



Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut

TESINA DEL MÁSTER DE SALUD PÚBLICA

**ANÁLISIS DE LA COORDINACIÓN EN DIFERENTES REDES DE SERVICIOS DE
SALUD EN CATALUÑA:
UN ESTUDIO DE CASOS**

Ana María Vélez Areiza

Directoras: Sina Waibel y

María Luisa Vázquez Navarrete

UPF - UAB

Mayo 2013

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1 MARCO CONCEPTUAL PARA EL ANÁLISIS DE LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD	4
1.2 EL SISTEMA DE SALUD EN CATALUÑA	10
1.3 ESTUDIOS PREVIOS SOBRE LA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL	11
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	15
2.1 OBJETIVOS.....	15
2.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	15
3. ARTICULO.....	16
3.1 INTRODUCCIÓN	21
3.2 MÉTODOS.....	22
3.3 RESULTADOS.....	22
3.4 DISCUSIÓN	27
4. TAREAS REALIZADAS	40
5. BIBLIOGRAFÍA	41
6. ANEXOS	47
ANEXO 1. ESTUDIO DE CASO: RED DE SERVICIOS DE SALUD DE GIRONA	47
ANEXO 2. ESTUDIO DE CASO: RED DE SERVICIOS DE SALUD DE CIUTAT VELLA – SANT MARTÍ.....	62
ANEXO 3. GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS REDES DE SERVICIOS DE SALUD	72

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Àreas bàsicas de salut
AE	Atenci3n especializada
AP	Atenci3n primaria
CSC	Consorti de Salut i Social de Catalunya
ICS	Institut Català de la Salut
PAMEM	Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal
RISS	Redes integradas de servicios de salud
SEPPS	Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut
UO	Unidades operativas

1. Introducción

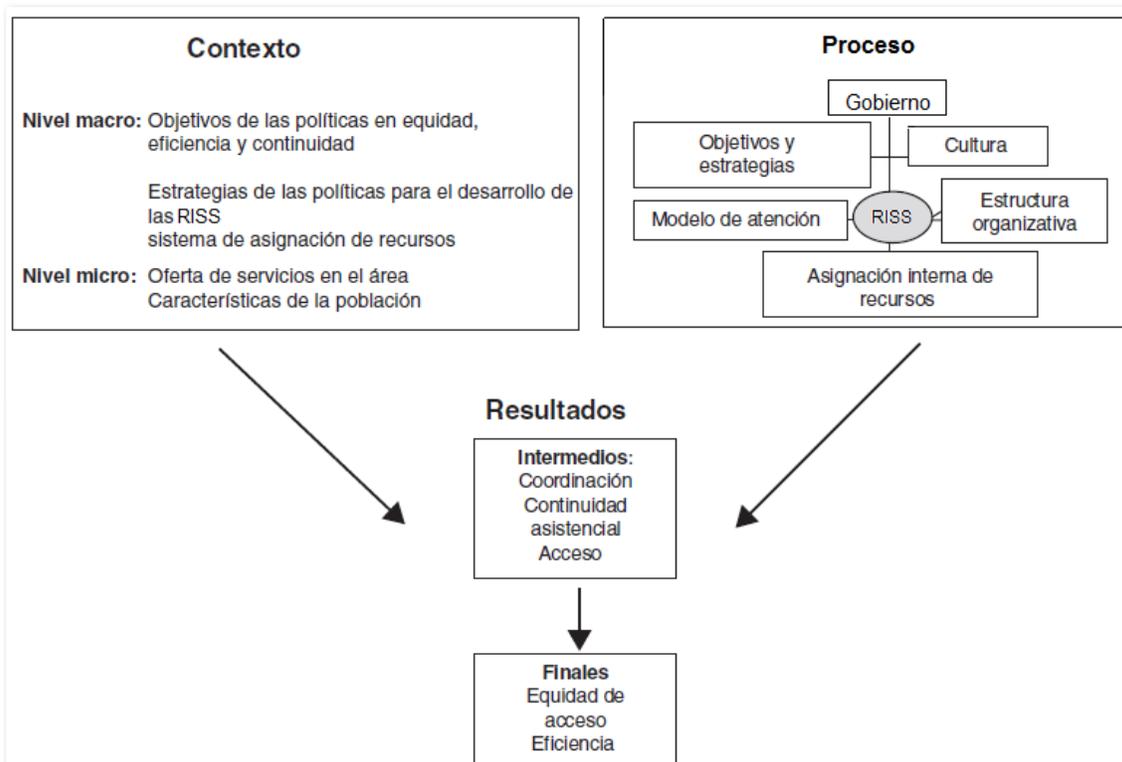
La mejora en la coordinación de los servicios sanitarios, se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas de salud como mecanismo para responder a los desafíos emergentes (1). Estos desafíos incluyen los rápidos avances tecnológicos, la alta especialización, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y de pacientes pluripatológicos y los cambios en la organización de la atención. Esto favorece que los usuarios sean atendidos por un elevado número de proveedores y dificulta la conexión de la atención a lo largo del tiempo (2). La coordinación asistencial es la conexión de los servicios necesarios para atender al paciente de manera que se armonicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos (3). Es un proceso complejo que depende del grado de especialización clínica, el nivel y tipo de interdependencias de las actividades asistenciales, el grado de incertidumbre de la atención asociada con la capacidad para procesar información, así como la variabilidad en la respuesta del paciente (4). Cuando la coordinación asistencial alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada (5).

Los problemas asociados a la ausencia de coordinación asistencial se refieren a la ineficiencia en la gestión de recursos (duplicación de pruebas diagnósticas, derivaciones inapropiadas, utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias, etc.), la pérdida de continuidad en los procesos asistenciales (falta de seguimiento a pacientes hospitalizados, etc.) y la disminución de la calidad de la atención prestada (listas de espera al especialista) (6). Es por ello que la coordinación asistencial se ha convertido en objetivo prioritario de muchos sistemas de salud (7) y ha generado una tendencia a favor de políticas que enfatizan la colaboración entre proveedores de salud. Así, en las últimas décadas ha habido una proliferación de intervenciones, tanto políticas (planes intersectoriales, sistemas de compra y financiación de servicios de salud, por ejemplo introducción de sistemas de pago capitativo) (8) como organizativas (redes integradas de servicios de salud (RISS); una red integrada de servicios de salud, es un conjunto de organizaciones que ofrecen una atención coordinada a través de un conjunto de servicios a una población determinada y se responsabiliza de sus costes y resultados en salud (9)) (10), introducción de numerosos y variados mecanismos y estrategias de coordinación, como guías de práctica clínica compartidas, puestos de enlace o programas de gestión de casos (11).

1.1 Marco conceptual para el análisis de las redes de servicios de salud

Existe un consenso respecto a los factores que influyen en el grado de coordinación que efectivamente alcanzan las redes de servicios de salud (12), los cuales pueden ser de carácter externo (contexto) o internos (proceso) . A partir de los elementos externos e internos, así como los resultados se desarrolla el marco conceptual para el análisis de las redes de servicios de salud (fig.1).

Figura 1: Marco conceptual para el análisis de las redes de servicios de salud



Abreviatura: RISS: redes integradas de servicios de salud;

Fuente: Vázquez et al. (13)

El marco conceptual propone el análisis del desempeño de las redes, tomando en cuenta los procesos internos desarrollados por las redes de servicios de salud para alcanzar los objetivos, y el contexto en el cual actúan. El marco abarca los resultados intermedios (coordinación, la continuidad de la atención y el acceso) y finales (equidad de acceso y eficiencia) para analizar su desempeño.

Elementos del contexto a las redes de servicios de salud que influyen en la coordinación asistencial

Entre los elementos del contexto o elementos externos que afectan la coordinación asistencial (14) destacan a nivel macro los objetivos de las políticas de equidad en el acceso, eficiencia y continuidad; las estrategias políticas y mecanismos regulatorios para el desarrollo de las redes de servicios de salud y la asignación interna de recursos (15). En el nivel micro, elementos tales como la oferta de servicios de salud en la zona y las características de la población inscrita deben ser considerados.

Elementos internos de las redes de servicios de salud que influyen en la coordinación asistencial

En el ámbito interno varios elementos son críticos para la coordinación de la atención: a) la presencia de un gobierno con un rol estratégico y visión global de la organización (16); b) una visión compartida de los objetivos y estrategias a través de la red (17); c) una estructura orgánica con mecanismos de coordinación que fortalece la comunicación entre los servicios involucrados en la atención del paciente (18); d) una cultura común con valores orientados hacia el trabajo en equipo, la colaboración y los resultados (19); e) un sistema de asignación interna de recursos que incentive la alineación de los servicios con los objetivos globales (12) y f) un modelo de atención que establezca roles, tipo de colaboración y mecanismos de coordinación adecuados entre los niveles asistenciales.

El gobierno es un elemento crítico que puede obstaculizar o facilitar el logro de los objetivos de la red, ya que le corresponde formular políticas, estrategias, tomar decisiones y rendir cuentas en relación a sus políticas y resultados hacia los rectores de las políticas de salud y los ciudadanos (17). Se identifican tres atributos deseables para la buena gobernabilidad del sistema: la responsabilidad del gobierno con toda la red, esto es una perspectiva de sistema a la hora de tomar decisiones estratégicas; la responsabilidad con la población que atiende; y, por último, la coordinación entre los diferentes órganos de gobierno de las entidades de los entornos sanitarios, para asegurar la consistencia en la visión, objetivos y estrategias a lo largo de la red (17).

Los objetivos y estrategias (dimensión estratégica) aportan un vínculo común a largo plazo a todas las acciones que se desempeñen dentro de la red (20). Se consideran clave para la integración organizativa de la red de servicios de salud diversos elementos

relacionados con la dimensión estratégica: existencia de una misión, visión, metas, objetivos y estrategias globales para toda la red (10), orientación de las estrategias globales a los objetivos finales e intermedios de las redes de servicios de salud, y la alineación de los objetivos y estrategias de las unidades operativas que conforman la red con los globales (21).

La estructura organizativa es el tipo de estructura o diseño organizativo que adopte la red, y en concreto, el grado de integración o coordinación de las funciones de dirección y apoyo (*integración funcional*) y de las funciones asistenciales (*integración clínica*). En general, se recomienda que las redes de servicios de salud adopten estructuras orgánicas, con integración funcional y descentralización en la toma de decisión (22). Las *estructuras orgánicas* son aquellas que para coordinar las actividades utilizan mecanismos basados en la comunicación directa entre quienes realizan las acciones (23).

La cultura y liderazgo es otro de los factores básicos que influyen en la coordinación dentro de una red de servicios de salud. Por un lado, la implementación de los objetivos y estrategias de los entornos sanitarios requiere que sus miembros los acepten y se comporten en consonancia, es decir, que la cultura de cada entidad que la constituye esté alineada con los objetivos y estrategias de los entornos sanitarios. Por otro lado, la cultura organizativa contribuye a la coordinación asistencial por ser un elemento de cohesión y de identificación entre los miembros que trabajan en la red (24). Además debido a que los líderes de las organizaciones desempeñan un papel clave en el cambio organizativo, otro de los aspectos que intervienen en el proceso de integración asistencial es la presencia de un liderazgo orientado a la coordinación y capaz de comunicar los objetivos y estrategias y su aprendizaje (25).

La asignación interna de recursos se refiere tanto a la asignación de los recursos a la red de servicios de salud globalmente, como a los mecanismos que se utilicen posteriormente para distribuir estos recursos en el interior de la red. Así mismo, el sistema de recompensa (incentivos) a los profesionales también afecta a los resultados de la atención en términos de coste, calidad y continuidad por su influencia en el comportamiento del trabajador (26). Para mejorar la integración de la red es recomendable que el sistema de asignación alinee los incentivos de los servicios con los objetivos globales.

El modelo de atención (u organización de la atención) es el rol asignado para cada nivel de atención y como estos niveles colaboran eficazmente junto con los mecanismos de

coordinación y las estrategias de coordinación de la red (27). Los dos procesos básicos utilizados para la coordinación asistencial son: la programación y la retroalimentación (23). A través de la programación se estandariza y predetermina el trabajo, estableciendo de antemano las responsabilidades, las actividades y las habilidades necesarias para llevarlo a cabo. En situaciones en las que no es posible planificar la atención se debe recurrir al otro proceso básico de coordinación: la retroalimentación. En este caso, la coordinación se realiza mediante el intercambio de información entre las unidades y los profesionales implicados para que los problemas se resuelvan en el nivel donde se genera la información.

A partir de los dos procesos anteriores, se diferencian distintos mecanismos de coordinación; el mecanismo asociado con la coordinación por programación es la *normalización*; puede existir de los procesos de trabajo, de las habilidades del trabajador y de los resultados del trabajo (28). A través de la normalización de los procesos de trabajo, las operaciones se coordinan especificando y programando la acción en cada una de sus fases. Cuando la coordinación de las tareas se basa en la definición de los conocimientos y la preparación requerida para realizar el trabajo, se está utilizando la normalización de las habilidades del trabajador. Por último, en la normalización de los resultados del trabajo las tareas se coordinan a partir de la definición de lo que se espera lograr por esa tarea. Los mecanismos basados en la *retroalimentación* son la supervisión directa y la adaptación mutua (28). En el primer caso se consigue la coordinación a través de una persona que se responsabiliza del trabajo de los demás, a los que da instrucciones y cuyas acciones controla. Mientras que en la adaptación mutua, se logra coordinar el trabajo mediante la comunicación informal; los ejecutores del trabajo son los responsables de éste. Se utilizan tanto en los procesos más sencillos como en las situaciones más complejas, en las que toman la forma de dispositivos de enlace (puestos de enlace, grupos de trabajo, comités permanentes, directivos integradores y estructuras matriciales) o de sistemas de información vertical (tabla 1).

Instrumentos de coordinación asistencial

En el entorno sanitario se han desarrollado diversos instrumentos para la coordinación entre niveles, ya sea de forma aislada (guías de práctica clínica compartidas, sistemas de información integrados, grupos de trabajo entre niveles, etc.) o combinados en estrategias para la gestión del paciente a lo largo del continuo (programas de gestión de enfermedades, gestión de casos, etc.), que pueden clasificarse según el proceso en el que se basan para coordinar la atención.

Entre los instrumentos basados en la normalización de procesos para coordinar la atención a lo largo del continuo asistencial, destacan los planes o protocolos que proporcionan una declaración explícita de que atención se le tiene que prestar al paciente, en que intervalos y quien debe prestársela. Aunque adoptan nombres y formas diversas, pueden mencionarse tres ejemplos básicos: las guías de práctica clínica, los mapas de atención y las guías farmacológicas compartidas (22).

El sistema experto está formado por aquellas estrategias que contribuyen a incrementar el conocimiento de los médicos de atención primaria y, de esta manera, mejorar la coordinación entre niveles asistenciales (22). Son estrategias complementarias al proceso de derivación de la atención primaria al especialista, que ayudan a mejorar la capacidad resolutoria de la atención primaria y, por tanto, la eficiencia del sistema. Incluye por ejemplo, la conformación de grupos de especialistas que actúan como expertos de referencia para los médicos de atención primaria: especialistas que trabajan en los centros de atención primaria como expertos locales, formando a los médicos de atención primaria y conociendo el contexto de la primaria; la visita conjunta, y sesiones clínicas conjuntas para analizar casos concretos.

La coordinación basada en mecanismos de adaptación mutua incluye la utilización de la comunicación informal para transmitir información relevante del paciente entre profesionales o unidades mediante la utilización de diversas vías, como el correo electrónico, el teléfono o las reuniones informales. Además, las OSI introducen diversos dispositivos de enlace, como grupos de trabajo, puestos de enlace, la estructura matriarcal o la introducción del sistema de información vertical (22). Tabla 1. Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial entre niveles

Proceso de coordinación	Mecanismos teóricos de coordinación	Instrumentos de coordinación asistencial
Programación	Normalización de las habilidades del trabajador Normalización procesos de trabajo	Sistema experto: Formación continuada, alternativas a las consultas tradicionales Guías de práctica clínica compartidas guías farmacológicas, planes de altas Mapas de atención o trayectorias clínicas; Sistemas de citas compartidas; Sistemas de planificación.
	Normalización de los resultados del trabajo	Mapas de atención; Sistemas de monitorización del desempeño
Retroalimentación	Supervisión directa	Administrador del proceso o del programa
	Adaptación mutua	Comunicación informal Mecanismos de enlace
		Sistemas de información Vertical
		Teléfono, correo electrónico, reuniones informales. Grupos multidisciplinarios, interdisciplinarios y transdisciplinarios; Puesto de enlace: Profesional de enlace internivel. Comités permanentes: comité de gestión internivel. Directivos integradores: Director asistencial, director de ámbito transversal. Estructuras matriciales Registros de remisiones; Sistemas de información clínica

Fuente: Terraza et al. (3)

Análisis de elementos externos e internos

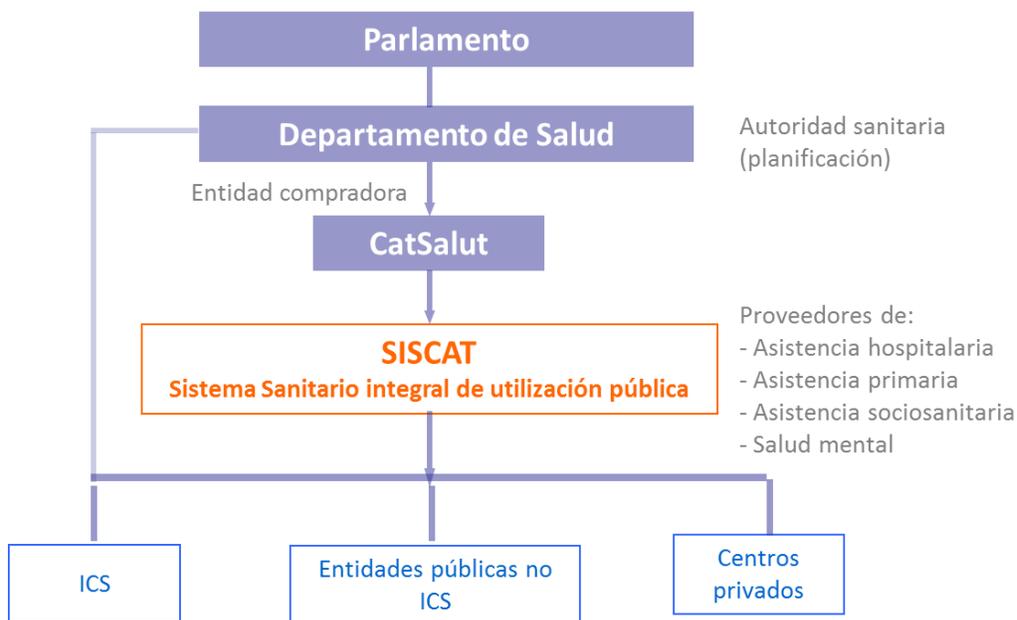
Para identificar los elementos internos y contextuales que permiten o dificultan la coordinación de los servicios de las redes, un análisis documental y entrevistas con informantes claves son necesarios para analizar, la oferta de servicios en el área las características de la población y el sistema de asignación de recursos desde múltiples perspectivas, el gobierno, los objetivos y estrategias, la estructura organizativa, el modelo de atención, la asignación interna de los recursos (13).

1.2 El sistema de salud en Cataluña

El sistema de salud en Cataluña se caracteriza por la separación de las funciones de financiación y provisión. El *Departament de Salut* es la autoridad sanitaria responsable de la dirección del sistema, es decir, de la planificación, ordenación, autorización e inspección, así como del control. El *Servei Català de la Salut* (CatSalut), ente público dependiente del Departamento de Salut, se encarga de la compra de servicios a los proveedores (5;29). Se ordena en demarcaciones territoriales, en siete regiones sanitarias, las cuales han sido delimitadas según criterios geográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, de la oferta de servicios, etc. Cada región sanitaria dispone de los recursos necesarios de atención primaria y especializada suficientes y adecuados para su población de referencia, exceptuando el nivel más alto de especialización, que posee carácter suprarregional (17). A su vez, las regiones sanitarias se subdividen en sectores sanitarios, estructura desconcentrada de dirección, gestión y participación, que agrupan un conjunto de áreas básicas de salud (ABS) (17). Las ABS son las unidades territoriales elementales a través de las cuales se organizan los servicios de atención primaria de salud, se encuentran formadas por barrios o distritos en las áreas urbanas, o por más municipios en el ámbito rural (22).

La provisión corresponde a un conjunto de entidades de los diferentes niveles de atención que conforman el SISCAT (Sistema Sanitario integrado de utilización pública); el *Institut Català de la Salut* (ICS), propiedad del Departament de Salut, así como empresas públicas y consorcios, sociedades municipales, fundaciones benéficas y centros privados (30) (fig. 2)

Figura 2. Sistema de salud en Cataluña



Fuente: Elaboración propia

En cuanto al modelo asistencial, el sistema sanitario Catalán se configura en dos niveles asistenciales (22):

- La *atención primaria (AP)*, como puerta de entrada al sistema. La AP se define como el primer nivel de contacto del usuario con el sistema sanitario, que se caracteriza por la accesibilidad, integridad, longitudinalidad (contacto a lo largo del tiempo) y capacidad para resolver los problemas más frecuentes.
- La *atención especializada (AE)*, de agudos, sociosanitaria, drogodependencias y salud mental, que realiza la función de apoyo para la resolución de problemas severos.

Se trata, por tanto, de un modelo basado en la atención primaria, que busca garantizar la continuidad asistencial.

1.3 Estudios previos sobre la integración asistencial

La multiplicidad de entidades involucradas en la provisión de servicios de salud, potencialmente inductora de la fragmentación de la atención, ha motivado el desarrollo de estrategias de integración asistencial, como las redes integradas de servicios sanitarios, estrategias de gestión compartidas, alianzas, etc. Este tipo de iniciativas ha sido especialmente estudiada en Estados Unidos durante la última década, donde el fenómeno

de la integración de proveedores ha experimentado un gran crecimiento en el contexto de un sistema sanitario muy fragmentado (22).

Los diferentes servicios regionales a los cuales se ha descentralizado el Sistema Nacional de Salud en España han desarrollado experiencias distintas para la mejora de la colaboración entre los diversos proveedores que intervienen en la atención al paciente (18). Así, en Cataluña, que promovió la separación de la financiación y la provisión, y mantuvo la diversidad en la titularidad de los proveedores, se han ido creando paulatinamente organizaciones que gestionan de manera conjunta entidades proveedoras del continuo asistencial, las denominadas organizaciones sanitarias integradas (OSI). En el País Vasco, además de la creación de una OSI se están desarrollando experiencias para la mejora de la coordinación en la atención de la patología crónica, mediante el establecimiento de diversas formas de colaboración entre los diferentes servicios que intervienen (18). El análisis de las OSI catalanas muestra que las OSI establecidas se encuentran en diferentes etapas de desarrollo. Para mejorar la eficacia del trabajo en el sistema de salud en Cataluña se necesitaría, por un lado, introducir las políticas (con los instrumentos correspondientes) que promuevan la integración asistencial. Por otro lado, las organizaciones deberían introducir los cambios estructurales que permitan corregir las debilidades y centrar su quehacer en la provisión de una atención integral y coordinada acorde con las necesidades de los pacientes, y no exclusivamente dentro de las propias organizaciones, sino como agentes de un sistema nacional de salud, con todos los proveedores del territorio, y de fuera del territorio cuando sea necesario (18).

Los estudios realizados sobre coordinación asistencial en Cataluña, comenzaron con el desarrollo de un marco teórico para el análisis de las organizaciones sanitarias integradas. A partir de este marco conceptual, se desarrolló la guía para el estudio de las organizaciones sanitarias integradas en el contexto del Sistema Nacional Español (15). Utilizando esta guía de análisis, se comenzaron a estudiar diversos casos de redes integradas de servicios de salud en Cataluña (31;32). Los estudios iniciales se centraron en organizaciones con una gestión única y excluían al ICS. Adicionalmente, se ha realizado una primera aproximación a la generación de indicadores para medir la coordinación asistencial entre niveles a partir de una enfermedad trazadora: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (33).

Paralelamente, se han adelantado estudios en los que se analiza la continuidad asistencial en redes integradas de servicios de salud (34). La continuidad asistencial, es el

resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente, y se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo (3).

En el contexto internacional, se ha realizado el proyecto Equity-LA “Impacto en la equidad de acceso y la eficiencia de las redes integradas de servicios de salud (RISS) en Colombia y Brasil”, sobre la integración en las RISS. El objetivo del proyecto es analizar el impacto de diferentes tipos de RISS en la equidad de acceso y en la eficiencia en la provisión de atención en salud. Se analizan las experiencias de dos países latinoamericanos –Colombia y Brasil. Para alcanzar este objetivo se adoptó un enfoque innovador multidisciplinario en investigación de servicios de salud, combinando métodos cualitativos y cuantitativos de investigación. El estudio consta de dos fases: dos estudios de caso nacionales y un estudio comparativo transnacional.

Esta tesina forma parte del proyecto “La relación entre continuidad y coordinación entre niveles asistenciales en diferentes entornos sanitarios en Cataluña” financiado por el FIS (PI10/00348). Este proyecto consta de tres subestudios: En el primer subestudio se analiza la continuidad asistencial entre niveles, percibida por los usuarios de los servicios de salud y la coordinación asistencial percibida por profesionales asistenciales, mediante un estudio cualitativo, con entrevistas individuales en profundidad. En el subestudio dos se elaborarán, validarán y aplicarán indicadores para medir la coordinación asistencial entre niveles, útil para el análisis del desempeño de cualquier sistema de salud que provea un continuo de servicios. Cuya aplicación en nuestro entorno permitirá analizar los resultados en coordinación de la atención en las distintas formas de organización de los servicios, así como identificar los elementos de la coordinación que mejor se correlacionan con una buena percepción de la continuidad. Por último en el subestudio tres, se realizará un análisis comparativo para identificar los factores de la coordinación asistencial que se relacionan con una mejor continuidad asistencial percibida por los usuarios. El presente estudio contribuye a la interpretación de los resultados sobre la coordinación y continuidad asistencial del mismo proyecto con la descripción de dos redes de servicios de salud, las áreas del estudio, y el análisis integral de los factores externos e internos que influyen en el grado de coordinación de las mismas redes de servicios de salud.

La diversificación de la titularidad en la provisión en el sistema de salud de Cataluña implica un mayor riesgo de fragmentación, lo que ha promovido, entre otros, el desarrollo

de distintos modelos de gestión para la integración de los diferentes proveedores. Hasta el momento, los estudios realizados en Cataluña sobre integración asistencial, se habían centrado en el análisis de redes de servicios de salud con una gestión única y excluían al ICS.

Este estudio analizó dos redes de servicios de salud: 1) Girona, el ICS supe tanto la atención primaria como la secundaria 2) Ciutat Vella - Sant Marti, el ICS y el PAMEM proveen la atención primaria y el Parc de Salut MAR provee la atención especializada. El análisis permitió describir los elementos contextuales e internos de las redes de servicios de salud que influyen en la coordinación asistencial.

2. Objetivos e hipótesis

2.1 Objetivos

Objetivo general

Analizar los elementos internos y externos que influyen en la coordinación asistencial en dos redes de servicios de salud de Cataluña en los años 2011-2013.

Objetivos específicos

- a) Analizar los elementos del entorno que favorecen o frenan la coordinación asistencial en las redes de servicios de salud
- b) Analizar los elementos internos de las redes de servicios de salud que influyen en la coordinación asistencial (el modelo de gobierno, la dimensión estratégica, la estructura organizativa, el sistema de asignación de recursos y el modelo de atención)

2.2 Preguntas de investigación

El presente proyecto sigue un enfoque metodológico cualitativo, y por lo tanto no se parten de hipótesis. Sin embargo, se plantea una pregunta de investigación que se pretende responder:

¿De qué manera influyen los elementos internos y externos de la coordinación asistencial en las redes de servicios de salud del sistema público de salud de Cataluña?

Preguntas de investigación específicas:

¿Qué elementos del entorno favorecen o frenan la coordinación asistencial en las redes de servicios de salud?

¿De qué manera influyen los elementos internos de la coordinación asistencial en las redes de servicios de salud?

3. Artículo

Análisis de la coordinación asistencial en diferentes redes de servicios de salud en Cataluña: un estudio de casos

Ana María Vélez Areiza^{a,b}, Sina Waibel^a, Ingrid Vargas^a, M. Luisa Vázquez^a

^a Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris. Servei d'Estudis en Prospectives i Polítiques de Salut. Consorci de Salut i Social de Catalunya.

^b Universitat Pompeu Fabra y Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.

Autora de correspondencia:

Ana María Vélez Areiza

Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris (GRPSS)

Servei d'Estudis en Prospectives i Polítiques de Salut

Consorci de Salut i Social de Catalunya

Av. Tividabo 21, 08022 Barcelona

Correo electrónico: anaveleza@hotmail.com

Resumen: 235 palabras

Abstract: 204 palabras

Resum: 230 palabras

Texto: 2987 palabras

Numero de tablas: 6

Contribución de autoría:

Ana María Vélez Areiza elaboró el protocolo de investigación, realizó el trabajo de campo y los análisis preliminares. Sina Waibel, Ingrid Vargas y M. Luisa Vázquez concibieron el diseño del estudio y supervisaron todas las etapas de su realización. Todos los autores revisaron el borrador del manuscrito y aprobaron su versión final.

Financiación:

El estudio fue financiado por la beca otorgada por el Consorci de Salut i Social de Catalunya.

Agradecimientos:

Agradecemos a Monserrat Figuerola, Esteve Avellana i Revuelta, Sebastià Calero, M^a Belén Enfedaque, Sofía Ferré y Marta Cabanas por su cooperación y las contribuciones aportadas al estudio. Sin sus generosas aportaciones este proyecto no hubiera sido posible.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Análisis de la coordinación asistencial en diferentes redes de servicios de salud en Cataluña: un estudio de casos

Objetivo: Analizar los elementos internos y externos que influyen en la coordinación asistencial en dos redes de servicios de salud de Cataluña en los años 2011-2013.

Métodos: Estudio de casos de dos redes de servicios de salud, Girona y Ciutat Vella – Sant Martí de Barcelona, mediante el análisis de documentos y entrevistas individuales con informantes claves. La recogida de datos se realizó entre 2012 – 2013. Se realizó un análisis de contenido, centrado en identificar los elementos externos e internos de las redes seleccionadas que pueden influir en la coordinación asistencial.

Resultados: En este estudio se han identificado como elementos externos que influyen en la coordinación asistencial, la presencia de más proveedores en el área (2 en Girona y 6 en Ciutat Vella) y los mecanismos de coordinación conjuntos con las redes. En el ámbito interno, la presencia de órganos de gobierno centralizados y la definición de estrategias globales orientadas a la coordinación y la eficiencia, pero sin alinearse con los de las entidades proveedoras en Ciutat Vella. Los mecanismos de coordinación asistencial implementados, basados principalmente en la normalización de procesos de trabajo y habilidades, y algunos mecanismos de adaptación mutua.

Conclusión: El análisis permitió describir algunos elementos contextuales e internos de las redes de servicios de salud que influyen en la coordinación asistencial. El análisis contribuye a la interpretación de los resultados sobre coordinación y continuidad asistencial en redes de servicios de salud de Cataluña.

Palabras claves: Continuidad de atención al paciente; Prestación Integrada de Atención de Salud; Atención Integral de Salud; Estudios de Casos Organizacionales.

Anàlisi de la coordinació assistencial en diferents xarxes de serveis de salut a Catalunya: un estudi de casos

Objectiu: Analitzar els elements interns i externs que influeixen en la coordinació assistencial en dues xarxes de serveis de salut de Catalunya en els anys 2011-2013.

Mètodes: Estudi de casos de dues xarxes de serveis de salut, Girona i Ciutat Vella - Sant Martí de Barcelona, mitjançant l'anàlisi de documents i entrevistes individuals amb informants claus. La recollida de dades es va realitzar entre 2012 - 2013. Es va realitzar una anàlisi de contingut, centrat a identificar els elements externs i interns de les xarxes seleccionades que poden influir en la coordinació assistencial.

Resultats: En aquest estudi s'han identificat com a elements externs que influeixen en la coordinació assistencial, la presència de més proveïdors en l'àrea (2 a Girona i 6 a Ciutat Vella) i els mecanismes de coordinació conjunts amb les xarxes. En l'àmbit intern, la presència d'òrgans de govern centralitzats i la definició d'estratègies globals orientades a la coordinació i l'eficiència, però sense alinear-se amb els de les entitats proveïdores a Ciutat Vella. Els mecanismes de coordinació assistencial implementats, basats principalment en la normalització de processos de treball i habilitats, i alguns mecanismes d'adaptació mútua.

Conclusió: L'anàlisi va permetre descriure alguns elements contextuais i interns de les xarxes de serveis de salut que influeixen en la coordinació assistencial. L'estudi contribueix a la interpretació dels resultats sobre coordinació i continuïtat assistencial en xarxes de serveis de salut de Catalunya.

Paraules claus: Continuïtat d'atenció al pacient; Prestació Integrada d'Atenció de Salut; Atenció Integral de Salut; Estudis de Casos organitzacionals.

Analysis of the coordination of care in different health care networks in Catalonia: a case study

Objective: To analyze the internal and external elements that affect care coordination in two health care networks in Catalonia in the years 2011-2013.

Methods: Case study of two networks of health services, Girona and Ciutat Vella - Sant Marti, through the analysis of documents and interviews with key informants. Data collection was conducted from 2012 to 2013. Was conducted a content analysis focused on identifying external and internal elements of the selected networks that might influence the coordination of care.

Results: In this study have been identified as external factors influencing the coordination of care, the presence of more suppliers in the area (2 in Girona and 6 in Ciutat Vella) and joint coordination mechanisms with the networks. Internally, the presence of central government bodies and defining global strategies aimed at coordination and efficiency, but not aligned with those of the providers in Ciutat Vella. Care coordination mechanisms implemented, based mainly on the standardization of work processes and skills, and some mutual adaptation mechanisms.

Conclusion: The analysis allowed to describe some contextual elements and internal service networks that influence health care coordination. The study contributes to the interpretation of the results on the coordination and continuity of care in health care networks in Catalonia.

Keywords: Continuity of patient care; Delivery of Health Care, Integrated; Comprehensive Health Care; Organizational Case Studies.

3.1 Introducción

La mejora en la coordinación entre niveles asistenciales se ha convertido en una de las prioridades de los sistemas de salud para responder a los desafíos emergentes (1). Estos desafíos incluyen rápidos avances tecnológicos, cambios en la organización de la atención y la alta especialización, que junto a el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y de pacientes pluripatológicos, favorece que los usuarios sean atendidos por un elevado número de proveedores y dificulta la conexión de la atención a lo largo del tiempo (2).

Los problemas asociados a la ausencia de coordinación asistencial se refieren a la ineficiencia en la gestión de recursos (duplicación de pruebas diagnósticas, derivaciones inapropiadas, utilización inadecuada de las urgencias hospitalarias, etc.), la pérdida de continuidad en los procesos asistenciales y la disminución de la calidad de la atención prestada (3). Es por ello que se ha generado una tendencia a reducir las estrategias de promoción de la competencia, en favor de políticas que enfatizan la colaboración entre proveedores de salud (4). Se han implementado intervenciones, tanto políticas (planes intersectoriales, sistemas de compra y financiación de servicios de salud, por ejemplo, sistemas de pago capitolativo) (5) como organizativas (redes integradas de servicios de salud (RISS): conjunto de organizaciones que ofrecen una atención coordinada a través de un conjunto de servicios a una población determinada y se responsabilizan de sus costes y resultados en salud (6)) (7), y la introducción de numerosos y variados mecanismos y estrategias de coordinación, guías de práctica clínica compartidas, puestos de enlace, programas de gestión de casos o de enfermedades, etc. (8).

El sistema de salud en Cataluña es caracterizado por una separación de las funciones de financiación y de provisión. La provisión de servicios es responsabilidad de un conjunto de proveedores de titularidad diversa: por una parte, el ICS, que depende directamente del Departament de Salut, y por la otra, el resto de los proveedores, que son empresas públicas y consorcios, sociedades municipales, fundaciones benéficas y centros privados sin ánimo de lucro (9). Esta diversidad, que implica un mayor riesgo de fragmentación, ha originado diferentes modelos de gestión en la región, como redes integradas de servicios sanitarios, estrategias de gestión compartidas, alianzas, estrategias, etc (10).

Existe un consenso respecto a los factores que influyen en el grado de coordinación que efectivamente alcanzan las redes de servicios de salud (7), los cuales pueden ser de

carácter externo (contexto) o interno (proceso). A partir de estos elementos, se desarrolla el marco conceptual para el análisis de las redes de servicios de salud (fig.1) (11). Propone el análisis del desempeño de las redes, tomando en cuenta los procesos internos desarrollados por las redes de servicios de salud para alcanzar los objetivos, y el contexto en el cual actúan, en relación a los resultados intermedios (coordinación, la continuidad de la atención y el acceso) y finales (equidad de acceso y eficiencia).

En Cataluña, se está desarrollando una amplia investigación sobre las redes de servicios de salud (también llamadas organizaciones integradas (OSI)) de la región (10) (12;13). Los análisis de las redes, realizados mediante estudios de casos, han permitido profundizar en la complejidad del fenómeno (13). Sin embargo, hasta el momento, estos estudios se habían centrado en el análisis de redes de servicios de salud con una gestión única y excluían al Institut Català de la Salut (ICS). El presente estudio contribuye a la interpretación de los resultados sobre coordinación y continuidad asistencial en redes de servicios de salud, con el análisis de los elementos externos e internos que influyen en la coordinación asistencial en dos redes de servicios de salud de Cataluña.

3.2 Métodos

Diseño del estudio: Se realizó un estudio de casos, donde el caso es una red de servicios de salud de Cataluña. Una red de servicios de salud, según la definición en nuestro estudio, ofrece una atención coordinada a través de un continuo de servicios a una población determinada y se responsabiliza de sus costes y resultados en salud (6). Se utilizó como marco: "Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis" (4).

Muestra: Se realizó en tres fases entre los años 2012-2013. En la primera fase, se *delimitaron* las dos redes de servicios de salud: Girona y Ciutat Vella - Sant Martí, que difieren en sus modelos de gestión. En Girona un único proveedor (ICS) supe tanto la atención primaria como la especializada de agudos, mientras que en la red de servicios de salud Ciutat Vella - Sant Martí dos entidades proveen la atención primaria (ICS e Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal; PAMEM) y una diferente entidad pública provee la atención especializada (Parc de Salut Mar). En la segunda fase, se seleccionó la *muestra teórica de documentos*, es decir, se recopilaron todos aquellos documentos que proporcionaban información sobre los elementos de análisis de las redes de servicios de salud y su entorno; en total 22 documentos de Girona y 31 de Ciutat Vella (tabla 1). En la tercera fase, se *seleccionaron los informantes* entre el

personal directivo y técnico de las dos redes de servicios de salud que tenían información de los elementos de las redes o de los procesos de coordinación (tabla 2). Recogida de la información. Se utilizó el *análisis de documentos* y las *entrevistas con informantes claves*. Se seleccionaron documentos elaborados por las organizaciones y con información sobre los elementos de análisis, como estatutos, planes estratégicos, organigramas, guías de práctica clínica, guías farmacológicas, acuerdos, presentaciones, contratos, entre otros. Se llevaron a cabo entrevistas con informantes claves de las redes de servicios de salud para obtener la información que no se encontró en los documentos.

Instrumento de recogida de datos: Se aplicó el instrumento elaborado previamente para la extracción de datos (10) y se seleccionaron los aspectos relacionados con las características generales de las redes de servicios de salud y de su entorno, el modelo de gobierno, el modelo organizativo y la coordinación.

Análisis de los datos: Se realizó un análisis de contenido (14), el cual se centró en el análisis del contexto de las redes (elementos externos), y de los siguientes elementos internos: dimensión estratégica, estructura organizativa, gobierno y sistema de asignación e incentivos; mediante el análisis de documentos y las entrevistas individuales para complementar la información.

Calidad de la información:: La calidad de los datos se aseguró mediante la triangulación de la información. Esta técnica consiste en contrastar y verificar los resultados a partir de diferentes fuentes (15), los documentos y las entrevistas.

Consideraciones éticas: El estudio fue aprobado por el comité ético del Parc de Salut Mar (2010/412/1).

3.3 Resultados

Red de servicios de salud Girona

La red de servicios de salud Girona consta de 34 centros de atención primaria distribuidos en siete Áreas Básicas de Salud (ABS) (16) y del Hospital Dr. Trueta. Un único proveedor, el (ICS), provee la atención primaria y especializada de agudos (tabla 3) a 156,235 habitantes (17).

Elementos del entorno

La red se encuentra en la comarca del Gironès. Esta comarca posee una superficie de 575,6 km², y una densidad poblacional de 320,0 (hab./km²) (18). El 68,43% de la población tiene entre 15 y 64 años (19). La población inmigrada representa el 21,5% de la población (20).

En Girona, además de los centros de atención primaria gestionados por el ICS, y el Hospital Dr. Trueta, otras entidades proveen servicios públicos de salud. El Grup MUTUAM provee la atención sociosanitaria y el Institut d'Assistència Sanitària (IAS) presta todos los servicios de salud mental (21). Se realizan reuniones entre profesionales de entidades proveedoras para tratar temas conjuntos, como la cronicidad; adicionalmente, se está desarrollando un proyecto que pretende aproximar el ICS y el IAS, manteniendo su personalidad jurídica, para que los profesionales trabajen de forma conjunta.

Elementos internos

La red Girona forma parte del ICS, de la gerencia territorial Girona, y como tal, está gobernada por dos órganos de gobierno centralizados a nivel corporativo: el consejo de administración y el director/directora gerente del ICS. El *consejo de administración* está constituido por un presidente y 22 vocales propuestas por el gobierno, por entidades asociativas y organizaciones sindicales (22;23). El *director gerente* es nombrado por el gobierno y tiene la representación legal del Instituto Catalán de la Salud.

La dimensión estratégica se concreta en un documento para la gerencia territorial Girona, que contempla la responsabilidad de la organización con el territorio y el interés de brindar resolución de los problemas a través de la coordinación de la atención primaria y la especializada con el resto de proveedores.

Su estructura organizativa es funcional, con integración de las funciones de apoyo asistenciales (laboratorio, diagnóstico por imágenes, rehabilitación, etc) y no asistenciales (recursos humanos, económico- financiera, sistemas de información, etc). Se mantienen las direcciones asistenciales por nivel asistencial. Además, se crea la figura de director integrador para los ámbitos transversales de pediatría y ginecobstetricia. En cuanto al sistema de asignación de recursos, la gerencia territorial del ICS Girona recibe su

presupuesto anual por nivel asistencial, atención primaria y atención especializada. El presupuesto se elabora en base a un histórico y en el incremento de actividad previsto.

Coordinación asistencial

Para fortalecer la coordinación en la atención al paciente entre la atención primaria y la atención especializada de agudos, la red ha desarrollado diversos mecanismos, principalmente los basados en la *normalización de procesos de trabajo* (guías de práctica clínica, circuitos de derivación, circuitos de diagnóstico rápido de cáncer) y en la *normalización de habilidades del trabajador* (Sistema experto: formación continuada en pediatría, asesorías). Adicionalmente, han desarrollado algunos mecanismos basados en la *adaptación mutua* (comisión permanente, grupos de trabajo, puestos de enlace) y en el *intercambio de información clínica* (sistemas de información). La coordinación con los proveedores de atención sociosanitaria y de salud mental (IAS y MUTUAM) se realiza mediante mecanismos que son definidos por el sistema de salud (Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (PADES) y la Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS)) y mediante *el intercambio de información clínica (sistemas de información)* (tabla 5).

Red de servicios de salud de Ciutat Vella – Sant Martí

La red Ciutat Vella - Sant Martí que provee atención primaria y especializada, está constituida por 13 centros de atención primaria distribuidos en 13 (ABS), el “Hospital del mar”, un centro para la atención sociosanitaria y 5 para la salud mental. Dos entidades públicas proveen la atención primaria (ICS y PAMEM) y una entidad diferente provee la atención especializada (Parc de Salut Mar) (tabla 4). La población de referencia en los dos distritos es de 309.544 habitantes (24).

Elementos del entorno

Los distritos de Ciutat Vella y Sant Martí suman una superficie de 15,1 km² y poseen una densidad poblacional de 20.500 habitantes/km² (25). El 69% de la población se encuentra entre los 15 y 64 años (26). La población inmigrada representa el 29,0% de la población, superior a la media de Barcelona, que es del 21,5% (27). Además, en este territorio otras entidades proveen atención sociosanitaria y salud mental. Los Centres Blau Clínic, y MUTUAM proveen atención sociosanitaria, mientras que, el Parc Sanitari Sant Joan de Deu, Asociación JOIA, y la Associació per a la Rehabilitació de les Persones Amb Malaltia

Mental (AREP) proveen atención a la salud mental (25). Todas estas entidades más ICS, PAMEM y Parc de Salut Mar, constituyen el Área Integral de Salut Barcelona Litoral Mar. Las AIS son ámbitos territoriales del Consorci Sanitari de Barcelona (CSB), definidas como territorios facilitadores de la continuidad asistencial, ofrecen atención integral a la población a través de la coordinación efectiva de las entidades de salud y sus profesionales (28).

Elementos internos

En la red de servicios de salud Ciutat Vella- Sant Martí cada proveedor mantiene su personalidad jurídica, órganos de gobierno, órganos de gestión y plan estratégico. De los tres planes estratégicos, solo la misión del PAMEM, contempla el elemento de la coordinación con la atención especializada (29). En cuanto al sistema de asignación de recursos, la asignación del presupuesto, independiente para cada entidad, no contempla elementos de coordinación entre niveles. Actualmente no existe relación económica entre proveedores. El CatSalut designa un presupuesto a cada proveedor por nivel asistencial.

No obstante, desde el año 2010 las entidades proveedoras comparten unos elementos; dos órganos de gobierno: el comité de Área Integral de Salud y la comisión permanente. El *comité* cuenta con la representación de los máximos responsables de las entidades proveedoras y del CBS, y la *comisión permanente* está integrada por las direcciones medicas de los tres proveedores mayoritarios (30); un elemento de misión funcional “ofrecer una atención integral de salud, en el marco territorial de Barcelona Litoral Mar, dirigido a la población mediante la coordinación efectiva de las entidades de los servicios de salud y sus profesionales” (30), el cual se encuentra recogido en el documento de ordenación del Área Integral de Salut Barcelona Litoral Mar del año 2010; y el acuerdo promovido por el CatSalut “Pacto de Accesibilidad y Resolución (PAR)” año 2012, el cual recopila objetivos e indicadores relacionados con la eficiencia, y la continuidad asistencial (31).

Coordinación asistencial

Para coordinar la atención al paciente entre los cuatro niveles asistenciales, la red Ciutat Vella- Sant Martí ha desarrollado principalmente mecanismos basados en la *normalización de procesos* (rutas asistenciales, planificación del alta hospitalaria, guías de práctica clínica, protocolos farmacológicos; desarrollados por profesionales de los cuatro

niveles asistenciales) y en la *normalización de habilidades* del trabajador (sistema experto; referente, asesorías, tele-dermatología) para coordinar la atención primaria con la atención especializada. Así mismo, emplean instrumentos basados en la *adaptación mutua* (puestos de enlace, grupos de trabajo, Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (PADES), Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS), e historia clínica compartida) para coordinar la atención primaria y sociosanitaria con los otros niveles (tabla 6).

3.4 Discusión

Las dos redes, con diferencias en el modelo de gestión y en la relación interorganizativa, surgen en el contexto de un sistema nacional de salud. Mientras Girona agrupa los servicios de atención primaria y especializada bajo una titularidad única (ICS), Ciutat Vella- Sant Martí agrupa entidades que mantienen su titularidad independiente y se relacionan mediante convenio de gestión entre los proveedores mayoritarios (Pacto de Accesibilidad y Resolución (PAR)). Relaciones interorganizativas mediante convenios de gestión, han sido descritas en estudios previos realizados en Cataluña (13).

Elementos del entorno que favorecen y obstaculizan la coordinación asistencial.

Los elementos del entorno en las dos redes son diferentes. En Girona, la población recibe atención sociosanitaria y salud mental de otros dos proveedores, mientras que en Ciutat Vella, además de los servicios de atención especializada provistos por el Parc de Salut Mar, otras seis entidades proveen atención sociosanitaria y salud mental. Aunque ambas redes recogen en sus estrategias la necesidad de coordinarse en el territorio (30), a excepción de los mecanismos definidos por el sistema de salud (Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (PADES) y la Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS), solo Girona ha establecido algunos mecanismos de coordinación conjuntos con los proveedores de la zona, como son los sistemas de información y las reuniones entre profesionales.

Elementos internos que favorecen y obstaculizan la coordinación asistencial:

Girona posee dos órganos de gobierno centralizados a nivel corporativo, mientras que en Ciudad Vella, cada proveedor posee sus propios órganos de gobierno y además comparten dos órganos de gobierno del AIS. Según Pointer y Ewell (32), la centralización

del gobierno facilita la coordinación asistencial, al existir claridad de objetivos, unidad de mando y compromiso con la totalidad del sistema que gobiernan. En su composición destaca la ausencia en los órganos de gobierno de miembros con influencia política en el territorio que recojan temas relativos a las necesidades de salud de la población, considerado un atributo de buena gobernabilidad, otro de los elementos facilitadores de la coordinación asistencial (33).

Ambas redes poseen la fortaleza interna de compartir estrategias orientadas a la coordinación, continuidad asistencial y la eficiencia (34). Sin embargo, en Ciutat Vella-Sant Martí falta su traducción a objetivos específicos de los proveedores asistenciales, lo cual se considera necesario, para que estos objetivos puedan actuar como vínculo en la red (35).

En coherencia con estudios anteriores sobre Redes de servicios de salud (10;12;13), en ambas redes predominan los mecanismos basados en la normalización de procesos de trabajo y en la normalización de habilidades. Lo cual resulta coherente con la tendencia a la estandarización de procesos que se observa en el entorno sanitario, como consecuencia de la búsqueda de contener costes y mejorar la calidad (36). Adicionalmente, han implementado algunos mecanismos basados en la adaptación mutua, otros definidos por el propio sistema de salud (PADES y UFISS) y algunos otros específicos de las redes (grupos de trabajo y puestos de enlace).

Considerando los elementos externos e internos mencionados anteriormente, puede concluirse que ambas redes han avanzado hacia la mejora de la coordinación de la atención entre los diferentes niveles asistenciales. Mientras Girona presenta una mayor tendencia a desarrollar tanto cambios organizacionales (fusión con otras entidades, planes estratégicos, estructura orgánica, sistemas de información) como funcionales (mecanismos de coordinación, comunicación entre profesionales), Ciutat Vella ha centrado sus esfuerzos en la introducción de cambios funcionales (mecanismos de coordinación).

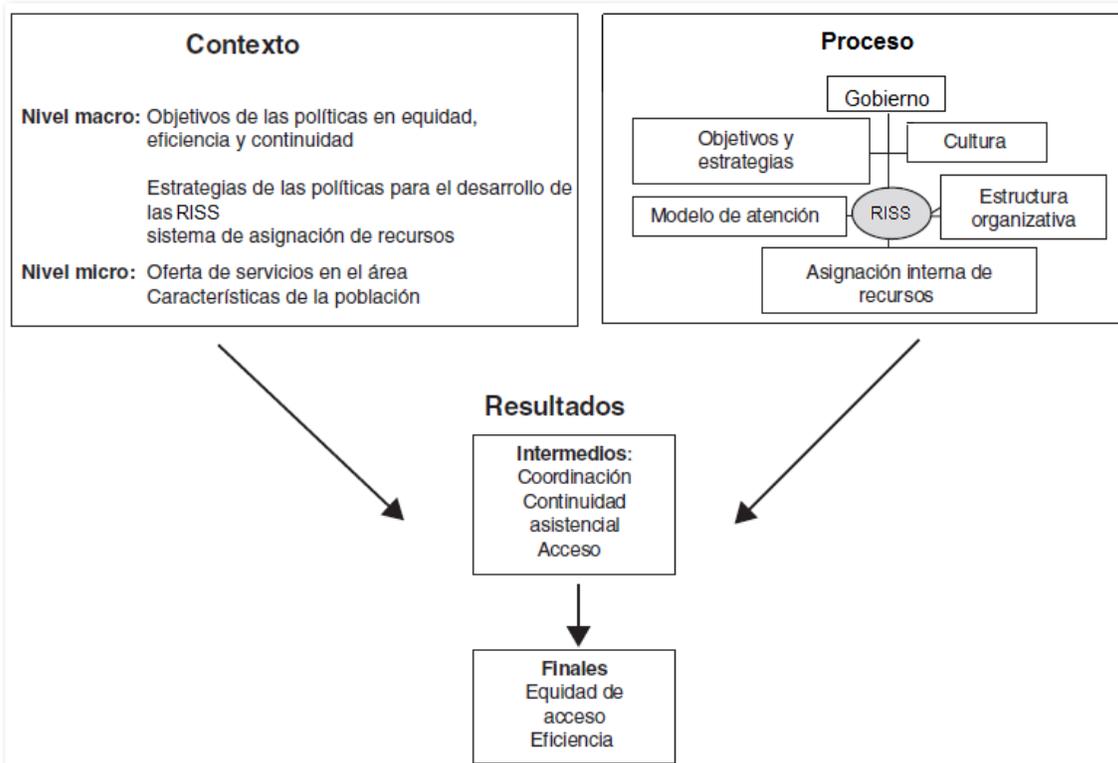
Es importante resaltar que la gran fortaleza de este estudio, es la utilización de diferentes fuentes de información para realizar el análisis en profundidad de las redes, y la triangulación de los datos.

Se recomienda la implementación de más instrumentos que coordinen todos los niveles y/o proveedores asistenciales, así como avanzar hacia cambios organizacionales con gobiernos que posean una visión global de la red, objetivos y estrategias que sean compartidos por todos los niveles/proveedores asistenciales, y estructuras orgánicas para mejorar la coordinación asistencial.

Además se recomienda la realización de estudios que analicen en profundidad aspectos no estudiados en el contexto de la presente tesina, como la cultura organizativa, el liderazgo, y los elementos del entorno a nivel macro como las estrategias de las políticas para el desarrollo de las redes de servicios de salud y el sistema de asignación de recursos. Lo cual, sumado a los elementos analizados, permitiría elaborar recomendaciones globales para mejorar la coordinación asistencial.

Figuras y tablas

Figura 1. Marco conceptual para el análisis de las redes integradas de servicios de salud



Abreviatura: RISS: redes integradas de servicios de salud;

Fuente: Vázquez et al (11).

Tabla 1. Muestra de documentos analizados en las dos redes de servicios de salud

Tipo de documento	Girona	Ciutat Vella- Sant-Martí
Memorias	4	5
Contratos, pactos ^a	0	4
Organigrama	1	3
Planes estratégicos ^a de empresa, funcionales, documentos estratégicos, políticas de la organización (incentivos, calidad, etc.)	2	2
Actas (gobierno, comités de dirección)	0	1
Manuales de modelo organizativo ^a , modelo organización asistencial ^a	4	2
Instrumentos de coordinación asistencial (Protocolos farmacológicos, rutas asistenciales, protocolos, guías, CDR, protocolos para el alta, sistemas de información, etc.)	6	15
Publicaciones (internet, posters)	5	1
Total	22	31

^aDocumentos analizados sobre el tema, aunque su formato sea distinto al de un pacto, manual o plan estratégico (presentaciones, resúmenes, cuadros, etc.)

CDR: Circuito de diagnóstico rápido

Tabla 2. Composición de la muestra de informantes

Categoría	Tipo	Ciutat Vella- Sant Martí	Girona
Directivos de la red	Gerente	0	1
	Director del sistema de información	1	0
	Director de planificación	1	0
Técnicos de apoyo de la red		1	0
Adjunto de dirección: Área Gestión Conocimiento Clínico		0	1

Tabla 3. Centros proveedores de los dos niveles asistenciales en la red de servicios de salud de Girona y titularidad de los proveedores.

Nivel asistencial	Centros proveedores	Titularidad
Atención primaria	34 Centros de atención primaria, distribuidos en las 7 áreas básicas de influencia del hospital Universitario	Institut Català de la Salut (ICS)
Atención especializada De agudos	Hospital Universitario Dr. Trueta	

Otras entidades que proveen servicios públicos de salud: El Grup MUTUAM provee la atención sociosanitaria y el Institut d'Assistència Sanitària (IAS) presta todos los servicios de salud mental (15)

Tabla 4. Centros proveedores de los cuatro niveles asistenciales en la red de servicios de salud de Ciutat Vella - Sant Martí y titularidad de los proveedores

Niveles asistenciales	Centros proveedores	Titularidad
Atención primaria	12 Centros de atención primaria (CAPs) distribuidos en las 13 áreas básicas de salud (ABS)	10 (CAPs) ICS 2 (CAPs) PAMEM
Atención especializada - de agudos	Hospital del Mar	
- sociosanitaria	Centro Fórum	Parc de Salut Mar
- salud mental	Centro Fórum	
	Centro Dr. Emili Mira CSMIJ Ciutat Vella CSMA Sant Martí Nord CSMA Sant Martí Sud	

Otras entidades proveen atención sociosanitaria y salud mental: Los Centres Blau Clínic, y MUTUAM proveen atención sociosanitaria, mientras que, el Parc Sanitari Sant Joan de Deu, Asociación JOIA, y la Associació per a la Rehabilitació de les Persones Amb Malaltia Mental (AREP) proveen atención a la salud mental (19)

Tabla 5. Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial entre atención primaria y especializada de agudos Girona

Mecanismo teórico de coordinación	Instrumento de coordinación	Niveles asistenciales que coordinan
Normalización de habilidades del trabajador	-Sistema experto (formación continuada, asesorías)	APAEA
Normalización de procesos de trabajo	-Guías de práctica clínica para Insuficiencia cardiaca, EPOC, diabetes.	AP-AEA
	-Circuitos de derivación para pacientes de oftalmología, trauma, rehabilitación	AP-AEA
	-Circuito de diagnóstico rápido de sospecha de cáncer	AP-AEA
Adaptación mutua		
Mecanismos de enlace	-Comisión permanente (Unidad de Continuidad Asistencial).	AP-AEA
	-Grupos de trabajo (Grupos de coordinación)	AP-AEA
	-Puesto de enlace:	
	Enfermera clínica	AP-AEA
	Enfermera gestora de casos	AP-AEA
	PADES	AP-ASS
	UFISS	AEA-ASS
Comunicación informal	Teléfono Correo electrónico	AP-AEA
Sistemas de información vertical	-Receta electrónica	AP-AEA
	-Historia clínica electrónica	AP-AEA
	-Intranet	AP-AEA-ASM

AEA: atención especializada de agudos, **AP:** atención primaria, **ASS:** atención sociosanitaria, **ASM:** atención salud mental

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

PADES: Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte

UFISS: Unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias

Tabla 6. Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial entre niveles en la red de servicios de salud Ciutat Vella - Sant Martí

Mecanismo teórico de coordinación	Instrumento de coordinación	Niveles asistenciales que coordina
Normalización de habilidades del trabajador	-Sistema experto (referente salud mental) Asesorías, Teledermatología)	AP-ASM AP-AE AP-AE
Normalización de procesos de trabajo	-Rutas asistenciales para la depresión, insuficiencia cardiaca, diabetes mellitus y oftalmología. -Guías de práctica clínica para la depresión -Protocolo de atención a las úlceras en extremidades inferiores -Protocolos farmacológicos -Protocolo de preparación del alta	AP-AEA-ASS-ASM AP-AEA-ASS-ASM AP-AEA-ASS-ASM AP-AEA-ASS-ASM AP-AEA-ASS-ASM
Adaptación mutua		
Mecanismos de enlace	-Puesto de enlace (gestor de casos) -Grupos de trabajo (comités operativos) PADES -UFISS	AP-AEA AP-AEA-ASS-ASM AP-ASS AEA-ASS
Comunicación informal	-Teléfono -Correo electrónico	AP-AEA-ASS-ASM
Sistemas de información vertical	-Plataforma de interoperabilidad -Historia clínica compartida	AP-AEA-ASS-ASM AP-AEA-ASS-ASM

AEA: atención especializada de agudos, AP: atención primaria, ASS: atención sociosanitaria, ASM: atención salud mental

Bibliografía

- (1) WHO. Integration of health care delivery: Report of a WHO study group. Geneva: WHO; 1996. Report No.: 861.
- (2) Reid R, Wagner EH. Strengthening primary care with better transfer of information. *Can Med Assoc J* 2008 Nov 4;179(10):987-8.
- (3) Ortún V. La articulación entre niveles asistenciales: Gestión sanitaria. *Innovaciones y desafíos* 1998;249-357.
- (4) Vázquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Revista Española de Salud Pública* 79[6], 633-43. 2005. Madrid.
- (5) Vargas I, Vázquez ML, Terraza R, et al. Impacto de un sistema de compra capitativo en la coordinación asistencial. *Gac Sanit* 2008;22:218-26.
- (6) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm* 1993;38(4):447-66.
- (7) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan KL, Mitchell JB. Remaking health care in America. San Francisco: The Jossey-Bass Health Care Series; 1996. Report No.: 1.
- (8) Hickman M, Drummond N, Grimshaw J. A taxonomy of shared care for chronic disease. *J Public Health Med* 16, 447-454. 1994.
- (9) Decret del sistema sanitari integral d' utilització pública de Catalunya (SISCAT). D.N. 196/2010 (14 desembre 2010). 2010.
- (10) Vázquez ML, Vargas I. Organizaciones sanitarias integradas: un estudio de casos. 2nd ed. ed. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2009.
- (11) Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollon A, Silva MR, Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica* 2009 Oct;26(4):360-7.
- (12) Henao D, Vazquez M, Vargas I, Coderch J, Llopart JR. Integración asistencial de dos organizaciones en Cataluña, España. *Rev Salud Pública (Bogota)* 2008;10(1):33-48.
- (13) Vargas I, Vazquez ML. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. *Gac Sanit* 2007;21(2):114-23.

- (14) Vázquez ML, Ferreira MR, Mogollón AS, De Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Cursos GRAAL 5. Barcelona: 2006.
- (15) Quinn Patton M. Qualitative evaluation and research methods. 2 ed. Newbury Park: SAGE Publications; 1990.
- (16) Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. El paper de l'hospital dins la regió sanitària de Girona. <http://www.gencat.net/ics/trueta/> 2013 [cited 2012 Mar 12];
- (17) Institut Català de la salut GtG. Memòria institut Català de la salut Gerència Territorial Girona. 2010.
- (18) IDESCAT. Indicadors geogràfics. Superfície, densitat i entitats de població. Comarques Gironines. Sèrie temporal. <http://www.idescat.cat/territ/> 2012 [cited 2013 Mar 5];
- (19) IDESCAT. Població segons sexe i edat en grans grups.Gironès . Sèrie temporal. <http://www.idescat.cat/territ/> 2012 [cited 2013 Mar 5];
- (20) Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2010 RS Girona. Girona; 2011 Jul.
- (21) IAS (Institut d' Assistència Sanitària). Informació corporativa IAS. <http://www.ias.scs.es/> 2004 [cited 2013 Mar 12];
- (22) Generalitat de Catalunya. Ley 8/2007, del Instituto Catalán de la Salud. 30-7-2007.
- (23) Institut Català de la salut. Òrgans de govern i de direcció. <http://www.gencat.cat/> 2013 [cited 2013 Mar 15];
- (24) CatSalut. Dades de població de referència 2013. <http://www.gencat.cat/> 2013 [cited 2013 Mar 12];
- (25) Generalitat de Catalunya. AIS Barcelona Litoral Mar. <http://www.gencat.cat/salut/botss/> 2013 [cited 2013 Mar 21];
- (26) CatSalut. Regió Sanitària de Barcelona, RCA 2012. 2012.
- (27) Servei d'Epidemiologia i Avaluació Parc de Salut MAR. Informació Sanitària AIS Barcelona Litoral Mar. 2012.
- (28) Generalitat de Catalunya. Àrees Integrals de Salut (AIS). <http://www.gencat.cat/salut/botss/> 2013 [cited 2013 Mar 15];
- (29) Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al personal Municipal. Missió. <http://www.pamem.org/> 2013 [cited 2013 Apr 26];

- (30) Consorci Sanitari de Barcelona. Ordenació de les Arees Integrals de Salut. 18-12-2009.
- (31) Servei Català de la Salut. Pacte d'Accessibilitat i Resolució Territorial. 2012.
- (32) Pointer DD, Ewell CM. Really governing: what type of work should boards be doing? *Hosp Health Serv Adm* 1995;40(3):315-31.
- (33) Alexander JA, Zuckerman HS, Poinyer DD. The challenges of governing integrated health care Systems. *Health Care Manage Rev* 20[4], 69-81. 1995.
- (34) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. Remaking health care in America. *Hosp Health Netw* 1996 Mar 20;70(6):43-4, 46, 48.
- (35) Val Pardo I. *Sistemas de Salud: diagnóstico y planificación*. Ediciones Díaz de Santos ed. Madrid: 2001.
- (36) Longest BB, Young GJ. Coordination and communication. In: Shortell SM, editor. *Health care management*. 4th ed ed. New York: Delmar: 2000. p. 210-43.

4. Tareas realizadas

El estudio se realizó durante dos cursos académicos desde septiembre 2011 hasta junio 2013. La tesinanda llevó a cabo todas las tareas especificadas en el plan de trabajo del protocolo, que constó de las siguientes etapas:

- **Revisión bibliográfica:** Recogida y análisis de la literatura sobre el tema estudiado
- **Elaboración del protocolo:** Redacción, entrega y defensa del protocolo
- **Trabajo de campo y análisis de datos:** Adaptación de la guía de análisis; establecer contactos para recogida y análisis de documentos, realización de entrevistas y su análisis;
- **Elaboración de la tesina:** Redacción de la tesina y del artículo; entrega y defensa de la tesina

5. Bibliografía

- (1) WHO. Integration of health care delivery: Report of a WHO study group. Geneva: WHO; 1996. Report No.: 861.
- (2) Reid R, Wagner EH. Strengthening primary care with better transfer of information. *Can Med Assoc J* 2008 Nov 4;179(10):987-8.
- (3) Terraza R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* 2006;20(6):485-95.
- (4) Joan Farré Calpe. FIS: La relación entre continuidad y coordinación entre niveles asistenciales en diferentes entornos sanitarios. 2010.
- (5) Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 1999. La xarxa sanitària d'utilització pública. Barcelona: Generalitat de Catalunya; Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2000.
- (6) Ortún V. La articulación entre niveles asistenciales: Gestión sanitaria. *Innovaciones y desafíos* 1998;249-357.
- (7) WHO. The World Health Report 2000, Health systems: improving performance. Geneva; 2000.
- (8) Vargas I, Vázquez ML, Terraza R, et al. Impacto de un sistema de compra capitativo en la coordinación asistencial. *Gac Sanit* 2008;22:218-26.
- (9) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm* 1993;38(4):447-66.
- (10) 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.
- (11) Hickman M, Drummond N, Grimshaw J. A taxonomy of shared care for chronic disease. *J Public Health Med* 16, 447-454. 1994.
Ref Type: Journal (Full)
- (12) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan KL, Mitchell JB. Remaking health care in America. San Francisco: The Jossey-Bass Health Care Series; 1996. Report No.: 1.
- (13) Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollon A, Silva MR, Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica* 2009 Oct;26(4):360-7.

- (14) Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff* 1994;46-64.
- (15) Vázquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Revista Española de Salud Pública* 79[6], 633-43. 2005. Madrid.
- (16) Forest PG, Gagnon D, Abelson J, et al. Issues in the governance of integrated health systems. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 1999.
- (17) Alexander JA ZHPD. The challenges of governing integrated Elath care Systems. *Health Care Manage Rev* 20[4], 69-81. 1995.
- (18) Vázquez ML, Vargas I, Nuño R, Toro N. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 26, 94-101. 2-2-2012.
- (19) Kornaki M, Silversin J. How can IDSs integrate conflicting cultures? *HealthCare Financ Manage* 52[6], 34-36. 1998.
Ref Type: Journal (Full)
- (20) Casanueva C, García J. *Gestión de empresas*. Madrid: Pirámide; 1999.
- (21) Vargas-Lorenzo I, Vazquez-Navarrete ML, López ME, Paepe P, Morales I, Unger JP. Orientaciones para poner en marcha redes integradas de sevicios de salud (RISS). 2011.
- (22) Vázquez ML, Vargas I. Organizaciones sanitarias integradas: un estudio de casos. 2nd ed. ed. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2009.
- (23) Young G, Charns MP, Daley J, Forbes MG, Handerson W, Khuri SF. Patterns of coordination and clinical outcomes: a study of surgical services. *Health Serv Res* 1998;33:1211-36.
- (24) Shein EH. *Organizational culture and Leadership*. 2^a ed. San Francisco: 1992.
- (25) Barnesley J, Lemieux-Charles L, McKinney MM. Integrating learning into integrated delivery Systems. *Health Care Manage Rev* 1998;23(1):18-28.
- (26) Rosen B. Professional reimbursement and professional behavior: emerging issues and research challenges. *Soc Sci Med* 1989;29(3):455-62.
- (27) Comisión Económica para América Latinay el Caribe. Protección social y sistemas de salud. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. In: CEPAL, editor. Santiago de Chile: 2006.
- (28) Mintzberg H. *La estructura de las organizaciones*. Barcelona: Ariel; 1990.

- (29) Agustí E, Casas C, Brosa F, Argimón JM. Aplicación de un sistema de pago basado en la población en Cataluña. In: Ibern P, editor. Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance. Barcelona: Masson; 2006.
- (30) Generalitat de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. 2010.
- (31) Pons MA. Estudio de casos: Organizaciones Sanitarias Integradas Tesina del Master de Salud Pública. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona; 2004.
- (32) Henao D, Vazquez M, Vargas I, Coderch J, Llopart JR. Integración asistencial de dos organizaciones en Cataluña, España. Rev Salud Publica (Bogota) 2008;10(1):33-48.
- (33) Beltrán P. Coordinación entre niveles asistenciales. Una propuesta para su evaluación [tesina de máster] Universitat Pompeu Fabra; 2006.
- (34) Waibel S. La continuidad asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas de Cataluña desde la perspectiva de los usuarios con enfermedad pulmonar obstructiva crónica [Tesina de master]. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra; 2009.
- (35) Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. El paper de l'hospital dins la regió sanitària de Girona. <http://www.gencat.net/ics/trueta/> 2013 [cited 2012 Mar 12];
- (36) Institut Català de la salut GtG. Memòria institut Català de la salut Gerència Territorial Girona. 2010.
- (37) European Observatory on Health Care Systems. Health care systems in transition: Spain. 2000.
- (38) Sàrrias E. L'assistència sanitària conduïda (gestionada) a Catalunya. Barcelona: Universidad Autonoma de Barcelona; 2000.
- (39) Institut Català de la salut. Què és l'ICS? www.gencat.cat/ics/ 2013 [cited 2013 Apr 18];
- (40) Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Llei 12/1983, d'Administració Institucional de la Sanitat i de l'Assistència i els Serveis Socials de Catalunya. 14-7-1983.
- (41) Ortún V. El sector de la sanitat. L'economia catalana davant del canvi de segle. Barcelona: Banco Bilbao- Vizcaya, Generalitat de Catalunya, Departamento d'economia i Finances; 1994.
- (42) Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 1993. Barcelona: Servei Català de la Salut; 1994.
- (43) Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya. Llei d'ordenació sanitària de Catalunya. 1990.

- (44) Figuerola M. La Organización de la Asistencia Sanitaria en Cataluña. 2012.
- (45) Informació obtenida en entrevista individual con exdirectivo del ICS Girona. 19-3-2013.
- (46) IDESCAT. Indicadors geogràfics. Superfície, densitat i entitats de població. Comarques Gironines. Sèrie temporal. [http://www idescat cat/territ/](http://www.idescat.cat/territ/) 2012 [cited 2013 Mar 5];
- (47) IDESCAT. Població segons sexe i edat en grans grups. Comarques Gironines. Sèrie temporal. [http://www idescat cat/territ/](http://www.idescat.cat/territ/) 2012 [cited 2013 Mar 5];
- (48) Servei Català de la Salut. Memòria d'activitat 2010 RS Girona. Girona; 2011 Jul.
- (49) IAS (Instiut d' Assistència Sanitària). Informació corporativa IAS. [http://www ias scs es/](http://www.ias.scs.es/) 2004 [cited 2013 Mar 12];
- (50) Institut Catala de la salut. Òrgans de govern i de direcció. [http://www gencat cat/](http://www.gencat.cat/) 2013 [cited 2013 Mar 15];
- (51) Generalitat de Catalunya. Ley 8/2007, del Instituto Catalán de la Salud. 30-7-2007.
- (52) Figuerola M. Misión, visión y valores de la gerencia territorial del ICS en Girona. 2013.
- (53) Institut Catala de la salut. Òrgans de l'ICS. [www gencat cat/ics/](http://www.gencat.cat/ics/) 2013 [cited 2013 Apr 18];
- (54) Informació obtenida en entrevista individual con directivo del ICS.Girona. 6-2-2013.
- (55) Morell JJ. Coordinación entre atención primaria y especializada, visión desde la pediatría de atención primaria. Madrid: Ponencia inaugural del Lv Curso de Pediatría en atención primaria; 2003.
- (56) Institut Catala de la salut GtG, Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. Atenció per processos, Diagnostic ràpid de sospita de càncer. 2007.
- (57) Institut Catala de la salut GtG. Memòria institut Català de la salut Gerència Territorial Girona. 2011.
- (58) Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. La coordinació entre el Trueta i l'Atenció Primària ha disminuït en cinc anys el 70% d'urgències per insuficiències cardíaques i patologia respiratòria crònica. [http://www gencat cat/ics/trueta/](http://www.gencat.cat/ics/trueta/) 2011 April 7 [cited 2013 Feb 26];

- (59) Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. L'ICS implanta als vuit hospitals de l'organització la història clínica electrònica. <http://www.gencat.net/ics/trueta/> 2009 July 1 [cited 2013 Feb 26];
- (60) Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta. L'ICS estén la recepta electrònica a l'a atenció especialitzada. <http://www.gencat.net/ics/trueta/> 2012 July 12 [cited 2013 Feb 26];
- (61) Servei d'Epidemiologia i Avaluació Parc de Salut MAR. Informació Sanitària AIS Barcelona Litoral Mar. 2012.
- (62) CatSalut. Dades de població de referència 2013. <http://www.gencat.cat/> 2013 [cited 2013 Mar 12];
- (63) Generalitat de Catalunya. AIS Barcelona Litoral Mar. <http://www.gencat.cat/salut/botss/> 2013 [cited 2013 Mar 21];
- (64) Servei Català de la Salut. Pacte d'Accessibilitat i Resolució Territorial. 2012. Ref Type: Statute
- (65) Generalitat de Catalunya. Àrees Integrals de Salut (AIS). <http://www.gencat.cat/salut/botss/> 2013 [cited 2013 Mar 15];
- (66) Parc de Salut MAR. Historia. www.parcdesalutmar.cat/ 2013 [cited 2013 Apr 18];
- (67) Consorci Sanitari de Barcelona. El Consorci Sanitari de Barcelona. <http://www.csbcn.org> 2013 [cited 2013 Apr 18];
- (68) Consorci Sanitari de Barcelona. El Consorci Sanitari de Barcelona. <http://www.csbcn.org> 2013 [cited 2013 Apr 18];
- (69) Consorci Sanitari de Barcelona. El Consorci Sanitari de Barcelona. <http://www.csbcn.org> 2013 [cited 2013 Apr 18];
- (70) Abizanda M, Cabanas M, Ferré de Diego S, Garcia P, Iniesta C, López M, et al. Área Integral de Salud Barcelona Litoral Mar: un modelo de gestión integral de salud. 2011.
- (71) CatSalut. Regió Sanitària de Barcelona, RCA 2012. 2012.
- (72) Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al personal Municipal. Òrgans de Govern. <http://www.pamem.org/> 2013 [cited 2013 Apr 17];
- (73) Parc de Salut MAR. Órganos de gobierno. <http://www.parcdesalutmar.cat/> 2013 [cited 2013 Apr 17];
- (74) Consorci Sanitari de Barcelona. Ordenació de les Àrees Integrals de Salut. 18-12-2009.

- (75) Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al personal Municipal. Missió. <http://www.pamem.org/> 2013 [cited 2013 Apr 26];
- (76) Comitè d' Atenció Integral Baccelona Litoral Mar. Pacte d'Accessibilitat i resolució-any 2012. 2012 Dec.
- (77) Área Integral de Salud Barcelona Litoral Mar. Propuesta para elaborar el documento de los acuerdos, Acuerdo territorial AP-AE: oftalmología, enfermedades reumáticas y del aparato locomotor. 2012.
- (78) Información obtenida en entrevista individual con funcionario del CSB. 12-3-2013. Ref Type: Personal Communication
- (79) Lorenz AD, Mannsch LB, Gawinski BA. Models of colaboration. Health Care Manage Re 1999;26(2):401-10.
- (80) Área Integral de Salud Barcelona Litoral Mar. Depressió Ruta Assistencial. 2012 Nov.
- (81) Área Integral de Salud Barcelona Litoral Mar. Ruta asistencial Diabetes mellitus AIS Barcelona Litoral Mar. 2012 Dec 20.
- (82) Enfedaque B. ÀREA INTEGRAL DE SALUT BARCELONA LITORAL MAR. 2010 Nov 19.
- (83) Área Integral de Salud Barcelona Litoral Mar. Depressió Ruta Assistencial. 2012 Nov.
- (84) Servei Català de la Salut. Protocol de preparació de l'alta. Pla operatiu d'implantació. 2012.
- (85) López M. Història Clínica compartida AP-PAMEM/ICS/PSMAR. 2010 Nov.
- (86) Generalitat de Catalunya. HC3. ww gencat cat 2012 August 27 [cited 2013 Mar 15];

6. Anexos

Anexo 1. Estudio de caso: Red de servicios de salud de Girona

La red de servicios de salud Girona consta de 34 centros de atención primaria distribuidos en siete Áreas Básicas de salud (Banyoles, Celrà, Girona 1, Girona 2, Girona 3, Girona 4 y Sarrià de Ter (35)) y del Hospital Universitario de Girona Dr. Trueta.

Un único proveedor, el Institut Català de la Salut (ICS), provee la atención primaria y especializada de agudos (Tabla 1) a 156,235 habitantes (36).

Tabla 1. Centros proveedores de los dos niveles asistenciales en la red de servicios de salud de Girona y titularidad de los proveedores.

Nivel asistencial	Centros proveedores	Titularidad
<i>Atención primaria</i>	34 Centros de atención primaria, distribuidos en las 7 áreas básicas de influencia del hospital Universitario	Institut Català de la Salut (ICS)
<i>Atención especializada</i> De agudos	Hospital Universitario Dr. Trueta	

Evolución histórica

Dentro del proceso de descentralización política, Cataluña se convirtió en 1981, en la primera Comunidad Autónoma del Estado en asumir las competencias en salud (37). En ese momento, en Cataluña existía una red de proveedores de propiedad diversa, cuyos titulares eran administraciones locales, entidades religiosas, mutualidades y la Seguridad Social del Estado. Mientras el 100% de la atención primaria pertenecía a la Seguridad Social, esta solo disponía del 30% de las camas hospitalarias, por lo que establecía contratos con otros proveedores, públicos o privados, en la zona donde tenía cobertura pero no infraestructura (38).

La Ley 12/1983, de administración institucional de la sanidad, la asistencia y los servicios sociales de Cataluña, creó el Institut Català de la Salut (ICS) (39), como entidad

responsable de la gestión de las prestaciones y servicios de la antigua Seguridad Social y de la concertación con el resto de centros de Cataluña (40).

En el momento de la transferencia de la red de la seguridad social, el gobierno de la Generalitat optó por mantener los establecimientos existentes y englobarlos en el sistema de salud en lugar de ampliar la red con establecimientos propios (41). Esta decisión implicaba, establecer un contrato con los establecimientos de titularidad independiente de manera que se separaban las funciones de financiación y provisión de la atención (42). A partir de aquel momento, se desarrolló un proceso paulatino que terminaría en la ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) (43). La LOSC contempló en sus principios la cobertura y accesibilidad universal, la separación de funciones de financiación y provisión de los servicios y la creación del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), financiador y garante del modelo público de atención integral e integrada (44).

En 1995 se produjo una modificación de la LOSC (11/1995) en la que se reconoce al CatSalut la capacidad de crear empresas públicas, y a las Regiones Sanitarias del CatSalut, la capacidad para contratar la gestión con empresas públicas o privadas de aquellos centros que cuenten con la acreditación para realizar oferta de servicios públicos. La nueva organización del sistema público obligaba a la adaptación de la estructura de gestión del ICS a la realidad multiproveedor del territorio y a la interlocución con el CatSalut (44).

La territorialización del ICS, a partir de 2004, reconocida en la Ley de 2007, adaptaba la organización a la estructura del CatSalut. La voluntad era fortalecer la gestión autónoma de los territorios, con capacidad para llegar a acuerdos con todos los interlocutores territoriales a partir de una representación unificada de empresa, respondiendo a las lógicas de cada una de las líneas asistenciales. Entre estas experiencias, se inició el modelo territorial de ordenación de la institución en Girona (2004) (44). Por una parte comenzó el proceso de creación de una organización integrada como empresa, con una gerencia única, con unas estructuras de dirección de personal, económica, de sistemas de información y de comunicaciones únicas. Las direcciones asistenciales de los CAPs y del hospital pese a ser diferentes, debían obedecer a una misma gerencia. Con esta integración se pretendía definir procesos comunes, simplificarlos y poder dar una respuesta homogénea a los profesionales (45).

Al mismo tiempo se comenzó con el proceso de mejorar la organización asistencial, creando direcciones clínicas territoriales para algunos servicios (pediatría, rehabilitación, ginecología, obstetricia) e integrando las funciones de apoyo no asistenciales (recursos humanos, finanzas, comunicación, sistemas de información) (45). En el año 2006 se promulga el decreto ley de la Generalitat de Catalunya (53/2006) con el que se forman las direcciones clínicas y ocho gerencias territoriales, que pasaban a ostentar la responsabilidad global sobre las diversas líneas de provisión que pudiera tener el ICS en un territorio concreto (45).

Posteriormente, la Ley 8 /2007 convierte al ICS en una Empresa Pública del Departamento de Salud. Le atribuye la función, de constituirse en referente y modelo de la provisión de servicios en Cataluña. Se le reconoce autonomía de gestión en sus unidades territoriales y servicios, aunque la personalidad jurídica es la de una corporación unificada. La relación con el financiador de los servicios, CatSalut, deberá hacerse a través de un contrato programa único (44).

Elementos del entorno

La red se encuentra en la comarca del Gironès, esta comarca posee una superficie de 575,6 km², y una densidad poblacional de 320,0 (hab./km²) (46). El 68,43% de la población posee entre los 15 y 64 años (47). La población inmigrada representa el 21,5% de la población, superior a la media catalana, que es del 15,95%. Otro fenómeno demográfico destacable es la magnitud de la población flotante, que no se circunscribe sólo a la zona costera durante la temporada turística, sino que hay algunos municipios del interior que también tienen una importante población no censada, lo que incrementa la demanda de los servicios sanitarios (48).

En Girona, además de los centros de atención primaria gestionados por el ICS, y el hospital Trueta, otras entidades proveen servicios públicos de salud. El Grup MUTUAM provee la atención sociosanitaria (MUTUAM Girona | Centre sociosanitari i hospital de dia) y el Institut d'Assistència Sanitària (IAS), en el Parque Hospitalario Martí i Julia, presta todos los servicios de salud mental (49).

Modelo de gobierno

La red posee dos órganos de gobierno centralizados: el consejo de administración y el director gerente del ICS (45). El *consejo de administración* es el órgano superior de gobierno y de dirección del ICS y es el responsable de llevar a cabo la planificación estratégica de los medios adscritos al ICS, de dirigir sus actuaciones y de ejercer el control superior de su gestión (50). Está formado por:

- El Presidente, nombrado por el Gobierno, que puede delegar las funciones en un vocal o una vocal.
- Cuatro vocales propuestas por el consejero o consejera del departamento competente en materia de salud.
- Dos vocales propuestas por el consejero o consejera del departamento competente en materia de economía y finanzas.
- Un/una vocal propuesta por el consejero del Departamento de la Presidencia.
- Un/una vocal propuesta por el consejero o consejera del departamento competente en materia de administración local.
- Un/una vocal propuesta por el consejero o consejera del departamento competente en materia de servicios sociales.
- Un/una vocal propuesta por el consejero o consejera del departamento competente en materia de servicios penitenciarios.
- Un/una vocal propuesta por el consejero o consejera del departamento competente en materia de innovación.
- Un/una vocal propuesta por el consejero o consejera del departamento competente en materia de trabajo.
- Un/una vocal propuesta por el Consejo de Participación de los Profesionales del Instituto Catalán de la Salud.
- Un/una vocal propuesta por el consejero o consejera del departamento competente en materia de salud, de entre los miembros de las asociaciones de pacientes o de las asociaciones de consumidores y usuarios.
- Dos vocales propuestas por las entidades asociativas de los entes locales de Cataluña.
- Dos vocales propuestas por el consejero o consejera del departamento competente en materia de salud, entre profesionales de reconocido prestigio en el ámbito sanitario.
- Dos vocales propuestas por las organizaciones sindicales más representativas en Cataluña.

-Dos vocales propuestas por las organizaciones sindicales con más representación en el ámbito del Instituto Catalán de la Salud (51).

El *director/directora gerente* tiene la representación legal del Instituto Catalán de la Salud, asume la dirección de su gestión ordinaria y es nombrado y cesado por el Gobierno a propuesta del consejero o consejera del departamento competente en materia de salud, una vez oído al Consejo de Administración (51).

Dimensión estratégica

La gerencia territorial del ICS Girona cuenta con un documento en el que describe la misión, la visión y los valores de la organización (45). La misión, visión y valores, recogidos en este documento, contemplan dos de los elementos que favorecen la coordinación: la responsabilidad de la organización con el territorio y el interés de brindar resolución de los problemas a través de la coordinación de la atención primaria y la especializada con el resto de proveedores (Tabla 2).

Tabla 2. Misión, visión y valores de la gerencia territorial del ICS en Girona- Extracto

Misión:	<i>La gerencia territorial del ICS es la encargada de proporcionar atención sanitaria especializada a los ciudadanos de Girona a través del Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta, y asistencia primaria a través de sus Áreas Básicas de Salud, en el marco de desarrollo y planificación del Departamento de Salud de la Generalitat.</i>
Visión:	<i>El paciente es el eje central de nuestros proyectos, a los que queremos brindar resolución de los problemas, continuidad de la atención y sencillez de trámites administrativos, a través de una excelente coordinación de la atención primaria y la especializada y con el resto de proveedores de la demarcación.</i>
Valores:	Trato humano, cercano y profesional Satisfacción y confianza del paciente Competencia Confidencialidad Trabajo en equipo Coordinación con el resto de proveedores Satisfacción del profesional

Fuente: (52)

Estructura organizativa

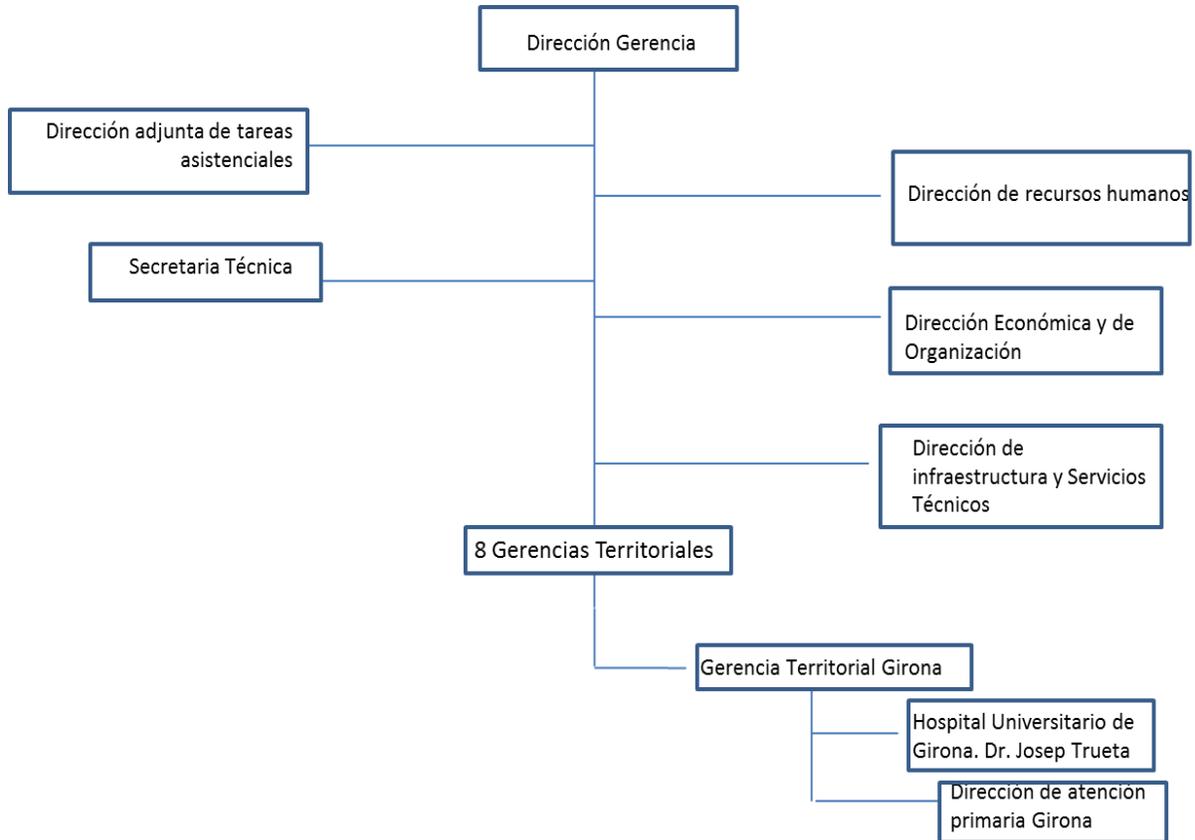
Los órganos de gestión del ICS se componen en los servicios corporativos (centrales y de servicios corporativos de los centros, servicios y establecimientos del ICS) y en los órganos de gestión de los centros, servicios y establecimientos del ICS (fig. 1)(53).

Los órganos de gestión de los centros, servicios y establecimientos del ICS, se organizan mediante: gerencias territoriales, unidades de gestión de atención hospitalaria, unidades de gestión de atención primaria, unidades de gestión sociosanitaria, unidades de apoyo al diagnóstico y al tratamiento, y otras unidades de gestión que el Consejo de Administración determine.

A nivel territorial, en Girona se dispone de dos órganos de gestión: la gerencia territorial y el comité ejecutivo. Las *gerencias territoriales* constituyen los máximos órganos de gestión, estas gestionan conjuntamente la atención primaria y la atención hospitalaria (45).

El *comité ejecutivo* es el órgano de donde parte la ordenación de los servicios en primaria y en hospital. Este comité está formado por el director de atención primaria, el director del hospital, el director de recursos humanos, el director financiero, el responsable de comunicación y el responsable de sistemas de información (54).

Fig. 1. Organigrama Institut Català de la Salut:



Fuente: elaboración propia a partir de (53)

Sistema de asignación de recursos y de incentivos al personal

La gerencia territorial del ICS Girona recibe su presupuesto anual por nivel asistencial, un presupuesto para atención primaria y otro para atención especializada (54). El presupuesto se elabora en base a un histórico y en el incremento de actividad previsto (45).

En los últimos años se ha avanzado hacia la creación de centros de costes vinculados a las unidades de gestión con sentido en sus objetivos. Por ejemplo por unidades funcionales, como el proceso de atención al paciente con insuficiencia cardiaca, etc. Los

responsables de los ámbitos gestionan las partidas de personal (médico y de enfermería), consumos y productos intermedios.

Coordinación asistencial

Organización asistencial

La organización de la asistencia en Girona, se enmarca en el modelo del sistema de salud catalán, en que la atención primaria asume el rol de puerta de entrada y el especialista actúa como consultor y realiza los procedimientos diagnósticos y terapéuticos especializados (55). No obstante, adopta un modelo diferente, la incorporación de especialistas a centros de atención primaria, CAP Güell.

Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial entre niveles

Para fortalecer la coordinación en la atención al paciente entre la atención primaria y la atención especializada de agudos, la red de servicios de salud Girona ha desarrollado mecanismos basados en la *normalización de habilidades del trabajador* (Sistema experto, formación continuada para el servicio de pediatría, asesorías), en la *normalización de procesos* (guías de práctica clínica, circuitos de derivación, circuitos de diagnóstico rápido de sospecha de cáncer), en la *adaptación mutua* (comisión permanente, grupos de trabajo, puestos de enlace) y en el *intercambio de información clínica* (sistemas de información). La coordinación entre los proveedores de atención sociosanitarios y de salud mental (IAS y MUTUAM) con el resto de niveles asistenciales de la red se realiza por medio de los instrumentos basados en la *adaptación mutua* (Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Soporte (PADES) y la Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS)) y en el *intercambio de información clínica* –sistemas de información (Tabla 3).

Tabla 3. Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial entre atención primaria y especializada de agudos Girona

Mecanismo teórico de coordinación	Instrumento de coordinación	Niveles asistenciales que coordina
Normalización de habilidades del trabajador	-Sistema experto (formación continuada, asesorías)	AP-AEA
Normalización de procesos de trabajo	-Guías de práctica clínica para Insuficiencia cardiaca, EPOC, diabetes.	AP-AEA
	-Circuitos de derivación para pacientes de oftalmología, trauma, rehabilitación	AP-AEA
	-Circuito de diagnóstico rápido de sospecha de cáncer	AP-AEA
Adaptación mutua		
Mecanismos de enlace	-Comisión permanente (Unidad de Continuidad Asistencial).	AP-AEA
	-Grupos de trabajo (Grupos de coordinación)	AP-AEA
	-Puesto de enlace:	
	Enfermera gestoras clínica	AP-AEA
	Enfermera gestora de casos	AP-AEA
	PADES	AP-ASS
	UFISS	AEA-ASS
Comunicación informal	Teléfono Correo electrónico	AP-AEA
Sistemas de información vertical	-Receta electrónica	AP-AEA
	-Historia clínica electrónica	AP-AEA
	-Intranet	AP-AEA-ASM

AEA: atención especializada de agudos, AP: atención primaria, ASS: atención sociosanitaria, ASM: atención salud mental
EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

El *sistema experto* implementado en la red de servicios de salud, incluye la formación continuada para el servicio de pediatría y asesorías. La formación continuada, es un instrumento utilizado en el servicios de pediatría tanto del hospital como de atención primaria para incrementar el conocimiento de los profesionales (tanto de atención primaria

como de especializada), y de esta forma mejorar la coordinación entre los dos niveles asistenciales (54).

En los espacios entre sesiones, se mantiene la comunicación entre profesionales por dos vías, por presencia física o por video conferencia, a través de los cuales el médico de atención primaria solicita al especialista orientación respecto a los casos. El especialista resuelve las dudas, y es finalmente el médico de cabecera el encargado de su resolución. Actualmente, se realizan en seis especialidades: Urología, sistema digestivo, endocrinología, nefrología, cardiología, neumología, y próximamente se comenzará a utilizar en traumatología (54).

Las guías de práctica clínica, los circuitos de derivación y los circuitos de diagnóstico rápido de sospecha de cáncer, son instrumentos de coordinación basados en la normalización de procesos de trabajo.

Profesionales de atención primaria y del hospital Trueta elaboraron conjuntamente cuatro *Guías de práctica clínica*: Insuficiencia cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes, y tres *circuitos de derivación* para oftalmología, traumatología y rehabilitación.

Los *circuitos de diagnóstico rápido de sospecha de cáncer* de pulmón, colorectal, mama y próstata (en segunda fase) uno de los instrumentos más utilizados por la red de servicios de salud Girona para coordinar entre la atención primaria y la especializada. Definen que casos pueden derivarse al especialista y cuáles deben ser tratados por la atención primaria, la información que debe acompañar la derivación (pruebas complementarias y tratamientos relacionados con la patología), además contiene un árbol de decisión para orientar el diagnóstico y la derivación, y un formulario de derivación que se encuentra disponible en la *intranet* de la gerencia territorial del ICS (56).

Los instrumentos de coordinación basados en la adaptación mutua que se han implementado en la red de servicios de salud Girona son: las comisiones permanentes (Unidad de Continuidad Asistencial), los grupos de trabajo (grupos de coordinación), puestos de enlace (enfermera clínica, enfermera gestora de casos, PADES, UFISS).

La Unidad de continuidad asistencial es un comité permanente creado en el año 2011 con el objetivo de establecer una comunicación efectiva para asegurar la coordinación entre la atención primaria y el hospital Trueta. A esta unidad se ha incorporado: la Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (UFISS), el programa de Atención y Apoyo al

Alta (PISA), de las patologías crónicas –insuficiencia cardíaca (IC) y Patología Respiratoria Crónica (PRC), La Unidad Funcional de Trabajo Social (UTS), la enfermera estomoterapeuta, y los programa de atención domiciliaria y equipos de soporte (PADES) del hospital Trueta (57). En cuanto a la atención primaria, la dirección clínica ha desarrollado el modelo de gestión con la instauración de la figura de la enfermera gestora de casos (EGC) y la enfermera clínica (ECL) (57).

Los *grupos de coordinación*, son grupos de trabajo formados por uno o dos profesionales de atención primaria y del hospital. Estos grupos se crean a partir de las necesidades detectadas en el ámbito asistencial o para realizar determinadas actividades. En ellos, se establecen los criterios de derivación, se pactan guías y circuitos. Terminada la tarea encomendada, estos grupos no se mantienen constantemente en el tiempo, solo se reúnen en caso de tener que adaptar algún proceso (54).

El principal objetivo de las *enfermeras gestoras de casos* es garantizar la continuidad asistencial de los pacientes de alta complejidad y fragilidad, facilitando la coordinación entre estamentos y niveles de asistencia (57).

La *enfermera gestora clínica* es un mecanismo de enlace creado en el año 2011 con el objetivo de desarrollar funciones de abordaje de la patología crónica (gestión de patología) y cuidados agudos complejos (57). Actualmente se están formando *enfermeras gestoras clínicas* que atenderán a grupos de pacientes crónicos con patologías complejas como las enfermedades neurológicas, personas mayores con situación de alta fragilidad, personas sin apoyo familiar y dificultad de autocuidado, pacientes con dificultad de abordaje que necesitan un gran número de intervenciones interdisciplinares y pacientes crónicos al final de la vida (58).

El *PADES* y *UFISS* realizan funciones de valoración y asistencia, y además actúan como *dispositivos de enlace* para la atención de las personas con riesgo sociosanitario. El primero da soporte especializado en geriatría y cuidados paliativos a la atención primaria e interviene específicamente en el domicilio. El equipo de la *UFISS* está especializado en geriatría y cuidados paliativos e interviene en el hospital.

La comunicación informal en la red de servicios de salud Girona se realiza por medio de contacto telefónico o vía email.

Sistemas de información

La atención primaria y especializada de agudos difiere en cuanto a las plataformas tecnológicas empleadas. En la atención primaria utilizan el eCAP, mientras que en la atención especializada emplean el software SAP. Pese a ser diferentes, el SAP permite la conectividad con el eCAP (45). Gracias a esta conectividad es posible compartir entre atención primaria la siguiente información:

- Historias clínicas, cursos clínicos y tratamientos
- Formulario de derivación del circuito Diagnostic Rapid
- Codificación de los problemas de salud
- Información de derivación
- Informes de pruebas
- Resultados de consultas especializadas
- Informes de altas hospitalarias (56)

A través del SAP se ha introducido la *historia clínica electrónica*, la cual es única para los dos niveles asistenciales. La historia clínica incluye información actual y pasada del paciente, así como sus antecedentes familiares, observaciones clínicas, pruebas diagnósticas e imágenes digitalizadas, información sobre alergias y comentarios sobre su evolución, entre otros datos. Además, el sistema se caracteriza por estar personalizado según el rol de cada uno de los profesionales que tienen acceso. En otros niveles, los facultativos pueden ver toda la historia clínica informatizada con las pruebas diagnósticas, los medicamentos prescritos y anotaciones de otros médicos. Los pueden abrir y ver directamente en la pantalla. En esta línea, la aplicación también avisa al profesional cuando llegan los resultados de diferentes pruebas (59). Integrada a la historia clínica electrónica se encuentra la *receta electrónica*, sus principales objetivos son potenciar la integración entre servicios asistenciales, generalizar el uso de la receta electrónica y mejorar la seguridad en la prescripción de fármacos. Esta herramienta muestra en tiempo real la información del plan de medicación del paciente de forma global (medicamentos que toma, posología, duración del tratamiento, etc.). También detecta posibles interacciones o incompatibilidades entre medicamentos, permite modificar o retirar una

prescripción y ofrece un servicio de mensajería entre profesionales para que el médico de familia pueda informar al especialista de una modificación del tratamiento, para enviar un aviso a la farmacia o para hacer una consulta entre profesionales, por ejemplo. Todas estas opciones hacen posible el seguimiento continuado y seguro del proceso de salud de los pacientes y, sobre todo, de aquellos que tienen patologías crónicas (60).

La *intranet* de la gerencia territorial del ICS Girona fue implementada desde febrero de 2011 con el objetivo de fusionar la intranet del hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta y la intranet de la dirección de atención primaria (58). En la intranet se encuentran los formularios de derivación para los circuitos de diagnóstico rápido de sospecha de cáncer (pulmón, colon, Urológico), alergia, cirugía pediátrica, medicina interna, cardiología, petición de electromiogramas, unidad de pediatría, enfermedad del sueño, PISA, unidad de fibromialgia. Además, se encuentran los circuitos de derivación de cirugía pediátrica y alergia (54).

A través de la intranet del ICS, los profesionales del proveedor de salud mental del Girona (IAS) pueden acceder también a los formularios de derivación para los circuitos de diagnóstico rápido y realizar solicitudes de ecocardiogramas (54).

La coordinación en algunos procesos asistenciales seleccionados

Insuficiencia cardiaca (IC) y patología respiratoria crónica (PRC), Programa PISA

El *Programa de Prevención y apoyo al Alta (PISA)* fue implementado desde comienzos del 2006, su principal objetivo es mejorar la atención de los pacientes mayores frágiles y/o con enfermedades crónicas evolutivas que son atendidos por los dispositivos asistenciales del ICS, a través de la organización de intervenciones efectivas que llevan a cabo, de una manera coordinada, equipos interdisciplinarios del hospital y de la atención primaria. El PISA prioriza en las patologías crónicas- insuficiencia cardiaca (IC) y patología respiratoria crónica (PRC). El equipo del PISA se encuentra formado por cardiólogos, neumólogos, internistas, enfermeras clínicas y dos Enfermeras Gestoras de Casos. La intervención de este proyecto de atención incluye el tratamiento de la enfermedad, la educación para la salud especializada y la atención en las agudizaciones. Los pacientes con problemas respiratorios crónicos o con insuficiencia cardiaca detectados durante las estancias hospitalarias, son visitados por la *enfermera clínica* y el médico especialista, que valoran el estado clínico y su evolución, así como los

conocimientos que el paciente tiene de su enfermedad, la medicación que necesita y los hábitos de vida. Se trata de una educación personalizada que es seguida posteriormente por la *enfermera gestora de casos*, ya sea en visitas al domicilio como en controles periódicos. También son atendidos cuando hay una agudización de la enfermedad de manera precoz o a demanda del paciente, que dispone de un número de teléfono que lo conecta directamente con las enfermeras (58).

Anexo 2. Estudio de caso: Red de servicios de salud de Ciutat Vella – Sant Martí

La red de servicios de salud Ciutat Vella - Sant Martí consta de 12 centros de atención primaria distribuidos en 13 áreas básicas (ABS). La red incluye las cinco Áreas Básicas de Salud (ABS) del distrito de Ciutat Vella, así como la mayoría de ABS del distrito de Sant Martí, exceptuando las ABS Encants (10E) y Camp de l'Arpa (10F) (61). La población de referencia en los dos distritos es de 309.544 habitantes (62).

Dos entidades públicas proveen la atención primaria (ICS y el Institut de Prestacions d'Assistència Mèdica al Personal Municipal (PAMEM)) y una diferente entidad pública provee la atención especializada (Parc de Salut MAR) (tabla 1).

Tabla 1. Centros proveedores de los cuatro niveles asistenciales en la red de servicios de salud de Ciutat Vella - Sant Martí y titularidad de los proveedores

Niveles asistenciales	Centros proveedores	Titularidad
<i>Atención primaria</i>	12 Centros de atención primaria (CAPs) distribuidos en las 13 áreas básicas de salud (ABS)	10 (CAPs) ICS 2 (CAPs) PAMEM
<i>Atención especializada</i> - de agudos	Hospital del Mar	Parc de Salut MAR
- sociosanitaria	Centro Fórum	
- salud mental	Centro Fórum Centro Dr. Emili Mira CSMIJ Ciutat Vella CSMA Sant Martí Nord CSMA Sant Martí Sud	

Además de los centros de atención gestionados por el ICS, PAMEM y Parc Salut Mar, otras entidades proveen atención sociosanitaria y salud mental. Los Centres Blau clínic, y MUTUAM proveen atención sociosanitaria, mientras que, el Parc Sanitari Sant Joan de Deu, Asociación JOIA, y la Associació per a la rehabilitació de les persones amb malaltia mental (AREP), proveen atención a la salud mental (63).

En el año 2012, tres entidades proveedoras: ICS, PAMEM y Parc Salut Mar, establecen a través de un acuerdo validado por el CatSalut “el Pacto de Accesibilidad y Resolución (PAR)”. En el cual, acuerdan mejorar la calidad y la eficiencia de la atención, la accesibilidad, el nivel de resolución de los servicios y la satisfacción de la ciudadanía (64).

Los proveedores de la zona constituyen el AIS. El AIS es definida como un territorio facilitador de la continuidad asistencial y tiene como objetivo ofrecer atención integral, en un marco territorial, a la población a través de la coordinación efectiva de las entidades de los servicios de salud y sus profesionales (65)

Evolución histórica

En 1983, se crea el Institut Català de la Salut (ICS) como entidad responsable de la gestión de las prestaciones y servicios de la antigua Seguridad Social y de la concertación con el resto de centros de Cataluña (40). El mismo año, el Ayuntamiento de Barcelona crea el Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS) (actualmente Parque de Salud MAR), con el fin de gestionar los dispositivos que disponía. El IMAS integraba el Hospital del Mar y el Hospital de la Esperanza, el Instituto Psiquiátrico, el Centro Peracamps de Urgencias, el Centro Geriátrico y toda una serie de Centros de Asistencia Primaria (CAPs) y Centros de Orientación y Planificación Familiar (COPFs) además de centros docentes y de investigación como el Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM), la Unidad Docente del IMAS (en convenio con la UAB), la Escuela Universitaria de Enfermería (en convenio con la UB) y la Escuela Bonanova de Formación Profesional (66).

Posteriormente, El 28 de diciembre de 1987, la Generalidad de Cataluña y el Ayuntamiento de Barcelona suscribieron un convenio en virtud del cual se establecieron las bases para la organización de los servicios sanitarios de la ciudad de Barcelona, se acordaba la constitución de un ente consorcial para dirigir y coordinar la gestión de los centros sanitarios de la ciudad, al tiempo que se preveía la adscripción al consorcio de los servicios sanitarios del Ayuntamiento de Barcelona. Al amparo del citado convenio se creó el Consorcio de Hospitales de Barcelona (actualmente Consorcio Sanitario de Barcelona) (67).

Casi en paralelo a la constitución del Consorcio, se produjo la adscripción al mismo, del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS), pasando a ejercer el Consorcio las funciones de tutela que hasta 1989 ejercía el Ayuntamiento de Barcelona. Un año más

tarde (1991) se produce la adscripción al Consorcio del Instituto de Prestaciones de Asistencia Médica al Personal Municipal (PAMEM), organismo autónomo creado por el Ayuntamiento de Barcelona en el año 1987 para la gestión de los servicios asistenciales a los funcionarios del Ayuntamiento de Barcelona (68).

El Consorcio Sanitario de Barcelona (CSB) es un ente público constituido por la Generalidad de Cataluña y el Ayuntamiento de Barcelona, adscrito funcionalmente al Servicio Catalán de la Salud (CatSalut), que ejerce las funciones de tutela de la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), del Servei Coordinador d'Urgències de Barcelona (SCUBSA), del IMAS y del PAMEM. Además, ha suscrito con la práctica totalidad de centros sanitarios que pertenecen a la XHUP convenios o protocolos de adscripción al CSB a los efectos de coordinación del dispositivo sanitario público de la ciudad de Barcelona (69).

En el año 2006, por iniciativa del Consorci Sanitari de Barcelona (CatSalut) se define el proyecto de las Áreas de Atención Integral de Salud (AIS), cuyo marco jurídico "Ordenación de las áreas integrales de salud" se estableció en el 2009. El AIS es definida como un territorio facilitador de la continuidad asistencial y tiene como objetivo ofrecer atención integral, en un marco territorial, a la población a través de la coordinación efectiva de las entidades de los servicios de salud y sus profesionales (65). Se constituyeron cuatro Áreas de Atención Integral de Salud: Norte, Derecha, Izquierda y Litoral mar (70).

El AIS Barcelona Litoral Mar centra su actividad asistencial en las cinco ABS del distrito de Ciutat Vella, así como las siguientes ABS del distrito de Sant Martí: Vila Olímpica (10A), Ramon Turró (10B), Poblenou (10C), Besòs (10D), El Clot (10G), Sant Martí-Verneda Nord (10H), La Pau (10I) y Sant Martí-Verneda Sud (10J) (61).

Elementos del entorno

Los distritos de Ciutat Vella y Sant Martí suman una superficie de 15,1 km² y poseen una densidad poblacional de 20.500 habitantes/km² (63). El 69% de la población se encuentra entre los 15 y 64 años (71).

Elementos internos

Modelo de gobierno

En la red de servicios de salud Ciutat Vella- Sant Martí, cada proveedor mantiene su personalidad y órganos de gobierno.

El PAMEM, posee dos órganos de gobierno centralizados, el Consejo de Administración y la Comisión Ejecutiva (72).

El Parc de Salut Mar, cuenta con tres órganos de gobierno centrales: el consejo rector, constituido por presidente, vicepresidente, cinco vocales en representación de la Generalitat, tres vocales en representación de Ayuntamiento, un gerente y un secretario de comité, el consejo de dirección y el comité ejecutivo (73).

Por su parte el ICS, ostenta dos órganos de gobierno igualmente centralizados: el consejo de administración y el director/directora gerente del ICS (45).

Sin embargo, los proveedores comparten dos órganos de gobierno del AIS: el comité de Área Integral de Salud y la comisión permanente. *El comité de Área Integral de Salud* (CAIS) es el responsable último del proyecto en el territorio y cuenta con la representación de los máximos responsables de todas las entidades proveedoras implicadas y del CBS. El Comité se reúne una vez al año, aprueban las principales líneas de actuación. Preside este comité la dirección del CSB/Corporación Sanitaria Barcelona, y por delegación el director del AIS/Director ejecutivo.

La *comisión permanente* está integrada por las direcciones médicas de los tres proveedores mayoritarios (Parc de Salut Mar, ICS, PAMEM). La Comisión es el responsable ejecutivo y garantiza la continuidad de los pactos del Comité de Área Integral de Salud. Mantienen reuniones periódicas y es la responsable última del desarrollo y seguimiento del plan de trabajo una vez aprobado por el Comité de Área Integral de Salud. Preside el director del AIS/ Director Ejecutivo (74).

Dimensión estratégica

En la red de servicios de salud Ciutat Vella- Sant Martí cada proveedor posee su propio plan estratégico.

De los planes estratégicos de los tres proveedores sanitarios, solo la misión del PAMEM, recogida en su plan estratégico, contempla el elemento de la coordinación con la atención especializada: “Fomentar la salud en la ciudad de Barcelona, ofreciendo unos servicios asistenciales de proximidad, personalizados y bien coordinados con la atención especializada, y favoreciendo la corresponsabilización de cada uno con su salud y con los recursos sanitarios” (75).

Por otra parte, el documento de ordenación del Àrea Integral de Salut Barcelona Litoral Mar, contempla un elemento de misión funcional compartido por todos los proveedores sanitarios del área: “ofrecer una atención integral de salud, en el marco territorial de Barcelona Litoral Mar, dirigido a la población mediante la coordinación efectiva de las entidades de los servicios de salud y sus profesionales “(74).

Adicionalmente, el acuerdo validado por el CatSalut “el Pacto de Accesibilidad y Resolución (PAR)”, recoge convenios suscritos en términos de objetivos y de contribución en cada proyecto de las entidades proveedoras (64). Se desarrollan acuerdos para: oftalmología, aparato locomotor, salud mental, atención a las urgencias, atención de la cronicidad, ITS (76).

El PAR recopila objetivos e indicadores relacionados con la resolución, accesibilidad y eficiencia, y la continuidad asistencial (64). Se señalan como objetivos, mejorar la accesibilidad y eficiencia entendida no sólo desde la perspectiva temporal (tiempo de demora y listas de espera) sino también en la ausencia de barreras inadecuadas para la utilización de los servicios (geográficas, físicas, socioeconómicas...) y asegurar la continuidad asistencial en la atención de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor, y de las enfermedades oftalmológicas. Como estrategias para alcanzar estos objetivos, se escogen, por un lado, la adopción de acuerdos de colaboración entre servicios y proveedores, y por el otro, instrumentos de coordinación asistencial (“consultorías”, “Telemedicina”, “sesiones clínicas”, “derivaciones” , “protocolos”, “rutas asistenciales”) (77).

En el PAR, el CatSalut establece objetivos e indicadores específicos con los proveedores. Se fijan objetivos de coordinación entre la atención primaria y la atención especializada – realización de protocolos de derivación, sesiones de revisión de protocolos, establecer canal de visitas no presenciales, compartir información clínica a través de las plataformas de información común existentes- (77).

Estructura organizativa

En la red de servicios de salud Ciutat Vella- Sant Martí cada proveedor posee su propia estructura organizativa.

Sistema de asignación de recursos y de incentivos al personal

Cada proveedor tiene su contrato independiente. Actualmente no existe relación económica entre proveedores, es decir, no hay parte del presupuesto que sea conjunta (78). El Catsalut designa un presupuesto a cada proveedor por nivel asistencial. No obstante, a futuro se espera que un porcentaje del presupuesto sea conjunto para todos los proveedores del área (78).

Coordinación asistencial

Organización asistencial

Las bases del modelo organizativo asistencial en la red de servicios de salud Ciutat Vella- Sant Martí, se enmarcan en el modelo asistencial que define el Sistema Nacional de Salud. En este, la atención primaria asume el rol de puerta de entrada y filtro del sistema, actuando como gestor del paciente a lo largo del continuo asistencial. Mientras tanto, el especialista, que representa la figura del consultor, realiza los procedimientos diagnósticos y terapéuticos especializados (55). Esta distribución de roles en la asistencia conforma un modelo de colaboración entre la atención primaria y la especializada de tipo gestor- consultor (79). No obstante, ha adoptado un modelo diferente, la incorporación de especialistas a centros de atención primaria.

Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial entre niveles

Para fortalecer la coordinación en la atención al paciente entre los diferentes niveles asistenciales, en la red de servicios de salud Ciutat Vella- Sant Martí se han desarrollado mecanismos basados en la *normalización de habilidades* del trabajador (sistema experto

–referente, asesorías, tele-dermatología) *normalización de procesos* (rutas asistenciales, planificación del alta hospitalaria, guías de práctica clínica, protocolos, protocolos farmacológicos). Así mismo, se han empleado instrumentos basados en la *adaptación mutua* (puestos de enlace, grupos de trabajo e historia clínica compartida entre los diferentes niveles asistenciales) (Tabla 2).

Tabla 2. Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial entre niveles, Cutat Vella- Sant Martí

Mecanismo teórico de coordinació	Instrumento de coordinación	Niveles asistenciales que coordina
Normalización de habilidades del trabajador	-Sistema experto (referente salud mental, Asesorías, Teledermatología)	AP-ASM AP-AE AP-AE
Normalización de procesos de trabajo	-Rutas asistenciales para: depresión, Insuficiencia cardiaca, Diabetes mellitus, Oftalmología.	AP-AEA-ASS-ASM
	-Guías de práctica clínica para Depresión.	AP-AEA-ASS-ASM
	-Protocolo de atención a las úlceras en extremidades inferiores.	AP-AEA-ASS-ASM
	-Protocolos farmacológicos.	AP-AEA-ASS-ASM
	-Protocolo de preparación del alta	AP-AEA-ASS-ASM
Adaptación mutua		
Mecanismos de enlace	-Puesto de enlace (gestor de casos)	AP-AEA
	-Grupos de trabajo (Comités operativos)	AP-AEA-ASS-ASM
	PADES	AP-ASS
	UFISS	AEA-ASS
Comunicación informal	-Teléfono	AP-AEA-ASS-ASM
	-Correo electrónico	
Sistemas de información vertical	-Sistema interoperativo	AP-AEA-ASS-ASM
	-Historia clínica compartida de Cataluña	AP-AEA-ASS-ASM

AEA: atención especializada de agudos, AP: atención primaria, ASS: atención sociosanitaria, ASM: atención salud mental

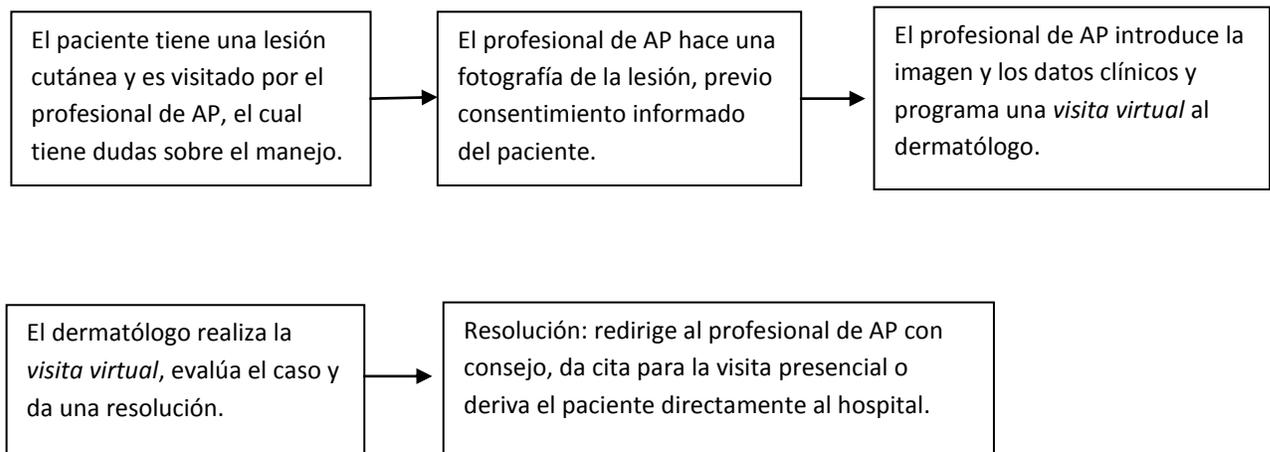
La atención especializada actúa como consultora de la atención primaria y contribuye a su formación mediante dos instrumentos: el referente y las asesorías.

El *referente* es un instrumento utilizado para mejorar la coordinación entre la atención primaria y los centros de salud mental. Actúa como sistema experto, al evaluar conjuntamente con el equipo de atención primaria las necesidades de formación y situaciones a consultar. Ayuda a priorizar y a dar la respuesta más eficiente y útil (80).

En los espacios entre sesiones, se mantiene la comunicación entre profesionales por distintas vías, una muy utilizada es la virtual, a través de la cual los médicos de atención primaria solicitan a los especialistas, orientación respecto a los casos. Los especialistas tienen dos opciones para responder: sugieren recomendaciones para el manejo del caso o programan una visita presencial en el hospital. En el primer caso, el médico de cabecera es el encargado de su resolución, mientras que en el segundo, terminada la consulta, el médico de atención primaria recibe una notificación para que pueda seguir el caso (81). Este instrumento es común en el servicio de endocrinología para el tratamiento de pacientes con diabetes y en el servicio de dermatología.

En el servicio de dermatología, se realizan asesorías por medio de la *teledermatología*, los objetivos de la teledermatología son agilizar el acceso a dermatología, mejorar el cribado de patología grave y optimizar la resolución de consultas.

El procedimiento es el siguiente (82):



Un instrumento basado en la normalización de los procesos de trabajo son las *rutas asistenciales*; las cuales establecen cómo deben organizarse los profesionales para aplicar mejor la praxis clínica que emerge de las Guías de Práctica Clínica (83). En la red de servicios de salud Ciutat Vella- Sant Martí, profesionales de los cuatro niveles asistenciales, han desarrollado rutas asistenciales para la depresión, insuficiencia cardiaca, diabetes mellitus y el servicio de oftalmología. Adicionalmente, han desarrollado una *guía de práctica clínica (GPC)* para la coordinación de la atención de la depresión, un *protocolo* para la atención a las úlceras en extremidades inferiores y los siguientes *protocolos farmacológicos*: dolor neuropático, diabetes tipo 2, selección y duración del tratamiento con ibp, utilización de estatinas, tratamiento osteoporosis primaria, utilización de lágrimas artificiales.

El protocolo de preparación del alta (PREALT), se configura como instrumento para mejorar la coordinación entre el hospital de agudos, los centros sociosanitarios y la atención primaria de salud. Este protocolo requiere de un plan operativo para concretarse e implementarse. Sin embargo describe unos elementos mínimos que deben contemplar los planes operativos. Dentro de estos elementos destacan algunos necesarios para la coordinación: estrategias para la difusión, implantación e implicación de los profesionales, circuitos de coordinación y vías de comunicación entre niveles, circuito de coordinación en caso de que el paciente con seguimiento domiciliario lo requiera (84).

Como mecanismos de enlace se han establecido los gestores de casos, los comités operativos y grupos clínicos.

Los *gestores de casos*, se han implementado para la atención de la insuficiencia cardiaca. El gestor hace de puente entre la enfermera del equipo de atención primaria y la enfermera de insuficiencia cardiaca del Hospital del Mar.

Los *Comités operativos y grupos clínicos*, son grupos de trabajo que se conforman a propuesta de cualquier miembro del Comité de Área Integral de Salud, de los proveedores o de los profesionales del territorio (78). Son grupos que desarrollan la homogenización de la praxis clínica, a través de diversas líneas con objetivos concretos, como los acuerdos de derivación, las rutas asistenciales, la revisión de protocolos, las guías de práctica clínica, las guías farmacoterapéuticas, protocolo de preparación del alta (PREALT) o el desarrollo de actividades conjuntas de formación e investigación.

Los comités operativos y grupos clínicos desarrollan periódicamente reuniones de trabajo, con una continuidad diferente en función de las necesidades. Las propuestas se adaptan por consenso (74). Se han creado comités operativos para urgencias y emergencias, transporte sanitario, Reordenación de la atención especializada (RAE), salud mental y adicciones, vigilancia epidemiológica, farmacia, accesibilidad, paciente crónico complejo, prevención y salud comunitaria, sociosanitario. A su vez, todos los comités operativos deben trabajar transversalmente en las siguientes enfermedades: Insuficiencia cardiaca, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Depresión, Diabetes.

La comunicación informal en la red de servicios de salud Ciutat Vella- Sant Martí se realiza por medio de contacto *telefónico* o *vía email*.

Sistemas de información

Las entidades proveedoras difieren en cuanto a las plataformas tecnológicas empleadas. Pese a ser diferentes, la plataforma de interoperabilidad HCICS, permite compartir entre la atención primaria y la especializada de agudos la historia clínica con la siguiente información: curso clínico, diagnóstico, tratamiento farmacológico, analíticas, imágenes e informes de radiología (rayos x, tomografía axial computarizada, ecografías, mamografías, etc), informes de alta de urgencias y de hospitalización (85).

Adicionalmente, los proveedores de la red comparten la HC3 (Historia Clínica Compartida de Cataluña), la HC3 es la historia electrónica que agrupa el conjunto de documentos que contienen datos e información relevante sobre la situación y la evolución de un paciente a lo largo de su proceso asistencial. Este sistema ofrece una comunicación vía Web Service, de manera que todas las instituciones puedan publicar información de informes, pruebas, diagnósticos y cualquier otro centro pueda acceder a la misma (86).

Anexo 3. Guía para el análisis de los redes de servicios de salud

CARACTERIZACIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

1. Características generales de la red de servicios de salud (Memoria red de servicios de salud y UO, convenios de colaboración, contratos de gestión, cartera de servicios; otros).

<ul style="list-style-type: none">• Amplitud de la integración tipo de servicios del continuo que comprende la red de servicios de salud
<ul style="list-style-type: none">• Profundidad de la integración número de UO y servicios de cada tipo
<ul style="list-style-type: none">• Nivel de producción interna de servicios servicios contratados que se proveen en la red de servicios de salud y servicios que se subcontratan a otras entidades
<ul style="list-style-type: none">• Formas de relación entre UO de la red de servicios de salud

2. Evolución histórica de la red de servicios de salud (Memoria red de servicios de salud y UO; otros documentos)

<ul style="list-style-type: none">• Orígenes de la red de servicios de salud (servicios precursores)
<ul style="list-style-type: none">• Factores y circunstancias que determinaron la constitución de la red de servicios de salud (económicos, sociales, políticos, otros)
<ul style="list-style-type: none">• Características de personas (perfiles, cargos) y UO que lideraron el proceso
<ul style="list-style-type: none">• Cambios más importantes que se han producido durante el proceso:<ul style="list-style-type: none">- En la forma de relación entre las organizaciones- En la forma de gobierno- En la estructura organizativa
<ul style="list-style-type: none">• Fecha de inicio de la red de servicios de salud (edad)

ELEMENTOS DEL CONTEXTO

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

<ul style="list-style-type: none">• Características territorio referencia vías de comunicación
<ul style="list-style-type: none">• Otros proveedores públicos del territorio de referencia hospitalaria (ZAC) Proveedor, tipo de servicios que provee, población de referencia (Lista)
<ul style="list-style-type: none">• Formas de relación entre estos proveedores y la red de servicios de salud
<ul style="list-style-type: none">• Compra de servicios del CatSalut a la red de servicios de salud:<ul style="list-style-type: none">- Tipo contrato de la red de servicios de salud 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

ELEMENTOS DEL PROCESO

4. Modelo de gobierno de la red de servicios de salud (estatutos, actas, plan estratégico, cuadro de mando, declaración de principios)

<ul style="list-style-type: none">• Control (órganos de gobierno que existen, relación de jerarquía entre ellos)
<ul style="list-style-type: none">• Estructura:<ul style="list-style-type: none">- UO que gobiernan,- Mecanismos de coordinación entre los diferentes órganos de gobierno
<ul style="list-style-type: none">• Composición de cada órgano de gobierno<ul style="list-style-type: none">- Características de los miembros (formación y experiencia)- Procedencia institucional- Responsabilidad política en el territorio- Dedicación- Participación de los gerentes red de servicios de salud y UO en los órganos de gobierno
<ul style="list-style-type: none">• Funciones establecidas para cada órgano de gobierno funciones llevadas a la práctica

<ul style="list-style-type: none"> • Existencia y características de un sistema de evaluación del <ul style="list-style-type: none"> - desempeño del gobierno - progreso en la integración del sistema - resultados de salud de la población
<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad con la red de servicios de salud <ul style="list-style-type: none"> - Participación en la formulación de la dimensión estratégica de la red de servicios de salud - Información y formación de los miembros para fortalecer la visión global - Existencia de una declaración de principios

5. Modelo organizativo de la OSI

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

<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de documento o Plan Estratégico para la red de servicios de salud <ul style="list-style-type: none"> Tipo de documento y metodología de elaboración visión, misión, objetivos y estrategias de la red de servicios de salud
<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de objetivos y estrategias de las Unidades Operativas. <ul style="list-style-type: none"> Tipos de objetivos y estrategias
<ul style="list-style-type: none"> • Entre los objetivos globales de la red de servicios de salud y sus UO están: <ul style="list-style-type: none"> - Coordinación de los servicios asistenciales - Mejora de la eficiencia del sistema - Presencia de estrategias consideradas efectivas por la bibliografía para la consecución de los objetivos (PLAN DE ANÁLISIS)

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

<ul style="list-style-type: none">• Dibujo y descripción del organigrama de la red de servicios de salud,- 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)
<ul style="list-style-type: none">• Composición de los órganos de gestión de la red de servicios de salud , de las UO y la representación de las distintas UO en los órganos de gestión de la red de servicios de salud- 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 red de servicios de salud , UO, que están centralizadas y descentralizadas Mecanismos de coordinación de las funciones de apoyo compartidas/descentralizadas (LISTA)
<ul style="list-style-type: none">• Sistema de planificación y control que utiliza la OSI- proceso para fijar los objetivos de la red de servicios de salud y UO y las acciones específicas de las UO y sus presupuestos- (como y quien participa)- sistema de control, qué analiza (resultados/actividades), cómo

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

Sistema de asignación dentro de la red de servicios de salud

Descripción

- tipo de presupuesto (único, por UO, por proceso asistencial)
- objetivos para elaborar el presupuesto único
- centros de coste de la red de servicios de salud (tipo: UO/ proceso asistencial, partidas de gasto gestionadas)
- centros de beneficio de la red de servicios de salud (tipo: UO/procesos asistencial, partidas de gasto e ingresos gestionadas)
- facturación entre centros de la red de servicios de salud (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 para 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 red de servicios de salud, negocian volumen y/o precio.

Sistema de incentivos a profesionales y directivos

- tipo de incentivos por categoría profesional
- tipo de incentivos a directivos red de servicios de salud /UO

6. Coordinación asistencial en la red de servicios de salud (Manuales de la red de servicios de salud, 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)

<p>Tipo de colaboración entre niveles</p> <p>Existencia y características del coordinador de la atención a los procesos a lo largo del continuo</p>
<p>Mecanismos de coordinación asistencial</p> <p>Identificar los mecanismos de coordinación asistencial existentes en la red de servicios de salud (LISTA)</p> <p>Características generales de cada tipo de mecanismo:</p> <p>objeto del mecanismo (patología, proceso, episodio, medicamento, acceso a conocimiento experto, información)</p> <p>servicios/UO involucradas, propias o de otros proveedores</p> <p>características de los grupos/tipos</p> <p>Fecha de elaboración/implantación</p>
<p>Estrategias específicas para la coordinación de la atención: (programa de gestión de enfermedades, gestión de casos u otros programas)</p> <p>Características generales de los programas:</p> <p>Tipo de enfermedad/proceso, objetivos, mecanismos de coordinación, servicios que se coordinan, características y funciones del gestor de enfermedad/caso</p>
<p>Sistema de información</p> <p>Información clínica y administrativa que se comparte a lo largo de la red de servicios de salud y con otros proveedores</p> <p>Forma de presentación de los datos de un paciente referentes a todos los servicios del continuo</p> <p>Soporte tecnológico:</p> <p>(identificador único, estandarización de la información compartida, repositorio de datos clínicos; tecnología que conecta el sistema y permite recuperar la información clave; Estación clínica de trabajo)</p> <p>Accesibilidad al sistema</p> <p>Puntos de la red de servicios de salud, desde donde se accede a la información compartida, en la red de servicios de salud y otros proveedores</p> <p>Nivel de inversión en sistemas de información integrados</p>

Porcentaje del presupuesto de la red de servicios de salud dedicado a la inversión en sistemas de información integrados.

Áreas en las que se centra esta inversión.

Existencia y tipo de Sistemas computarizados de orientación de las decisiones clínicas (SCOD) en la red de servicios de salud

(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 red de servicios de salud

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 red de servicios de salud

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

Circuitos administrativos

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

Existencia de circuitos de flujos de pacientes a lo largo de las unidades de la red de servicios de salud ; 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

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

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

