se vuelven a integrar las direcciones creándose una única dirección asistencial(170).

3. Elementos del entorno

a. Población y territorio

El área de referencia del CSdT se sitúa en la Comarca del Vallès Occidental, cuya capitalidad la comparten los municipios de Sabadell y Terrassa y abarca un total de 23 Municipios. El hospital de Terrassa se encuentra situado en la zona limítrofe entre Terrassa y Sabadell.

Con el 11,5% de la población de Cataluña, 773.800 habitantes en el 2003(96), el Vallès Occidental abarca menos del 2% del territorio catalán. Se trata pues de una comarca densamente poblada (1.355,4 hab./km²(97)), que presenta crecimientos poblacionales del 13,1%, más elevados que la media de Cataluña (7,4%), y un índice de envejecimiento menor(97). A pesar de ser un centro con una dinámica económica y social muy importante, en los últimos años su economía ha sufrido fuertes tensiones, lo que se refleja en una tasa de paro ligeramente superior a la media de Cataluña(97).

El territorio que abarca la comarca del Vallès Occidental es cruce de comunicaciones con las comarcas del interior de Cataluña, y entre el norte y el sur de la conurbación Barcelona. Presenta, asimismo, una excelente red de carreteras y autopistas que la atraviesan verticalmente y horizontalmente(171).

b. Presencia de otros proveedores en el territorio

La comarca del Vallès Occidental se subdivide en dos subsectores sanitarios: el Terrassa-Rubí-Sant Cugat con diez ABS, de las cuales cinco gestiona el Hospital Mútua de Terrassa (Rubí 1, Sant Cugat, Terrassa D,E i G), cuatro el CSdT y una el Institut Català de la Salut (ICS); y el de Sabadell-Cerdanyola, con un ABS gestionada por el Consorci Sanitari del Parc Taulí (CSPT), y diecisiete por el Institut Català de la Salut (ICS).

El sector sanitario de Terrassa tiene como centros de referencia el Hospital de la Mutua de Terrassa y el CSdT, y el de Sabadell- Cerdanyola el CSPT. La atención de salud mental infantil la gestiona la Mutua de Terrassa. Tanto la Mutua de Terrassa como el CSPT son organizaciones sanitarias integradas. La primera, nace como una Mutua

Patronal(165), mientras que la segunda es un consorcio público de mayoría de la Generalitat(172).

El CSdT ha colaborado con la Mutua de Terrassa y el CSPT en el ámbito de la alta tecnología (radioterapia y oncología) para evitar duplicidades innecesarias y racionalizar el gasto(166). La colaboración con el CSPT se ha formalizado recientemente mediante la firma de un convenio de colaboración y la constitución de una comisión permanente para promover la coordinación entre los dispositivos, definir objetivos asistenciales y docentes compartidos, articular políticas de compra, laborales y de formación continuada comunes, y establecer conjuntamente criterios y guías de práctica clínica(173). Para potenciar la alianza estratégica entre el CSdT y el CSPT, el CatSalut ha nombrado a dos representantes coincidentes en los órganos de gobierno respectivos. Se prevé en un futuro sustituir la comisión permanente por un ente con personalidad jurídica propia participado por ambos consorcios(173).

c. Modelo de compra de los servicios del territorio

El sistema de compra de servicios que emplea el Servei Català de la Salut es por línea de servicios. Los mecanismos de pago a las unidades operativas del CSdT son por tanto diversos: un presupuesto en base a la estructura del equipo, para la atención primaria, y un pago por actividad según la línea de producto para la especializada(174-176).

Los objetivos de compra de servicios que fija el CatSalut al CSdT en función de las prioridades del Plan de Salud son por nivel asistencial, y se refieren a los ámbitos de accesibilidad, efectividad, coordinación, eficiencia y satisfacción(174;175;177). En general se trata de objetivos relacionados con el registro de información asistencial (derivaciones, reingresos, etc.), o de proceso (establecer un circuito administrativo, una GPC, etc.)(174;175). Pocos objetivos se refieren a la coordinación asistencial, y los existentes, no se establecen conjuntamente. En la atención primaria se ha avanzado en el establecimiento de objetivos de proceso para promover la gestión compartida de una patología trazadora -MPOC- (consensuar una cartera de servicios y el nivel de resolución de la aps, definir circuitos y flujos)(177). Estos mismos objetivos no se establecen con otros niveles asistenciales involucrados en la gestión del proceso.

En el 2005 se ha realizado un esfuerzo en incluir pocos objetivos, concentrados en resultados asistenciales y reforzar los de continuidad incluyendo algunos relacionados con el seguimiento longitudinal del paciente en el momento del alta hospitalaria(176).

4. Elementos internos

a. Modelo de gobierno

El órgano de gobierno del CSdT es el Consejo de Gobierno, en el que la Generalitat de Catalunya, con seis representantes, detenta la mayoría absoluta. El ayuntamiento de Terrassa posee dos representantes y la Fundación Sant Llàtzer otros dos. Puesto que el patronato de la Fundación está formado por cargos municipales, el Ayuntamiento mantiene dos representantes directos en el CSdT y otros dos de manera indirecta(178).

El gobierno del CSdT está compuesto en su mayoría por políticos locales (alcaldes de Terrassa y Rubí y regidores de áreas sociales), directivos del CatSalut y empresarios locales. Con la excepción de los representantes de la Generalitat, los miembros proceden de ámbitos diversos y ajenos al sector sanitario. La dedicación de los mismos

se concentra exclusivamente en la asistencia de las reuniones mensuales, excepto la presidenta del CSdT que se dedica dos días por semana(178). El gerente asiste a las reuniones del Consejo con voz pero sin voto(156).

Entre las funciones más importantes que el estatuto del CSdT otorga al órgano de gobierno(156) están la aprobación de planes y presupuestos, del resultado de la gestión asistencial y económica, los reglamentos organizativos y de funcionamiento, y en general de todas aquellas decisiones relacionadas con ampliación de actividades, inversiones o convenios con otras entidades. La presidenta tiene atribuida las funciones de ejecutar los acuerdos de gobierno, elevar el proyecto, el organigrama, constituir comisiones, y administrar los bienes del Consorcio(156). En la práctica, el gobierno se concentra en la aprobación de acuerdos con otros proveedores sanitarios, apertura de nuevas líneas asistenciales, seguimiento de la actividad asistencial y cuenta de explotación(179). La presidenta, junto con el gerente presentan al resto de miembros del gobierno los objetivos estratégicos y planes de empresa(179).

La gerencia suministra al órgano de gobierno información por línea asistencial, con datos de productos intermedios (altas, estancias, visitas, pruebas complementarias, etc.), así como sobre cambios organizativos internos, seguimiento de nuevos servicios en marcha, etc(179).

De la revisión de las actas de gobierno para el periodo (2003-2004) se destaca que la mayoría de las intervenciones de los políticos locales se relacionan con aspectos de insuficiencia de recursos (plazas sociosanitarias, centros de atención primaria) y listas de espera a especialista en los dos municipios con representación política en el órgano de gobierno(179).

b. Dimensión estratégica

El CSdT no cuenta con un plan estratégico para la organización, pero en diversos documentos estratégicos, estatutos y planes de empresa se recogen los elementos claves que definen una OSI: la propuesta de un modelo integral que incluya la totalidad de los niveles asistenciales, y la actuación en un área geográfica con una población definida(156;157;167). Estos elementos de integralidad de la asistencia y vinculación a un territorio se vuelven a encontrar en la misión de la organización: *“Queremos ser una institución de atención integral a la salud de las personas, orientada a la población del Vallès Occidental y fuertemente vinculada a los municipios. Una organización actual, tanto en su modelo de atención (integración de niveles, alternativas a la atención convencional, ...) como en su estructura física y en sus equipamientos, y en sus instrumentos de organización y gestión, que utiliza las alianzas estratégicas como vehículo para conseguir sus objetivos”*(180).

Los objetivos y estrategias del CSdT para el periodo 2004-2008 se enmarcan dentro de las líneas estratégicas del Plan de reordenación de la atención especializada del Vallès Occidental, impulsadas por el Departamento de Salud (con mayoría en el órgano de gobierno del CSdT)(160). El Plan de ordenación determina la ampliación del área de referencia del CSdT hacia Sabadell, el mantenimiento de la actividad terciaria del CSdT, coordinándose con los otros hospitales de la comarca para redirigir los flujos de pacientes, y la promoción de alianzas estratégicas y programas de gestión clínica compartidos. La expansión del área de referencia del CSdT hacia el sector sanitario de

Sabadell viene motivada por los desequilibrios entre la oferta y la demanda de servicios sanitarios de la comarca. La oferta hospitalaria es ligeramente superior a la media de Cataluña en el sector de Terrassa, e inferior en el de Sabadell. Los flujos de población manifiestan este desequilibrio: un 13,4% de la utilización hospitalaria de la población de Sabadell y Cerdanyola tiene lugar en el CSdT y un 3,3% en el Hospital de la Mutua de Terrassa(181).

El Plan de empresa del CSdT(161;181) para periodo 2004-2008 recoge además de estas líneas, otras relacionadas con la integración interorganizativa. En primer lugar, la transformación del CSdT en una OSI con una mayor amplitud de integración y un área geográfica de referencia más extensa (aproximadamente de 200.000 habitantes). Se contempla que el crecimiento de la amplitud se produzca especialmente en las áreas de salud pública y atención a la dependencia mediante la constitución de alianzas estratégicas o la integración en el CSdT de nuevos dispositivos. Las alianzas estratégicas se establecerían a tres niveles: con los municipios para la provisión de servicios de salud pública; con otros proveedores sanitarios del territorio,- con el ICS para la atención primaria y el CSPT para la de agudos-, y con entidades no sanitarias para mejoras económicas, de investigación y formación. En segundo lugar, la implementación de un nuevo modelo de organización asistencial descentralizado basado en unidades funcionales. En tercer lugar, la potenciación de instrumentos de planificación,-plan estratégico, DPPO, contratos de gestión por ámbitos-, y de gestión clínica. En cuarto, la coordinación entre niveles asistenciales,- puesta en funcionamiento de equipos multidisciplinares con autonomía clínica, implantación de un sistema de información integrado, gestión integral de la farmacia y plan de mejora continua de la calidad en toda la organización. Finalmente, la potenciación de la atención al domicilio y alternativas a la hospitalización convencional, y aumento de la capacidad de resolución de la atención primaria

Las estrategias de mejora de la coordinación y la eficiencia mediante instrumentos de coordinación de la información entre niveles y la gestión a lo largo del proceso, el incremento de la capacidad resolutoria de la aps y la estandarización de procesos, aparecen en los diferentes planes del CSdT desde su constitución(161;165;166).

c. Estructura organizativa

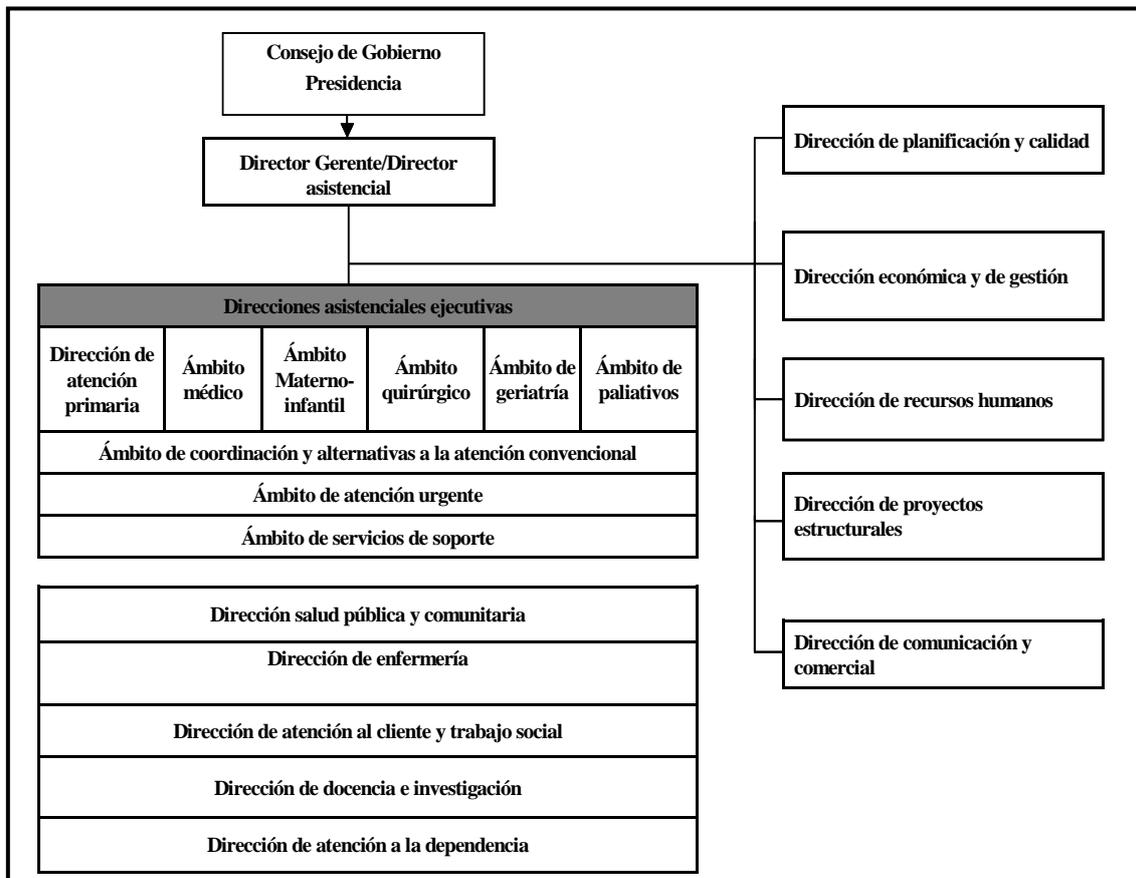
A lo largo de los quince años de vida el CSdT ha implantado diversos diseños organizativos que van desde la forma divisional, con direcciones médicas por nivel asistencial(169), al diseño funcional con integración de las direcciones médicas y de enfermería, y de las funciones de apoyo(167). La forma organizativa actual parte de este último diseño pero profundizando en la descentralización en ámbitos asistenciales e integrando la línea sociosanitaria(170). Mientras que las actividades médicas y de enfermería se agrupan por ámbitos, las funciones de apoyo asistencial y no asistencial (planificación, economía, recursos humanos, comunicación, etc.) están integradas y centralizadas para toda la organización. Se han establecido ámbitos de dos tipos: por nivel asistencial y horizontales. Los ámbitos asistenciales son: atención primaria, médico, materno-infantil, quirúrgico, paliativos, geriatría, coordinación y alternativas a la atención convencional y atención urgente. Los ámbitos horizontales, integrados para todos los niveles asistenciales, son: salud pública y comunitaria, enfermería, atención al cliente y trabajo social, docencia e investigación y atención a la dependencia (170).

Cada ámbito tiene un responsable que se encarga del control de los resultados de los servicios y del establecimiento del presupuesto del servicio(178). Conjuntamente con el responsable del servicio o del equipo, gestiona el presupuesto, planifica la asistencia de la unidad y todas aquellas actividades que tienen que ver con la gestión de las personas: selección, formación, etc(178).

Las relaciones jerárquicas dentro de la organización quedan determinadas de la siguiente forma: el Director Gerente depende directamente de la presidencia del CSdT. De la gerencia, que también ejerce las funciones de dirección asistencial, dependen jerárquicamente las direcciones asistenciales ejecutivas, responsables de los ámbitos, y las direcciones de soporte no asistencial y asistencial(170).

Existen cuatro órganos de gestión en el CSdT(170): (1) el *Comité de Dirección* de carácter estratégico e informativo en el que participan todos los directivos de la organización; (2) el *Comité de Coordinación Asistencial*, que conecta los ámbitos ejecutivos asistenciales con los ámbitos horizontales, y la dirección de planificación y calidad. El rol de este comité también es estratégico, pero centrado en el ámbito asistencial(182): dirigir la estrategia asistencial, diseño de políticas asistenciales comunes (calidad, metodología asistencial, docencia e investigación) y coordinación de los temas horizontales; (3) el *Comité de Gestión Clínica*, compuesto por las direcciones de ocho ámbitos asistenciales, enfermería y la dirección asistencial/gerencia, con funciones asistenciales operativas; (4) y los *Comités de Dirección* de cada nivel asistencial, responsables de la gestión operativa de ese nivel (183).

Figura 8. Organigrama del CSdT 2005



Fuente: Consorci Sanitari de Terrassa. Organigrama 2004 del Consorci Sanitari de Terrassa; 2004(170).

La revisión de las actas(182-190) de los diferentes comités indica que los dos primeros tienen un carácter más bien informativo y los otros poseen un rol mucho más ejecutivo.

Para coordinar las funciones de dirección, además de estos órganos de gestión se utilizan otros mecanismos de coordinación: **comités permanentes**, - de RRHH, de soporte no asistencial y de calidad(170)-, **grupos de trabajo** para coordinar aspectos globales como la planificación estratégica del CSdT, y **políticas comunes** como el Plan de calidad del CSdT(191). Los objetivos de este Plan son definir el modelo metodológico y las acciones de mejora. Contempla la creación de un Comité de calidad como responsable de la política de calidad del CSdT, así como la implantación del modelo EFQM en toda la organización. Se actuaría en seis ámbitos: planificación estratégica, liderazgo, personas, procesos, gestión de recursos y alianzas estratégicas.

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

El CSdT recibe la financiación por nivel asistencial y elabora el presupuesto de forma global para toda la organización, a partir de los objetivos estratégicos anuales fijados por el plan de empresa y del gasto histórico. La asignación interna de recursos se realiza por ámbito asistencial y servicio, siguiendo la estructura organizativa diseñada(163). Los responsables de los ámbitos gestionan las partidas de personal, consumos y productos intermedios, para lo cual se estima el precio de las pruebas complementarias. Para el seguimiento del presupuesto se proporcionan a los responsables de los ámbitos y servicios información sobre gasto de personal y gastos de funcionamiento (consumos, mantenimiento, etc.), y a la atención primaria, de productos intermedios.

Los gastos se imputan en cuatro niveles: dirección, ámbitos, soporte, recursos humanos y planificación. Los centros de beneficio coinciden con aquellas unidades perciben un ingreso por la compra de servicios del SCS (ccee, hospitalización, atención primaria, etc.)(163).

5. Coordinación asistencial

El CSdT tiene diferentes formas de organizar la asistencia(192) enmarcados en un modelo asistencial común en el que la atención primaria asume el rol de puerta de entrada (*“gatekeeper”*) y filtro del sistema, y mantiene la responsabilidad principal del paciente actuando como su gestor a lo largo del continuo asistencial(162). El especialista representa la figura del consultor y realiza los procedimientos diagnósticos y terapéuticos especializados(129). Casi todos los equipos de atención primaria funcionan con el modelo de Unidad Básica Asistencial (UBA),- constituido por un médico y una enfermera-. Para aumentar el acceso de la población a la atención especializada(169), el CSdT ha incorporado especialistas a la mayoría de los centros de atención primaria. Los especialistas no pasan visita conjuntamente con los médicos de cabecera, pero se aprovecha su presencia en el centro para la consulta de los casos. No obstante, el modelo organizativo es diferente en el CAP Est. Por un lado, el modelo de enfermería no se basa en la UBA, sino que se crean grupos de enfermería por tipo de asistencia (domiciliaria, crónicos, etc.). Y por otro, se ha sustituido la visita del especialista en el CAP, por la consulta de casos de manera fija en seis especialidades

(psiquiatría, neumología, cardiología, digestivo, medicina interna y geriatría), para reforzar la capacidad de resolución de la atención primaria(162).

Instrumentos de coordinación asistencial

Para fortalecer la coordinación en la atención al paciente entre la atención primaria y la atención especializada de agudos, el CSdT ha desarrollado mecanismos basados en la estandarización de procesos,- circuitos de derivación, protocolos y guías de práctica clínica-, y en el intercambio de información clínica mediante el sistema de información. La coordinación entre los servicios sociosanitarios y el resto de niveles asistenciales se realiza fundamentalmente a través de los instrumentos de colaboración que contempla el *Programa Vida als anys*(193), y que se basan fundamentalmente en la adaptación mutua: los equipos de evaluación y soporte a la atención primaria (PADES), al hospital (UFISS) y las comisiones permanentes(194). (Ver tabla 8)

En el CSdT se han elaborado aproximadamente 14 documentos entre **GPC** y **protocolos**, que sirven como mecanismo de coordinación de la gestión del proceso a lo largo de los niveles asistenciales (Ver tabla 8). Una vez detectada la necesidad de elaborar una GPC, se crean grupos de trabajo en los que participan profesionales de diferentes niveles y especialidades(195). Cuando termina la elaboración de la guía, ésta es difundida entre el personal de la organización involucrado en la atención del proceso, generalmente a través de las sesiones clínicas(196).

Los **circuitos** de cribaje de cáncer de mama y cerviz, elaborados por el servicio de obstetricia y ginecología del hospital, recogen las recomendaciones del Departamento de Salud para su práctica, así como los circuitos de derivación en los diferentes casos(197).

Tanto PADES como UFISS actúan como **dispositivos de enlace** (conexión) entre el centro sociosanitario Fundació Hospital Sant Llàtzer y los otros niveles asistenciales, para la atención de las personas con riesgo sociosanitario¹⁰, además de realizar funciones de valoración y asistencia. El equipo PADES está formado por un médico, dos enfermeros y un trabajador social. Da soporte especializado en geriatría y curas paliativas a la atención primaria e interviene específicamente en el domicilio. El equipo UFISS, constituido por un geriatra, un enfermero y un trabajador social, está especializado en geriatría e interviene en el hospital(194).

Para garantizar la continuidad asistencial en el momento del alta del paciente desde las diferentes unidades sociosanitarias, - larga estancia, curas paliativas y convalecencia -, se elabora un **plan** que consta de la situación clínica, funcional y cognitivo, el plan de curas y las recomendaciones terapéuticas. El informe se comunica al recurso al que se deriva el paciente: al CAP si es al domicilio, a la residencia asistida, o al hospital de agudos si se produce un traslado urgente por agudización del enfermo o ingreso programado. En los casos más complejos hay comunicación telefónica con los médicos de cabecera (198-200).

Además de estos dispositivos, el CSdT mantiene una **comisión entre la atención primaria y el sociosanitario** para mejorar la comunicación, unificar criterios e iniciar

¹⁰Los pacientes con riesgo sociosanitario son: personas mayores con enfermedad, personas con enfermedad en situación terminal y personas con enfermedades crónicas evolutivas y dependencia funcional(194).

protocolos conjuntos en la atención de pacientes con riesgo sociosanitario. Esta comisión está constituida por representantes del PADES, UFISS, unidades de hospitalización sociosanitarias y representantes de los CAPs del CSdT(194).

Como en el resto de Cataluña, el ingreso de los pacientes en las diferentes unidades sociosanitarias se coordina en el área mediante una **Comisión de Ingresos (CIMS)** participada por un representante de todos los centros sociosanitarios del territorio,- Centre Vallparadís y Hospital Sant Llàtzer- y las UFISS del Hospital de Terrassa y de la Mutua de Terrassa, un representante de los servicios sociales municipales y un representante de la Región Sanitaria del SCS(198).

Dentro del proyecto de farmacia integral, se ha constituido una **comisión de farmacia integral** para mejorar el uso racional del medicamento de forma consensuada entre los profesionales de todos los ámbitos asistenciales del CSdT, aplicando políticas conjuntas de selección de medicamentos y eficiencia(201). La comisión está compuesta por farmacéuticos, médicos asistenciales de los tres ámbitos, jefes de compras, y para aspectos específicos, otros profesionales (enfermería, etc.).

Las **consultorías** y las **sesiones clínicas** son un instrumento bastante utilizado en el CSdT para acercar el conocimiento especializado a los otros niveles asistenciales, de manera complementaria al proceso de derivación al especialista. En el caso de las consultorías, el especialista se traslada al centro como experto para analizar casos clínicos complejos. Este es el modelo utilizado para aumentar la competencia de los médicos de cabecera en el Cap Est (162). También se promueve el intercambio de especialistas entre el hospital de agudos y el centro sociosanitario. Especialistas del hospital (neumo, psiquiatría, dermatología, oftalmología y odontología) actúan como consultores de las diferentes unidades del sociosanitario, y médicos de la UFISS y de la Unidad de Curas Paliativas, actúan como especialistas en determinados ámbitos en el hospital de agudos(200)

El equipo PADES realiza sesiones clínicas a petición de los CAPs en temas relacionados con el control de síntomas, vías de administración de fármacos(202), y el equipo UFISS participa en sesiones de algunos servicios hospitalarios(194). Los especialistas no intervienen de manera sistemática en las sesiones clínicas de los centros de atención primaria(203).

El acceso a **información** compartida sobre el paciente es bastante desigual entre los diferentes niveles asistenciales que conforman el CSdT(195). Actualmente, solo la atención primaria recibe información del paciente procedente de otro nivel de atención: informe de alta de los servicios hospitalarios que están informatizados, los informes de las pruebas de radiología, anatomía patológica y laboratorio. Para ello se dispone de un identificador único para el paciente que relaciona los diferentes números del paciente de los distintos niveles asistenciales. Además, los médicos de cabecera reciben un aviso cuando alguno de sus pacientes ingresan en el hospital, en el momento del alta, o cuando han sido atendidos en el servicio de urgencias. El intercambio de información sobre el paciente entre el sociosanitario y el hospital de agudos se realiza fundamentalmente en las sesiones conjuntas(204).

La informatización de algunos protocolos a través del programa informático OMI-AP constituyen el único ejemplo de **herramientas de soporte a las decisiones clínicas**

(SCOD) desarrollados en el CSdT. Se han informatizado los protocolos de la HTA, Diabetes, PAPPS (Programa de actividades preventivas de promoción de la salud), Atención domiciliaria, MPOC, Tiroides y niño sano. Estos contienen las actividades de prevención, control y tratamiento recomendada. Incluyen asimismo recordatorios de actividades preventivas.

Tabla 8. Mecanismos de coordinación asistencial desarrollados en el CSdT

Base de la coordinación	Tipo de instrumento de coordinación	Instrumento	Niveles asistenciales que coordina
Normalización de procesos de trabajo	Protocolos / Guía de Práctica Clínica	Asma, Asma infantil, Depresión, AC*FA, Insuficiencia Cardíaca, Cardiopatía Isquémica, Diabetes mellitus, Faringitis en niños, Inmigración	APS-AE
		ICTUS, EPOC, ATDOM	APS-AE-ASS
		Enfermos terminales- dolor y duelo	APS-ASS/PADES
		Maltrato a la infancia	APS –AE-SS
	Plan de alta	Paciente en unidad de convalecencia, curas paliativas y larga estancia	ASS-APS ASS-AE
	Circuito administrativo	Cribaje cáncer de mama, cerviz y pulmón	APS-AE
Normalización de habilidades	Sistema de experto	Consulta de casos clínicos	AE-ASS APS-AE
Adaptación mutua	Puesto de enlace	UFISS de geriatría	AE-ASS
		PADES	APS-ASS
	Grupo de trabajo	Elaboración de las GPC	
	Comisión permanente	Comisión coordinación APS-ASS	APS-ASS
		CIMS	APS-AE-ASS
		Comisión de Farmacia Integral	APS-AE-ASS
	Comunicación Informal	Comunicación telefónica	ASS-AE-APS
Sistema de Información Vertical		APS-AE (hospitalización)	

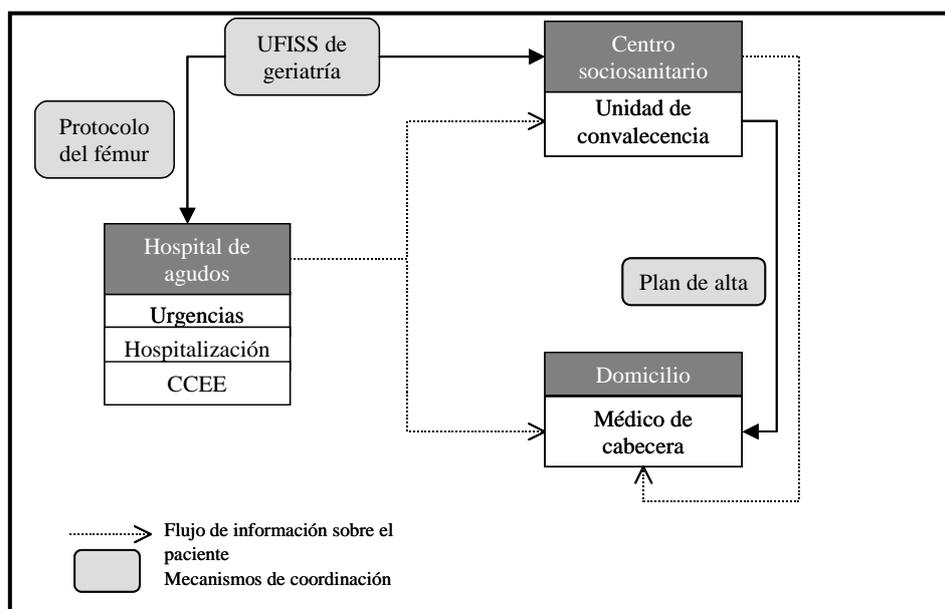
APS- Atención Primaria de Salud; AE- Atención Especializada de Agudos; ASS- Atención Sociosanitaria, SS-Servicios sociales; ATDOM-Programa de Atención Domiciliaria; AC*FA-Fibrilación auricular
Elaboración propia

Proceso agudo: Fractura de fémur

El recorrido asistencial de un paciente con fractura de fémur por el continuo de servicios que provee el CSdT, los roles asistenciales, y los diferentes instrumentos que se aplican durante el proceso son los siguientes (figura 9)(205): el servicio de urgencias hospitalario generalmente actúa como la puerta de entrada del sistema de los pacientes con fractura de fémur. En el momento del ingreso se comunica a la UFISS de Geriatría, que es el equipo responsable de realizar la valoración y el plan terapéutico geriátrico. Para detectar los pacientes ingresados en el hospital de agudos con riesgo sociosanitario, se les aplica un protocolo que implica una valoración geriátrica integral. Durante el episodio hospitalario, la UFISS realiza diversos controles, evalúa la evolución del paciente y realiza el informe de valoración definitiva para llevar el ingreso a la CIMS, en caso de que sea necesario el recurso sociosanitario. La mayoría

de los casos ingresan en la unidad de convalecencia, al resto se les da el alta al domicilio. El alta hospitalaria va acompañada del informe, la pauta médica, la programación de las pruebas diagnósticas y las visitas de seguimiento posteriores con el traumatólogo (gestor del caso hasta el alta médica). Esta **información** se comunica al médico de cabecera o al sociosanitario según sea el caso. Tras el episodio de convalecencia se elabora un **plan del alta** en el que consta la situación clínica, funcional y cognitiva, el plan de curas y las recomendaciones terapéuticas(194). El informe se transmite al recurso al que se deriva el paciente: al CAP si es al domicilio, a la residencia, o al hospital de agudos si se produce un traslado urgente por agudización del enfermo o ingreso programado. En los casos más complejos hay **comunicación telefónica** con los médicos de cabecera (198-200). Para coordinar la atención a los pacientes con fractura de fémur, el CSdT desarrolló en 1999 asimismo, un protocolo para la gestión del proceso (referencia). En su elaboración participaron la UFISS, el servicio de traumatología y enfermería(206). La estrategia empleada para su difusión fue la presentación del protocolo a los médicos implicados de los dos servicios.

Figura 9. Unidades asistenciales implicadas en la atención de la fractura de fémur en el CSdT y los mecanismos utilizados para su coordinación



Elaboración propia

Proceso crónico: Enfermedad Pulmonar Obstructiva (EPOC)

El CSdT inició en el 2005 la implantación de un programa para la gestión de la EPOC a lo largo del continuo asistencial, que presenta elementos característicos de los programas de gestión de enfermedades (PGE). Los objetivos del programa son: (1) disminuir el número de ingresos y visitas por agudización de la EPOC; (2) disminuir la estancia media de los ingresos por EPOC; (3) potenciar la relación-comunicación entre todos los niveles asistenciales que participan en la asistencia de estos enfermos para facilitar la atención integral del proceso; y (4) aumentar la eficiencia(207). El diseño del proyecto fue encargado por la gerencia del CSdT en el año 2002. Para su elaboración se creó un comité asesor multidisciplinar en el que estaban representados todos los niveles del CSdT: neumólogos, médicos de urgencias, internistas, médicos de

atención primaria, especialistas del sociosanitario, enfermería del hospital y de atención primaria(207). Se celebraron 10 reuniones coordinadas por el neumólogo del hospital, de las cuales se obtuvo un documento de consenso (208).

Hasta el momento, los mecanismos utilizados en el CSdT para coordinar la atención de los enfermos con EPOC han sido principalmente: las consultorías realizadas por el neumólogo del hospital y las sesiones clínicas para acercar el conocimiento especializado a los otros dos niveles asistenciales; y los equipos de soporte UFISS y PADES, como dispositivo de enlace entre la atención primaria, el hospital de agudos y los diversos recursos sociosanitarios(208).

El programa supone la definición de los roles de los profesionales y circuitos, el establecimiento de mecanismos para la coordinación de la información y de la gestión del proceso, y nuevos recursos para la atención(207).

La figura del gestor del proceso se determina en función del nivel de complejidad del paciente: el equipo de atención primaria realiza la detección, diagnóstico, prevención primaria y secundaria, y gestión del grupo de pacientes menos complejos (I)¹¹(208). La **Unidad de EPOC**, compuesta por un neumólogo y un fisioterapeuta, actúa como gestora de la enfermedad, especialmente para los pacientes con riesgo más elevado II, III y IV. Los pacientes con este nivel de riesgo tienen acceso directo al especialista (consulta espontánea y telefónica).

Esta unidad actúa de coordinadora del proceso de estos pacientes con el resto de servicios: hospitalización a domicilio, unidad de convalecencia, paliativos y hospital de día, a través de la UFISS, y PADES.

Dentro del programa se introducen, además de los ya existentes, nuevos mecanismos para mejorar la continuidad asistencial de la EPOC(207):

(1) La figura de **responsable-coordinador único del programa EPOC**, que por consenso, sería el neumólogo.

(2) Un **comité permanente de EPOC**, que actúa como organismo asesor, consultor y promotor de los protocolos de actuación. En él están representados los servicios implicados: aps, agudos (urgencias, medicina interna, pneumología) y sociosanitario.

(3) **Registro informático específico de todos los pacientes con factor de riesgo EPOC**, para facilitar el conocimiento de forma ágil por parte de todos los profesionales implicados en el proceso asistencial.

(4) **Estandarización de los procesos de trabajo** mediante un protocolo de la EPOC(207). El protocolo establece cuáles son las actividades recomendadas a realizar por los diferentes niveles asistenciales implicados en el proceso, según el grupo de riesgo de EPOC, los objetivos comunes del equipo de trabajo que comprende el servicio y el tipo de pacientes que son tributarios de ese recurso asistencial.

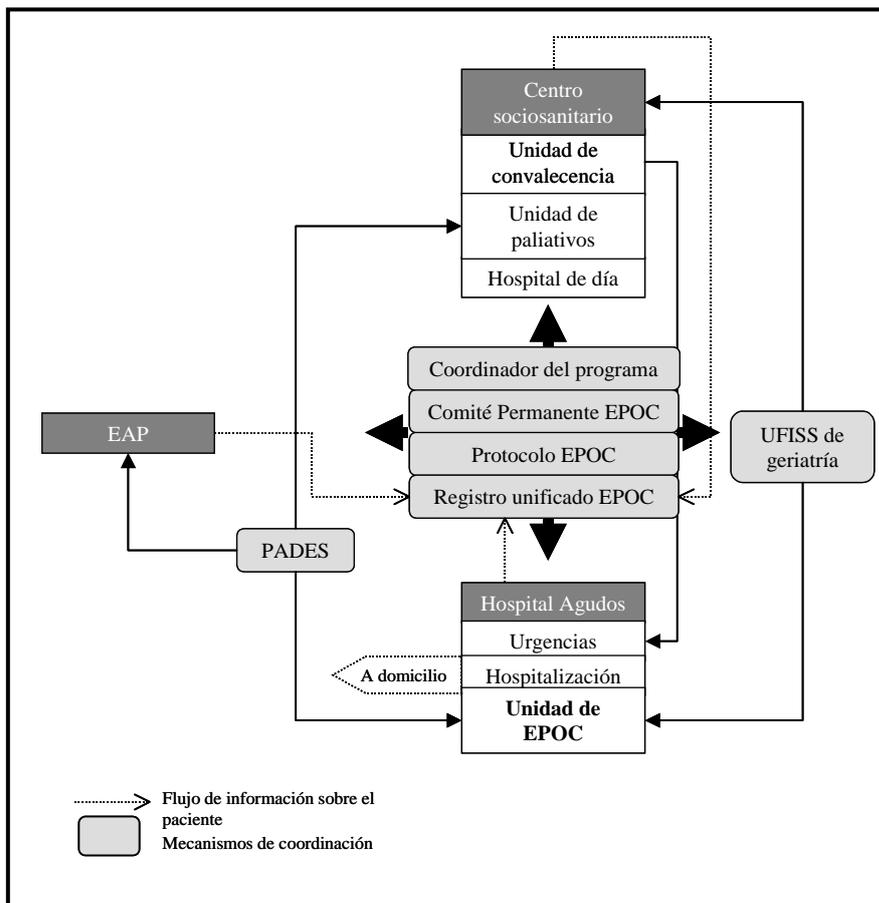
Además de estos instrumentos, el programa contempla otros dos elementos propios de los PGE: la identificación de la población de riesgo a cubrir por el programa y su clasificación en cuatro grupos de riesgo según el nivel de complejidad; y las actividades de educación al paciente, que incluyen talleres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

¹¹ I - pacientes diagnosticados recientemente sin problemas de manejo; II - pacientes con EPOC que requieren por primera vez atención en un servicio de urgencias y/o ingresan por primera vez; III - pacientes reingresadores; IV - pacientes que requieren atención paliativa.

El programa propone reforzar la hospitalización domiciliar(207) con el objetivo de disminuir la estancia media de los ingresos por EPOC, y de esta forma disminuir la morbilidad nosocomial, aumentar el confort de los pacientes y optimizar la gestión de camas hospitalarias. La atención a domicilio estaría a cargo de un equipo especializado que dispondría de la tecnología apropiada.

En el diseño del programa para la gestión de la EPOC no se ha contemplado un sistema de indicadores para evaluar los resultados del programa, ni tampoco la retroalimentación de los profesionales con información sobre el proceso.

Figura 10. Programa de gestión de la EPOC del CSdT: unidades asistenciales implicadas y mecanismos de coordinación



Elaboración propia

Proceso crónico con dependencia: Accidente Vascular Cerebral (AVC)

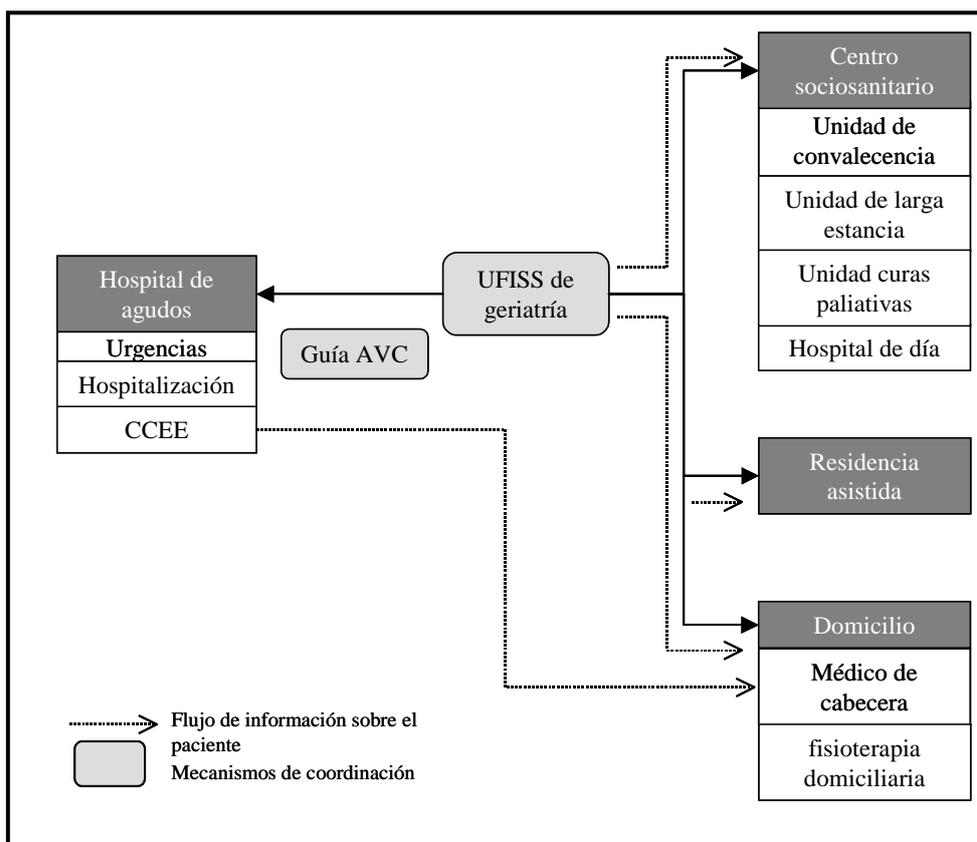
A continuación se describe el recorrido asistencial que realizan los pacientes con AVC por el continuo de servicios que provee el CSdT, los roles asistenciales, y los mecanismos implantados para coordinar la asistencia del proceso (Figura 11):

Normalmente el paciente con AVC entra por el servicios de urgencias, donde se valora aplicando la Guía de actuación médica(209) y de enfermería(210). El paciente ingresa en planta con la guía aplicada, un screening de la situación funcional, para cuya valoración se suele consultar a la atención primaria, y el protocolo para conocer su

situación familiar. Esto es, encontrar el cuidador principal, explorar si puede asumir a la persona dependiente, en qué situación emocional se encuentra, etc. Además de la situación familiar, la **UFISS de Geriatría**, junto con fisioterapia y dietista realiza la valoración geriátrica, que incluye el diagnóstico de los síndromes geriátricos. Al cuarto o quinto día de ingreso este dispositivo, junto con los familiares, valora a qué tipo de recurso se deriva el paciente(211): Unidad de convalecencia, si hay aspectos a tratar y recuperar como la nutrición, capacidad funcional, etc., o si los síntomas son muy elevados; unidad de curas paliativas; unidad de larga estancia; residencia asistida, en el caso de pacientes crónicos; domicilio, en el caso de que el nivel de dependencia del paciente pueda ser asumido por el cuidador principal, con rehabilitación en el Hospital de Día o bien domiciliaria.

El ingreso del paciente en las diferentes unidades sociosanitarias se coordina a través de la **Comisión de Ingresos (CIMS)**. En el momento del alta hospitalaria se transfiere al recurso de destino el **informe de alta junto con la valoración global** realizada por la UFISS y el plan de trabajo. Asimismo, se comunica al médico de cabecera el alta del paciente, se le facilita el informe de alta y se le comunica a qué recurso se le ha derivado.

Figura 11. Unidades asistenciales implicadas y mecanismos de coordinación para la atención de la AVC en el CSdT



Elaboración propia

El seguimiento del paciente cuando se produce el alta al domicilio lo realiza normalmente el médico de cabecera. En este caso, la UFISS coordina la rehabilitación del paciente con el Hospital de día o con el Servicio de Fisioterapia domiciliaria. En el

caso de que el paciente presente numerosos síndromes geriátricos, el seguimiento lo realiza el especialista, quien en el momento del alta médica comunica su valoración al médico de cabecera(211).

Las actuaciones recomendadas a realizar desde el momento de detección del caso hasta el momento del alta hospitalaria, están recogidos en la **Guía de atención integral a los pacientes con AVC**(212). Entre los objetivos de la guía destacan la mejora de la calidad asistencial de esta patología, la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, y el inicio precoz de la rehabilitación del paciente. Los servicios implicados son básicamente, el equipo de urgencias, planta de agudos y UFISS. La GPC ha sido elaborada por UFISS y el servicio de medicina interna y el apoyo de la unidad de investigación y docencia en 1993, y divulgada en sesiones clínicas con los médicos(211).

Además de los mecanismos de coordinación mencionados existen otros de carácter más informal(211): reuniones para revisar casos entre los médicos de medicina interna y los médicos de UFISS; desplazamientos de la enfermera de UFISS al sociosanitario para seguir la evolución del paciente; y reuniones periódicas entre el PADES, la UFISS y la atención primaria y la atención especializada, para explicar en qué situaciones se encuentra el paciente

7. Discusión

7.1. Características claves y tipología de las OSIs analizadas

El Consorci Sanitari del Maresme (CSdM) y el Consorci Sanitari de Terrassa (CSdT) son organizaciones sanitarias que surgen en el contexto de un sistema nacional de salud, con un recorrido histórico parejo, y que presentan características y tipologías muy similares.

Los dos casos poseen una amplitud de integración a lo largo del continuo que comprende desde la atención primaria de salud a la sociosanitaria, y una profundidad en atención primaria ligeramente superior en el CSdM al cubrir un territorio más disperso. Pero la amplitud de integración indica poco si no se acompaña de un indicador de penetración. Y en este sentido, mientras el CSdT ofrece su continuo de servicios al 100% de la población de su zona de influencia hospitalaria (ZIH), el CSdM solo lo hace para el 34%, al gestionar solo tres ABS de las trece en las que se encuentra dividida su área de referencia.

Ambas entidades son organizaciones sanitarias integradas verticalmente hacia atrás, con provisión total de sus servicios, y propiedad vertical pues integran todos los dispositivos bajo una misma titularidad, el consorcio de gestión.

La propiedad vertical basada en un consorcio de gestión se ha utilizado con frecuencia en el sistema sanitario catalán con el objetivo, por parte de la Generalitat, de compartir con los ayuntamientos la prestación de un servicio público (172). En los dos casos analizados la constitución del consorcio, y por tanto el determinante inicial de la creación de la OSI, ha sido la construcción de un nuevo hospital de agudos en un esfuerzo por racionalizar la oferta sanitaria especializada de la comarca. No obstante, el propósito de convertirse en una organización sanitaria integrada aparece en ambas entidades desde un comienzo: el CSdT empieza gestionando un centro de atención primaria junto con el hospital, y el CSdM inicia su proceso de integración con la atención primaria apenas dos años después de la puesta en marcha del hospital de Mataró. La evolución posterior de ambos consorcios ha dado una dimensión más amplia a las finalidades de integración vertical, tal y como recogían sus estatutos fundacionales.

La reunión de los diferentes servicios bajo la única titularidad del consorcio, ha sido la fórmula de relación interorganizativa utilizada para la integración.

En el proceso de integración con otros servicios, especialmente rápido en el CSdT, han aparecido otros determinantes, además del político. Algunos de ellos son coincidentes, como el interés en buscar alianzas con otros proveedores para potenciar la continuidad asistencial.

La organización de la integración en torno al hospital (integración vertical hacia atrás), implica, para algunos autores(213;214), que el liderazgo de la red lo ejerza este nivel

asistencial, lo que ha sido objeto de numerosas críticas. Entre ellas, un excesivo “hospitalcentrismo” en la toma de decisiones dentro de la red que retrasa la innovación y la reasignación de recursos entre niveles asistenciales, especialmente en un entorno en el que los sistemas de asignación no la incentivan(215). Otros autores, no obstante, señalan su experiencia financiera y organizacional entre sus principales fortalezas(15).

7.2. Elementos del entorno que favorece y obstaculizan el proceso de integración

El CSdM y el CSdT tienen como referencia áreas geográficas próximas a Barcelona, que experimentan crecimientos poblacionales muy elevados pero con características desde el punto de vista de la oferta diferentes. Si bien el CSdM actúa como un monopolio hospitalario en la comarca del Maresme, pero con baja penetración sobre la atención primaria, el CSdT coexiste en la comarca del Vallès Occidental con otras dos organizaciones sanitarias integradas,- la Mutua de Terrassa y el Consorci Sanitari del Parc Taulí (CSPT)-, además del Institut Català de la Salut (ICS). Por tanto, ninguna de las dos OSIs mantiene una posición monopolista en el territorio, con lo cual la búsqueda de fórmulas de colaboración interorganizativas cobraría especial importancia(7).

La diferencia en el entorno ha determinado una naturaleza también distinta en las alianzas que ambas OSIs han establecido con los otros proveedores de la zona. El CSdT ha buscado alianzas estratégicas tanto con servicios de otros niveles asistenciales para fortalecer el continuo asistencial, -integración virtual con el centro sociosanitario Fundación Hospital Sant Llàtzer-, como con proveedores del mismo nivel para ampliar su zona de influencia hospitalaria y para evitar duplicidades innecesarias y aprovechar economías de escala, - convenio de colaboración con el Consorci Sanitari del Parc Taulí-. Los mecanismos de colaboración que ha establecido el CSdM han sido de tipo vertical, para reforzar el continuo asistencial y absorber el déficit económico de la otra entidad,- integración virtual con el centro sociosanitario Hospital St. Jaume i Santa Magdalena-.

A pesar de que las alianzas de colaboración asistencial con los proveedores locales y de referencia constituye una de las políticas estratégicas del CSdM para potenciar la coordinación asistencial(12;14;18), con la excepción del PASS, no se ha producido ningún avance importante en este ámbito.

El mecanismo de financiación de los servicios y el sistema de incentivos asociado es uno de los factores que más influyen en el proceso de integración asistencial(216). Para alcanzar la eficiencia, los incentivos de las diferentes unidades deben estar alineados con los objetivos globales del sistema. Desde esta perspectiva, diversos autores han señalado la falta de integración en la compra de servicios de salud en Cataluña, en lo referido a los incentivos que generan los mecanismos de pago utilizados y a los objetivos de compra establecidos(3;216). Esta falta de coordinación en la política de compra se manifiesta notoriamente cuando el proveedor al que se asignan los recursos es una única organización que proporciona diferentes niveles asistenciales. Con una asignación basada fundamentalmente en la estructura, independiente de su actividad, la atención primaria del CSdM y del CSdT tiene pocos incentivos a aumentar su capacidad de resolución en el sistema y asumir su papel de puerta de entrada a los servicios sanitarios (gatekeeper). Por el contrario, la atención especializada,

remunerada en función de la actividad que realice, tiene más incentivos a la producción de servicios “captándola de otros ámbitos”(214).

En consecuencia, predominan los incentivos a la eficiencia dentro del nivel asistencial, y no a la coordinación y cooperación entre niveles para tratar el problema de salud en el lugar más costo efectivo a lo largo del continuo(216). La búsqueda de la eficiencia intra-nivel mediante la reducción de la estancia hospitalaria, aparece en el CSdT efectivamente como uno de los determinantes de la integración con la atención sociosanitaria y primaria.

Por otro lado, los objetivos que fija el comprador de servicios, Servei Català de la Salut (SCS), con el CSdT y CSdM no son globales, sino por niveles asistenciales, pocos se refieren a la coordinación asistencial y los que se dan, no se establecen conjuntamente. Por ejemplo, el SCS estableció entre los objetivos de a la atención primaria del CSdT en el 2004, la negociación de la cartera de servicios de la primaria y los circuitos de la EPOC con otros niveles asistenciales, pero no los incluyó en los contratos con los otros servicios implicados en el proceso.

7.3. ¿Cómo influye los elementos organizativos de las dos OSIs en la coordinación y eficiencia asistencial?

La *buena gobernabilidad* de las organizaciones es uno de los elementos facilitadores de la integración asistencial. Su importancia reside en el rol estratégico que debe mantener el gobierno en las organizaciones(26). Para evitar el conflicto de intereses (*problema de agencia*) que se podría producir entre los propietarios de los consorcios (*el principal*), y los directivos (*el agente*), resulta fundamental que el órgano de gobierno (*representante del principal*) formule las políticas que guían la toma de decisiones de la OSI y evalúe el desempeño de su gestión(26).

Las funciones que los estatutos otorgan al gobierno en los dos casos apuntan precisamente un rol estratégico para este órgano, especialmente en el CSdT. En el caso del CSdM, el acento se coloca en una función sancionadora más que en la participación activa en la formulación de estrategias y políticas. Destaca, asimismo, las funciones establecidas para la presidencia del gobierno del CSdT que dibujan una figura del presidente del Consorcio más ejecutivo que en el caso del CSdM.

El análisis de las actas de gobierno revela, no obstante, el papel pasivo y sancionador que en la práctica desempeñan ambos órganos de gobierno, que se concentran principalmente en el seguimiento presupuestario y de la actividad de la organización. En el caso del gobierno del CSdM, los temas clave de preocupación son el presupuesto y el crecimiento de la demanda asistencial (urgencias, etc.). No participa en las decisiones estratégicas de la organización, aunque se les informa puntualmente de la misma. Y sin embargo a veces se involucran en temas de gestión diaria (selección de personal, etc). En el casos del CSdT, excepto en temas como las alianzas estratégicas, y la aprobación de la apertura de nuevas líneas asistenciales, las propuestas que eleva la presidencia son aprobadas con muy poca discusión. Es precisamente el papel ejecutivo de la presidencia del CSdT, que participa activamente en la toma de decisiones estratégicas de la organización, la principal diferencia en relación al rol estratégico del gobierno entre las dos organizaciones.

Además de un rol activo en la formulación de políticas, la buena gobernabilidad de una OSI requiere que el gobierno tenga una perspectiva global de toda la organización, que abarque asimismo las necesidades de salud de la población(26). Aunque sería necesario entrevistar a los miembros del gobierno para conocer sus opiniones y actitudes, y poder así evaluar su compromiso con la visión global de la organización, del análisis de documentos se obtienen algunos resultados favorables y desfavorables en relación a la buena gobernabilidad. Entre los primeros, la información por parte de la gerencia de cuáles son los objetivos y estrategias,- más exhaustiva en el caso del CSdT-, y la incorporación de representantes políticos del ámbito local que recogen en su participación en el gobierno, algunos temas relativos a las necesidades de salud de la población de la comarca. Entre los elementos desfavorables destaca la evaluación inapropiada del desempeño de las OSI. La información que periódicamente se le facilita al órgano de gobierno en ambas entidades no permite fortalecer una visión global de la OSI, pues se trata de una información básicamente por línea asistencial (agudos y primaria, fundamentalmente), referida a productos intermedios, como visitas, altas, o estancia media, de difícil interpretación y poco relacionadas con resultados asistenciales globales. Tampoco se monitoriza el progreso en la integración asistencial ni se incluyen resultados de salud de la población.

La existencia de un **conjunto de objetivos y estrategias globales** para toda la organización, claramente orientado a la coordinación asistencial y la eficiencia, constituye una de las principales fortalezas de las dos OSIs analizadas desde el punto de vista de la integración asistencial (7). Para alcanzar estos dos objetivos, tanto el CSdM como el CSdT contemplan entre sus estrategias muchas de aquellas señaladas por diversos autores como las más efectivas para la integración (Ver tabla 9). Vale la pena mencionar también que algunas de las estrategias recomendadas aparecen solamente en alguno de los dos casos, o en ninguno, como es el caso de la ausencia de un sistema de monitorización del desempeño de la OSI (35).

Tabla 9. Estrategias globales para mejorar la coordinación y eficiencia en el CSdM y CSdT

	CSdM	CSdT
Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> - Alianzas con proveedores de salud locales y de referencia - Mecanismos de coordinación asistencial: protocolos compartidos, gestores de caso - Corresponsabilización de los profesionales con políticas institucionales y selección del personal 	<ul style="list-style-type: none"> - Alianzas con proveedores locales, de referencia y ayuntamientos - Sistema de Información Integrado - Mecanismos de coordinación asistencial
Eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> - Trayectorias clínicas - Estructura organizativa descentralizada - Incentivos alineados con los objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Organización en unidades funcionales descentralizadas - Instrumentos de planificación y gestión clínica
Ambos	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de mejora continua de la calidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la capacidad resolutoria de la atención primaria -Plan de mejora continua de la calidad

Fuente: Pla Estratègic del CSdM(106), Marc General per establir els objectius 2005 del CSdT(181)

Los objetivos y estrategias globales deben estar alineados con los de las unidades operativas que conforman la red para que sirvan de vínculo común a todas las acciones que se desempeñen dentro de la organización (36). En el caso del CSdM y del CSdT, sin embargo, falta la traducción a objetivos específicos para cada una de estas unidades

(servicios hospitalarios, centros de atención primaria, salud mental y sociosanitario), y los pocos que existen, no se orientan a la coordinación y la eficiencia.

La coordinación a lo largo del continuo de servicios se ve obstaculizada o facilitada por el tipo de **estructura** que adopte la organización, resultado de la combinación de determinados elementos: cómo se agrupan las actividades en unidades, los mecanismos de coordinación utilizados y el tipo de descentralización(39).

Tanto el CSdM como el CSdT presentan una estructura organizativa *funcional* en la que las actividades asistenciales se agrupan por especialidad médica (servicios), respetando la división por nivel asistencial. Este tipo de diseño organizativo por funciones, muy utilizado por los proveedores sanitarios, compartimenta la atención y dificulta la coordinación a lo largo del proceso asistencial(41). En una estructura que promoviera la agrupación por procesos, por el contrario, se estaría estimulando la coordinación entre profesionales que desempeñan distintas funciones pero que forman parte de un mismo proceso asistencial (40). Desde esta perspectiva, para mejorar la coordinación *intrahospitalaria*, el CSdT ha agrupado los servicios hospitalarios relacionados en *ámbitos asistenciales*. El propósito para un futuro es que estos ámbitos reúnan servicios relacionados a lo largo del continuo descompartimentando la atención.

En el caso de estructuras funcionales como las del CSdT y el CSdM, los mecanismos más eficaces para coordinar las unidades funcionales, en situaciones de bajo nivel de incertidumbre, son la supervisión directa, y la normalización de los procesos de trabajo (41). Cuando el volumen de información a procesar es grande (42) y las actividades muy especializadas e interdependientes(39), la coordinación basada en la estandarización de las habilidades, - por ejemplo a través de programas de formación continua-, o de los procesos,- mediante GPC o protocolos-, se vuelve ineficaz. Es el caso de muchos problemas de salud que requieren la intervención de múltiples profesionales y servicios(217), o en los que la variabilidad de la respuesta de los pacientes a las intervenciones médicas es elevada(131). En estos estados, las estrategias de coordinación más eficaces son las basadas en la adaptación mutua, pues estimulan el contacto entre los profesionales para resolver el problema en el mismo nivel que se genera la información.

Por este motivo, se recomienda que las organizaciones sanitarias integradas adopten estructuras más bien *orgánicas* y utilicen mecanismos basados en la adaptación mutua para la articulación de la atención entre niveles asistenciales (41;217): profesionales que actúen como puestos de enlace entre diferentes niveles, sistemas que proporcionen información a lo largo del continuo asistencial, grupos de trabajo donde participen profesionales de distintos ámbitos que intervengan en la atención de un mismo proceso, estructuras matriciales, etc. Sin embargo, el CSdM y el CSdT presentan estructuras más bien *mecánicas* donde la coordinación de las *actividades asistenciales* entre niveles se basa fundamentalmente en la normalización de las habilidades (sistema experto) y de los procesos de trabajo (protocolos, guías de práctica clínica, circuitos, planes, etc.).

Un elemento considerado asimismo como facilitador de la coordinación de la atención es la integración de las funciones de dirección y apoyo a lo largo de la OSI (*integración funcional*). La integración funcional se define como el grado en el cual las funciones y actividades de apoyo están coordinadas a lo largo de las unidades operativas añadiendo el mayor valor al sistema(7). Gillies et al.(35), sostienen que en la medida que se

consiga la integración funcional, se incrementará el grado de integración clínica o coordinación asistencial del sistema.

Desde esta perspectiva, el CSdM y el CSdT poseen estructuras con integración de estas funciones para toda la organización. Para coordinar estas funciones utilizan principalmente mecanismos basados en la adaptación mutua. En el CSdM las funciones de dirección asistencial de la OSI aparecen centralizadas en las figuras de dos *directivos integradores*, el director médico y la directora de enfermería; la centralización también se produce en el resto de funciones con direcciones únicas para toda la organización de recursos humanos, económica, sistema de información, etc. El nivel de centralización en la toma de decisiones es elevado en esta entidad, especialmente las referidas a planificación, gestión de personas y asignación de recursos. El CSdT también dispone de un directivo integrador, el director asistencial, para coordinar la dirección de las actividades médicas y de enfermería de toda la OSI, así como de direcciones también únicas para el resto de las funciones de dirección y apoyo. El nivel de descentralización en la toma de decisiones asistenciales en el CSdT, es no obstante más elevado; la dirección asistencial comparte muchas de sus funciones con las direcciones de ámbito.

La descentralización o centralización de las estructuras organizativas es una de las cuestiones más controvertidas en la literatura sobre teoría de las organizaciones(40). La centralización, por un lado, es el medio más preciso para coordinar la toma de decisión en una organización. No obstante, cuando la información es demasiado abundante o difícil de transmitir, es necesario reaccionar rápidamente ante determinados problemas, o se precisa estimular la motivación de los profesionales, las organizaciones deben descentralizarse(31)

Para la integración funcional de la OSI lo relevante, más que las decisiones estén centralizadas es que se hallen coordinadas, lo cual se debe manifestar en una mayor utilización de los mecanismos de coordinación(7). Esto se ve produce en el CSdT, con una estructura más descentralizada y una mayor utilización de *comités permanentes*, otro de los mecanismos empleados en los dos casos para coordinar la dirección de la OSI. La principal debilidad que presentan el CSdT y el CSdM desde el punto de vista de la integración funcional, y que se desprende del análisis de las actas, es el rol poco estratégico de sus principales comités de gestión.

Los fallos en los incentivos de los mecanismos de financiación de los servicios de salud en Cataluña, desde el punto de vista de la coordinación asistencial y la eficiencia global del sistema, se traducen en la utilización de **sistemas de asignación** inadecuados en el interior de las dos OSIs analizadas. Bajo la forma de pago actual, el incentivo que tienen el CSdT y el CSdM es asignar internamente los recursos para maximizar estos ingresos; principalmente a través de más ingresos hospitalarios, visitas de consulta externa, urgencias, etc. Lo cual puede estar poco relacionado con proporcionar la atención en el lugar más coste efectivo dentro del continuo asistencial, que no tiene por qué ser el ámbito especializado. Esto se manifiesta en la poca utilización de mecanismos internos para incentivar la coordinación asistencial y alinear los objetivos de las diferentes unidades con los globales en el CSdM y el CSdT. La única excepción la constituye la construcción de un presupuesto global para toda el CSdM a partir de los objetivos globales estratégicos; y la descentralización del presupuesto a los ámbitos asistenciales responsabilizándolos de los costes directos, en el CSdT.

7.4. ¿Cómo es la coordinación asistencial en las dos OSIs?

La coordinación a lo largo del continuo asistencial supone la división del trabajo con la asignación de roles a los diferentes profesionales y niveles asistenciales, y un modelo de colaboración que los relacione(52). En el CSdM y el CSdT, roles y tipo de colaboración vienen definidos por el modelo asistencial del Sistema Nacional de Salud al que pertenecen. En él, la atención primaria asume el rol de puerta de entrada (“*gatekeeper*”) y filtro del sistema, y mantiene la responsabilidad principal del paciente a lo largo del continuo asistencial(129). El especialista representa la figura del consultor, configurándose entre ambos un modelo de colaboración de tipo *gestor-consulta*(53).

Dentro de este marco, la diferencia fundamental entre las dos organizaciones se podría encontrar en una mayor o menor utilización de estrategias: (1) que amplíen la capacidad resolutoria de la atención primaria,-incremento del conocimiento de los profesionales y acceso a pruebas complementarias-; y (2) de mecanismos que refuerce la colaboración entre los niveles asistenciales.

Tomando en consideración el primer aspecto, se aprecian diferencias organizativas entre los centros de atención primaria (CAP) en los que se han incorporado médicos especialistas,- la mayoría de los gestionados por el CSdT-, y el resto. El principal beneficio del primer modelo es el mayor acceso de la población a la atención especializada(218); los riesgos, la fragmentación de la atención si el especialista retiene al paciente, y la no contribución a la mejora de la capacidad resolutoria de la atención primaria(52), y por tanto a la eficiencia del sistema(219). Para corregir este problema, la presencia del especialista tendría que ir acompañada de un plan de formación para el médico de atención primaria para aumentar el nivel de resolución de este nivel, junto con el ejercicio del rol consultor por parte del especialista. Estrategia que no se ha utilizado en el CSdT. En los otros CAPs, se usan algunas de las estrategias complementarias a la derivación convencional al especialista que ayudan a mejorar la capacidad resolutoria de la atención primaria,- consultorías de casos y sesiones clínicas-(52). Pero tampoco se contemplan dentro de un programa de formación continua con las características recomendadas para cambiar la práctica clínica(61).

En general, el nivel de desarrollo de los instrumentos de coordinación en ambas OSIs es bajo, lo cual perjudica la continuidad asistencial en organizaciones cuya estructura basada en la agrupación de las actividades asistenciales por especialidades y niveles, fragmenta la asistencia. El énfasis en los dos casos se efectúa en los mecanismos basados en la normalización de los procesos de trabajo, para coordinar sobre todo la atención primaria y la especializada de agudos: guías de práctica clínica, circuitos y planes de alta. Esto resulta coherente con la tendencia a la estandarización de los procesos y resultados asistenciales que se observa en el entorno sanitario, como consecuencia de la búsqueda de contener costes y mejorar la calidad de la atención (58). El CSdM utiliza con más frecuencia los circuitos y normas de derivación como forma de relacionarse con la atención primaria y no tanto los protocolos conjuntos; y

tiene desarrollado más instrumentos para la coordinación de las actividades de enfermería a lo largo del proceso.

La excepción más notable a la propensión a la estandarización por parte de estas dos entidades la componen los instrumentos de coordinación enmarcados en el *Programa vida als anys* (Programa vida a los años) promovido por el Servei Cítala de la Salut en toda Cataluña, para la coordinación entre la atención sociosanitaria y el resto de niveles asistenciales(193). Se trata en su mayoría de mecanismos basados en la adaptación mutua, como por ejemplo los equipos UFISS y PADES que actúan como puestos de enlace, pero solo actúan en la transición del paciente entre el sociosanitario y la atención primaria o la hospitalaria, y no a lo largo del continuo asistencial.

La discontinuidad en la información del paciente a lo largo del continuo se produce en las dos organizaciones debido a la falta de mecanismos para transferir la información de un nivel a otro y la desigualdad en el acceso a la escasa información que se comparte. A pesar de que el desarrollo de un sistema de información integrado aparece entre los objetivos y estrategias del CSdM y el CSdT, sus sistemas de información se encuentran en una fase inicial de integración: (1) no existe un sistema de registro clínico integrado a lo largo del continuo asistencial(33); solo algunos servicios hospitalarios comparten información clínica con la primaria (pruebas complementarias e informes de alta); (2) las herramientas informáticas de soporte a las decisiones clínicas se desarrollan solo dentro del ámbito asistencial, y son estáticas pues no usan los datos del paciente para generar consejos específicos. Esto reduce los beneficios de este tipo de herramientas para mejorar la adherencia de los clínicos a los protocolos(62); (3) no se han desarrollado sistemas de análisis de la información de resultados que den soporte a la práctica médica(61). Los cuadros de mando contienen esencialmente información segmentada por nivel asistencial sobre actividades intermedias: altas, visitas, pruebas complementarias, etc., poco útiles para mejorar la gestión del paciente a lo largo del continuo.

El análisis de la coordinación en los procesos seleccionados en cada OSI tiene el objetivo de profundizar en este proceso dentro de la organización, haciendo hincapié en la utilización de los mecanismos de coordinación y su efectividad.

El esfuerzo de coordinación en los procesos agudos seleccionados,- el *cáncer de mama* (CSdM) y la *fractura de fémur* (CSdT)-, se concentra en la transición entre el nivel de agudos y el resto (la atención primaria en el primer caso, y el sociosanitario en el segundo). En el cáncer de mama a través una guía de práctica clínica (GPC), acompañada de un circuito y un puesto de enlace, para mejorar el diagnóstico en la atención primaria y su derivación a la atención especializada. Y en la fractura de fémur mediante un puesto de enlace, el equipo de UFISS. En ambos casos apenas se implementan mecanismos de coordinación ni queda claro el rol de los diferentes niveles en el seguimiento del paciente, especialmente el del médico de cabecera. Solo el CSdT provee algunos instrumentos para reforzar el rol de gestor del paciente de la atención primaria (información sobre el paciente en otros niveles y reuniones de coordinación con el sociosanitario); pero no define su rol en el proceso.

El énfasis en la coordinación de la transición hospitalaria, y la escasez de instrumentos de coordinación y definición de roles en otras etapas del continuo, se aprecia de nuevo en los procesos crónicos con dependencia analizados. Tanto en el AVC (CSdT) como en

la *demencia* (CSdM), el esfuerzo se concentra en la derivación a la atención sociosanitaria, principalmente a través de un puesto de enlace, la planificación del alta hospitalaria, y una GPC para el AVC, y un protocolo de cribaje para la demencia.

Solo en el caso de los procesos crónicos se observan estrategias para la gestión del paciente en el continuo que refuerzan el modelo de atención basado en la atención primaria como gestor del paciente. Para la *diabetes* (CSdM) y la *EPOC* (CSdT) se utilizan guías de práctica clínica, consultorías periódicas de los especialistas en el centro, y mecanismos de comunicación como el teléfono o el e-mail.

Para la mayor parte de los procesos, los entrevistados identifican las Guías de Práctica Clínica como instrumentos para coordinar la gestión del paciente a lo largo del continuo. A pesar de que en su elaboración suelen participar casi todos los servicios, a la mayoría de ellas no se las podría considerar como tales porque no contienen el conjunto de actividades que se deben realizar al paciente(59). Comprenden exclusivamente recomendaciones y criterios de derivación para la atención primaria. Otra de las dificultades halladas en el análisis es la ausencia de estrategias para mejorar su efecto en la práctica médica. La evidencia sugiere que las GPC como instrumento aislado tienen poco impacto en la práctica médica (60). Sin embargo, en muy pocos casos,- la GPC de la diabetes del CSdM-, se va más allá de su divulgación mediante una sesión clínica, y se traducen en protocolos y mapas de atención, se informatizan o se monitorizan(60;61).

8. Conclusiones y recomendaciones

La utilización del consorcio como fórmula de colaboración entre la Generalitat y los ayuntamientos para la gestión de un nuevo hospital comarcal, y la voluntad política de ambas administraciones de iniciar un proceso de integración de diferentes servicios a lo largo del continuo bajo el paraguas del consorcio, han configurado dos organizaciones sanitarias integradas, el Consorci Sanitari del Maresme y el Consorci Sanitari de Terrassa, con características y tipologías muy similares.

Los dos casos son organizaciones sanitarias integradas verticalmente hacia atrás, con producción interna de todos los servicios y propiedad vertical sobre los centros que conforman la red.

Basándonos en los elementos recogidos en el marco conceptual se podrían identificar, a modo de conclusión, un conjunto de barreras y facilitadores de la integración asistencial, así como las áreas de desarrollo futuro para mejorar la eficacia de los dos casos analizados.

La falta de integración en la compra de servicios de salud en Cataluña(216) y los escasos incentivos que generan los mecanismos de pago a la coordinación y la eficiencia global(216), se manifiestan notoriamente cuando el proveedor es una organización sanitaria integrada. Los incentivos del sistema de compra actual a las dos OSIs no están alineados con sus objetivos de coordinación y eficiencia global. En lugar de incentivar el aumento de la capacidad resolutoria de la atención primaria y la resolución del problema de salud en el lugar más coste-efectivo, las OSIs tienen incentivos a producir más actividad hospitalaria para maximizar sus ingresos (214). La falta de alineación del sistema de asignación con los objetivos de la organización explicaría, en parte, que se haya encontrado un bajo nivel en la implementación de las estrategias en los casos analizados, además de una escasa utilización de mecanismos internos para alinear los objetivos de las distintas unidades con los globales de la OSI. Desde este punto de vista, resultaría más apropiado utilizar mecanismos de financiación per cápita para la compra de servicios a organizaciones sanitarias integradas. Con una asignación capitativa los servicios integrados en la red perciben que están recibiendo un presupuesto común y que las acciones que se llevan a cabo en un punto concreto de la red tienen repercusiones en la cuenta de resultados de cada una de las entidades (220).

El CSdM proporciona el continuo de servicios, a un porcentaje relativamente pequeño de la población que reside en su zona de influencia. Esta característica es relativamente frecuente en muchas OSIs debido a la fuerte presencia del Institut Català de la Salut en el territorio, gestionando el 83% de los CAPs en Cataluña(9). En este contexto, la falta de colaboración entre el CSdM y el ICS supone una barrera importante para la continuidad asistencial. Un área de desarrollo futura, por tanto, es la implantación de fórmulas de cooperación interorganizativas entre los dos proveedores, que permitan fijar unos objetivos y estrategias comunes, integrar funciones de las dos organizaciones para mejorar la coordinación y reasignar los recursos internamente para proporcionar la atención a lo largo del continuo de la forma más eficiente.

Otra de las dificultades para la integración encontrada en las OSIs analizadas es el rol pasivo que en la práctica desempeñan sus órganos de gobierno. La buena gobernabilidad de las instituciones es necesaria para asegurar que las decisiones estratégicas se toman de acuerdo con los intereses de los propietarios, -los ciudadanos-. Para ello sería importante que en las dos OSIs los órganos de gobierno participaran en la formulación de objetivos y estrategias y evaluaran el desempeño de la gestión, fortaleciendo asimismo su visión global de la organización.

Los elementos claves que definen una OSI: integralidad de la asistencia y actuación en un área geográfica definida, aparecen tanto en el CSdT como en el CSdM, en diferentes documentos estratégicos desde el momento de su constitución. Ambas OSIs disponen de un conjunto de objetivos y estrategias globales orientadas a la coordinación y eficiencia, elemento clave para la integración organizativa porque aportan un vínculo común a las acciones que se desempeñan a lo largo de la organización. Este elemento, que constituye una de las principales fortalezas de las OSIs analizadas, pierde no obstante su efecto, en la medida en que falta su traducción a objetivos específicos e incentivos para las unidades que componen la red (hospital, centro de atención primaria, etc.).

Una barrera importante a la coordinación asistencial la forma, en el CSdM y el CSdT, su estructura organizativa de tipo funcional que compartimenta la atención y dificulta la coordinación a lo largo del proceso asistencial. Este aspecto se ve agravado por la relativamente escasa utilización de instrumentos de coordinación entre niveles en las dos organizaciones, especialmente aquellos basados en la adaptación mutua. Por este motivo, las dos OSIs deberían evolucionar más allá de la integración funcional alcanzada, e implementar dispositivos de enlace entre los diferentes servicios: profesionales que actúen como puestos de enlace entre diferentes niveles, sistemas que proporcionen información a lo largo del continuo asistencial, grupos de trabajo donde participen profesionales de distintos ámbitos que intervengan en la atención de un mismo proceso, estructuras matriciales, etc.

En la estrategia de coordinación asistencial de los procesos seleccionados, el CSdM y el CSdT descuidan aspectos fundamentales que según diversos autores se deberían contemplar (52;65): (1) protocolos y planes que definan explícitamente *a lo largo del continuo*, qué atención se le debe dar al paciente, en qué intervalos y por quién; (2) el rediseño de la práctica médica fomentando la práctica en equipos asistenciales (*grupos de trabajo*), con objetivos asistenciales comunes, asignación de tareas entre ellos, incluidas las de seguimiento del paciente a lo largo del continuo, y participación de otros profesionales de salud; (3) estrategias para mejorar la capacidad de la resolución de la atención primaria, - grupos de especialistas que trabajen en los CAPs como expertos locales, visitas conjuntas, consultoría de casos clínicos y sesiones clínicas-; (4) un registro clínico único sobre los pacientes, su atención y los resultados en la atención; junto con sistemas computerizados que orienten la decisión clínica.

Además de los elementos anteriores, las dos OSIs analizadas deberían tener en cuenta aquellas *buenas prácticas* que mejoran la efectividad de los mecanismos de coordinación utilizados e inciden en la práctica clínica(60;61): (1) amplia divulgación de las guías, traducción en protocolos, mapas de atención y recordatorios computerizados o en papel, y monitorización de las mismas; (2) contemplar las diversas estrategias para aumentar la capacidad resolutoria de la atención primaria dentro de un

programa de formación continua sistemático; (3) sistemas de análisis de la información de los resultados que permitan una monitorización regular de la práctica médica

9. Bibliografía

- (1) Saltman RB, Figueres J. Analyzing the evidence on european health care reforms. *Health Affairs* 1998; 17(2):85-108.
- (2) WHO. *Integration of health care delivery*. 861 ed. Geneva: WHO, 1996.
- (3) Ortún V. La articulación entre niveles asistenciales. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1998: 349-357.
- (4) Vergeles-Blanca JM. Relación entre atención primaria y especializada: el reto permanente. *Cuadernos de gestión* 2002; 8(4):159-166.
- (5) Contel JC. La coordinación sociosanitaria en un escenario de atención compartida. *Atención Primaria* 2002; 29(8):502-506.
- (6) Mur-Veeman I, Van Raak A, Paulus A, Steenbergen M. Comparison and reflection. In: Van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A, editors. *Integrated care in Europe*. Maarssen: Elsevier, 2003: 169-190.
- (7) Shortell SM, Gillies R.R., Anderson DA, Morgan KL, Mitchell J.B. *Remaking health care in America*. 1ª ed. San Francisco: The Jossey-Bass health care series, 1996.
- (8) Van de Ven WP, Schut FT, Rutten FF. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care. *Social Science and Medicine* 1994; 39(10):1405-1412.
- (9) Mayolas E, Vargas I. La Sanitat en Catalunya: situació actual i perspectives de futur. *Memòria Econòmica de Catalunya: any 2002*. Barcelona: Cambra Oficial de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona, 2003: 279-295.
- (10) Shortell SM. The Evolution of Hospital System: Unfulfilled Promises and Self-Fulfilling Prophecies. *Med Care Rev* 1998; 45:177-214.
- (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):447-466.
- (12) Gillies RR, Shortell SM, ADA, MJB, & Morgan KL. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. *Hospital & Health Services Administration* 38[4], 467-489. 1993.
- (13) Conrad DA, Dowling WL. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Manage Rev* 1990; 15(4):9-22.
- (14) Harrigan KR. Vertical integration and corporate strategy. *Academy of Management Journal* 1985; 28(2):397-425.
- (15) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs* 1994; Winter:46-64.
- (16) Ortún V. *Gestión Clínica. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. 2003.
- (17) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff (Millwood)* 1994; 13(5):46-64.

- (18) Shortell SM, Hull KE. The new organization of the health care delivery system. *Baxter Health Policy Rev* 1996; 2:101-148.
- (19) Harrigan K.R. Vertical integration and corporate strategy. *Academy of Management Journal* 1985; 28(2):397-425.
- (20) Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications. *International Journal of Integrated Care* 2002; 2:1-8.
- (21) Shortell SM. The Evolution of Hospital System: Unfulfilled Promises and Self-Fulfilling Prophecies. *Med Care Rev* 1998; 45:177-214.
- (22) Dranove D, Durkac A, Shanley M. Are multihospital systems more efficient? *Health Aff (Millwood)* 1996; 15(1):100-103.
- (23) Skelton-Green JM, Sunner JS. Integrated delivery systems: the future for Canadian health care reform? *Can J Nurs Adm* 1997; 10(3):90-111.
- (24) Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña . *Cuadernos de gestión* 2002; 8(4):167-179.
- (25) Ibern P, Calsina J. Más allá de la separación de funciones: Las Organizaciones Sanitarias Integradas. 2001.
- (26) Alexander JA, Zuckerman HS, Pointer DD. The challenges of governing integrated health care systems. *Health Care Management Review* 1995; 20(4):69-81.
- (27) Forest PG, Gagnon D, Abelson J, Turgeon J, Lamarche P. Issues in the governance of integrated health systems. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 1999.
- (28) Pointer DD, Alexander JA, Zuckerman HS. Loosening the Gordian Knot of governance in integrated health care delivery systems. *Front Health Serv Manage* 1995; 11(3):1-37.
- (29) Savage GT, Taylor RL, Rotarius TM, Buessler JA. Governance of integrated delivery systems/networks: a stakeholder approach. *Health Care Management Review* 1997; 22(1):7-20.
- (30) Shortell SM, Hull KE. The new organization of health care: Managed care/integrated health systems. In: Altman S, Reindhart U, editors. *Strategic Choices for a changing Health care System*. Chicago: 1996.
- (31) Casanueva C, García J. *Gestión de empresas*. Madrid: Pirámide, 1999.
- (32) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erikson D, Mitchell J. *Remaking health care in America. Building organized delivery systems*. 2nd ed. San Francisco: The Jossey-Bass health care series, 2000.
- (33) Coddington C, Moore C, Fischer E. *Making integrated health care work*. Englewood (Colorado): Center for Research in Ambulatory Health Care Administration, 1996.
- (34) Conrad DA, Dowling WL. Vertical Integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Management Review* 1990; 15(4):9-22.
- (35) Gillies R.R., Shortell S.M., Young G. Best practices in managing organized delivery systems. *Hosp Health Serv Adm* 1997; 42(3):299-321.
- (36) Val Pardo I. *Sistemas de Salud: Diagnóstico y planificación*. Madrid: 2001.
- (37) Peters JP. *El proceso de planificación estratégica para hospitales*. Barcelona: Masson, 1989.
- (38) Schein EH. *Organizational culture and leadership*. 2ª ed. San Francisco: Jossey-Bass, 1992.

- (39) Lawrence PR, Lorsch J.W. Organization and environment. Boston: 1986.
- (40) Mintzberg H. La estructura de las organizaciones. Barcelona: Ariel, 1990.
- (41) Charns MP. Organization design of integrated delivery systems. *Hosp Health Serv Adm* 1997; 42(3):411-432.
- (42) Galbraith J. Organization design. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, 1973.
- (43) Kornacki MJ, Silversin J. How can IDSs integrate conflicting cultures? *Health Care Financing Management* 1998; 52(6):34-36.
- (44) Young G. Managing clinical integration in integrated delivery systems: a framework for action. *Hosp Health Serv Adm* 1997; 42(2):255-279.
- (45) Kornaki MJ, Silversin J. How can IDSs integrate conflicting cultures? *Health Care Financing Management* 1998; 52(6):34-36.
- (46) Barnsley J, Lemieux-Charles L, McKinney MM. Integrating learning into integrated delivery systems. *Health Care Management Review* 1998; 23(1):18-28.
- (47) Rosen B. Professional reimbursement and professional behavior: emerging issues and research challenges. *Social Science and Medicine* 1989; 29(3):455-462.
- (48) Lamb GS. Outcomes across the care continuum. *Medical Care* 1997; 35(11 Suppl):106-114.
- (49) Glendinning C, Jacobs S, Alborz A, Hann M. A survey of access to medical services in nursing and residential homes in England. *Br J Gen Pract* 2002; 52(480):545-548.
- (50) Reid R, Haggerty J, McKendry M. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care. 2002.
- (51) Haggerty J, Reid R, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal* 2002; 327(7425):1219-1221.
- (52) Wagner EH, Austin BT, Vonkorff M. Improving Outcomes in chronic illness. *Managed Care Quarterly* 1996; 4(2):12-25.
- (53) Lorenz AD, Mannsch LB, Gawinski BA. Models of collaboration. *Health Care Management Review* 1999; 26(2):401-410.
- (54) Starfield BH. Coordinación de la atención en salud. In: Starfield BH, editor. *Atención primaria*. Barcelona: Masson, 2002: 233-265.
- (55) Mickan S, Rodger S. Characteristics of effective teams: a literature review. *Australian Health Review* 2000; 22(3):201-208.
- (56) Hickman M, Drummond N, Grimshaw JM. A taxonomy of shared care for chronic disease. *J Public Health Med* 1994; 16(4):447-454.
- (57) Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly* 1996; 74(4).
- (58) Longest BB, Young G.J. Coordination and communication. In: Shortell SM, Kaluzny AD, editors. *Health care management*. NY: Delmar, 2000: 210-243.
- (59) Grifell E, Carbonell JM, Infiesta F. Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Barcelona: CHC Consultoria i Gestió, 2002.

- (60) Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L et al. Changing provider behavior. *Medical Care* 2001; 39(8 (Supplement 2)):II-2-II-45.
- (61) Grol R. Improving the quality of medical care. *JAMA* 2004; 286(20):2578-2585.
- (62) Johnston ME, Langton KB, Haynes RB, Mathieu A. Effects of computer-based clinical decision support systems on clinician performance and patient outcome. A critical appraisal of research. *Ann Intern Med* 1994; 120(2):135-142.
- (63) Plocher DW, Wilson WL, Lutz JA, Huston A. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, 2001.
- (64) Smith JE. Case Management: A Literature Review. *Canadian Journal of Nursing Administration* 1998; May-June:93-109.
- (65) Hampson JP, Roberts RI, Morgan DA. Shared care: a review of the literature. *Family practice* 1996; 13(3):264-279.
- (66) Mickan S, Rodger S. The organisational context for teamwork: comparing health care and business literature. *Australian Health Review* 2000; 23(1):133-142.
- (67) Jacobsen T, Hill M. Achieving information systems support for clinical integration. *J Nurs Adm* 1999; 29(6):31-39.
- (68) Kilbridge PM. The role of information systems in IDS-physician relationships. *Healthc Financ Manage* 1998; 52(6):31-33.
- (69) Artalejo FF, Banegas JR, Conde M, Hernández R, Rodríguez C, Olcoz M. ¿Cómo mejorar la atención a las enfermedades crónicas?. Una ilustración en pacientes con insuficiencia cardíaca. In: Ortún V, editor. *Gestión Clínica y sanitaria*. Barcelona: Masson, 2003: 1-17.
- (70) Peiró S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. In: Ortún V, editor. *Gestión clínica y sanitaria*. Barcelona: Masson, 2003: 17-89.
- (71) Pilnick A, Dingwall R, Starkey K. Disease management: definitions, difficulties and future directions. *Bull World Health Organ* 2001; 79(8):755-763.
- (72) Lawthers AG, Pransky GS, Peterson LE, Himmelstein JH. Rethinking quality in the context of persons with disability. *Int J Qual Health Care* 2003; 15(4):287-299.
- (73) Chen A., Brown R., Aliotta S., Fox P. Best practices in coordinated care. 2000. Mathematica Policy Research, Inc. Princeton, NJ.
- (74) Hill M. The development of care management systems to achieve clinical integration. *Advanced Practice Nursing Quarterly* 1998; 4(1):33-39.
- (75) Terraza R. Coordinación y continuidad: un marco para el análisis. Universidad Pompeu Fabra, 2004.
- (76) Zinn J, Mor V. Organizational structure and the delivery of primary care to older Americans. *Health Services Research* 1998; 33:354-340.
- (77) Devers K, Shortell S, Gillies R, Anderson D, Mitchell J, Morgan K. Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health Care Management Review* 1994; 19(3):7-20.
- (78) Barr N. The economics of the welfare state. Second edition ed. Oxford: Oxford University Press, 1993.

- (79) Hurley J, Birch S, Eyles J. Geographically-decentralized planning and management in health care: some informational issues and their implications for efficiency. *Social Science and Medicine* 2004; 41(1):3-11.
- (80) Gerdtham U, Löthgren M. Health care system effects on cost efficiency in the OECD countries. 247. 1998. Stockholm, Stockholm School of Economics. Working Paper Series in Economics and Finance.
- (81) 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.
- (82) Vargas I, Vazquez ML, Farré J. Marco conceptual para el estudio de las Organizaciones Sanitarias Integradas. 2004.
- (83) Vargas I, Vazquez ML, Farré J. Guía para el estudio de Organizaciones Sanitarias Integradas. 2004. Barcelona, Consorci Hospitalari de Catalunya. 2004.
- (84) Yin RK. Case study research. Design and methods. Second Edition ed. London: SAGE, 1994.
- (85) Stake RE. Case studies. In: Denzin NK, Lincon YS, editors. *Handbook of qualitative research*. 2000: 435-454.
- (86) Fernández de Sanmamed MJ. Diseño de estudios y diseños muestrales en investigación cualitativa. In: Vázquez ML, da Silva MRF, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, editors. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2005.
- (87) Miles M, Huberman A. *Qualitative data analysis*. London: Sage, 1994.
- (88) Ruiz-Olabuenaga JI. *Metodología de la investigación cualitativa*. 2a. ed. Bilbao: 1999.
- (89) Mogollón A, Vázquez ML. Técnicas cualitativas aplicadas en salud. In: Vázquez ML, da Silva MRF, Mogollón AS, Fdez.Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, editors. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2005.
- (90) Delgado ME, Vargas I. El rigor en la investigación cualitativa. In: Vazquez ML, da Silva MRF, Mogollón AS, Fernández de Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, editors. *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2005.
- (91) Patton Q. *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage, 1990.
- (92) Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud. *Revista Española de Salud Pública* 2002; 76(5):473-482.
- (93) Departament de Sanitat i Seguretat Social. Resolució de 17 de Juliol de 1998 per la aprovació dels Estatuts del Consorci Sanitari del Maresme. DOGC/Núm.2723 - 14.9.1998, 11488-11491. 17-7-1998.
- (94) Web del Consorci Sanitari del Maresme. www.csm.scs.es . 27-10-2004.
- (95) Consorci Sanitari del Maresme. Estatuts de Serveis Intersanitaris del Maresme, AIE. 2000.
- (96) IDESCAT. Padró municipal d'habitants. Xifres oficials. IDESCAT . 12-8-2005.
- (97) IDESCAT. Estadística bàsica territorial. IDESCAT . 11-2-2005.

- (98) Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme del Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2002. La xarxa sanitària d'utilització pública del Barcelonès Nord i Maresme. Badalona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut, 2002.
- (99) Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme del Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 1998. La xarxa sanitària d'utilització pública del Barcelonès Nord i Maresme. Badalona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut, 1999.
- (100) Departament de Sanitat i Seguretat Social. Hospital de Mataró. Mataró: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1999.
- (101) Ayuntamiento de Mataró. Estatutos del Consorci Sanitari de Mataró. B.O.P. de Barcelona/Num. 283 - 26.11.1991, 9-13. 1991.
- (102) Consorci Sanitari del Maresme. Presentación del Consorci Sanitari del Maresme. 2004.
- (103) Consorci Sanitari de Mataró. Consorci Sanitari de Mataró. Edicte. B.O.P. de Barcelona/Núm. 85 - 9.4.1993, 61-63. 1993.
- (104) Consorci Sanitari del Maresme. Atenció integral de la salut. Mataró: CSdM, 2001.
- (105) Consorci Sanitari del Maresme. 1999-2004: 5 anys millorant la salut del Maresme. Mataró: CSdM, 2004.
- (106) Consorci Sanitari del Maresme. Pla Estratègic del CSdM. Presentació Consell Rector. Mataró: CSdM, 2003.
- (107) PASS. Pla d'empresa 2003-2007 del PASS. 15-7-2003.
- (108) Consorci Sanitari del Maresme. Acta de 23/07/2003 del Consell Rector. 2003.
- (109) Consorci Sanitari del Maresme. Consorci Sanitari del Maresme. Memoria 2003. Mataró: CSdM, 2004.
- (110) Consorci Sanitari del Maresme. Pla d'empresa 2003-2005 Consorci Sanitari del Maresme. 2004. 18-6-2003.
- (111) Informació obtinguda en entrevista individual con directivo de la OSI. 28-10-2004. CSdM.
- (112) Consorci Sanitari del Maresme. Acta de 17/07/2002 del Consell Rector del CSdM. 2002.
- (113) Consorci Sanitari del Maresme. Pla estratègic. Grups de Treball . 15-11-2000.
- (114) Informació obtinguda en entrevista individual con técnico de apoyo de OSI. 22-10-2004. CSdM.
- (115) Servei Català de la Salut. Contracte entre el Servei Català de la salut i el Consorci Sanitari del Maresme, de l'Equip d'Atenció Primària Argentona. Període 2002-2004. 2002.
- (116) Consorci Sanitari del Maresme. Actas del Consell Rector del CSdM en el periodo comprendido entre el 01/02/02 y el 05/11/04.
- (117) Consorci Sanitari del Maresme. Acta de 18/06/03 del Consell Rector del CSdM. 2003.
- (118) Consorci Sanitari del Maresme. Memòria Consorci Sanitari del Maresme. 2001. Mataró: CSdM, 2002.

- (119) Las empresas de servicios sanitarias: innovación en la gestión sanitaria. Vitoria: XVIII Jornadas de Economía de la Salud, 1998.
- (120) Consorci Sanitari del Maresme. Direcció Mèdica. Objectius 2003. 2003.
- (121) Torrus C. Organigrama CSdM. 2004.
- (122) Consorci Sanitari del Maresme. Organigrama CSdM. 2004.
- (123) Información obtenida en entrevista individual con directivo de la OSI. 8-11-2004. CSdM.
- (124) Marbá L. Interrelación de la enfermería de los distintos niveles de atención, como garantía en la continuidad de los cuidados. 2004.
- (125) Consorci Sanitari del Maresme. Pressupost 2002. 2002.
- (126) Información obtenida en entrevista individual con directivo de la OSI. 18-10-2004. CSdM.
- (127) Consorci Sanitari del Maresme. Pressupost 2004. 2004.
- (128) Consorci Sanitari del Maresme. Pressupost 2003. 2003.
- (129) Coordinación atención primaria y especializada, visión desde la pediatría de atención primaria. Ponencia inaugural del IV Curso de Pediatría en atención primaria. Madrid. España: 2003.
- (130) Consorci Sanitari del Maresme. Consorci Sanitari del Maresme. Memoria 2003. Mataró: CSdM, 2003.
- (131) Esteve M, Serra-Prat M, Zaldívar C, Verdaguer A, Berenguer J. Evaluación del impacto de una trayectoria clínica sobre el ictus isquémico. Gaceta Sanitaria 2004; 18(3):197-204.
- (132) Información obtenida en entrevista individual con directivo de la OSI (M. Esteve). 2004. CSdM.
- (133) CSdM. Metodologia assistencial: Trajectòries. 8-11-2004.
- (134) CSdM. Coordinació atenció primària-especialitzada: endocrinología, nutrición y lípidos. 2004.
- (135) Unitat d'urologia. Hospital de Mataró. Incontinència. 2004.
- (136) Circuit d'atenció a pacients amb fibromialgia o Sdr. Fatiga Crònica. 2004.
- (137) Información obtenida en entrevista individual con directivo de la OSI. 22-10-2004. CSdM.
- (138) Consorci Sanitari del Maresme. Circuit de diagnòstic ràpid per a pacients amb sospita de patir càncer de colon. 2004.
- (139) Consorci Sanitari del Maresme. Circuit de diagnòstic ràpid per a pacients amb sospita de patir càncer de mama. 2004.
- (140) Consorci Sanitari del Maresme. Circuit de diagnòstic ràpid per a pacients amb sospita de patir càncer de pulmó. 2004.
- (141) Información obtenida en entrevista individual con directivo de la UO. 2005. CSdM.
- (142) Servei de Psiquiatria. CSdM. Centre de Salut mental d'Adults de Mataró. Protocolo de col·laboració amb l'atenció primària de salut. 10-7-2003.
- (143) Barnet X. Presentación interna de los sistemas de información del CSdM. 2004.

- (144) Informació obtinguda en entrevista individual con directivo de la UO. 27-10-2004.
- (145) Informació obtinguda en entrevista individual con técnico de apoyo de OSI. 27-10-2004. CSdM.
- (146) Direcció mèdica de SyfdC. Presentació del Projecte e-TP. 2004.
- (147) Consorci Sanitari del Maresme. Manual d'usuari de Trajectòries Clíniques, plan de cures, administració de la medicació, constants i gràfics am el PDA. Versió 0.1. 20-11-0003.
- (148) Informació obtinguda en entrevista individual con profesional de la atención primaria. 27-10-2005. CSdM.
- (149) Hospital de Mataró. CSdM. Càncer de mama. Guia de Pràctica Clínica. 2004.
- (150) Hospital de Mataró, Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena. Organització actual en cures pal·liatives. 21-10-2004.
- (151) Informació obtinguda en entrevista individual con profesional de la atención especializada. 27-11-2005. CSdM.
- (152) Agència d'avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. OncoGuia de mama. Barcelona: AATRM, 2003.
- (153) CSdM. Diabetes mellitus 2. Prevenció primària. 2004.
- (154) Unitat de diagnòstic i tractament de demències. Unitat de diagnòstic i tractament de demències. 2004.
- (155) Informació obtinguda en entrevista individual con profesional de la atención especializada (C.Spinoza). 2005. CSdM.
- (156) Departament de Sanitat i Seguretat Social. Decret 58/1988, de 10 de març, pel qual es crea el Consorci Hospitalari de Terrassa i se n'aproven els Estatuts. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, editor. 25-3-1988.
- (157) Consorci Sanitari de Terrassa. 15 anys de Consorci Sanitari de Terrassa. 2004.
- (158) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta de Consell de Govern del CSdT de 24 de Febrero de 2004. 24-2-2004.
- (159) Servei Català de la Salut. Registre Central d'Assegurats. Població amb TSI assignada al CSdT. 31-12-2004.
- (160) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta de Consell de Govern del CSdT de 19 de Noviembre de 2004. 19-11-2004.
- (161) Consorci Sanitari de Terrassa, Gerència de consorcis i Empreses Públiques del SCS, Regió Sanitària Centre del SCS. Pla d'empresa del Consorci Sanitari de Terrassa 2001-2003. 2001.
- (162) Consorci Sanitari de Terrassa. Pla Funcional del CAP Terrassa Est. 1-10-2003.
- (163) Informació obtinguda en entrevista individual con directivo de OSI. 15-3-2005. CSdT.
- (164) Informació obtinguda en entrevista individual con directivo de OSI. 6-5-2005.
- (165) Consorci Sanitari de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa. Pla estratègic "4". 1993.
- (166) Consorci Sanitari de Terrassa. Pla estratègic i informe de planificació. 1991.

- (167) Consorci Sanitari de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa. Cinc anys després 1989-1994. 1994.
- (168) Consorci Sanitari de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa: pla d'empresa 2004-2008. Consell de Govern. 18-12-2003.
- (169) Consorci Sanitari de Terrassa. Història d'un projecte. 10 anys, Consorci Sanitari de Terrassa 1989-1999. 1999.
- (170) Consorci Sanitari de Terrassa. Organigrama 2004 del Consorci Sanitari de Terrassa. 1-12-2004.
- (171) Consell Comarcal del Vallès Occidental. La comarca. Territori i població. Consell Comarcal del Vallès Occidental . 12-8-2005.
- (172) Manté C, Jose María F. Els consorcis sanitaris a Catalunya. IJ1. 1999. Barcelona, CHC. Informes Jurídics.
- (173) Corporació Sanitària Parc Taulí, Consorci Sanitari de Terrassa. Convenio de colaboración entre la Corporació Sanitària Parc Taulí y el Consorci Sanitari de Terrassa. 15-2-2005.
- (174) Servei Català de la Salut. Contracte de compra de serveis socio-sanitaris 2003. Part variable. 2004.
- (175) Servei Català de la Salut. Contracte de compra de serveis d'atenció hospitalària 2001-2004. 2004.
- (176) Servei Català de la Salut. Compra de serveis 2005. Contractes d'equips d'atenció primària. 2-7-2005.
- (177) Servei Català de la Salut. Objectius de salut, qualitat i accessibilitat del contracte de compra de serveis d'atenció primària 2003-2005. 2003.
- (178) Informació obtinguda en entrevista individual con directivo de OSI. 9-2-2005. CSdT.
- (179) Consorci Sanitari de Terrassa. Actas de Gobierno 28/Ene/2003, 27/May/2003, 16/09/2003, 28/10/2003, 18/12/2003, 27/Ene/2004, 24/Feb/2004, 17/Marz/2004, 27/Abr/2004, 19/Nov/2004, 14/12/2004. 2003.
- (180) Consorci Sanitari de Terrassa. Marc General per eestablir els objectius 2005. 8-10-2004.
- (181) Consorci Sanitari de Terrassa. Marc General per establir els objectius 2005. 8-10-2004.
- (182) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta 30/04/04 del Comité de Dirección Asistencial del CSdT. 30-4-2004.
- (183) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta Comitè Directiu Plenari. 16-4-2004.
- (184) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta Comitè Directiu Plenari. 10-9-2004. 10-9-2004.
- (185) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta Comitè Directiu Plenari. 10-9-2004.
- (186) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta Comitè Directiu Plenari. 6-2-0005.
- (187) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta de 26 de noviembre de 2004 del Comité de Dirección Asistencial. 26-11-2004.
- (188) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta de 30 de Abril de 2004 del Comité de dirección Asistencial del CSdT. 30-4-2004.

- (189) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta de 21 de Mayo de 2004 del Comité de Dirección Asistencial del CSdT. 21-5-2004.
- (190) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta de Reunión de 22 de noviembre de 2004 del Comité de gestión clínica. 22-11-2005.
- (191) Consorci Sanitari de Terrassa. Pla de Qualitat del Consorci Sanitari de Terrassa 2005-2008. 2005.
- (192) Información obtenida en entrevista individual con directivo de OSI. 21-1-2005. CSdT.
- (193) Gómez-Batiste X, Fontanals MD, Roca J, Borrí J, Viladiu P, Stjernswí RD. Catalonia WHO Demonstration Project on Palliative Care Implementation 1990-1995: results in 1995. Journal of pain and symptom management 1996; 12(2):73-78.
- (194) Hospital Fundació Sant Llàtzer. UFISS: col·laboració i coordinació entre nivells. 2004.
- (195) Información obtenida en entrevista individual con directivo de OSI. 3-2-2005. CSdT.
- (196) Información obtenida en entrevista individual con directivo de la OSI. 11-8-2005. CSdT.
- (197) Servei d'Obstetricia i Ginecologia.Consorci Sanitari de Terrassa. Cribatge del càncer de cèrvix. 2004.
- (198) Hospital Fundació Sant Llàtzer. Unitat de convalsència. Col·laboració i coordinació entre nivells. 2004.
- (199) Hospital Fundació Sant Llàtzer. Unitat de Llargada estada. Col·laboració i coordinació entre nivells. 2004.
- (200) Hospital Fundació Sant Llàtzer. Unitat de cures paliatives. Col·laboració i coordinació entre nivells. 2004.
- (201) Consorci Sanitari de Terrassa. Farmàcia Integral: Pla Estratègic. 29-10-2004.
- (202) Hospital Fundació Sant Llàtzer. PADES. Col·laboració i coordinació entre nivells. 2004.
- (203) Información obtenida en entrevista individual con directivo de OSI. 10-3-2005. CSdT.
- (204) Información obtenida en entrevista individual con profesional de la atención especializada. 6-4-2005. CSdT.
- (205) Información obtenida en entrevista individual con médico especialista. 15-4-2005. CSdT.
- (206) Información obtenida en entrevista individual con médico especialista. 15-4-2005. CSdT.
- (207) Consorci Sanitari de Terrassa.Grupo de Trabajo de EPOC. Programa de MPOC. Grup de Treball de EPOC. 15-1-2005.
- (208) Información obtenida en entrevista individual con profesional de la atención especializada. 14-4-2005. CSdT.
- (209) Consorci Sanitari de Terrassa.Servei de Medicina Interna. Protocol AVC Isquèmic Agut. 2004.
- (210) Consorci Sanitari de Terrassa.Servei de Medicina Interna. Protocol d'infermeria AVC. 2005.
- (211) Información obtenida en entrevista individual con profesional de la atención especializada. 19-4-2005. CSdT.

- (212) Consorci Sanitari de Terrassa. Guia d'atenció integral als pacients amb accident vascular cerebral agut. 2005.
- (213) Ortún V. Los contornos de las organizaciones sanitarias. En: Costes y calidad en la contratación de servicios de salud. Murcia: Asociación de Economía de la Salud. 39-54. 1997.
- (214) Pané O, Farré J, Parellada N, Estevan N. ¿Los hospitales comarcales aumentan su actividad para neutralizar el efecto contenedor de la reforma? Cuadernos de gestión 1995; 1(2):104-109.
- (215) Vargas I. La sanitat a Catalunya: situació actual i perspectives de futur. 2004.
- (216) Ortún V, López G, Puig-Junoy J, Sabés R. El sistema de finançament capitatiu: possibilitats i limitacions. Fulls Econòmics 2001; 35:8-16.
- (217) Young G, Charns MP, Daley J, Forbes MG, Handerson W, Khuri SF. Patterns of coordination and clinical outcomes: a study of surgical services. Health Service Research 1998; 33:1211-1236.
- (218) CatSalut.Consorci Sanitari de Barcelona. Resum de l'informe sobre la RAE a la Regió Sanitària de Barcelona Ciutat. 2005.
- (219) Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Med Clin (Barc) 2005; 106(3):97-102.
- (220) Morrissey M, Alexander JA, Burns LR, Johnson V. The effects of managed care on physician and clinical integration in hospitals. Medical Care 1999; 37(4):350-361.

ANEXOS

ANEXO I. GUIA DE CASO

Guía para el estudio de Organizaciones Sanitarias Integradas

26 Abril 2004

Ingrid Vargas Lorenzo
María Luisa Vázquez Navarrete
Joan Farré i Calpe

Contenido

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

Organización Sanitaria Integrada: *Nombre de la entidad*

1. Introducción

2. Descripción de la OSI

Descripción breve de la OSI: unidades operativas que componen la OSI y población de referencia, localización geográfica (municipios y comarca), población de referencia para el continuo de servicios la OSI, población de referencia de la zona de influencia hospitalaria determinada a partir de la ZAC (zona d'avaluació del capitatiu) , características generales de la oferta de servicios (número de camas de agudos, índice de case-mix del hospital(s) de la OSI, número de camas de larga y media estancia, número de plazas de hospital de día del sociosanitario), actividad asistencial para cada uno de las UO.

3. Características generales de la OSI

a. Amplitud de la integración

- ¿Qué unidades operativas conforman la OSI?
- ¿Qué servicios comprende la OSI?

b. Profundidad de la integración

- Número de Unidades Operativas de cada tipo
- Número de servicios de cada tipo

c. Penetración de la OSI en el territorio

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

d. Nivel de producción de servicios dentro de la OSI

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

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

- ¿Qué formas de colaboración existe entre las unidades operativas que conforman las OSI?

f. Tipo de OSI

- Según el tipo de servicios que se integran
- Según el nivel de producción de servicios
- Según la forma de relación entre las UO que constituyen la OSI

4. Evolución histórica de la OSI

- Los orígenes de la OSI
- Los determinantes de la formación de la OSI
 - ¿Cuáles fueron los factores o circunstancias que determinaron la constitución de la OSI?
- Liderazgo del proceso
 - ¿Qué unidad/es operativa/s y personas (como perfiles) lideraron el proceso?

■ **La evolución organizativa de la OSI**

- ¿Cuáles han sido los cambios organizativos más importantes que se han producido desde la constitución de la OSI hasta ahora?
 - Cambios en la forma de relación entre las organizaciones
 - Cambios en la forma de gobierno
 - Cambios en la estructura organizativa
- ¿Cómo ha sido el crecimiento de la OSI (lento vs. rápido, ordenado vs. desordenado)?

■ **Duración de la OSI**

- Fecha de inicio de la OSI

5. Entorno

a. Población y territorio

- Características demográficas de la población de referencia (grupos por edad, crecimiento demográfico, índice de envejecimiento, población flotante), características socioeconómicas (tasa de analfabetismo, tasa de desempleo, tasa de fecundidad en adolescentes), características de salud (tasa de mortalidad infantil, índice de mortalidad estandarizada, esperanza de vida al nacer).
- Características del territorio donde se sitúa la OSI: densidad demográfica vías de comunicación

b. Presencia de otros proveedores en el territorio

- Proveedor, nivel asistencial y servicios que atiende, población de cobertura.
- Existencia de alguna forma de relación entre la OSI y estos proveedores (convenio de colaboración, contrato,...) y de mecanismos de coordinación (guías de práctica conjuntas, sistema de información, etc.)

c. Modelo de compra de los servicios del territorio

- ¿Qué tipo de contrato establece el CatSalut con la OSI (único o por unidad operativa)?
- ¿Cuál es el mecanismo por el cual la OSI adquiere una responsabilidad única delante del comprador?
- ¿Cuál es el mecanismo de pago de los servicios que integran la OSI?
- ¿Qué tipo de objetivos se incluyen en los contratos?
- ¿El mecanismo de pago de los servicios y los objetivos favorecen la coordinación asistencial? ¿Y la eficiencia?

6. Modelo de gobierno de la OSI

a. Dimensiones del gobierno

■ **Control**

- ¿Cuántos órganos de gobierno existen en la OSI? ¿Cuáles son estos órganos?
- ¿Qué relación de jerarquía hay establecida entre ellos?

■ **Estructura**

- ¿Qué unidades gobierna cada uno de estos órganos?

- En el caso de que existan múltiples gobiernos en la OSI ¿qué mecanismos de coordinación se utilizan?

■ **Funcionamiento**

- ¿Cuáles son las funciones de cada uno de estos órganos de gobierno?.
- ¿Cuáles de estas funciones se llevan a cabo en la práctica?
- ¿Está entre las funciones del gobierno controlar el desempeño de la OSI y de las diferentes Unidades Operativas?¿Cómo realiza este control?
- ¿El gobierno maneja un cuadro de mando?¿Contiene resultados de salud de la población?¿Y resultados del desempeño de las Unidades Operativas y de la integración del sistema?
- ¿Se evalúa el desempeño de los órganos de gobierno de la OSI?. ¿Qué aspectos se evalúan?¿Con qué frecuencia?

■ **Composición**

- ¿De dónde proceden los miembros de los órganos de gobierno?¿Están vinculados a alguna unidad operativa?
- ¿Qué formación y experiencia tiene cada miembro?
- ¿Tienen una dedicación parcial o completa?
- ¿Participa el gerente/s de las distintas unidades operativas de la OSI en el órgano de gobierno?¿Es miembro?
- ¿Algún miembro del gobierno tiene responsabilidad política en el territorio de cobertura?¿Qué responsabilidad?

b. Atributos del buen gobierno de una OSI

■ **Responsabilidad del gobierno con la OSI**

- ¿Los miembros del gobierno han participado en la articulación de la misión global para la OSI? ¿Y en las estrategias?
- En el caso de múltiples gobiernos, ¿han participado todos en la formulación de la misión y estrategias de la OSI ?
- ¿Se ha realizado alguna sesión informativa y formativa a los miembros del gobierno para que tengan una visión global del sistema?
- ¿Existe una declaración de principios del gobierno?

■ **Responsabilidad con la población que atiende**

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

7. Modelo organizativo de la OSI

a. Dimensión estratégica de la OSI

■ **Dimensión estratégica global de la OSI**

- ¿Existe algún documento para toda la OSI en el que se detalle cuál es la visión, misión, metas, objetivos y estrategias globales de la OSI?. ¿Qué tipo de documento? ¿Qué metodología se ha

aplicado para la elaboración del documento?¿Cuáles es la visión, misión, metas, objetivos y estrategias de la OSI?

- ¿Cuáles son la visión, misión, metas, objetivos y estrategias de las UO?. ¿Cuáles son sus características principales?
- ¿Los objetivos anuales de las UO coinciden exactamente con los que les fija el comprador o se añaden otros objetivos? En este último caso, ¿qué tipo de objetivos son?
- **Alineación horizontal y vertical de los objetivos y estrategias de la OSI**
 - ¿Están alineados los objetivos de las diferentes UO con los de la OSI o existe algún tipo de conflicto entre ellos?
 - ¿Están alineados las estrategias de las diferentes UO con los objetivos globales del sistema o se da algún tipo de conflicto entre ellos?
- **Orientación de la dimensión estratégica de la OSI a la coordinación y eficiencia del sistema**
 - ¿Entre la visión, misión, objetivos y estrategias globales de la OSI y de sus UO está mejorar la coordinación de los servicios para atender a los pacientes?¿Y mejorar la eficiencia?
 - ¿Entre las estrategias globales de la OSI y de sus UO están las que se consideran más efectivas para reforzar la coordinación y eficiencia del sistema?

b. Estructura organizativa

- **Organigrama de la OSI**
 - Identificar los distintos órganos de gestión (comités de dirección o equivalentes) que existen en la OSI
 - ¿Qué unidades operativas gestiona cada uno de estos órganos?
 - Identificar las líneas jerárquicas que se establecen entre estos órganos de gestión. ¿Entre el médico de urgencias y el gerente de la OSI cuántos niveles jerárquicos existen? ¿Cuántos individuos están bajo el mando de cada directivo?
 - ¿Cuál es la base de agrupación de las UO?
- **Funcionamiento y composición de los órganos de gestión**
 - ¿Qué funciones y actividades de dirección desempeñan los distintos órganos de gestión de la OSI y UO?
 - ¿Cuáles son los miembros de los distintos órganos de gestión?¿De dónde proceden?
 - ¿Están todas las UO representadas en los órganos de gestión de la OSI?¿Se encuentran en el mismo nivel jerárquico las direcciones de las UO?
- **La coordinación de las funciones de apoyo a lo largo de la OSI**
 - ¿Las funciones de apoyo asistenciales y no asistenciales están centralizadas y dan soporte a todas las UO de la OSI?
 - En el caso de que se descentralicen a las UO ¿qué mecanismos se utilizan para coordinar las funciones de apoyo a lo largo de la OSI?

■ **La descentralización de la toma de decisiones**

- En el caso de las funciones directivas que se descentralizan a las Unidades Operativas o se comparten, ¿qué mecanismos se utilizan para coordinarlas?
- ¿Cuál es el sistema de planificación (sistema de fijación de objetivos) que se utiliza?

■ **Los mecanismos de coordinación de los procesos asistenciales**

- ¿Qué mecanismos se utilizan para coordinar los procesos asistenciales en los que participa más de un nivel asistencial?

■ **Tipo de estructura**

- Según el diseño organizativo
- Según el tipo de mecanismo de coordinación predominante
- Según la base de agrupación y los mecanismos de coordinación

c. **Cultura organizativa**

■ **Cultura organizativa de la OSI y sus Unidades Operativas**

- ¿Cuál es el núcleo de valores de la OSI que se desprenden de su misión, objetivos operativos, estrategias, criterios para medir los resultados y estrategias para corregir las desviaciones?. ¿Existe una definición explícita de los valores de la OSI?
- ¿Cuál es el núcleo de valores de las Unidades Operativas que se desprenden de su misión, objetivos operativos, estrategias, criterios para medir los resultados y estrategias para corregir las desviaciones.
- ¿Qué valores se reflejan a nivel de los artefactos de la OSI? ¿Y de las Unidades Operativas?
- ¿Qué valores se reflejan a nivel de los valores expuestos de la OSI? ¿Y de las Unidades Operativas (opinión de los actores principales)?
 - ¿Cuál cree que deberían ser la misión, objetivos, estrategias, criterios para medir los resultados de las unidades y las estrategias para corregir las desviaciones de la OSI?
 - ¿Existe un lenguaje común para todos los grupos?
 - ¿Se siente que pertenece a la OSI? ¿a la unidad operativa?
 - ¿Qué opina sobre el sistema de incentivos y penalizaciones de la OSI?
 - ¿Qué opina sobre cómo se nombran los cargos directivos de la OSI? ¿Y de la política de promoción? ¿Y de la política de contratación de personal?
- ¿Están estos valores alineados entre sí? ¿Existe una cultura única a lo largo de la OSI?

■ **Estrategias para alinear la cultura con los valores estratégicos de la OSI**

- ¿Qué estrategias han puesto en marcha las OSI para alinear la cultura de los grupos con el núcleo de valores estratégicos de la de la OSI?
- ¿Cómo ha sido el proceso para establecer la misión, objetivos, estrategias, criterios para medir los resultados y medidas para corregir las desviaciones de la OSI?
 - ¿Quién ha participado en este proceso?
 - ¿Se ha permitido que los participantes opinaran? ¿Se han tenido en cuenta estas opiniones?

- ¿Utilizan alguna estrategias de comunicación para transmitir los valores y estrategias de la OSI?¿Cuáles son?
- ¿Se utiliza alguna estrategia para comunicar la imagen corporativa a los usuarios?
- ¿Se utiliza el proceso de contratación y despido para alinear la cultura de los grupos con el núcleo de valores estratégicos de la OSI?
 - ¿En el proceso de contratación se tiene en cuenta si los valores del candidato coinciden con el núcleo de valores estratégicos de la OSI?
- ¿En el proceso de formación se intenta transmitir a los profesionales los valores que las OSI consideran fundamentales?
- ¿Los directivos de la OSI, de las UO y los profesionales conocen cuál es la misión, objetivos y estrategias de la OSI?
- **Estrategias para crear una cultura organizativa única**
 - Qué estrategias han implementado las OSI para crear una cultura organizativa única
 - ¿Se utiliza algún mecanismos de coordinación entre los diversos grupos?¿Cuáles son?
 - ¿Existe una imagen corporativa para toda la OSI?
 - ¿Se implementa algún Programa de Mejora Continua de la calidad común a lo largo de la OSI?
- **La coordinación en la cultura organizativa de la OSI**
 - ¿La coordinación y otros valores relacionados forma parte de los valores centrales de las diferentes culturas de la OSI?

d. Liderazgo

- ¿Conocen lo directivos de la OSI y sus diferentes UO la misión, objetivos y estrategias de la OSI? ¿Y el modelo de atención de la OSI?
- ¿Está de acuerdo los directivos con la misión declarada para la OSI?¿y sus objetivos?¿y con las estrategias? ¿y con el modelo de atención?
- ¿Desde el punto de vista de los directivos cuáles debería ser la misión de la OSI?¿y sus objetivos?¿y las estrategias? ¿y el modelo de atención?
- ¿Desde el punto de vista de los directivos hacia dónde va la OSI?¿Cuál es la próxima fase en relación a objetivos, estrategias, estructura, cambio cultural y modelo de atención?

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

■ **Descripción del sistema de asignación dentro de la OSI**

- ¿Cómo son los presupuestos de la OSI?¿Único o por unidad productiva o proceso asistencial?
- ¿A partir de qué objetivos se elaboran los presupuestos?
- ¿Cuáles son los centros de costes que se han creado en la OSI? ¿Son UO o procesos asistenciales?¿Qué partidas de gasto gestionan cada centro?
- ¿Cuáles son los centros de beneficios? ¿Son UO o procesos asistenciales?¿Qué partidas de gasto gestionan cada centro?¿Y qué partidas de ingresos?

- ¿Existe facturación entre centros de responsabilidad? ¿Entre cuáles? ¿Hay precios de transferencia? ¿Cómo se calculan?
- ¿Cuál es el porcentaje de costes de gestión que se imputa a la unidad operativa? ¿Qué conceptos contempla?
- ¿Se firman contratos de gestión interna? ¿Con qué tipo de centros? ¿Qué tipo de objetivos se firman? ¿Qué partidas pueden gestionar estos centros?
- **Incentivos a la eficiencia y coordinación del sistema de asignación**
 - ¿Se traspasan recursos desde un nivel a otro? ¿Se reinvierten los excedentes (beneficios) en la misma unidad o se traspasan a otras?
 - ¿Se paga igual a los profesionales (salario base + parte variables) de la misma categoría profesional cuando dan el mismo servicio? a lo largo de la OSI?
 - ¿Se les ha transferido la capacidad de compra sobre los servicios que generan un coste inducido? ¿Esta capacidad de compra es sobre el volumen de servicios? ¿Tienen capacidad de comprar fuera de la OSI?
 - ¿Se promueve la sustitución de líneas de producto dentro de la OSI?
 - ¿Qué porcentaje representa dentro del presupuesto de la OSI cada una de las líneas de producto de las UO? ¿Cómo ha evolucionado este porcentaje desde la constitución de la OSI?
 - ¿Qué porcentaje representan las inversiones de cada línea de producto dentro de las inversiones globales de la OSI? ¿Cómo han ido evolucionando desde la constitución de la OSI?
- **Alineación del sistema de asignación con los objetivos y estrategias de la OSI.**
 - ¿Es coherente el sistema de asignación (gasto corriente e inversiones) dentro de la OSI con los objetivos de la OSI? ¿Y con las estrategias?
- **Sistema de incentivos a los profesionales y directivos**
 - ¿Qué tipo de incentivos se asignan a las distintas categorías de profesionales que trabajan en la OSI?
 - ¿Favorecen la coordinación y eficiencia de la OSI?
 - ¿Qué tipo de incentivos se asignan a los directivos de la OSI y las UO?
 - ¿Los incentivos favorecen la coordinación asistencial y la eficiencia?

8. Coordinación asistencial de la OSI

- **Organización asistencial de la OSI**
 - ¿Qué roles desempeñan los diferentes niveles asistenciales en la resolución de procesos asistenciales?
 - ¿Qué tipo de colaboración se da entre los niveles asistenciales?
 - ¿Quién actúa como el responsable de la atención del paciente y el coordinador de la atención de esos procesos a lo largo del continuo?

■ **Instrumentos de coordinación asistencial**

- ¿Qué características principales presentan los instrumentos o mecanismos de coordinación asistencial en la OSI?

■ **Estrategias de gestión de la atención**

- ¿Se ha implantado en la OSI alguna de estas estrategias para la gestión de la atención?
- ¿Qué características principales presentan estas estrategias?

■ **La coordinación en algunos procesos asistenciales seleccionados**

- Proceso crónico
- Proceso crónico con discapacidad
- Proceso agudo

9. El desempeño de la organización

a. Implantación de las estrategias globales de la OSI

■ **Estructura**

- ¿Se cuenta con un sistema de monitoreo para conocer el grado de implantación de las estrategias globales de la OSI? ¿En qué consiste?

■ **Proceso**

- ¿Está integrada la OSI en la dimensión estratégica?
- ¿Se asignan los recursos de acuerdo con las estrategias globales de la OSI?. ¿Se invierte de acuerdo con estas estrategias?.
- ¿Se han realizado cambios en el diseño organizativo de la OSI para implantar las estrategias?. ¿Cuáles son?

■ **Resultados**

- En qué medida los diferentes subgrupos de la OSI conocen y están de acuerdo con las estrategias establecidas.
- En qué medida la estrategia está alineada con la cultura de las diferentes unidades operativas de la OSI.

b. Continuidad

c. Eficiencia

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

ANEXO. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Introducción

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

Unidades Operativas: son las organizaciones principales que constituyen la OSI. Ej.: los centros de atención primaria, los hospitales, centros sociosanitarios, centros de salud mental, laboratorio de referencia,..

Línea de producto: son los principales actividades asistenciales que produce la OSI: atención domiciliaria, urgencias, hospitalización, consultas externas, etc.

Evolución histórica de la OSI

Determinantes de la formación de la OSI: son los factores económicos, sociales y políticos que han originado la constitución de la OSI

Modelo organizativo de la OSI

■ Dimensión estratégica de la OSI

Visión: es la expresión verbal y concisa de la imagen gráfica que deseamos para la empresa en el futuro. Sirve para marcar en el presente el rumbo que debe seguir dicha organización.

Misión: es el propósito específico que la sociedad espera que cumpla la organización.

Metas: son los estados o las condiciones futuras que contribuyen al cumplimiento de la misión. Normalmente, las organizaciones contienen numerosas metas que contribuyen al logro de su misión.

Objetivos: derivan de las metas y son normalmente específicos y medibles a corto plazo.

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

Plan estratégico de la OSI: es la herramientas de gestión que dispone este tipo de organizaciones en el que se establecen la misión, las metas, los objetivos y la estrategia global para el sistema.

Alineación en sentido horizontal entre las metas: se produce cuando las metas de las diferentes unidades operativas están alineadas entre sí. La alineación horizontal se da entre las metas de las distintas UO y entre las metas de las UO y el sistema.

Alineación en sentido vertical: se produce cuando las estrategias de las diferentes unidades operativa responden a los objetivos del sistema.

■ Estructura organizativa

Funciones de dirección: comprenden la planificación, la organización, la dirección y el control (Casanueva, 2000). La **planificación** consiste en el establecimiento de las metas de la empresa y la especificación de las acciones que se deben desarrollar para conseguirlas. La **organización** consiste en determinar funciones y tareas, establecer unidades y departamentos y la forma en que se van a comunicar. La función de **dirección** consiste en hacer que todos los empleados de la empresa (incluyendo los directivos) dirijan sus esfuerzos a la consecución de los fines organizativos. La función de **control** se

encarga de que todo se haga según lo provisto, de forma que cada vez se aproximen más los objetivos de la organización.

Reclutamiento consiste en localizar, identificar y atraer solicitantes de empleo para contratar a los candidatos más apropiados.

Selección consiste en el examen de los solicitantes de empleo para contratar a los candidatos más apropiados.

Formación y capacitación consiste en la transmisión y transformación de las capacidades, comportamientos y valores de los empleados de la empresa.

Evaluación del rendimiento consiste en la medida de los resultados y desempeño de los empleados en sus puestos de trabajo.

Desarrollo de la carrera profesional es la gestión de la secuencia de puestos y cargos ocupados por una persona a lo largo de su vida profesional.

Funciones de apoyo: son las funciones asistenciales y no asistenciales que dan soporte a la actividad asistencial fundamental de la OSI. En el primer tipo se incluyen principalmente la radiología, laboratorio, farmacia y admisiones. En el segundo tipo encontramos la gestión económico-financiera, la gestión de RRHH, la logística, la gestión de sistemas de información y los servicios generales.

Estructura organizativa alta: es aquella que tiene muchos niveles jerárquicos con grupos reducidos de individuos en cada nivel jerárquico.

Estructura organizativa plana: es aquella que tienen pocos niveles jerárquicos con grupos muy amplios de individuos en cada nivel jerárquico.

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

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

- **Guías de Práctica Clínica:** son recomendaciones sistemáticas, basadas en la mejor evidencia disponible, para orientar las decisiones de los profesionales y de los pacientes sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas y eficientes en el abordaje de una problemática específica relacionada con la salud en circunstancias concretas.
- **Mapas de atención o Trayectorias clínicas:** son planes de gestión de la atención del paciente que fijan los objetivos para los pacientes y proveen la secuencia de las intervenciones que serán necesarias llevar a cabo por los médicos, enfermeros y otros profesionales para alcanzar los objetivos deseados en un tiempo determinado
- **Planificación del alta hospitalaria:** es un caso particular del mapa de atención en el momento del alta
- **Guías farmacológicas compartidas:** conjunto de recomendaciones farmacológicas que contemplan las indicaciones del tratamiento, detalle de la dosis, efectos secundarios, etc.

- **Puesto de enlace:** puesto o profesional que haga de "enlace" para coordinar el trabajo asistencial entre dos o más niveles asistenciales. Ej. consultor de medicina interna.
- **Grupo de trabajo:** comité de personas con habilidades complementarias que se comprometen con un propósito común, unos objetivos y una metodología para alcanzar estos objetivos de la cual son mutuamente responsables.
- **Sistema experto:** denominación genérica que se da a aquellas formas de mejorar el conocimiento especializado del médico de atención primaria alternativas a la derivación convencional al especialista (interconsulta). Ej. visita conjunta, sesiones clínicas conjuntas, programas de formación continua, etc.
- **Sistemas de información clínica vertical** mediante el cual se une a los pacientes y proveedores a lo largo del continuo asistencial. Incluye el sistema integrado de registros clínicos, herramientas de soporte a la decisión clínica y el sistema de análisis de información de resultados que da soporte a la práctica médica. Dentro de las herramientas informáticas de soporte destacan los sistemas computerizados de orientación de las decisiones clínicas (SCOD), esto es, sistemas de conocimiento que usan datos sobre el paciente para generar un consejo específico para un caso.
- **Programas de gestión de enfermedades (PGE):** sistema coordinado de información e intervenciones sanitarias para aquellas poblaciones que sufren determinadas enfermedades que comparten la característica del valor de los autocuidados en su tratamiento y control.
- **Gestión de casos (GC):** provisión de una atención continua a lo largo de diferentes servicios mediante la integración y coordinación de necesidades y recursos entorno al paciente.

Sistema de control del rendimiento: En este sistema el ápice estratégico desarrolla objetivos para todo el OSI a partir de los cuales negocia los subobjetivos y presupuestos con cada unidad operativa. Estas, por su parte, inician el proceso de planificación estratégica, programas y especificación de acciones dentro de su ámbito. El control se efectúa a posteriori sobre el resultado.

Sistema planificación de acciones: En este sistema de planificación los objetivos globales para toda la OSI se concretan en planes estratégicos para la OSI y estos en programas y acciones específicas para cada una de las Unidades Operativas.

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

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

Estructura matricial: diseño organizativo que combina la agrupación de las actividades entorno a procesos y a funciones al mismo tiempo.

■ **Cultura organizativa**

Valores: son las convicciones básicas sobre lo que es correcto y cierto, sobre lo que se debe y no se debe hacer y sobre la importancia de las distintas cosas dentro de la empresa.

Valores estratégicos: son las convicciones básicas que se desprenden de la misión, los objetivos operacionales derivados de la misión, las estrategias para alcanzar los objetivos, los criterios para mediar los resultados y las estrategias para corregir las desviaciones.

Artefactos: son aquellos elementos más visibles de la cultura: las imágenes y el espacio físico, el lenguaje, la tecnología y los productos, los mitos, leyendas e historias, los rituales y las ceremonias, lista de valores publicados,...

Valores expuestos: son aquellos valores que el grupo expresa en una variedad de situaciones.

Presunciones básicas son las presunciones implícitas que guían el comportamiento del grupo, les dice al grupo qué percibir, pensar y sentir sobre determinados aspectos

ANEXO II. INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN DE LOS DOCUMENTOS

27.04.04

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

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

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

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

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

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

Cambios más importantes que se han producido durante el proceso:

- En la forma de relación entre las organizaciones
- En la forma de gobierno
- En la estructura organizativa

Fecha de inicio de la OSI (edad)

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

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

Mecanismo que representa la responsabilidad frente al comprador

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

Control (órganos de gobierno que existen, relación de jerarquía entre ellos)

Estructura:

- UO que gobiernan,
- Mecanismos de coordinación entre los diferentes órganos de gobierno

Composición de cada órgano de gobierno

- Características de los miembros (formación y experiencia)
- Procedencia institucional
- Responsabilidad política en el territorio
- Dedicación

Participación de los gerentes OSI y UO en los órganos de gobierno

Funciones establecidas para cada órgano de gobierno

funciones llevadas a la práctica

Existencia y características de un sistema de evaluación del

- desempeño del gobierno
- progreso en la integración del sistema
- resultados de salud de la población

Responsabilidad con la OSI

Participación en la formulación de la dimensión estratégica de la OSI

Información y formación de los miembros para fortalecer la visión global

Existencia de una declaración de principios

6. Modelo organizativo de la OSI

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

Existencia de documento o Plan Estratégico para la OSI

Tipo de documento y metodología de elaboración

visión, misión, objetivos y estrategias de la OSI

Existencia de objetivos y estrategias de las Unidades Operativas.

Tipos de objetivos y estrategias

Entre los objetivos globales de la OSI y sus UO están:

- Coordinación de los servicios asistenciales
- Mejora de la eficiencia del sistema

Presencia de estrategias consideradas efectivas por la bibliografía para la consecución de los objetivos (PLAN DE ANÁLISIS)

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

Dibujo y descripción del organigrama de la OSI,

Órganos de gestión, qué unidades operativas agrupan y cuáles son las líneas jerárquicas existentes (niveles entre el médico de urgencia y el gerente; número de individuos bajo el mando de cada directivo)

Fecha de elaboración del organigrama

Identificar departamentos funcionales y sus directivos;

Identificar proyectos/procesos y sus directivos (fecha de inicio, su duración y agrupación de unidades)

Dimensiones de la matriz

Altura de la estructura

Base de agrupación de las UO (procesos, niveles)

-Composición de los órganos de gestión de la OSI, de las UO y la representación de las distintas UO en los órganos de gestión de la OSI

-Funciones de dirección que desempeñan los órganos de gestión de la OSI y de las Unidades Operativas y los directivos de proyecto/proceso (LISTA)

Mecanismos que se utilizan para coordinar las funciones de dirección compartidas/descentralizadas (LISTA)

- Funciones de apoyo asistenciales y no asistenciales para la OSI, UO, que están centralizadas y descentralizadas (LISTA)

- Mecanismos de coordinación de las funciones de apoyo compartidas/descentralizadas (LISTA)

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

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

Sistema de asignación dentro de la OSI

Descripción

- tipo de presupuesto (único, por UO, por proceso asistencial)
 - objetivos para elaborar el presupuesto único
 - centros de coste de la OSI (tipo: UO/ proceso asistencial, partidas de gasto gestionadas
 - centros de beneficio de la OSI (tipo: UO/procesos asistencial, partidas de gasto e ingresos gestionadas
 - facturación entre centros de la OSI (tipo, cómo se calculan los precios de transferencia)
 - Costes de gestión imputados a los centros de coste (% sobre el gasto total, conceptos contemplados)
 - Contratos de gestión interna: tipo de centros, tipo de objetivos, partidas descentralizadas
- Incentivos a la eficiencia y coordinación del sistema de asignación
- mecanismos par traspasar recursos monetarios y humanos de una unidad a otra
 - transferencia de la capacidad de compra de servicios: tipo de unidades con capacidad de compra, qué servicios compran, dentro o fuera de la OSI, negocian volumen y/o precio.

Sistema de incentivos a profesionales y directivos

- tipo de incentivos por categoría profesional
- tipo de incentivos a directivos OSI/UO

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

Organización de la asistencia y modelo de colaboración
roles de los distintos niveles asistenciales (AP, AE, ASS)

Tipo de colaboración entre niveles

Existencia y características del coordinador de la atención a los procesos a lo largo del continuo

Mecanismos de coordinación asistencial

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

Características generales de cada tipo de mecanismo:

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

Estrategias específicas para la coordinación de la atención:

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

Características generales de los programas:

Tipo de enfermedad/proceso, objetivos, mecanismos de coordinación, servicios que se coordinan, características y funciones del gestor de enfermedad/caso

Sistema de información

- Información clínica y administrativa que se comparte a lo largo de la OSI y con otros proveedores
- Forma de presentación de los datos de un paciente referentes a todos los servicios del continuo

- Soporte tecnológico:
(identificador único, estandarización de la información compartida, repositorio de datos clínicos; tecnología que conecta el sistema y permite recuperar la información clave; Estación clínica de trabajo)

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

- Nivel de inversión en sistemas de información integrados
Porcentaje del presupuesto de la OSI dedicado a la inversión en sistemas de información integrados.
Áreas en las que se centra esta inversión.

- Existencia y tipo de Sistemas computerizados de orientación de las decisiones clínicas (SCOD) en la OSI
(P. ej. Identificación del diagnóstico; Determinación de la dosis apropiada; sistema de recordatorio de actividades de prevención; informatización de protocolos, resúmenes de información clínica del paciente, alertas y recordatorios, captura de resultados claves y datos anormales)

- Existencia y características de sistemas de análisis de la información de resultados de soporte a la decisión clínica en la OSI
Tipo de indicadores se ofrecen a los profesionales; canal de comunicación se utiliza para dar esta información

Estrategias de implantación del sistema de Información en la OSI

Existencia de un Plan estratégico de Sistemas de Información integrada (quien y cómo se ha elaborado y difundido en la OSI)

Circuitos administrativos

Existencia de un sistema de petición de citas al especialista desde la atención primaria. de la OSI y otros centros de atención primaria del territorio

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

Estructura matricial

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

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

Partidas del presupuesto de los proyecto/procesos

Tipos de objetivos de los proyectos/procesos

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

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

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

La coordinación en algunos procesos específicos

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

- Mecanismos de coordinación

a) características generales de todos los mecanismos

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

- objetivo,

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

- Fecha de elaboración/implantación

b) características específicas de cada mecanismo:

- para GPC:

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

estrategias de difusión e implantación

- Para Mapas o trayectorias clínicas:

personal que participa

elementos que contiene

-Plan de alta hospitalaria

personal que participa

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

- Guía farmacológica compartida o criterios farmacológicos comunes

elementos que contiene

- Grupos de trabajo:

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

- Sistema experto:

estrategias de acceso al conocimiento especialista

tipo de programas de formación continua para el profesional de APS y especializada sobre el otro nivel asistencial

contenidos

- Estrategias de gestión asistencial para los procesos seleccionados

a) características generales

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

a) características específicas del programa

- PGE

proceso para la identificación de la población a riesgo

tipo de contenidos y métodos para la educación sanitaria de los pacientes

Indicadores que se utilizan en la monitorización de resultados

tipo y contenido de la retroalimentación a los profesionales involucrados sobre los pacientes del PGE

información a los pacientes

- PGC

proceso para la identificación de la población con “riesgo elevado”

planificación del cuidado del paciente: tipos de objetivos, quien la realiza, intervenciones

contenidos de la educación sanitaria

evaluación regular del paciente

Información administrativa y clínica del paciente a lo largo de la OSI, de que dispone el gestor de caso

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

Núcleo de valores estratégicos de OSI y de las UO

- el Plan estratégico

- Artefactos culturales

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

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

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

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

Presencia de criterios de efectividad

(participación hasta línea media canales enriquecidos y efectivos)

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

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

- mecanismos de coordinación entre los grupos

- una imagen corporativa para toda la OSI

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

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

ANEXO III. LISTA DE DOCUMENTOS ANALIZADOS

- Consorci Sanitari del Maresme

- (1) Circuit d'atenció a pacients amb fibromialgia o Sdr. Fatiga Crònica. 2004.
- (2) Agència d'avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. OncoGuia de mama. Barcelona: AATRM, 2003.
- (3) Ayuntamiento de Mataró. Estatutos del Consorci Sanitari de Mataró. B.O.P. de Barcelona/Num. 283 - 26.11.1991, 9-13. 1991.
- (4) Barnet X. Presentación interna de los sistemas de información del CSdM. 2004.
- (5) Barnet X. Projecte Business Intelligence. Experiència en el Consorci Sanitari del Maresme. 18-6-2004.
- (6) Las empresas de servicios sanitarias: innovación en la gestión sanitaria. Vitoria: XVIII Jornadas de Economía de la Salud, 1998.
- (7) Consorci Sanitari del Maresme. Actas del Consell Rector del CSdM en el periodo comprendido entre el 01/02/02 y el 05/11/04.
- (8) Consorci Sanitari del Maresme. Manual d'usuari de Trajectòries Clíniques, plan de cures, administració de la medicació, constants i gràfics am el PDA. Versió 0.1. 20-11-0003.
- (9) Consorci Sanitari de Mataró. Consorci Sanitari de Mataró. Edicte. B.O.P. de Barcelona/Núm. 85 - 9.4.1993, 61-63. 1993.
- (10) Consorci Sanitari de Mataró. Estratègies per al nou hospital de Mataró. 1995.
- (11) Consorci Sanitari del Maresme. Estatuts de la Fundació Privada Dr. Jaume Esperalba i Terrades del Consorci Sanitari del Maresme. 1999.
- (12) Consorci Sanitari del Maresme. Resultats Grups de Treball. Pla estratègic del Consorci Sanitari del Maresme. 2000. Mataró, Consorci Sanitari del Maresme.
- (13) Consorci Sanitari del Maresme. Estatuts de Serveis Intersanitaris del Maresme, AIE. 2000.
- (14) Consorci Sanitari del Maresme. Pla estratègic. Grups de Treball . 15-11-2000.
- (15) Consorci Sanitari del Maresme. Memòria Consorci del Maresme 1999 - 2000. Mataró: CSdM, 2001.
- (16) Consorci Sanitari del Maresme. Atenció integral de la salut. Mataró: CSdM, 2001.
- (17) Consorci Sanitari del Maresme. Memòria Consorci Sanitari del Maresme. 2001. Mataró: CSdM, 2002.
- (18) Consorci Sanitari del Maresme. Acta de 17/07/2002 del Consell Rector del CSdM. 2002.
- (19) Consorci Sanitari del Maresme. Pressupost 2002. 2002.
- (20) Consorci Sanitari del Maresme. Unitat de cardiologia del Hospital de Mataró. Resum de la guia de pràctica clínica de cardiopatia isquèmica per EAPs. 2002.
- (21) Consorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró. Guia de Pràctica clínica ICTUS. 2002.
- (22) Consorci Sanitari del Maresme. Pla Estratègic del CSdM. Presentació Consell Rector. Mataró: CSdM, 2003.
- (23) Consorci Sanitari del Maresme. Memòria 2002 Més enllà en serveis i qualitat. Mataró: CSdM, 2003.
- (24) Consorci Sanitari del Maresme. Pressupost 2003. 2003.
- (25) Consorci Sanitari del Maresme. Acta de 23/07/2003 del Consell Rector. 2003.
- (26) Consorci Sanitari del Maresme. Acta de 18/06/03 del Consell Rector del CSdM. 2003.
- (27) Consorci Sanitari del Maresme. Direcció Mèdica. Objectius 2003. 2003.
- (28) Consorci Sanitari del Maresme. Trajectòries clíniques, plans de cures, administració de la medicació, constants i gràfics. Manual d'usuari. Versió 0.1. 2003.
- (29) Consorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró, Institut Català de la Salut. Guia de pràctica clínica de les pneumònies. 2003.
- (30) Consorci Sanitari del Maresme. Consorci Sanitari del Maresme. Memoria 2003. Mataró: CSdM, 2004.
- (31) Consorci Sanitari del Maresme. Presentación del Consorci Sanitari del Maresme. 2004.
- (32) Consorci Sanitari del Maresme. Pla d'empresa 2003-2005 Consorci Sanitari del Maresme. 2004. 18-6-2003.
- (33) Consorci Sanitari del Maresme. 1999-2004: 5 anys millorant la salut del Maresme. Mataró: CSdM, 2004.
- (34) Consorci Sanitari del Maresme. Organigrama CSdM. 2004.

- (35) Consorci Sanitari del Maresme. Circuit de diagnòstic ràpid per a pacients amb sospita de patir càncer de mama. 2004.
- (36) Consorci Sanitari del Maresme. Circuit de diagnòstic ràpid per a pacients amb sospita de patir càncer de pulmó. 2004.
- (37) Consorci Sanitari del Maresme. Circuit de diagnòstic ràpid per a pacients amb sospita de patir càncer de colon. 2004.
- (38) Consorci Sanitari del Maresme. Principals àmbits d'actuació amb continuum assistencial entre els diferents nivells d'atenció. Consorci Sanitària Maresme-PASS. 2004.
- (39) Consorci Sanitari del Maresme. Pressupost 2004. 2004.
- (40) Consorci Sanitari del Maresme. Síntesi i balanç dels grans objectius estratègics. 2004.
- (41) Consorci Sanitari del Maresme. Direcció d'infermeria SiF. Projecte e-TP. 2004.
- (42) Consorci Sanitari del Maresme. E.I.S. Executive Information System. Sistema d'Informació del CSdM. Manual d'utilització. Versió 0.2. 2004.
- (43) Consorci Sanitari del Maresme. Hospital de Mataró, Institut Català de la Salut. Guia de pràctica clínica de la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC). 2004.
- (44) CSdM. Coordinació atenció primària-especialitzada: endocrinologia, nutrició i lípidos. 4.
- (45) CSdM. Diabetes mellitus 2. Prevenció primària. 2004.
- (46) CSdM. Metodologia assistencial: Trajectòries. 8-11-2004.
- (47) Departament de Sanitat i Seguretat Social. Resolució de 17 de Juliol de 1998 per la aprovació dels Estatuts del Consorci Sanitari del Maresme. DOGC/Núm.2723 - 14.9.1998, 11488-11491. 17-7-1998.
- (48) Departament de Sanitat i Seguretat Social. Hospital de Mataró. Mataró: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, 1999.
- (49) Direcció mèdica de SyfdC. Presentació del Projecte e-TP. 2004.
- (50) Esteve M, Serra-Prat M, Zaldívar C, Verdaguer A, Berenguer J. Evaluación del impacto de una trayectoria clínica sobre el ictus isquémico. Gaceta Sanitaria 2004; 18(3):197-204.
- (51) Hospital de Mataró. Estació de Treball Clínica (ETC). Manual d'usuari. 2001.
- (52) Hospital de Mataró, Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena. Organització actual en cures pal·liatives. 21-10-2004.
- (53) Hospital de Mataró. CSdM. Càncer de mama. Guia de Pràctica Clínica. 2004.
- (54) Marbá L. Interrelación de la enfermería de los distintos niveles de atención, como garantía en la continuidad de los cuidados. 2004.
- (55) PASS. Pla d'empresa 2003-2007 del PASS. 15-7-2003.
- (56) PASS. Centre de Salut Mental d'adults de Mataró. Memòria d'activitats. Any 2003. 2003.
- (57) PASS. Centre de Salut Mental Infantil y Juvenil del Maresme. Memoria de actividad. Año 2003. 2003.
- (58) Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme del Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 1998. La xarxa sanitària d'utilització pública del Barcelonès Nord i Maresme. Badalona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut, 1999.
- (59) Regió Sanitària Barcelonès Nord i Maresme del Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2002. La xarxa sanitària d'utilització pública del Barcelonès Nord i Maresme. Badalona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut, 2002.
- (60) Servei Català de la Salut. Contracte entre el Servei Català de la salut i el Consorci Sanitari del Maresme, de l'Equip d'Atenció Primària Argentona. Període 2002-2004. 2002.
- (61) Servei Català de la Salut. Contracte entre el Servei Català de la salut i el Consorci Sanitari del Maresme, de l'Equip d'Atenció Primària Mataró 4. Període 2002-2004. 2002.
- (62) Servei Català de la Salut. Contracte entre el Servei Català de la salut i el Consorci Sanitari del Maresme, de l'Equip d'Atenció Primària Mataró 2. Període 2002-2004. 2004.
- (63) Servei de Psiquiatria. CSdM. Centre de Salut mental d'Adults de Mataró. Protocolo de col·laboració amb l'atenció primària de salut. 10-7-2003.
- (64) Unitat d'urologia. Hospital de Mataró. Incontinència. 2004.
- (65) Unitat de diagnòstic i tractament de demències. Unitat de diagnòstic i tractament de demències. 2004.

- Consorci Sanitari de Terrassa

- (1) Consell Comarcal del Vallès Occidental. La comarca. Territori i població. Consell Comarcal del Vallès Occidental . 12-8-2005.
- (2) Consorci Sanitari de Terrassa. 15 anys de Consorci Sanitari de Terrassa. 2004.
- (3) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta 30/04/04 del Comitè de Direcció Asistencial del CSdT. 30-4-2004.
- (4) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta Comitè Directiu Plenari. 6-2-0005.
- (5) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta Comitè Directiu Plenari. 10-9-2004. 10-9-2004.
- (6) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta Comitè Directiu Plenari. 16-4-2004.
- (7) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta Comitè Directiu Plenari. 10-9-2004.
- (8) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta de 21 de Mayo de 2004 del Comitè de Direcció Asistencial del CSdT. 21-5-2004.
- (9) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta de 26 de noviembre de 2004 del Comitè de Direcció Asistencial. 26-11-2004.
- (10) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta de 30 de Abril de 2004 del Comitè de direcció Asistencial del CSdT. 30-4-2004.
- (11) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta de Consell de Govern del CSdT de 24 de Febrero de 2004. 24-2-2004.
- (12) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta de Consell de Govern del CSdT de 19 de Noviembre de 2004. 19-11-2004.
- (13) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta de la Sesión del Consell de Govern del 14 de diciembre de 2004. 14-12-2004.
- (14) Consorci Sanitari de Terrassa. Acta de Reunión de 22 de noviembre de 2004 del Comitè de gestió clínica. 22-11-2005.
- (15) Consorci Sanitari de Terrassa. Actas de Gobierno 28/Ene/2003, 27/May/2003, 16/09/2003, 28/10/2003, 18/12/2003, 27/Ene/2004, 24/Feb/2004, 17/Marz/2004, 27/Abr/2004, 19/Nov/2004, 14/12/2004. 2003.
- (16) Consorci Sanitari de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa. Pla estratègic "4". 1993.
- (17) Consorci Sanitari de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa. Cinc anys després 1989-1994. 1994.
- (18) Consorci Sanitari de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa: pla d'empresa 2004-2008. Consell de Govern. 18-12-2003.
- (19) Consorci Sanitari de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa. Objectius i Pressupost 2004. 2004.
- (20) Consorci Sanitari de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa: objectius i pressupost 2005. 2005.
- (21) Consorci Sanitari de Terrassa. Cuadre de Comandament. Consell de Govern. 2005.
- (22) Consorci Sanitari de Terrassa. Faringitis. Curso de formació continuada. 2003.
- (23) Consorci Sanitari de Terrassa. Farmàcia Integral: Pla Estratègic. 29-10-2004.
- (24) Consorci Sanitari de Terrassa. Guia d'atenció integral als pacients amb accident vascular cerebral agut. 2005.
- (25) Consorci Sanitari de Terrassa. Història d'un projecte. 10 anys, Consorci Sanitari de Terrassa 1989-1999. 1999.
- (26) Consorci Sanitari de Terrassa. Línies d'actuació estratègica del Comitè Assistencial del CST 2002/2003. 2002.
- (27) Consorci Sanitari de Terrassa. Marc General per establir els objectius 2005. 8-10-2004.
- (28) Consorci Sanitari de Terrassa. Memòria científica 1999-2003. 2003.
- (29) Consorci Sanitari de Terrassa. Nou organigrama 2004 del CSdT. Proposta al Consell de Goven. 18-12-2003.
- (30) Consorci Sanitari de Terrassa. Organigrama 2004 del Consorci Sanitari de Terrassa. 1-12-2004.
- (31) Consorci Sanitari de Terrassa, Gerència de consorcis i Empreses Públiques del SCS, Regió Sanitària Centre del SCS. Pla d'empresa del Consorci Sanitari de Terrassa 2001-2003. 2001.
- (32) Consorci Sanitari de Terrassa. Pla de Qualitat del Consorci Sanitari de Terrassa 2005-2008. 2005.
- (33) Consorci Sanitari de Terrassa. Pla estratègic i informe de planificació. 1991.
- (34) Consorci Sanitari de Terrassa. Pla Funcional del CAP Terrassa Est. 1-10-2003.
- (35) Consorci Sanitari de Terrassa. Pressupost econòmic 2004. 2004.
- (36) Consorci Sanitari de Terrassa. Grupo de Trabajo de EPOC. Programa de MPOC. Grup de Treball de EPOC. 15-1-2005.
- (37) Consorci Sanitari de Terrassa. Servei de Medicina Interna. Protocol AVC Isquèmic Agut. 2004.
- (38) Consorci Sanitari de Terrassa. Servei de Medicina Interna. Protocol d'infermeria AVC. 2005.

- (39) Corporació Sanitària Parc Taulí, Consorci Sanitari de Terrassa. Convenio de col·laboració entre la Corporació Sanitària Parc Taulí y el Consorci Sanitari de Terrassa. 15-2-2005.
- (40) Departament de Salut. Guia de Pràctica Clínica de l'ICTUS. Pla director de la MVC. Segon Esborrany. 2005.
- (41) Departament de Sanitat i Seguretat Social. Decret 203/2000, de 13 de juny, de modificació dels Estatuts del Consorci Sanitari de Terrassa. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, editor. 23-6-2000.
- (42) Departament de Sanitat i Seguretat Social. Decret 11/1992, de 20 de gener, de modificació dels Estatuts dels Consorci Hospitalari de Terrassa, per la qual aquest ens passa a denominar-se Consorci Sanitari de Terrassa. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, editor. 31-1-1995.
- (43) Departament de Sanitat i Seguretat Social. Decret 58/1988, de 10 de març, pel qual es crea el Consorci Hospitalari de Terrassa i se n'aproven els Estatuts. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, editor. 25-3-1988.
- (44) Generalitat de Catalunya DdJ. Modificació de los estatutos de la Fundación Privada Sant Llätzer. 21-3-0005.
- (45) Hospital Fundació Sant Llätzer. PADES. Col·laboració i coordinació entre nivells. 2004.
- (46) Hospital Fundació Sant Llätzer. UFISS: col·laboració i coordinació entre nivells. 2004.
- (47) Hospital Fundació Sant Llätzer. Unitat de convalsència. Col·laboració i coordinació entre nivells. 2004.
- (48) Hospital Fundació Sant Llätzer. Unitat de cures pal·liatives. Col·laboració i coordinació entre nivells. 2004.
- (49) Hospital Fundació Sant Llätzer. Unitat de Llargada. Col·laboració i coordinació entre nivells. 2004.
- (50) IASIST. TOP 20 Benchmarks para la excelencia 2004. IASIST, editor. 2004.
- (51) IDESCAT. Estadística básica territorial. IDESCAT . 11-2-2005.
- (52) IDESCAT. Padró municipal d'habitants. Xifres oficials. IDESCAT . 12-8-2005.
- (53) Servei Català de la Salut. Avaluació sanitària: sistema de compra en base poblacional. 2004.
- (54) Servei Català de la Salut. Clàusula addicional trenta-unena al contracte de serveis entre el Servei Català de la Salut i el Consorci Sanitari de Terrassa. 7-10-2004.
- (55) Servei Català de la Salut. Compra de serveis 2005. Contractes d'equips d'atenció primària. 2-7-2005.
- (56) Servei Català de la Salut. Contracte de compra de serveis socio-sanitaris 2003. Part variable. 2004.
- (57) Servei Català de la Salut. Contracte de compra de serveis d'atenció hospitalària 2001-2004. 2004.
- (58) Servei Català de la Salut. Objectius de salut, qualitat i accessibilitat del contracte de compra de serveis d'atenció primària 2003-2005. 2003.
- (59) Servei Català de la Salut. Registre Central d'Assegurats. Població amb TSI assignada al CSdT. 31-12-2004.
- (60) Servei Català de la Salut. Sistema de compra en base poblacional: projecte capítatiu. 2001.
- (61) Servei d'Obstetrícia i Ginecologia. Consorci Sanitari de Terrassa. Cribatge del càncer de cèrvix. 2004.
- (62) Tarragó E. La mancomunitat de Sabadell-Terrassa en Catalunya-Espanya: una valoració crítica de una evolució. GeoNotas . 2005. 11-2-2005.