

Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña

Ingrid Vargas Lorenzo / M. Luisa Vázquez Navarrete

Servei d'estudis i prospectives en polítiques de salut, Consorci Hospitalari de Catalunya, Barcelona, España.

(Barriers and facilitators to health care coordination in two integrated health care organizations in Catalonia [Spain])

Resumen

Objetivos: Analizar 2 organizaciones sanitarias integradas (OSI) en Cataluña e identificar las áreas de desarrollo futuro que mejoren su eficacia.

Métodos: Investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva, basada en un estudio de casos, mediante análisis de documentos y entrevista individual semiestructurada. Se seleccionó una muestra teórica de casos y, para cada caso, de documentos e informantes. Los casos de estudio fueron: el Consorci Sanitari del Maresme (CSdM) y el Consorci Sanitari de Terrassa/Fundació Hospital Sant Llützer (CSdT/FHSSL). Se analizaron 127 documentos y se entrevistaron 29 informantes: directivos de las OSI (n = 10), técnicos de apoyo (n = 5), directivos de las unidades operativas (n = 5) y profesionales asistenciales (n = 9). Se realizó un análisis de contenido, con generación mixta de categorías y segmentación por casos y temas.

Resultados: El CSdM y el CSdT/FHSSL son organizaciones sanitarias con integración vertical hacia atrás, producción total de servicios, con propiedad real (CSdM) y virtual (CSdT/FHSSL). Reciben la financiación por nivel asistencial. El órgano de gobierno es centralizado en CSdM y descentralizado en CSdT/FHSSL. En ambas, los objetivos globales se orientan a la mejora de la coordinación y la eficiencia, pero sin alinearse con los de las unidades operativas. Su estructura es funcional, con integración de las funciones de apoyo, y utilizan mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales basados en la normalización de los procesos de trabajo.

Conclusiones: Se identifican los elementos facilitadores y también las barreras a la coordinación, que requieren cambios tanto del entorno (sistema de asignación) como internos (papel del gobierno, estructura organizativa y tipos de mecanismos de coordinación entre niveles).

Palabras clave: Coordinación asistencial. Organizaciones sanitarias integradas. Cataluña. Estudio de caso. Investigación cualitativa.

Abstract

Objectives: To analyze 2 integrated delivery systems (IDS) in Catalonia and identify areas for future development to improve their effectiveness.

Methods: An exploratory, descriptive, qualitative study was carried out based on case studies by means of document analysis and semi-structured individual interviews. A criterion sample of cases and, for each case, of documents and informants was selected. Study cases consisted of the Consorci Sanitari del Maresme (CSdM) and the Consorci Sanitari de Terrassa/Fundació Hospital Sant Llützer (FHSSL). A total of 127 documents were analyzed and 29 informants were interviewed: IDS managers (n = 10), technical staff (n = 5), operational unit managers (n = 5) and health professionals (n = 9). Content analysis was conducted, with mixed generation of categories and segmentation by cases and subjects.

Results: CSdM and CSdT/FHSSL are health care organizations with backward vertical integration, total services production, and real (CSdM) and virtual (CSdT/FHSSL) ownership. Funds are allocated by care level. The governing body is centralized in CSdM and decentralized in CSdT/FHSSL. In both organizations, the global objectives are oriented toward improving coordination and efficiency but are not in line with those of the operational units. Both organizations present a functional structure with integration of support functions and utilize mechanisms for collaboration between care levels based on work processes standardization.

Conclusions: Both IDS present facilitators and barriers to health care coordination. To improve coordination, changes in external elements (payment mechanism) and in internal elements (governing body role, organizational structure and coordination mechanisms) are required.

Key words: Health care coordination. Integrated delivery systems. Catalonia. Case study. Qualitative study.

Correspondencia: Dra. Ingrid Vargas Lorenzo.
Servei d'Estudis i Prospectives en polítiques de salut del Consorci Hospitalari de Catalunya.
Avda. Tibidabo, 21, 08022 Barcelona. España.
Correo electrónico: ivargas@chc.es

Recibido: 16 de enero de 2006.

Aceptado: 20 de noviembre de 2006.

Introducción

La coordinación asistencial se ha convertido en una prioridad para los sistemas de salud de muchos países, especialmente para atender los problemas de salud crónicos que requieren la intervención de múltiples profesionales¹. La articulación entre

niveles asistenciales se contempla como una estrategia para alcanzar la continuidad asistencial², reducir costes y mejorar la calidad de la atención³. Como resultado de ello, en diversos países se han desarrollado diferentes iniciativas², como las organizaciones sanitarias integradas (OSI): redes de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a través de un continuo de prestaciones a una población determinada, responsabilizándose de sus costes y resultados en salud⁴. Sus objetivos finales son la mejora de la eficiencia y la continuidad en la provisión, a través de la coordinación asistencial.

Las OSI surgieron principalmente en países con sistemas de salud privados fragmentados, como Estados Unidos, y en sistemas de seguridad social, que integraron aseguradoras y proveedores en organizaciones de *managed care* que compiten por afiliados⁵. En Cataluña, en la última década, se han creado algunas OSI en el contexto de un sistema nacional de salud con separación de las funciones de financiación y provisión⁶. En este sistema, el Servei Català de la Salut (CatSalut) actúa como comprador de servicios de salud a los proveedores públicos y privados que conforman la red de servicios de utilización pública. El 70% de las camas hospitalarias de agudos, el 17% de los centros de atención primaria y todos los centros sociosanitarios son propiedad de consorcios públicos y fundaciones sin ánimo de lucro⁷. A partir de 1990, con la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, se posibilitó la cesión de la atención primaria a organizaciones que gestionaban hospitales de agudos concertados, que constituyeron el embrión de las organizaciones sanitarias integradas.

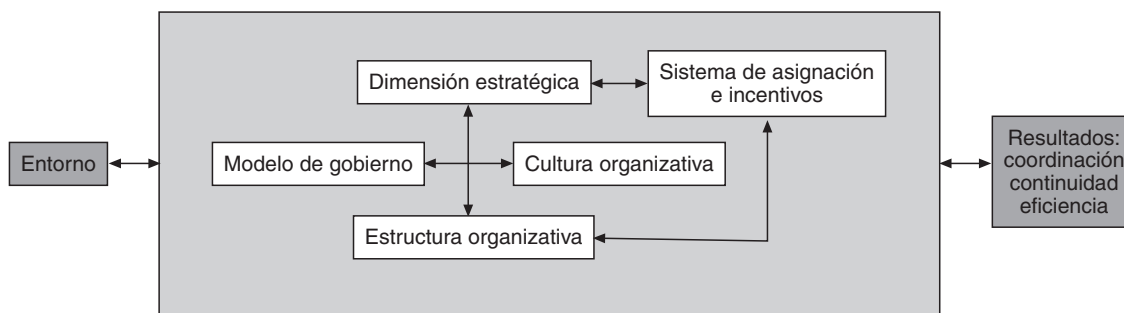
La amplitud y la profundidad de los servicios del continuo asistencial que ofrecen, el nivel de producción interna y la forma de relación entre las entidades constituyentes son características clave de las OSI^{8,9}. A partir de éstas, se identifican los distintos tipos de OSI^{4,8,10}: con integración horizontal o vertical, según agrupen servicios pertenecientes al mismo nivel (sistemas mul-

tihospitalarios) o a distintas etapas del proceso asistencial (atención primaria, especializada o sociosanitaria) y, dentro de ésta, hacia delante o atrás, si se inicia en una etapa anterior (atención primaria) o posterior (atención especializada) del proceso de producción de los servicios; con producción interna de servicios total o parcial, si algunos se subcontratan; con integración virtual o real de la propiedad, si las entidades que la conforman son independientes y relacionadas mediante fórmulas de colaboración, o se engloban bajo una única propiedad.

Las evaluaciones realizadas hasta el momento no son concluyentes sobre la relación entre tipos de OSI y su desempeño. No obstante, parece haber un consenso respecto a los elementos del entorno (sistema de pago, población y territorio, otros proveedores) e internos que influyen en los resultados del proceso de integración asistencial^{4,9,11} (fig. 1): a) gobierno con un rol estratégico y visión global de la organización^{12,13}; b) objetivos y estrategias compartidas¹³; c) estructura orgánica con mecanismos que fortalecen la comunicación entre los servicios involucrados en la atención del paciente¹⁴; d) cultura común con valores orientados a la colaboración, trabajo en equipo y resultados¹⁵; e) líderes que promueven la integración¹⁶; f) sistema de asignación interna de recursos que incentiva la alineación de los servicios con los objetivos globales⁴, y g) modelo de atención que establece roles, tipo de colaboración y mecanismos de coordinación adecuados.

En nuestro entorno, los estudios sobre la integración de servicios de salud son escasos y, generalmente, limitados a aspectos parciales. Por ello, se está desarrollando una amplia investigación sobre las organizaciones sanitarias integradas en Cataluña¹⁷ con un abordaje metodológico cualitativo, basado en estudios de casos, con el fin de profundizar en la complejidad del fenómeno y proporcionar elementos para interpretar los hallazgos de investigaciones posteriores¹⁸. El objetivo

Figura 1. Elementos externos e internos que influyen en la integración asistencial.



Modificado de Vázquez et al¹⁷.

de este artículo es analizar 2 organizaciones sanitarias integradas en Cataluña e identificar las áreas de desarrollo futuro que contribuyan a mejorar su eficacia.

Muestra

Se realizó una muestra teórica en 2 etapas²⁰. En la primera etapa, se seleccionaron los casos, Consorci Sanitari del Maresme (CSdM) y Consorci Sanitari de Terrassa/Fundació Hospital Sant Llàtzer (CSdT/FHSL), aplicando los siguientes criterios: proveedor integrado verticalmente, más de 5 años de gestión conjunta, prestar atención a una población definida y contar con un hospital comarcal. En la segunda etapa, se seleccionó la muestra teórica de documentos y de informantes (tablas 1 y 2) que pudieran proporcionar información sobre las dimensiones de análisis: directivos de las OSI y de sus unidades operativas, técnicos de apoyo, personal de atención primaria y especializada. Se empleó una estrategia de selección de informantes en bola de nieve o nominado²¹.

Métodos

Diseño del estudio

Se realizó una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva, basada en un estudio de casos de 2 OSI en Cataluña. El análisis se orientó en el marco teórico¹⁹ y la Guía para el Análisis de las Organizaciones Sanitarias Integradas¹⁷, previamente elaborados. El trabajo de campo se desarrolló entre octubre de 2004 y agosto de 2005.

Tabla 1. Muestra de documentos analizados en cada OSI

Tipo de documento	CSdM	CSdT/FHSL
Estatutos	5	4
Memorias	9	4
Contratos y su evaluación, convenios	3	7
Organigrama	1	2
Planes estratégicos, de empresa, funcionales, documentos estratégicos, políticas de la organización (incentivos, calidad, etc.)	8	9
Actas (gobierno, comités de dirección)	4	14
Manuales de modelo organizativo ^a , modelo organización asistencial ^a	6	1
Presupuesto, centros de coste, cuadros de mando	3	2
Instrumentos de coordinación asistencial (GPC, trayectorias clínicas, comisiones, manual sistema de información*, etc.)	22	11
Programa gestión de enfermedades	0	1
Publicaciones	4	7
Total	65	62

CSdM: Consorci Sanitari del Maresme; CSdT/FHSL: Consorci Sanitari de Terrassa/Fundación Hospital Sant Llàtzer; GPC: guía de práctica clínica; OSI: organización sanitaria integrada.

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

Tabla 2. Composición final de la muestra de informantes

Categoría	Tipo	CSdM	CSdT/FHSL
Directivos de la OSI	Gerente	1	1
	Director asistencial/director médico	1	1
	Director de enfermería	1	
	Director de sistema de información	1	1
	Director económico-financiero	1	1
	Director de planificación		1
Técnicos de apoyo de la OSI		4	1
Directivos de las unidades operativas	Coordinador atención primaria	1	1
	Coordinador de salud mental	1	0
	Coordinador sociosanitario	1	1
Profesionales	Atención primaria	1	1
	Atención especializada	2	5
Total		15	14

CSdM: Consorci Sanitari del Maresme; CSdT/FHSL: Consorci Sanitari de Terrassa/Fundació Hospital Sant Llàtzer; OSI: organización sanitaria integrada.

Técnicas de recogida de información

Se utilizó el análisis de documentos y las entrevistas individuales semiestructuradas (con guías de temas). Se analizaron los documentos seleccionados para estudiar las características clave de las organizaciones, el entorno, el gobierno, las estrategias, la estructura organizativa, el sistema de asignación y los incentivos e instrumentos de coordinación entre niveles asistenciales. Se llevaron a cabo entrevistas individuales para completar la información del análisis de documentos sobre evolución histórica, entorno y elementos internos. Las entrevistas, de una hora de duración, se desarrollaron en el lugar de trabajo de los informantes y se registraron manualmente.

Análisis de los datos y calidad de la información

Se realizó un análisis de contenido de los datos procedentes de las entrevistas individuales y documentos. Se segmentaron los datos por caso y dimensiones y se generaron categorías de análisis de forma mixta, a partir de las guías y los temas emergentes de entrevistas y documentos. La calidad de los datos se aseguró mediante la discusión de los resultados con los informantes y la triangulación de la información mediante comparaciones

entre distintos grupos de informantes, diferentes técnicas y varios analistas. En la sección de resultados se identifica su procedencia mediante referencia.

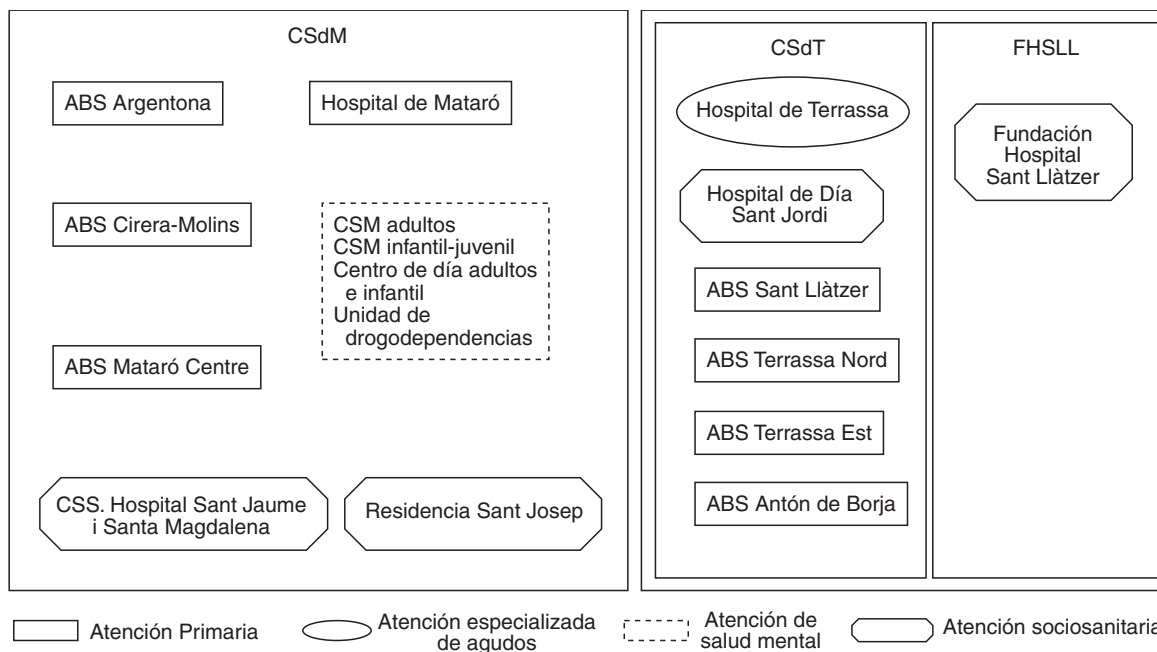
Resultados

Consorci Sanitari del Maresme

El CSdM es una organización sanitaria integrada, constituida por el CatSalut, el Consell Comarcal del Maresme y el Ayuntamiento de Mataró³⁶, que proporciona servicios a la población de la franja centro de la comarca del Maresme. Se creó en 1998 para poner en marcha el Hospital de Mataró³⁶. Dos años más tarde, comenzó la integración de servicios de diferentes niveles asistenciales³⁷, con la incorporación de la gestión de un centro de atención primaria, y se completó con la atención sociosanitaria en 2003. Tras este proceso se encuentra el interés del Departament de Salut por reordenar la oferta de la comarca, integrándola en un consorcio público³⁸.

Tipo de OSI. Presenta una integración vertical (fig. 2), hacia atrás, por originarse desde el hospital de agudos, con

Figura 2. Amplitud y profundidad de la integración en CSdM y el CSdT/FHSSL.



ABS: área básica de salud; CSdM: Consorci Sanitari del Maresme; CSdT: Consorci Sanitari de Terrassa; CSM: centro de salud mental; CSS: centro sociosanitario; FHSSL: Fundació Hospital Sant Llàtzer.

integración total porque provee todos sus servicios a partir de recursos internos, e integración real de la propiedad bajo la misma titularidad, el consorcio de gestión³⁹. Proporciona atención primaria al 14% de los residentes en la zona de influencia hospitalaria (234.698 habitantes)⁴⁰, mientras que el área de referencia de la atención sociosanitaria y mental abarca toda la comarca (377.608 habitantes)⁴¹.

Entorno. El proveedor mayoritario de atención primaria de la comarca es el Institut Català de la Salut (que cubre la 86% de la población), con el que el CSdM se coordina mediante un pacto de derivación para enfermedades frecuentes⁴²⁻⁴⁵.

Hasta el año 2005, el CatSalut compraba los servicios al CSdM por línea asistencial y con mecanismos de pago diversos: presupuesto en función de las estructura para la atención primaria, y pago por actividad según la línea de producto para la atención especializada^{46,47}. En el año 2005, el CSdM se incorporó a la prueba piloto de financiación en base poblacional.

Elementos internos. El CSdM está gobernado por un órgano centralizado, el Consell Rector, constituido por directivos del CatSalut con mayoría absoluta³⁶, políticos y figuras de reconocimiento local⁴⁸. En la práctica, el gobierno se concentra en el seguimiento presupuestario y de actividad asistencial a partir de la información proporcionada por la gerencia⁴⁹. Las propuestas analizadas de los políticos locales se referían a la construcción de equipamientos o la realización de campañas informativas para el uso racional de los servicios de la comarca⁵⁰.

La dimensión estratégica se concreta en un Plan Estratégico para toda la organización⁵¹, cuya visión expresa la voluntad de avanzar en la gestión integrada de los

servicios sanitarios y sociales públicos mediante alianzas en el territorio⁵¹. Sus objetivos y estrategias recogen aspectos de coordinación y eficiencia (tabla 3). La dirección del CSdM establece con los servicios hospitalarios objetivos de actividad, calidad, coordinación con la atención primaria y eficiencia⁵². Para los otros niveles se mantienen los objetivos fijados por el CatSalut en los contratos.

Su estructura organizativa es funcional, con agrupación de actividades por especialidad médica y nivel asistencial. Las direcciones asistenciales (médica y de enfermería) y las de apoyo se encuentran integradas en la figura de un directivo para toda la organización que toma decisiones de forma centralizada^{53,54}. Cuenta con dos órganos de gestión, uno estratégico y otro para intercambio de información asistencial⁴⁸.

Coordinación asistencial. Para coordinar la atención entre la atención primaria y la atención especializada de agudos, el CSdM ha desarrollado mecanismos basados en la normalización de los procesos de trabajo⁴³⁻⁴⁵ (tabla 4). Además, emplea instrumentos basados en la adaptación mutua para coordinar la atención sociosanitaria con los otros niveles^{55,56} e intercambio de información entre algunos de ellos⁵⁷, y estrategias de normalización de las habilidades para mejorar la capacidad resolutive de la atención primaria^{58,59}.

Consorci Sanitari de Terrassa/Fundació Hospital Sant Llàtzer

El CSdT junto con la FHSLL forman la organización sanitaria integrada CSdT/FHSLL que proporciona atención primaria, especializada de agudos y sociosanitaria a una población de 133.512 habitantes⁶⁰, localizada en la comarca del Vallés Occidental⁶¹ (fig. 2). El CSdT, por su parte, está formado por la Generalitat de Catalunya, el Ayuntamiento de Terrassa y la fundación pri-

Tabla 3. Estrategias globales para mejorar la coordinación y eficiencia en el CSdM y CSdT/FHSLL

	CSdM	CSdT/FHSLL
Coordinación	Alianzas con proveedores de salud y sociales locales y de referencia Mecanismos de coordinación asistencial Corresponsabilización de los profesionales con políticas institucionales y selección del personal	Alianzas con proveedores locales, de referencia y ayuntamientos Sistema de información integrado Mecanismos de coordinación asistencial
Eficiencia	Trayectorias clínicas Estructura organizativa descentralizada Incentivos alineados con los objetivos	Organización en unidades funcionales descentralizadas Instrumentos de planificación y gestión clínica
Ambos objetivos	Plan de mejora continua de la calidad	Mejorar la capacidad resolutive de la atención primaria Plan de mejora continua de la calidad

CSdM: Consorci Sanitari del Maresme; CSdT/FHSLL: Consorci Sanitari de Terrassa/Fundació Hospital Sant Llàtzer.
Fuente: Pla Estratègic del CSdM⁵¹ y Marc General per establir els objectius 2005 del CSdT⁷⁶.

Tabla 4. Mecanismos de coordinación asistencial entre niveles del CSdM y el CSdT/FHSSL

Base de la coordinación	Instrumento de coordinación CSdM	Instrumento de coordinación CSdT/FHSSL
Normalización de procesos de trabajo	10 guías de práctica clínica y protocolos 15 circuitos y normas de derivación 3 circuitos administrativos (diagnóstico rápido del cáncer de mama, colon y pulmón) 9 planes de alta hospitalaria	14 guías de práctica clínica y protocolos 3 circuitos administrativos (diagnóstico rápido del cáncer de mama, cérvix y pulmón) 3 planes de alta hospitalaria
Normalización de habilidades	Sistema de experto Consulta de casos clínicos Sesiones clínicas	Sistema de experto Consulta de casos clínicos Sesiones clínicas
Adaptación mutua	Puesto de enlace 2 UFISS de geriatría y paliativos PADES Comisión Permanente CIMSS Comisión de protocolos de enfermería Grupo de trabajo Elaboración de las GPC Sistema de información vertical Comunicación informal Intranet, correo electrónico, teléfono Sistema integrado de registros clínicos Pruebas complementarias, informe de alta hospitalaria, diagnósticos de atención primaria, medicación y alergias (acceso desde aps y ae-hospitalización) Herramientas de soporte a la decisión clínica Prescripción médica informatizada Trayectorias clínicas y plan de curas informatizados Protocolos de APS	Puesto de enlace UFISS de geriatría y paliativos PADES Comisión Permanente CIMSS Comisión coordinación APS-ASS Comisión de farmacia integral Grupo de trabajo Elaboración de las GPC Sistema de información vertical Comunicación informal Teléfono Sistema integrado de registros clínicos Informe de alta hospitalaria, pruebas complementarias, aviso de hospitalización del paciente (acceso desde aps) Herramientas de soporte a la decisión clínica Protocolos de APS informatizados

AE: atención especializada de agudos; ASS: atención sociosanitaria; CIMSS: Comisión Interdisciplinaria Mixta Sociosanitaria; APS: atención primaria de salud; CSdM: Consorci Sanitari del Maresme; CSdT/FHSSL: Consorci Sanitari de Terrassa/Fundació Hospital Sant Llàtzer; GPC: Guías de Práctica Clínica; PADES: equipos de evaluación y soporte a la atención primaria; UFISS: equipo de evaluación y soporte al hospital.

vada Hospital-Casa de Caritat Sant Llàtzer⁶². Se originó con la creación del CSdT para la puesta en marcha del hospital⁶², que desde sus inicios recibió la gestión de un área básica de salud.

Tipo de OSI. CSdT/FHSSL es una organización integrada verticalmente hacia atrás, con integración total en la producción de servicios y virtual, porque las 2 organizaciones mantienen una personalidad jurídica independiente y se relacionan por un acuerdo de gestión⁶².

Entorno. En la comarca, prestan servicios el Institut Català de la Salut y otras 2 OSI, Mútua de Terrassa y Consorci Sanitari del Parc Taulí. Con esta última ha establecido un convenio para promover la coordinación asistencial^{63,64}.

El CatSalut compra los servicios al CSdT/FHSSL por línea asistencial, con distintos objetivos por nivel⁶⁵⁻⁶⁷, de

los cuales, sólo algunos promueven la coordinación asistencial.

Elementos internos. La organización consta de 2 gobiernos: el Consell rector del CSdT y el Patronato de FHSSL, compuestos por directivos del CatSalut con mayoría absoluta, en el primer caso, y por políticos y empresarios locales en ambos^{68,69}. De las diversas funciones estratégicas otorgadas al gobierno⁶², en la práctica ejerce la aprobación de acuerdos con otros proveedores, apertura de nuevas líneas asistenciales y seguimiento de la actividad asistencial y presupuesto⁷⁰. Los políticos locales centran sus intervenciones en la insuficiencia de recursos sanitarios y listas de espera en sus municipios⁷⁰.

En la dimensión estratégica de CSdT/FHSSL ha establecido objetivos y estrategias globales centrados en la mejora de la coordinación y la eficiencia^{63,71,72} (tabla 3), y propone un modelo integral y la actuación en una población definida^{61,62,73}.

Su estructura organizativa es de tipo funcional, con integración de las direcciones asistenciales (médica, de enfermería) y de las funciones de apoyo, y descentralización en ámbitos asistenciales⁷³. Cuenta con 3 órganos de gestión –dos con rol estratégico y uno operativo asistencial– y un comité de dirección por nivel asistencial⁷⁴.

Coordinación asistencial. Para la coordinación entre atención primaria y atención especializada de agudos se han introducido mecanismos basados en la normalización de procesos. Los servicios sociosanitarios se coordinan con los otros niveles asistenciales mediante instrumentos basados en la adaptación mutua⁷⁵ (tabla 4).

Discusión

Las 2 organizaciones, con recorrido histórico parejo, surgen en el contexto de un sistema nacional de salud y, aunque con diferencias, presentan tipologías similares. Mientras el CSdM integra sus servicios bajo la figura del consorcio de gestión, la FHSL ha mantenido su personalidad jurídica junto al CSdT. El consorcio es una fórmula jurídica utilizada con frecuencia por la Generalitat para compartir con los ayuntamientos la prestación de un servicio²². El determinante de la constitución de los consorcios fue la construcción del hospital, por lo que pueden considerarse como integraciones verticales desde el nivel hospitalario y podría implicar su liderazgo en la red^{23,24}. Si bien la red se beneficia de su experiencia financiera y organizativa²⁵, se enfrenta al riesgo de un excesivo «hospitalcentrismo» en las decisiones que podría retrasar la reasignación de recursos entre niveles, especialmente en entornos con un sistema de compra que no la incentiva²⁶.

Elementos del entorno que favorecen y obstaculizan la coordinación asistencial

Los entornos son diferentes: el CSdT/FHSL se encuentra próximo a otras OSI que actúan de referencia para algunos servicios especializados, mientras que la mayor parte de la población del CSdM recibe atención primaria de otro proveedor y su atención sociosanitaria abarca toda la comarca. Aunque ambas entidades recogen en sus estrategias la necesidad de coordinarse en el territorio^{51,63}, pocos avances se han producido: un convenio y pactos de circuitos y normas de derivación para contener la demanda de atención especializada. Para garantizar la continuidad asistencial se debería reforzar la coordinación entre los proveedores del territorio.

La escasa utilización de mecanismos de coordinación y la limitada alineación de los objetivos de las diferentes unidades con los globales de la organización parece reflejar una escasa incentivación a la coordinación asistencial del sistema de compra de servicios de salud en Cataluña. Bajo la compra actual, además de tener que responder a objetivos por niveles asistenciales, son escasos los estímulos para mejorar la capacidad de resolución de la atención primaria y altos para incrementar la actividad hospitalaria²⁴. Predominan los incentivos a la eficiencia intranivel y no a tratar el problema de salud en el lugar más coste-efectivo del continuo²⁷. La introducción de un pago per cápita global, en teoría, debería promover la coordinación entre niveles al alinear los incentivos de los proveedores con los objetivos globales²⁶. En este sentido, el nuevo sistema de financiación en base territorial podría constituir una oportunidad para mejorar la coordinación entre los distintos proveedores del territorio, pero sólo si se mejorasen algunos elementos esenciales de su diseño²⁶.

Elementos internos que favorecen y obstaculizan la coordinación asistencial

Para la buena gobernabilidad, uno de los elementos facilitadores de la integración asistencial, se considera fundamental que el gobierno, en representación de la propiedad, formule las políticas de las OSI y evalúe su desempeño¹³. En ambos casos, aunque los estatutos otorgan este rol estratégico, el gobierno desempeña un papel pasivo y sancionador, con excepción de la presidencia del CSdT, que participa activamente en las decisiones de la organización. La incorporación de políticos locales que recogen temas relativos a las necesidades de salud de la población es un elemento favorable, aunque limitado por la perspectiva municipal. Entre los elementos desfavorables destaca la evaluación inapropiada del desempeño de las OSI. La información facilitada al órgano de gobierno, por línea asistencial, poco relacionada con resultados asistenciales globales, no permite fortalecer una visión global de la OSI.

En su dimensión estratégica, la existencia de un conjunto de objetivos y estrategias globales para la organización orientado a la coordinación asistencial y la eficiencia constituye una importante fortaleza interna de las OSI analizadas⁴. Además, ambas contemplan estrategias consideradas efectivas para la integración (tabla 3). Para que estos objetivos pudieran actuar como vínculo en la organización deberían estar alineados con los de las unidades operativas²⁸, pero en ambos casos falta su traducción a objetivos específicos de las unidades operativas.

La coordinación asistencial se ve influida por la estructura que adopta la organización y, concretamente,

por cómo agrupa las actividades interrelacionadas del proceso asistencial, el grado de descentralización en la toma de decisiones y los mecanismos de coordinación utilizados²⁹. El diseño funcional del CSdM y el CSdT/FHSSL, con agrupación de las actividades asistenciales por nivel asistencial, tiende a compartimentar la atención y dificulta la coordinación del proceso asistencial³⁰. Se requeriría la utilización de instrumentos de coordinación interniveles, cuyo desarrollo, no obstante, es limitado en ambas OSI.

Por otro lado, la integración de las funciones de dirección y de apoyo, en ambos casos, facilita la coordinación asistencial³¹. Ambas OSI emplean la figura del directivo integrador de las actividades asistenciales, pero es mayor la centralización de la toma de decisiones en el CSdM. A pesar de ser el mecanismo más preciso para coordinar las decisiones, ante información abundante o la necesidad de reaccionar rápidamente, podría ser preferible contar con estructuras descentralizadas por ámbitos transversales y diversos mecanismos de coordinación^{4,32}. Hacia este tipo de estructura se orienta el CSdT/FHSSL.

Finalmente, ambas organizaciones han desarrollado mecanismos de coordinación basados en la normalización de procesos y de habilidades (sistema experto), sobre todo, entre la atención primaria y la atención especializada de agudos. 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 calidad³³. No obstante, para coordinar los procesos asistenciales en los que participan profesionales de diferentes servicios con tareas interdependientes²⁹ o con un elevado nivel de incertidumbre que requiere un volumen de información elevado³⁴, este tipo de mecanismos resulta ineficaz. Se recomienda establecer estructuras orgánicas con mecanismos basados en la adaptación mutua para resolver el problema en el mismo nivel que genera la información^{30,35}: grupos de trabajo entre los diferentes ámbitos, profesionales de enlace entre niveles, estructuras matriciales, etc.

En síntesis, el CSdM y el CSdT/FHSSL se están desarrollando progresivamente como organizaciones sanitarias integradas en el interior de un sistema nacional de salud y presentan tanto elementos favorables como desfavorables a la coordinación asistencial. En su mejora se debería tener en cuenta el contexto del sistema de salud en que se desempeñan.

Agradecimientos

Las autoras agradecen al Ministerio de Sanidad y Consumo la otorgación de fondos FIS (PI042688), que ha contribuido a financiar parcialmente este estudio.

Asimismo, agradecen a Joan Berenguer, Albert Verdaguer y Pere Soley del Consorci Sanitari del Maresme, Pere Vallribera, Rosa Ruiz y Elena Medarde del Consorci Sanitari de Terrassa, que han facilitado la recogida de información y revisado el texto. Al grupo de expertos compuesto por Vicente Ortún, Francesc Moreu, Manel del Castillo, Encarna Grifell, Antoni Anglada, Joan Miquel Carbonell y Olga Pané, así como a los colaboradores de las organizaciones sanitarias integradas que participan en el estudio, Serveis de Salut Integrats Baix Empordà, Badalona Serveis Assistencials, Corporació de Salut del Maresme i La Selva y Grup d'Assistència Sanitària i Social SAGESSA, cuyos comentarios han contribuido a la mejora de la guía de análisis.

Bibliografía

1. WHO. Integration of health care delivery. Genève: WHO; 1996.
2. Mur-Veeman I, Van Raak A, Paulus A, Steenbergen M. Comparison and reflection. En: Van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A, editors. Integrated care in Europe. Maarssen: Elsevier; 2003. p. 169-90.
3. Rondo-Brovetto P, Krczal E. Situation in Austria. En: Van Raak A, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A, editors. Integrated care in Europe. Maarssen: Elsevier; 2003. p. 73-95.
4. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Morgan KL, Mitchell JB. Remaking health care in America. 1.^a ed. San Francisco: The Jossey-Bass health care series; 1996.
5. Van de Ven WP, Schut FT, Rutten FF. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care. Soc Sci Med. 1994;39:1405-12.
6. Mayolas E, Vargas I. La sanitat en Catalunya: situació actual i perspectives de futur. Memòria Econòmica de Catalunya: any 2002. Barcelona: Cambra Oficial de Comerç, Indústria i Navegació de Barcelona; 2003. p. 279-95.
7. Generalitat de Catalunya. EESRI 1999. Informació estadística de l'assistència hospitalària a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2001.
8. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. Hosp Health Serv Adm. 1993;38:447-66.
9. Conrad DA, Dowling WL. Vertical Integration in health services: theory and managerial implications. Health Care Manage Rev. 1990;15:9-22.
10. Harrigan KR. Vertical integration and corporate strategy. Acad Manage J. 1985;28:397-425.
11. Skelton-Green JM, Sunner JS. Integrated delivery systems: the future for Canadian health care reform? Can J Nurs Adm. 1997;10:90-111.
12. Forest PG, Gagnon D, Abelson J, Turgeon J, Lamarche P. Issues in the governance of integrated health systems. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 1999.
13. Alexander JA, Zuckerman HS, Pointer DD. The challenges of governing integrated health care systems. Health Care Manage Rev. 1995;20:69-81.
14. Longest BB, Young G. Coordination and communication. En: Shortell SM, Kaluzny A, editors. Health care management. 4.^a ed. New York: Delmar; 2000. p. 210-43.
15. Kornaki MJ, Silversin J. How can IDSs integrate conflicting cultures? Health Care Financing Management. 1998;52:34-6.
16. Barnsley J, Lemieux-Charles L, McKinney MM. Integrating learning into integrated delivery systems. Health Care Manage Rev. 1998;23:18-28.

17. Vázquez ML, Vargas I, Farré J, Terraza R. Organizaciones Sanitarias Integradas en Cataluña: una guía para el análisis. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79:633-43.
18. Duffy ME. Methodological triangulation: a vehicle for merging quantitative and qualitative research methods. *Image J Nurs Sch*. 1987;19:130-3.
19. Vázquez ML, Vargas I. Organizaciones sanitarias integradas. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2007.
20. Fernández de Sanmamed MJ. Diseño de estudio y diseños muestrales en investigación cualitativa. En: Vázquez ML, Da Silva MRF, Mogollón AS, Fernández Sanmamed MJ, Delgado ME, Vargas I, editores. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2006.
21. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis*. London: Sage; 1994.
22. Manté C, Jose María F. Els consorcis sanitaris a Catalunya. Barcelona: CHC; 1999. Informe técnico N.º IJ1.
23. Ortún V. Los contornos de las organizaciones sanitarias. En: Costes y calidad en la contratación de servicios de salud. Murcia: Asociación de Economía de la Salud; 1997.
24. Pané O, Farré J, Parellada N, Estevan N. ¿Los hospitales comarcales aumentan su actividad para neutralizar el efecto contenedor de la reforma? *Cuadernos de Gestión*. 1995;1:104-9.
25. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff*. 1994;8:46-64.
26. Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. *Cuadernos de Gestión*. 2002;8:167-79.
27. Ortún V, López G, Puig-Junoy J, Sabés R. El sistema de finançament capítatiu: possibilitats i limitacions. *Fulls Econòmics*. 2001;35:8-16.
28. Val Pardo I. *Sistemas de Salud: diagnóstico y planificación*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2001.
29. Lawrence PR, Lorsch JW. *Organization and environment*. Boston: Harvard University Press; 1967.
30. Charns MP. Organization design of integrated delivery systems. *Hosp Health Serv Adm*. 1997;42:411-32.
31. Gillies RR, Shortell SM, Young G. Best practices in managing organized delivery systems. *Hosp Health Serv Adm*. 1997;42:299-321.
32. Casanueva C, García J. *Gestión de empresas*. Madrid: Pirámide; 1999.
33. Longest BB, Young GJ. Coordination and communication. En: Shortell SM, Kaluzny AD, editors. *Health care management*. 4th ed. New York: Delmar; 2000. p. 210-43.
34. Galbraith J. *Organization design*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company; 1973.
35. 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.
36. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Resolució de 17 de juliol de 1998 per l'aprovació dels Estatuts del Consorci Sanitari del Maresme. DOGC/Núm. 2723-14.9.1998, 11488-11491. 17-7-1998.
37. Consorci Sanitari del Maresme. *Atenció integral de la salut*. Mataró: CSdM; 2001.
38. Consorci Sanitari del Maresme. Acta de 17/07/2002 del Consell Rector del CSdM. 2002.
39. Consorci Sanitari del Maresme. *Consorci Sanitari del Maresme. Memoria 2003*. Mataró: CSdM; 2004.
40. IDESCAT. Padró municipal d'habitants. Xifres oficials. IDESCAT, 12-8-2005.
41. IDESCAT. Estadística bàsica territorial. IDESCAT, 11-2-2005.
42. Información obtenida en entrevista individual con técnico de apoyo de OSI. 22-10-2004. CSdM.
43. CSdM. *Coordinació atenció primària-especialitzada: endocronologia, nutrició y lípidos*: 4.
44. Unitat d'urologia. Hospital de Mataró. *Incontinència*. 2004.
45. Circuit d'atenció a pacients amb fibromialgia o síndrome de fatiga crònica; 2004.
46. Servei Català de la Salut. *Contracte entre el Servei Català de la salut i el Consorci Sanitari del Maresme, de l'Equip d'Atenció Primària Argentona. Període 2002-2004*. 2002.
47. Ortún V, López G, Puig-Junoy J, Sabés R. El sistema de finançament capítatiu: possibilitats i limitacions. *Fulls Econòmics*. 2001;35:8-16.
48. Información obtenida en entrevista individual con directivo de la OSI, 28-10-2004. CSdM.
49. Consorci Sanitari del Maresme. *Actas del Consell Rector del CSdM en el període comprendido entre el 01/02/02 y el 05/11/04*.
50. Consorci Sanitari del Maresme. *Acta de 18/06/03 del Consell Rector del CSdM*; 2003.
51. Consorci Sanitari del Maresme. *Pla Estratègic del CSdM. Presentació Consell Rector*. Mataró: CSdM; 2003.
52. Consorci Sanitari del Maresme. *Direcció Mèdica. Objectius 2003, 2003*.
53. Torrus C. *Organigrama CSdM*; 2004.
54. Información obtenida en entrevista individual con directivo de la OSI, 8-11-2004. CSdM.
55. Marbá L. Interrelación de la enfermería de los distintos niveles de atención, como garantía en la continuidad de los cuidados; 2004. Ponencia. IV Simposium Internacional de diagnóstico en enfermería. A Coruña, 9-10 Mayo, 2002.
56. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Ordre de 15 de maig de 1991, per la qual es determinen les activitats d'assistència sociosanitària que es poden concertar amb les entitats titulars de centres, serveis i establiments sociosanitaris*. DOGC n.º 1452. 7-6-1991.
57. Barnet X. *Presentación interna de los sistemas de información del CSdM*; 2004.
58. Consorci Sanitari del Maresme. *Memòria Consorci Sanitari del Maresme*. 2001. Mataró: CSdM; 2002.
59. Servei de Psiquiatria. CSdM. *Centre de Salut mental d'Adults de Mataró. Protocolo de col·laboració amb l'atenció primària de salut, 10-7-2003*.
60. Servei Català de la Salut. *Registre Central d'Assegurats. Població amb TSI assignada al CSdT, 31-12-2004*.
61. Consorci Sanitari de Terrassa. *15 anys de Consorci Sanitari de Terrassa*, 2004.
62. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Decret 58/1988, de 10 de març, pel qual es crea el Consorci Hospitalari de Terrassa i se n'aproven els Estatuts*. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, 25-3-1988.
63. Consorci Sanitari de Terrassa. *Pla estratègic i informe de planificació*; 1991.
64. Corporació Sanitària Parc Taulí, Consorci Sanitari de Terrassa. *Convenio de col·laboració entre la Corporació Sanitària Parc Taulí y el Consorci Sanitari de Terrassa*, 15-2-2005.
65. Servei Català de la Salut. *Objectius de salut, qualitat i accessibilitat del contracte de compra de serveis d'atenció primària 2003-2005*; 2003.
66. Servei Català de la Salut. *Contracte de compra de serveis d'atenció hospitalària 2001-2004*; 2004.
67. Servei Català de la Salut. *Contracte de compra de serveis sociosanitaris 2003*. Part variable; 2004.
68. Información obtenida en entrevista individual con directivo de OSI. 9-2-2005. CSdT.

69. Generalitat de Catalunya DdJ. Estatutos de la Fundación Privada Sant Llàtzer, 21-3-0005.
70. Consorci Sanitari de Terrassa. Actas de Gobierno 28/Ene/2003, 27/May/2003, 16/09/2003, 28/10/2003, 18/12/2003, 27/Ene/2004, 24/Feb/2004, 17/Marz/2004, 27/Abr/2004, 19/Nov/2004, 14/12/2004. 2003.
71. Consorci Sanitari de Terrassa, Gerència de consorcis i Empreses Públiques del SCS, Regió Sanitària Centre del SCS. Pla d'empresa del Consorci Sanitari de Terrassa 2001-2003; 2001.
72. Consorci Sanitari de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa. Pla estratègic «4»; 1993.
73. Consorci Sanitari de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa. Cinc anys després 1989-1994; 1994.
74. Consorci Sanitari de Terrassa. Organigrama 2004 del Consorci Sanitari de Terrassa, 1-12-2004.
75. Hospital Fundació Sant Llàtzer. UFISS: col·laboració i coordinació entre nivells; 2004.
76. Consorci Sanitari de Terrassa. Marc General per establir els objectius 2005; 2004.

GACETA SANITARIA ha sido aceptada para su indexación por Thomson Scientific

GACETA SANITARIA ha sido incluida desde el actual volumen 21 (número 1) de 2007 en las bases de datos de Thomson Scientific aunque, según nos comunican, no aparecerá en Web of Knowledge hasta finales de año debido a los procesos de producción de Thomson Scientific. Así, GACETA SANITARIA tendrá en un par de años su primer factor de impacto bibliográfico oficial en los *Journal Citation Reports*. Como sabéis, el factor de impacto bibliográfico depende de las citas que reciben en otras publicaciones los artículos de GACETA SANITARIA de los dos últimos años. Por ello, debemos seguir citando a GACETA SANITARIA en nuestras publicaciones en otras revistas nacionales e internacionales ya indexadas.

El Comité Editorial quiere expresar su agradecimiento a todos aquellos que de una forma u otra habéis contribuido —y seguiréis contribuyendo— a ello, en especial a los autores y a los evaluadores externos que hacen posible GACETA SANITARIA mediante su trabajo desinteresado. El fruto que recogemos ahora ha madurado durante los últimos 20 años, y han sido muchas las personas involucradas en que GACETA SANITARIA sea una realidad. Deseamos hacer mención expresa a los Directores, Comités Editoriales, y Consejos Asesores anteriores. Nuestro agradecimiento a los Presidentes y Juntas de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y a las sociedades que la forman, así como las Consejerías y Servicios de Salud autonómicos que han apoyado decididamente a GACETA SANITARIA en este viaje. El buen hacer los profesionales de Elsevier Doyma ha sido también fundamental para alcanzar este reconocimiento internacional.

Este es uno de los mejores regalos que podíamos tener en este aniversario que apenas empezábamos a celebrar. Es una buena noticia para nuestra Salud Pública y Administración Sanitaria y nos podemos felicitar. Creemos, sin embargo, que no debemos considerar simplemente la inclusión de GACETA SANITARIA como un “objetivo alcanzado” sino que, ahora más que nunca, debemos convertirlo en punto de partida para continuar mejorando la calidad de la revista y, en definitiva, su utilidad para la Salud Pública y la Administración Sanitaria.