



INTEGRACIÓN EN LOS HOSPITALES CATALANES:

descubriendo las claves de las
intervenciones exitosas

Natalia Yankovic

**Centro para la
Investigación en la
Gestión de la Innovación
en el Sector Sanitario**

Autora

Natalia Yankovic

Profesora de Dirección de Producción, Tecnología y Operaciones, IESE
Center for Research in Healthcare Innovation Management

Agradecimientos

Para este estudio hemos contado con la colaboración del Consorci de Salut i Social de Catalunya en el enfoque inicial del proyecto y la identificación de las iniciativas de integración analizadas en el estudio de casos. En especial, agradecemos su colaboración a los directores que participaron en las entrevistas: Jordi Fàbrega, director de Pediatría dels Pirineus; Rafael Lledó, director de la Fundació Privada Hospital Asil de Granollers; Dr. Antoni Anglada, director del Consorci Hospitalari de Vic (hasta mayo de 2016); y Dr. Ignasi Riera, director del Consorci Sanitari de Terrassa (hasta diciembre de 2015).

ÍNDICE

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Introducción | 5 |
| 1. Hacia un mejor sistema de salud | 6 |
| 1.1. Los círculos de excelencia | 7 |
| 1.2. Los círculos de excelencia en los sistemas de salud | 8 |
| 2. Encajando la integración en los círculos de excelencia | 9 |
| 2.1. Una pregunta preliminar: ¿por qué tenemos que integrar? | 9 |
| 2.2. Entendiendo la integración desde los círculos de excelencia | 10 |
| 3. Integración en el sector de la salud: ¿cómo pueden ayudar los círculos de excelencia? | 11 |
| 3.1. ¿Qué se entiende por integración en salud? | 11 |
| 3.2. Algunas clasificaciones existentes | 11 |
| 3.3. Medición de la integración de un sistema | 12 |
| 3.4. Evaluación de los resultados de la integración | 15 |
| 3.5. ¿Podemos esperar encontrar resultados? | 15 |
| 4. Integración en Cataluña: iniciativas de colaboración entre hospitales | 16 |
| 4.1. Pediatría dels Pirineus: promoviendo la excelencia técnica en una comarca aislada | 16 |
| 4.2. Hospital General de Granollers: mejorando el atractivo mediante la creación de servicios conjuntos | 17 |
| 4.3. Consorci Hospitalari de Vic (CHV): mejorando el conocimiento a través de una alianza con un hospital terciario de referencia | 18 |
| 4.4. Consorci Sanitari de Terrassa (CTS): mejorando el acceso de terapias y procedimientos complejos intensivos en capital en hospitales generales de tamaño medio | 20 |
| 5. Integración: lecciones extraídas de los casos de estudio | 21 |
| 5.1. Partir de un problema concreto y real | 21 |
| 5.2. Enmarcar la intervención y definir métricas de desempeño | 21 |
| 5.3. Definir al líder y crear un equipo con un propósito | 22 |
| 5.4. Imaginar una nueva manera de trabajar | 22 |
| 5.5. Establecer una cultura que no tema al fracaso (y busque aprender) | 22 |
| 6. Comentarios finales | 23 |
| Referencias | 25 |

Introducción

Los sistemas sanitarios se encuentran sometidos a una gran presión presupuestaria en todo el mundo, y el crecimiento del gasto sanitario pone en riesgo la sostenibilidad de los modelos tal y como los conocemos.

En España, la gran crisis económica sufrida durante los últimos siete años ha frenado la tendencia alcista de gasto sanitario de la última década, por lo que es imperativo utilizar los recursos de la mejor manera posible. De este gasto, el 61,4% se corresponde con los servicios hospitalarios y especializados, siendo la partida que menos ha sufrido los recortes fruto de la crisis (MSSSI, 2016). En el caso de Cataluña, la evolución del gasto sanitario ha seguido la misma tendencia.

En este contexto, la integración de los distintos elementos del sector se ha convertido en un paradigma de mejora que no sólo permitiría la contención del gasto, sino que promovería mejores resultados y una mejor calidad asistencial (Gröne y Garcia-Barbero, 2001).

Este trabajo se enmarca dentro de las actividades de investigación del Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC). El CSC tiene una larga trayectoria en proyectos de investigación que exploran los determinantes y facilitadores tanto de la integración y colaboración intersectorial como entre el sector primario y el hospitalario (Terraza, Vargas y Vázquez, 2006). Sin embargo, los marcos conceptuales existentes parecen insuficientes para encajar apropiadamente este tipo de integración y para determinar cuáles son los elementos que contribuirían al éxito de este tipo de iniciativas. El hecho de que exista un gran número de colaboraciones espontáneas entre hospitales, que además se encuentra bien documentada (Bernardo *et al.* 2012), sería indicativo de ventajas concretas derivadas de la integración a este nivel. Para el CSC, contar con recomendaciones que faciliten la integración exitosa entre hospitales sería, sin lugar a dudas, un valor añadido que ofrecer a sus socios.

El presente estudio aporta contribuciones tanto teóricas como prácticas. Entre las primeras, se propone una manera alternativa de medir la integración de un sistema de salud y de clasificar las iniciativas de integración en función de aquello que pretenden mejorar. Para ello, se estructuran las fuentes potenciales de mejora a partir de un esquema general de excelencia y una perspectiva histórica que explora la necesidad de especializar e integrar en los servicios de salud. Así mismo, se muestra cómo esta clasificación basada en objetivos facilita la elección de indicadores y la evaluación de los resultados. Entre las aportaciones prácticas, se incluyen una serie de recomendaciones para lograr la exitosa implementación de colaboraciones entre hospitales, respaldadas por un estudio de campo de cuatro experiencias de integración con éxito a nivel hospitalario, que sirven para la puesta en práctica del marco teórico propuesto.

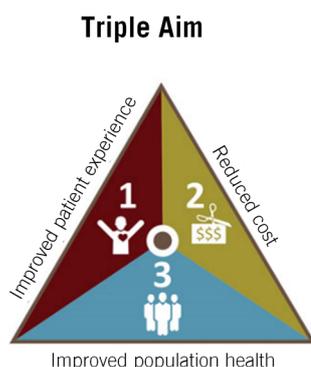
El informe está organizado en seis partes. La primera sección está dedicada a definir qué debemos entender por un mejor sistema de salud, y, utilizando ideas tanto del sector salud como del campo de la gestión, presenta un marco conceptual de excelencia. La segunda sección intenta encajar la integración en el marco conceptual desarrollado, y describe las tensiones históricas existentes entre integración y especialización. En la tercera sección se presenta una revisión crítica de la literatura en integración en el sector salud, incluyendo las diferentes definiciones, clasificaciones e indicadores existentes, y explica cómo el marco de excelencia propuesto puede ayudar a unificar las diferentes visiones existentes. La cuarta sección presenta los cuatro estudios de casos centrados en iniciativas de integración entre hospitales catalanes, utilizando el marco conceptual para su descripción y análisis. La quinta sección pretende ser una guía práctica que permita enmarcar apropiadamente las iniciativas de integración, facilitando su implementación, seguimiento y evaluación. Por último, la sexta sección recoge las conclusiones del proyecto y traza las líneas para una futura investigación.

1. Hacia un mejor sistema de salud

El Instituto de Medicina (Institute of Medicine, Estados Unidos [IOM]) identificó en 2001 (IOM, 2001) seis ejes de mejora en los sistemas sanitarios: seguridad, efectividad, enfocarse en el paciente, puntualidad, eficiencia y equidad. Estos objetivos de mejora surgieron tras la publicación del informe *Errar es humano* (IOM, 1999), donde se ponían de manifiesto algunos de los graves problemas existentes en el sistema de salud estadounidense y buscaban establecer indicadores de desempeño que hicieran operativo lo que constituye un sistema de salud mejor. Si bien estos ejes de mejora han resultado útiles para guiar intervenciones locales, pueden ser insuficientes para promover cambios a nivel sistémico (Wang *et al.*, 2006).

En un intento por conseguir una visión amplia de lo que significa un mejor sistema de salud, el Instituto para la Mejora del Sistema Sanitario (Institute for Healthcare Improvement [IHI]) estableció en 2007 la denominada «Triple Meta» (*Triple Aim*) (Berwick y Whittington, 2008) –mejor salud, mejor cuidado y a un coste más bajo–, tres objetivos interdependientes que buscaban guiar cualquier iniciativa de mejora (véase la **Figura 1**). Mejorar la salud de la población, mejorando la experiencia individual del paciente, y a un menor coste, es un ejercicio de balance que muchos creen que es simplemente imposible de alcanzar.

Figura 1
Los círculos de excelencia



Fuente: Institute for Healthcare Improvement (Berwick y Whittington, 2008).

La Triple Meta no es tan diferente de los ejes de mejora que se había planteado la IOM. Seguridad y efectividad tendrían que asegurar mejorar la calidad de las intervenciones, enfocarse en el paciente; en este sentido, puntualidad y equidad son, sin duda, dimensiones que afectarán a la experiencia del paciente, mientras que la eficiencia tendría que ayudar a mantener los costes bajo control. Sin embargo, la Triple Meta adopta una perspectiva sistémica, al incluir como objetivos la salud de toda la población y los costes globales, lo que permite acomodar medidas de prevención y de salud pública, pero sin perder de vista la experiencia individual del paciente, en lo que podríamos considerar una perspectiva macro-micro.

Esta visión macro-micro de la Triple Meta plantea dificultades de implementación: mejoras independientes y aisladas, para las cuales podríamos encontrar indicadores guiados por los ejes de mejora de la IOM, difícilmente tendrán un impacto a nivel sistema, mientras que decisiones de políticas públicas difícilmente mejorarán la experiencia de todos los pacientes.

A pesar de las dificultades expuestas, la Triple Meta es muy atractiva como concepto¹. Casi diez años después de su planteamiento, ha sido ampliamente adoptado como paradigma de mejora en los sistemas sanitarios² y es el marco conceptual en el que se basa la reciente reforma sanitaria de Estados Unidos conocida informalmente como «Obamacare» (Patient Protection and Affordable Care Act, 2010) (Whittington, 2015).

¹ Se podría considerar una versión académica del clásico y popular “Bueno, Bonito y Barato”.

² Existen más de un millón de entradas en Google Scholars refiriéndose al término “Triple Aim”.

1.1. Los círculos de excelencia

Mejorar y conseguir un estado de excelencia es un objetivo compartido por sistemas e instituciones en todo tipo de sectores. Desde el punto de vista de la gestión, se necesita un marco conceptual que permita clarificar qué entendemos por un sistema mejor o excelente, de la misma manera que la Triple Meta pretende indicar el camino hacia un mejor sistema de salud.

La **Figura 2** presenta de una manera esquemática qué entendemos por proceso de transformación excelente, considerando tres objetivos interrelacionados que deberemos perseguir para mejorar y que consisten en la **excelencia técnica**, la **excelencia de procesos** y la **excelencia de servicio**.

Figura 2
Los círculos de excelencia



Contexto: esencia de la organización, marco normativo y legal

Fuente: elaboración propia.

Este esquema está desarrollado a partir de ideas de la literatura de gestión de servicios tales como la industrialización de los servicios (Levitt, 1976) o las ideas de la cadena de valor en servicios (Heskett et al. 1997) donde el éxito de una empresa de servicios está ligado a la creación de valor para los clientes. También se incorporan ideas procedentes del mundo de las operaciones tales como el sistema de producción de Toyota (Ohno, 1988) o el concepto de *Lean* (Modig y Ahlstrom, 2012), y está claramente influenciado por las ideas del modelo de calidad de Donabedian (Donabedian, 2003).

Consideramos **excelencia técnica** a disponer de la tecnología, el conocimiento y las habilidades para conseguir hacer «lo que se debe hacer» y conseguir el mejor producto o resultado. La *excelencia de procesos* se alcanza cuando el proceso de transformación se realiza aprovechando los recursos disponibles de la mejor manera posible, reduciendo toda fuente de despilfarros, asegurando hacer «como se debe hacer». Por su parte, la *excelencia de servicios* se alcanza cuando ponemos a las personas en el centro, lo que considera tanto la perspectiva del valor para el cliente como el impacto de aquello que hacemos y cómo lo hacemos para todas las personas que participan en la transformación.

Para perseguir la excelencia, es de vital importancia descubrir «el porqué» de nuestro sistema, aquella esencia que imprimirá coherencia y servirá de guía en nuestro camino de mejora³. Adicionalmente, no podemos olvidar el contexto en el que se desarrolla el proceso de transformación, puesto que aspectos normativos y legales pueden condicionar la manera en que organizamos nuestro sistema.

Utilizar el enfoque operativo propuesto para enmarcar las iniciativas de mejora ayuda a la identificación de las metodologías apropiadas, en función de cuáles sean las dimensiones afectadas. Al mismo tiempo, se facilita la definición de objetivos específicos y de medidas de desempeño concretas que serán cruciales para la correcta evaluación del impacto de cualquier cambio en el sistema.

Conocer las metodologías de las tres dimensiones nos permitirá abordar todo tipo de iniciativas de mejora que difícilmente estarán confinadas a una única dimensión. Por ejemplo, si quisiéramos mejorar sólo en la dimensión *técnica*, trabajar en investigación básica no sería suficiente, resultaría necesario considerar también los *procesos* asociados, para asegurar que no estemos desperdiciando recursos (incluyendo el propio conocimiento), sin descuidar los aspectos de *servicio*, es decir, la perspectiva de los investigadores y demás personas involucradas en la investigación.

Es importante recalcar que la excelencia nunca se deja de perseguir, puesto que el conocimiento técnico, de procesos o de servicios está en permanente evolución, por lo que es importante que los sistemas estén buscando superarse constantemente.

1.2. Los círculos de excelencia en los sistemas de salud

Los sistemas de salud son, probablemente, una de las industrias más complejas que podemos encontrar. Los «clientes» son los pacientes, sus familias y la población en general, que no necesariamente elige participar de nuestro «servicio» (como quien puede elegir si cortarse el pelo o no). Los trabajadores están altamente cualificados, y tienen necesidades y motivaciones particulares. El sistema de pago no es transparente, tanto si el pagador es público como privado, ya que no siempre se cuenta con información fiable de cuánto cuesta proveer el servicio. A su vez, la evolución de las enfermedades y la efectividad de tratamientos son altamente variables y están influenciados por un sinnúmero de factores, y podríamos seguir enumerando elementos que afectan a su complejidad.

Sin embargo, a pesar de la complejidad de los sistemas de salud, también podemos utilizar los círculos de excelencia como marco operativo de mejora. La similitud entre los objetivos de la Triple Meta y los círculos de excelencia son evidentes: una mejor salud para la población sólo se puede entender como el resultado de excelencia en conocimientos médicos y su correcta aplicación (excelencia técnica + excelencia de procesos); un mejor cuidado se consigue a través de centrarse en las personas y en el proceso de entrega (excelencia de procesos + excelencia de servicios); y unos costes más bajos serán el resultado de alcanzar un estado de excelencia superior.

El esquema operativo de los círculos de excelencia amplía la visión de mejoras operativas centradas en la búsqueda de eficiencia, al incluir explícitamente aspectos de la técnica y de servicios que encajan muy bien con la sensibilidad y las motivaciones del sector. Los enfoques tradicionales de la gestión de operaciones han tenido importantes, pero limitadas, repercusiones en la práctica, al encontrar una importante resistencia⁴.

Una ventaja adicional es que la excelencia de servicios obliga a incluir, explícitamente, la perspectiva y el bienestar de quienes los prestan, lo que es de especial relevancia en el sector sanitario (Bodenheimer y Sinsky, 2014). Además, pueden considerarse elementos integrantes de un excelente servicio una serie de objetivos adicionales planteados para el sector sanitario como el acceso, la equidad y el cuidado centrado en el paciente.

Por otra parte, los círculos de excelencia permiten encajar perfectamente las tres líneas principales de mejora en el sector salud: medicina basada en la evidencia (excelencia técnica), mejoras de calidad (excelencia de procesos) y cuidado centrado en el paciente (excelencia de servicios).

³ Aunque suene a trabalenguas, debemos determinar por qué hacemos lo que hacemos de la manera que lo hacemos y descubrir cuál es el elemento indispensable que permite nuestra esencia, aquello que Muñoz-Seca denomina «rojo pasión» (Muñoz-Seca, 2017).

⁴ Un ejemplo de enfoque tradicional de gestión de operaciones aplicado al sector salud es el libro *Hospital Operations: Principles of High Efficiency Health Care* (Hopp y Lovejoy, 2012). Por su parte, el Virginia Mason Medical Center y la Cleveland Clinic son ejemplos exitosos de este tipo de enfoque (Kenny, 2010; Cosgrove, 2014).

En el sector salud no se puede entender la búsqueda de la excelencia sin considerar aspectos normativos y regulatorios. Asimismo, es importante tener en cuenta aspectos culturales y de la esencia de la organización. Las necesidades, los recursos disponibles y las preferencias de todos los actores moldearán la evolución de los sistemas, estableciendo prioridades y tomando las difíciles decisiones que impliquen compromiso entre las tres dimensiones.

Este compromiso entre las tres dimensiones puede ser especialmente importante cuando se intenta conciliar el nivel macro con el micro, tal como ocurría con la Triple Meta. Sin embargo, en sistemas con un gran potencial de mejora, entre los que se encuentra el sector salud, es posible encontrar innumerables oportunidades de avanzar en una, dos, o incluso las tres dimensiones, sin tener que sacrificar ninguna de las demás⁵.

2. Encajando la integración en los círculos de excelencia

La palabra «integrar» deriva del latín *integrare*, que significa renovar, completar, y la Real Academia Española lo define en sus principales acepciones como «Constituir un todo» o «Completar un todo con las partes que faltaban»⁶.

Conseguir sistemas sanitarios integrados se ha convertido en un objetivo en sí mismo, puesto que existe una creencia generalizada que niveles más altos de integración –constituir el todo– ayudarían a conseguir la Triple Meta, mejorando la calidad, permitiendo un cuidado centrado en el paciente y lográndolo a un coste más bajo. Algunos ejemplos que promueven la integración son las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO, 2015), la creación de organizaciones responsables de la salud (ACOs, por sus siglas en inglés) en Estados Unidos (Epstein, 2013) o el King's Fund, que aboga por la integración como una de las herramientas principales para la mejora del National Health Service (NHS) del Reino Unido (Ham y Curry, 2011; Ham *et al.*, 2011)⁷.

2.1. Una pregunta preliminar: ¿por qué tenemos que integrar?

Si los sistemas integrados son mejores, ¿por qué no se encuentran funcionando como una unidad?, ¿por qué tenemos duplicidad y redundancia de recursos?, ¿por qué no existe una comunicación fluida entre atención primaria, hospitalaria y otros proveedores de salud?

Los sistemas de salud actuales son el resultado de dejar desarrollar y evolucionar cada parte sin un diseño explícito que fuerce a actuar como una entidad única. Entender las palancas que han llevado a tener sistemas con estructuras complejas y atomizadas podría ayudar a determinar qué se necesitaría para establecer un sistema coherente donde cada parte ayude a completar el todo.

Una perspectiva histórica puede ayudar a entender por qué los sistemas de salud son tan complejos. En el libro *A Short History of Medicine [Breve historia de la Medicina]* (Ackerknecht, 2016), publicado por primera vez en 1955, se sugiere que la complejidad se debe, primordialmente, a la especialización, la que se necesita justamente para poder abarcar la creciente complejidad del sistema. Esta especialización contribuye a aumentar, aún más la complejidad, en un círculo difícil de detener, que tiene sus comienzos en épocas prehistóricas, puesto que ya en el antiguo Egipto o en el Ayurveda, medicina tradicional de la India, se podían encontrar especialistas (Selin, 2006).

La formación de los médicos ha seguido a lo largo de los años dos lógicas bien diferenciadas: la lógica científica, directamente relacionada con el conocimiento y las tendencias de especialización, y la lógica del cuidado, enfatizando la relación médico-paciente y las necesidades de la comunidad (Dunn y Jones, 2010). La formación en patologías muy especializadas requiere de un volumen de pacientes que sólo se puede conseguir agrupando a la población en centros de referencia, por lo que, dadas las bajas tasas de incidencia, sería imposible conseguir en un entorno comarcal.

⁵ En la frontera de la excelencia, se pueden producir mayores compromisos, y las mejoras sin sacrificios requieren una reinención radical en alguna o todas las dimensiones (del qué hacemos, cómo lo hacemos y por qué lo hacemos).

⁶ <http://dle.rae.es/?id=LqKFoJl> [consultado en octubre de 2016].

⁷ En la sección 3, se abordan las definiciones y clasificaciones existentes de integración en el sector sanitario.

El caso de los hospitales es similar y su razón de ser también responde a las dos lógicas antes mencionadas. Estos centros han pasado de ser lugares para dar alivio a los pobres y moribundos, donde se les proporcionaba comida y cuidados básicos, usualmente fundados y gestionados por órdenes religiosas, a sitios donde se cura y se ponen en práctica los conocimientos médicos más avanzados, agrupados en especializaciones cada vez más limitadas, y con la última tecnología disponible. A su vez, el acceso a las tecnologías de vanguardia también contribuye, generalmente, a la fragmentación del sistema, puesto que sólo asegurando un determinado volumen de pacientes se puede hacer frente a las elevadas inversiones que estas tecnologías conllevan.

Hospitales más pequeños, ubicados fuera de las grandes metrópolis, facilitan el acceso a prestaciones más generalistas, con una lógica más enfocada al cuidado. La posición de estos centros es complicada, puesto que enfrentan el desafío de ofrecer la mejor medicina con recursos tecnológicos y humanos limitados, dado que a las restricciones de inversión se suman las dificultades para atraer y retener el talento de buenos profesionales.

Es muy probable que la tendencia a la especialización y a la introducción de nuevas terapias y tecnologías continúe creciendo con fuerza en los próximos años, siguiendo la lógica del conocimiento. Al mismo tiempo, la lógica del cuidado también ganará terreno, toda vez que las economías progresan y se ven en la necesidad de ofrecer acceso a la salud en todo el territorio, lo que obligará a la creación de centros de atención primaria, servicios sociales y hospitales comarcales o rurales. De esta manera, podemos concluir que diversos tipos de servicios, empleando diferentes tipos de profesionales, necesitan coexistir, y que la coordinación entre ambos es fundamental para conseguir aprovechar todas las ventajas de este sistema mixto minimizando las posibles dificultades.

En el caso de los hospitales de tamaño medio, donde puede evidenciarse un deseo de crecer y conseguir pasar de la lógica del cuidado a la lógica del conocimiento técnico, esta coordinación resulta de crucial importancia. Sin embargo, esto podría no resultar adecuado para el sistema, puesto que el número de centros de alta complejidad y especialización estará naturalmente limitado por el volumen de casos, tal como se ha mencionado.

2.2. Entendiendo la integración desde los círculos de excelencia

La perspectiva histórica ayuda a entender que no podemos esperar tener todos los procedimientos y tecnologías disponibles en todos los centros de atención de salud, pero que es perentorio conseguir que seamos capaces de asegurar que en todo el territorio se practica la mejor medicina disponible. De la misma manera, no debemos descuidar la perspectiva del paciente, asegurando que todos los involucrados en la prestación de los servicios sanitarios lo conozcan tan bien como su médico de cabecera y lo consideren el centro del sistema, facilitando su navegación a través de las diversas partes del sistema.

Sin un diseño explícito que busque la coherencia de estas dos lógicas, será imposible conseguir la excelencia en la tercera de las dimensiones: la de procesos. La mejor manera de hacer las cosas no será necesariamente la misma en sistemas guiados por lógicas diferentes (puesto que no compartirán la misma esencia). Y, peor aún, es muy posible que incluso estos procesos no sean compatibles, generen despilfarro y duplicidades de recursos. Aunar las lógicas de la ciencia y del cuidado requiere de energía y recursos, puesto que son dos perspectivas que están naturalmente en tensión. En este sentido, la excelencia en procesos debe asegurar maneras de hacer coherentes y eficientes, ayudando a establecer la conexión entre salud y cuidado sin aumentar el coste del servicio.

De esta manera, la integración se debe entender como un conjunto de mecanismos que buscan completar el conocimiento que se encuentra fragmentado o incompleto como resultado de la necesaria especialización del sistema. Por ello, disponer de conocimiento íntegro⁸ de las tres dimensiones permite tomar decisiones desde una perspectiva de sistema.

En este sentido, los círculos de excelencia permiten clasificar las iniciativas de integración de acuerdo con el tipo de conocimiento que se busca reconstruir (técnico, de procesos o de servicios) o, si lo que se quiere reconstituir es la unidad o esencia común, facilitan que decisiones tomadas de forma descentralizada estén alineadas en la búsqueda de un mismo objetivo.

⁸ Es importante considerar que disponer de conocimiento íntegro es mucho más que contar con información, puesto que para facilitar el intercambio de información y la toma de decisiones coherentes se necesitan conexiones sociales entre los diferentes actores (Dobrzykowski y Tarafdar, 2015).

3. Integración en el sector de la salud: ¿cómo pueden ayudar los círculos de excelencia?

La integración como paradigma de mejora no es nuevo. De hecho, podemos encontrar publicaciones como revistas académicas de los años noventa dedicadas, de forma especial, a temas relacionados con la integración en el sector sanitario⁹. Sin embargo, no existe una evidencia sólida que permita determinar cuáles son las iniciativas de integración que contribuyen realmente a mejorar los sistemas de salud (Huang *et al.*, 2013).

Posiblemente, gran parte de la falta de evidencia se deba a que no existe una definición común de integración, así como tampoco se dispone de métodos ampliamente aceptados para medir niveles de integración que permitan comparaciones entre sistemas, ni de indicadores específicos de desempeño relevantes para evaluar los resultados.

3.1. ¿Qué se entiende por integración en salud?

La integración en salud se puede entender desde dos enfoques principales: proveer un mejor servicio desde el punto de vista del paciente o conseguir mejorar la eficiencia del sistema.

La OMS encabeza el primer enfoque, y promueve la creación de sistemas de salud integrados¹⁰ centrados en satisfacer las necesidades de la población en el transcurso de sus vidas mediante un continuo de servicios. Esta visión centrada en el paciente obliga a la coordinación y el alineamiento de las diversas partes que componen el sistema de salud, por lo que debemos entender por integración todo aquello que promueva el continuo de servicios.

El segundo enfoque, esto es, la integración en salud entendida como una oportunidad de mejorar la eficiencia, se basa en los beneficios de economías de escala y las oportunidades para reducir la redundancia de recursos que se podrían conseguir con la propiedad compartida o las alianzas estratégicas. Además, al contar con volúmenes mayores de pacientes se facilitarían el desarrollo de capacidades de innovación (Robinson y Casalino, 1996).

Ambos enfoques, el centrado en el paciente y el centrado en la eficiencia, no permiten comparar resultados de las intervenciones realizados con uno u otro propósito. Más aún, si las economías de escala son el principal mecanismo para conseguir eficiencia, entraríamos en conflicto con el enfoque centrado en el paciente, puesto que agrupar el volumen está en el centro de la lógica científica que lleva a la especialización y la fragmentación del sistema.

En el esquema de los círculos de excelencia podemos encajar el enfoque de la OMS casi exclusivamente en la excelencia de servicios, mientras que el enfoque de eficiencia se puede encajar casi exclusivamente en la excelencia de procesos. El hacer mejor medicina (excelencia técnica) no aparece explícitamente en ninguno de los dos enfoques. Nuestra definición de integración es más rica y permite acomodar éstos y otros enfoques, incluidos aquellos que buscan mejorar en más de una dimensión.

3.2. Algunas clasificaciones existentes

La clasificación más común de integración está basada en el tipo de instituciones cuya intervención se está intentando coordinar y se separa en dos grupos: horizontal, que engloba intervenciones que buscan conectar servicios sanitarios con servicios sociales y otros proveedores de cuidado, y vertical, que aglutina

⁹ Por ejemplo, *Journal of Integrated Care* e *International Journal of Integrated Care*.

¹⁰ «Los países recibirán apoyo mediante el suministro de servicios de salud integrados, que abarcarán la vigilancia de enfermedades, la gestión y prestación de servicios de salud de calidad y seguros, de modo que las personas se beneficien constantemente de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos en los diferentes niveles y lugares de atención del sistema de salud, y según sean sus necesidades en el curso de la vida», OMS, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/health-systems-ebola/es/>, último acceso junio de 2017.

intervenciones que buscan conectar los distintos niveles de los servicios sanitarios (primaria, comunitaria, hospitales regionales y hospitales terciarios) (Leutz, 1999).

Esta clasificación sólo permite clasificar un reducido número de intervenciones, puesto que habrá muchas que no pertenezcan a ninguna de las dos categorías, como podrían ser las alianzas entre hospitales de similar tamaño, que son justamente las que motivan este trabajo.

Otra clasificación tradicional es la que considera el «nivel» en el cual se genera la conexión, diferenciando tres categorías: macro, meso y micro. En la **Tabla 1** se presenta la descripción de cada nivel y algunos mecanismos utilizados para generar estas conexiones (Ham y Curry, 2001). Cada nivel es muy amplio y podemos encontrar iniciativas con actores y objetivos muy diversos dentro del mismo nivel, dificultando utilizar esta clasificación como la variable dependiente en modelos que intenten descubrir los componentes claves de las intervenciones exitosas.

Tabla 1
Niveles de integración, estrategias operativas y herramientas

| Nivel | Foco principal | Estrategias operativas | Posibles herramientas |
|-------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Macro | Estructura y autonomía | Marco legal/regulatorio, sistema de pago, sistema de aseguradoras | ACOs, capitación, pago por servicio |
| Meso | Sinergias administrativas y organizacionales | Redes de proveedores, fusiones, compartir infraestructura y/o tecnología | Sistemas de información compartidos, externalización de servicios auxiliares y anexos |
| Micro | Entrega del servicio | Servicios médicos compartidos, gestión de casos | Unidades de gestión clínica, guías clínicas |

Fuente: elaboración propia.

La tipología presentada en Fulop *at al.* (2005) expande la clasificación anterior de integración a cinco categorías: sistémica, normativa, organizativa, administrativa y clínica, y supone un avance en la dirección correcta, puesto que no sólo considera el nivel, sino también el ámbito en el que se produce la conexión. Sin embargo, esta clasificación tampoco da pistas sobre el propósito concreto de la iniciativa, por lo que sigue siendo de escasa ayuda utilizarla para comparar resultados¹¹.

Desde nuestro punto de vista, una clasificación tendría que considerar tanto el tipo de conexión como la dimensión en la que queremos generar mejoras y el tipo de brecha de conocimiento que estamos intentando cerrar. De esta manera, podrían darse las condiciones necesarias para comparar el impacto de diferentes iniciativas.

3.3. Medición de la integración de un sistema

Poder medir cuán integrado está un sistema sanitario es fundamental para comenzar a medir cuál es el efecto en los resultados de iniciativas de integración. Para ello, tendríamos que articular una unidad de medida que permitiera comparar el antes y el después en el grado de integración para evaluar el impacto de la misma en cualquier indicador de desempeño. Adicionalmente, el patrón de medida de integración debería ser suficientemente general y robusto como para permitir comparaciones entre sistemas.

Leutz propone medir la integración utilizando una escala de tres niveles de acuerdo con la centralización de la toma de decisiones (Leutz, 1999). El primer nivel de *enlaces* definiría mecanismos que permiten la coordinación en la entrega de servicios a población específica, que necesita especial coordinación de las

¹¹ Kodner propone una clasificación de cuatro categorías que comparte las falencias de la tipología de Fulop: integración funcional (para actividades y funciones de apoyo), integración organizacional (creación de redes de proveedores, fusiones y sistemas de contratos), integración profesional (grupos de médicos, trabajo conjunto), e integración clínica (proveedores de servicio) (Kodner, 2009).

diferentes estructuras que componen el sistema, como sería el caso de los pacientes crónicos. El segundo nivel, de *coordinación*, para sistemas que comparten capacidad instalada o estructura, con gestión conjunta orientada a conseguir beneficios, como podrían ser los servicios compartidos entre hospitales. Por último, el tercer nivel, la *integración total*, para sistemas donde existe un único tomador de decisiones para gestionar todos los recursos y estructuras.

Sin embargo, esta manera de medir la integración es insuficiente si nos enfocamos en iniciativas dentro de una misma categoría. Por ello, se han propuesto escalas ampliadas con seis o más categorías definidas de manera arbitraria, que intentan capturar la idea de que el grado de integración es un continuo (por ejemplo, Ahgren y Axelsson, 2005; Heath *et al.*, 2013). Para definir el nivel de integración utilizando este tipo de escala se han empleado encuestas que recogen la opinión subjetiva de los que participan del servicio —pacientes, médicos, cuidadores, familias, etc.—, lo cual resulta caro, poco escalable y puede ocasionar sesgos al vivir en el paradigma de que «integrado es mejor».

Por otra parte, no está del todo claro que los niveles de *enlace* se correspondan necesariamente con un nivel menor de integración que niveles de *coordinación*, sino que más bien se corresponden con dimensiones diferentes, donde los enlaces serían conexiones con el foco puesto en el paciente, mientras que en las coordinaciones el foco se centra en el uso y la organización de recursos compartidos.

El objetivo último de la integración, si nos remitimos a su definición recogida en el diccionario, es tener un sistema que tome decisiones y funcione como si fuese una única entidad. Un sistema integrado tendría que funcionar como las neuronas, que pueden comunicarse con rapidez, precisión y a distancia entre ellas o con otro tipo de células¹².

Pero no interesa que todo esté conectado con todo. Lo importante es que existan mecanismos que restituyan aquello que se pierde con la especialización, es decir, que eliminen las brechas de conocimiento y que permitan que la toma de decisiones, aunque descentralizada, sea coherente con la perspectiva de un sistema con *integración total*. El conocimiento técnico, de procesos, de servicios, así como el conocimiento de la esencia del sistema, tiene que ser íntegro, en el sentido de que se pueda reconstituir en cualquiera de sus partes. Tal como sucede en el caso de las neuronas, la mejor estructura de conexiones y las funciones de cada una de estas células tendría que ser dinámica para adaptarse a las necesidades particulares del contexto.

La idea sería construir un grafo que incluya las diferentes conexiones del sistema, incorporando nodos para representar conexiones de *coordinación* que incluiría los recursos y decisiones compartidas, y arcos para los *enlaces* donde la conexión se realiza a través del paciente que interactúa con diferentes partes del sistema (siguiendo las definiciones de Leutz). Por su parte, la intensidad de la conexión sería el porcentaje de los recursos controlados a través de nodos y el porcentaje de la actividad que atraviesa los arcos. La intensidad de las conexiones no sería en sí misma un objetivo a controlar, pero serviría de variable dependiente a la hora de evaluar cambios de estructura en un sistema.

Por ello, proponemos utilizar los círculos de excelencia para caracterizar los tipos de conexión, de manera que tendríamos conexiones para mejorar la excelencia técnica, de procesos o de servicios (tanto de coordinación como de enlace). Además, para medir la calidad de las conexiones se podrían medir los efectos en los círculos de excelencia de la desintegración, controlando el *despilfarro* o *muda*¹³ que se genera como resultado de la segregación: mientras menos *muda* haya, más beneficiosa será la integración. La **Tabla 2** provee una lista de posibles indicadores del tipo y calidad de las conexiones a través de la identificación del despilfarro.

¹² La analogía con el funcionamiento neuronal es sorprendentemente potente. En las neuronas se observa una tensión entre segregación (especialización) e integración. Además, la función de una neurona no sólo depende de la estructura sináptica y neurotransmisora, sino de su «esencia» o propiedades electrofisiológicas intrínsecas.

¹³ El concepto de «muda», introducido por Taiichi Ohno en Toyota, se describe en su libro *El Sistema de Producción de Toyota* (SPT) (Ohno, 1988). Ohno identifica siete fuentes de despilfarro a evitar para mejorar un sistema: sobreproducción, defectos, transporte, movimientos, espera, procesamiento inapropiado e inventario. Una evolución del SPT es el movimiento *Lean* (se sugiere como referencia, *This is Lean* (Modig y Ahlstrom, 2012)).

Tabla 2
Posibles indicadores del tipo y calidad de una conexión

| Muda | Principales dimensiones de excelencia | Posibles indicadores (KPIs) |
|------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Conocimiento técnico parcial o incompleto | 1. Técnico 2. Servicio | Variabilidad decisiones clínicas Calidad de empleados (horas de formación en el puesto de trabajo, facilidad llenar vacantes, promedio MIR) Sesiones clínicas (número y estructura) # de segundas opiniones # interconsultas |
| Conocimiento del paciente parcial o incompleto | 1. Servicio 2. Técnico | # Historias Médicas (% de historia compartida accesible) Índice de continuidad asistencial Gestión de casos |
| Falta de coordinación de procesos | 1. Proceso 2. Servicio | Duplicación de pruebas Duplicación de actividades Adherencia a protocolos (tanto de tratamiento como de prevención o <i>screening</i>) Infecciones intrahospitalarias Errores de medicación Caídas |
| Tiempo (viajes y esperas) | 1. Servicio 2. Proceso | # Puntos de contacto Distancia de viaje Tiempo de espera Retrasos en traslados |
| Uso inapropiado de recursos | 1. Servicio 2. Proceso | Utilización de la capacidad Tiempo medio de ingreso Visitas sin valor añadido (por ejemplo, sin resultado de pruebas) Complejidad de recursos inadecuada Productividad Días de ingreso en el último año de vida |
| Errores o retrasos en la toma de decisiones | 1. Servicio 2. Técnico | Tiempo transcurrido hasta el diagnóstico Errores de diagnóstico Tiempo de espera para la visita al especialista |
| Objetivos no alineados o parciales | 1. Servicio 2. Técnico | Readmisiones a los treinta días Ingresos de pacientes crónicos Ingresos desde Urgencias |

Fuente: elaboración propia.

Algunos indicadores se podrían usar para más de alguna categoría de muda y hay muchos despilfarros que están relacionados (como pasa con la versión original). Por ejemplo, hay evidencias de que la excelencia en el servicio está relacionada con las relaciones entre proveedores, incluyendo mecanismos de coordinación, tanto intra como interorganizacionales (Gittel, 2002; Gittel y Weiss, 2004).

Controlar los despilfarros generados por la segregación en los diferentes círculos de excelencia proporciona indicadores directamente afectados por las conexiones y la intensidad de éstas. Utilizaremos los estudios de casos para intentar ilustrar cómo se podría implementar esta propuesta de caracterización y medición de la integración en los sistemas de salud.

3.4. Evaluación de los resultados de la integración

Aún sin poder definir ni medir la variable dependiente –el nivel de integración–, en la práctica se han intentado medir los efectos en indicadores de desempeños donde se esperaba ver un cambio producto de la intervención. Estos indicadores de desempeño habitualmente se definen de manera *ad hoc* y están condicionados por la idea *a priori* de que la integración puede mejorar la calidad, los costes o la satisfacción del paciente.

El coste es la variable independiente que, en principio, debería poder medirse con mayor facilidad. Sin embargo, en sistemas interconectados como el sanitario, no está claro que una reducción de coste sea buena en sí misma. Si la reducción de costes lleva peores procesos, peor calidad o peor servicio, no está claro que sea un objetivo a perseguir como tampoco lo está que si consideramos todo el sistema logremos, efectivamente, una reducción de costes. Ésta debe ser la consecuencia de hacer las cosas mejor.

Una manera de intentar asegurar que las reducciones de costes no afecten a las demás dimensiones es utilizar como variable independiente el *valor*. El concepto de valor fue introducido en el sector sanitario por Porter, y se basa en la idea de enfocarnos en intervenciones que sean coste-eficientes (Porter, 2010). Las intervenciones coste-eficientes serían aquellas que consiguen mejores resultados con el mismo coste o que consiguen reducir costes entregando los mismos resultados, donde la evaluación de resultados considera el enfoque «lo que el paciente prefiere».

Sin embargo, la evaluación de lo que el paciente considera mejor no es fácil, si bien resulta necesaria si queremos utilizar el concepto de valor o si deseamos usar uno centrado en el paciente, tal como aboga la OMS. En este sentido, existen avances en la medición de la calidad desde el punto de vista del paciente, especialmente en el caso de los crónicos (Walker *et al.*, 2016), que son los más vulnerables y requieren equipos multidisciplinares, por lo que serían los más beneficiados de un enfoque integrado centrado en el paciente (Kodner y Spreewenbergh, 2002).

En todo caso, sin una herramienta común para medir las preferencias de los pacientes, será difícil comparar los resultados de diferentes iniciativas, y, por otra parte, la evaluación del coste será generalmente será mucho más fácil que la que realiza el paciente respecto del servicio, por lo que nos arriesgamos a terminar utilizando *proxys* de lo que el paciente prefiere (por ejemplo, lo que el médico cree que el paciente prefiere) o sólo una de las dimensiones que componen el valor.

Para evaluar la calidad, también encontramos una variedad de indicadores relacionados tanto con el proceso como con los resultados de salud. Entre los más utilizados se encuentran las readmisiones a los treinta días, errores médicos, intensidad en el uso de recursos (visitas a Urgencias, días de ingreso promedio, visitas a especialista), y la intensidad de los planes de prevención y chequeo de ciertos tipos de cáncer para los que existe un protocolo (Huang *et al.*, 2013; Carlin *et al.*, 2015).

Podemos ver que algunos de los indicadores aquí presentados son comunes a los que proponemos utilizar para definir el despilfarro ocasionado por la integración. Es importante ser cuidadosos a la hora de elegir indicadores en la dimensión del objetivo principal (lo que se va a modificar), que estén directamente relacionados con la intervención. En caso contrario, corremos el riesgo de no observar cambios como resultado de la variabilidad natural que encontramos en todo sistema.

Por ejemplo, si la iniciativa de integración es de procesos, tenemos que usar indicadores de proceso para evaluar el impacto, como puede ser la adherencia a un protocolo. Aunque tengamos la evidencia de que utilizar el protocolo mejora los resultados de salud, esa evidencia se ha generado en las condiciones controladas de un ensayo clínico que difícilmente tendremos en la práctica. En este caso, sería suficiente mostrar mejora en la adherencia al protocolo porque existiría una *cadena causal* que permite asegurar resultados de salud (Glasziou *et al.*, 2011). En este sentido, los círculos de excelencia ayudan a encontrar indicadores relevantes y a idear cadenas causales que permitan llevar a cabo una correcta evaluación de las iniciativas de integración.

3.5. ¿Podemos esperar encontrar resultados?

En el estado actual, no es esperable encontrar resultados atribuibles a iniciativas de integración. No hay control de la variable dependiente (porque no la hemos definido ni medido) ni hay claridad en los indicadores de desempeño que se deben usar.

Sin embargo, nos sorprende que, considerando una gama amplia de intervenciones, no se haya encontrado evidencia alguna de reducción de costes tras la implementación de iniciativas de integración (Huang *et al.*, 2013; Martínez-González *et al.*, 2014).

Si nos enfocamos en las iniciativas de creación de redes y consolidación de servicios a través de fusiones, en Estados Unidos se ha demostrado que el impacto en eficiencia y calidad es débil, sin evidencia de que se mejore el coste, mientras que sí se observa, con un alto grado de evidencia, un aumento de los precios de las prestaciones (Burns y Pauly, 2002; Vogt, 2009; Summer, 2010; Goldsmith *et al.*, 2015).

Por su parte, una fusión no ayuda necesariamente a generar conexiones en el sentido de toma de decisiones conjuntas ni a avanzar en la eliminación de los despilfarros generados por la segregación. Por ejemplo, si se decide que dos instituciones comparten presupuesto se podría decidir conjuntamente cómo repartir ese presupuesto y, de ahí en adelante, funcionar de manera independiente. El nivel de integración de un sistema operando de esta manera es prácticamente el mismo que el del sistema original, por lo que nada podríamos concluir sobre el impacto de la integración.

Sin embargo, si restringimos la evaluación a pacientes crónicos, es más probable encontrar resultados. En el caso de estos pacientes, hay indicadores específicos establecidos en protocolos estandarizados para los que existen evidencias de mejores resultados de salud (McCarthy *et al.*, 2009), que pueden servir de *cadena causal* para evaluar el impacto de las intervenciones. Por otra parte, el cuidado de los pacientes crónicos supone prácticamente la mitad del gasto sanitario (Conway *et al.*, 2011), por lo que será más fácil observar el impacto de los cambios en el sistema.

4. Integración en Cataluña: iniciativas de colaboración entre hospitales

En colaboración con el CSC, hemos seleccionado cuatro casos de estudio para caracterizar las iniciativas de integración exitosas entre hospitales en el territorio y proponer una metodología que permita fomentar este tipo de conexiones.

A través de entrevistas semiestructuradas de una hora de duración con el responsable de la creación de la iniciativa en cada caso, se exploraron las motivaciones y características que permitieron el establecimiento de conexiones más o menos espontáneas. Asimismo, se exploraron las barreras existentes y las maneras formales e informales empleadas para evaluar los resultados de los programas.

4.1. Pediatría dels Pirineus: promoviendo la excelencia técnica en una comarca aislada

Esta iniciativa nació en 2009 debido a la necesidad del territorio de Alt Urgell para atraer y retener profesionales de calidad, y comprometidos con la comunidad. Se gestó por actuación directa del alcalde, que estaba sufriendo una crisis en el ayuntamiento y manifestaciones por la mala calidad del servicio de pediatría.

Se trata de una cooperativa profesional sin fines de lucro que gestiona toda la atención pediátrica primaria y hospitalaria en la comarca. Es una colaboración de la Fundació Sant Hospital de La Seu d'Urgell, el Institut Català de la Salut (gestión de la atención primaria) y el Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) (hospital terciario ubicado en Esplugues de Llobregat, a más de doscientos kilómetros de la comarca), además de los profesionales que —a título personal— integran la cooperativa. Actualmente, participan seis médicos y tres enfermeras, y están pensando en ampliar los servicios para incluir la unidad materno-infantil (ginecología/obstetricia y matrones).

Toda la actividad de atención primaria y hospitalaria de la comarca está contratada por la aseguradora pública CatSalut a la cooperativa, con contratos de un año de duración. La cooperativa tiene libertad de gestión y se beneficia del acceso a la formación en uno de los mejores hospitales pediátricos del país. La participación del HSJD asegura acceso preferente y continuidad asistencial a los pacientes de la comarca que deben ser derivados a especialistas, asegurando que los pacientes de Pediatría dels Pirineus tengan acceso a la misma calidad y tecnología de los pacientes del HSJD.

El tamaño de la cooperativa, con seis médicos y tres enfermeras, permite tener suficiente flexibilidad para acomodar las diferentes guardias y la formación continua en el HSJD.

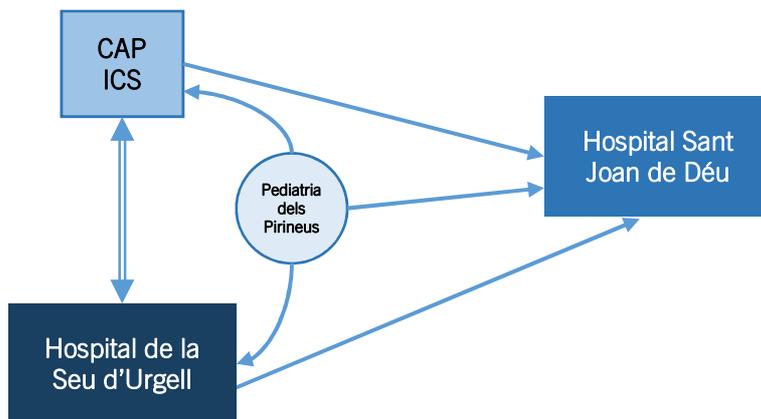
La cooperativa mantiene una página web de comunicación con la comunidad, donde se publican los horarios y lugares de atención, así como el resto de las actividades desarrolladas por la cooperativa (como charlas y una escuela de padres). La web incluye un consultorio virtual para los pacientes de la cooperativa donde médicos y enfermeras contestan consultas en 48 horas¹⁴.

En nuestro esquema de integración, Pediatría dels Pirineus sería un nodo entre el ICS, el HSJD y la fundación gestora del Hospital de la Seu d'Urgell, y existirían arcos de enlace entre los centros de atención primaria, el Hospital de la Seu d'Urgell y el HSJD. Todos los recursos pediátricos del ICS y del Hospital de la Seu d'Urgell se gestionan a través de este nodo (que representa una fracción mucho menor de la que suponen los recursos del HSJD). Los enlaces con el HSJD se han intensificado y se han eliminado los que había a otros centros terciarios de referencia. Además, se han disminuido los flujos entre arcos y se ha creado un enlace virtual con el consultorio *online* que permite reducir el uso de recursos y mejora el conocimiento que tiene el nodo de los pacientes que gestiona (véase la **Figura 3**).

Aunque no existe una evaluación sistemática de los resultados de esta integración, se aprecia una satisfacción de los participantes reflejada en la estabilidad del proyecto, la continuidad de la compra de la actividad por parte de CatSalut y la paz social alcanzada en la comarca. En cuanto a la calidad de la atención, el proyecto de alta precoz después del parto ha sido reconocido a nivel regional (en colaboración con el equipo de Obstetricia del Hospital de la Seu D'Urgell). Por otra parte, se ha facilitado la contratación de profesionales por el atractivo que presenta el proyecto para el desarrollo profesional.

Figura 3

Integración en el servicio de Pediatría Alt Urgell



Fuente: elaboración propia.

4.2. Hospital General de Granollers: mejorando el atractivo mediante la creación de servicios conjuntos

El Hospital General de Granollers es un hospital universitario de 295 camas ubicado en Granollers, a 20 kilómetros de Barcelona. Tiene una larga historia de colaboraciones intra e intersectorial. En el ámbito asistencial, se han establecido alianzas de servicios médicos compartidos entre este hospital y otros dos hospitales más pequeños: Mollet, con 160 camas, y Sant Celoni, con 47, que se encuentran a no más de 35 kilómetros de distancia. El número de servicios compartidos por los tres hospitales actualmente es de siete, y existen otros cinco compartidos entre el Hospital General de Granollers y el de Sant Celoni.

¹⁴ Premio Euroregió Pirineus Mediterrània en la VI edición de las Jornades R+D+I TIC Salut i Social, celebrado en Vic (Barcelona) en septiembre de 2016.

Los pacientes pertenecen a cada uno de los hospitales, donde se mantiene actualizada su información médica, puesto que los centros no cuentan con un sistema de historias clínicas compartidas. Los médicos están contratados por alguno de los hospitales pertenecientes a la alianza, pero son organizados centralmente por el jefe de servicio. La cercanía de los hospitales permite que los médicos se desplacen a cualquiera de los tres centros donde se realiza actividad.

Las alianzas se encuentran limitadas a especialidades no quirúrgicas, facilitando la coordinación de las agendas de los médicos, puesto que no se necesita visitar a los pacientes cada día, lo cual, a su vez, facilita la continuidad en el cuidado, ya que se intenta que cada paciente visite siempre al mismo médico.

Las sesiones clínicas compartidas promueven la homogeneización de procedimientos y procesos, y facilitan la coordinación de la atención de pacientes que necesitan ser derivados a un centro de mayor complejidad (generalmente, desde el Hospital de Sant Celoni al de Granollers).

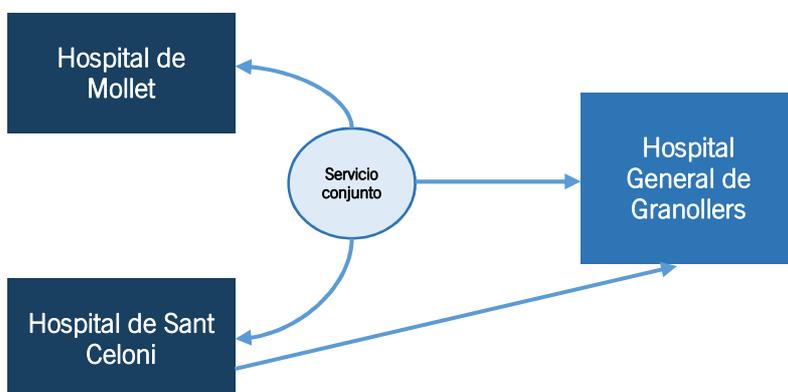
La participación de los médicos de los servicios compartidos ha sido voluntaria y se consideran exitosas las experiencias en las cuales todos los médicos del servicio de los hospitales involucrados se han adherido al proyecto.

En nuestro esquema de integración, los servicios compartidos serían nodos entre los hospitales participantes. La existencia de estos nodos limita las conexiones entre centros a aquellas situaciones en las que, por tecnología, es indispensable el desplazamiento del paciente (arcos entre centros). La calidad de estos arcos se ve fortalecida por el conocimiento común del paciente, lo que facilita la continuidad del cuidado (véase la **Figura 4**).

La necesidad de atraer y retener talento, promoviendo la creación de nuevo conocimiento, es uno de los pilares estratégicos de la dirección del Hospital General de Granollers, y los servicios médicos compartidos han ayudado en la tarea, dado que permiten ofrecer un mayor volumen de pacientes y puestos de trabajo más atractivos que si se trabajara de manera aislada.

Figura 4

Esquema de servicio compartido: Granollers, Mollet y Sant Celoni



Fuente: elaboración propia.

4.3. Consorci Hospitalari de Vic (CHV): mejorando el conocimiento a través de una alianza con un hospital terciario de referencia

El Hospital de Vic es un hospital universitario con una población de referencia de 160.000 personas. El volumen de pacientes ha demostrado ser insuficiente para asegurar la excelencia en especializaciones y procedimientos complejos desde una perspectiva tanto epidemiológica como financiera. Una alianza virtual con los hospitales de Campdevàrol y Olot, localizados en los vértices de un triángulo equilátero de 40 kilómetros de lado, ha permitido alcanzar una población de un cuarto de millón de personas, lo cual ha facilitado la incorporación de tecnología y la simplificación de labores de soporte tales como Compras, IT y Recursos Humanos, que son

contratadas a una empresa externa propiedad de los hospitales participantes de la alianza que se ha llegado a conocer como la «alianza del triángulo».

La alianza del triángulo ha permitido la creación de servicios conjuntos. Para evitar la resistencia, se comenzó con especialidades que no se ofrecían en los hospitales de Campdevàrol y Olot. Los servicios conjuntos mejoran el atractivo de los puestos de trabajo y el mayor volumen de pacientes y médicos facilita la asignación de recursos, mejorando a su vez el acceso de la población, puesto que son los médicos los que se movilizan a los diferentes hospitales de la alianza asegurando consistencia de protocolos y conocimientos.

Esta alianza del triángulo consistiría en nodos representando los servicios conjuntos, y un nodo especial para la empresa que gestiona servicios auxiliares y que promueve alineación de intereses económicos y financieros.

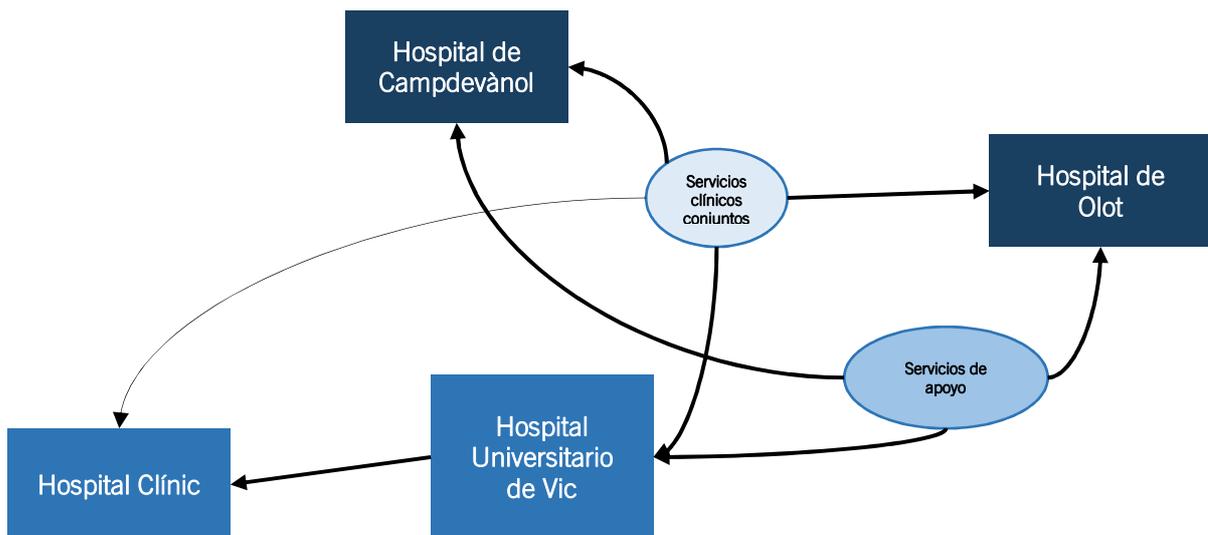
A pesar del mayor volumen de pacientes alcanzado con la alianza, en muchas ocasiones, la complejidad y especialización de los procedimientos obligan a la derivación de pacientes a centros de mayor complejidad. En estos casos, surgen dificultades para asegurar la calidad de los arcos entre los hospitales de la alianza y los centros a los que se derivan pacientes.

El Hospital Universitari de Vic ha impulsado una colaboración con el Hospital Clínic de Barcelona, ubicado a unos 80 kilómetros, para intentar que los arcos de comunicación Vic-Barcelona sean de la mejor calidad posible y se asegure la máxima calidad asistencial a los pacientes tratados en uno y otro centro. Han conseguido tener sesiones clínicas conjuntas utilizando videoconferencias e incluso médicos participando activamente de las actividades de los institutos del Hospital Clínic¹⁵. De esta manera, el médico tratante puede incluso desplazarse y acompañar al paciente a alguna intervención o procedimiento que se deba realizar en el Clínic, y tener información de primera mano del protocolo de actuación y seguimiento (véase la **Figura 5** para ver el esquema de integración).

Una dificultad adicional es que, administrativamente, los pacientes de Olot y Campdevàrol pertenecen a una división territorial diferente, y deben ser derivados a Gerona, aunque si consideramos la facilidad de desplazamiento desde la perspectiva de los pacientes, parecería razonable que tuvieran el mismo centro de referencia que los de Vic en Barcelona. Además, si el esfuerzo por generar una «carretera del conocimiento» entre el hospital de Vic y el Clínic no se aprovecha para todos los pacientes de la alianza del triángulo, pueden generarse dificultades para el buen funcionamiento interno.

Figura 5

Alianza del triángulo y colaboración del Hospital Universitari de Vic con el Hospital Clínic



Fuente: elaboración propia.

¹⁵ Los Institutos en el Hospital Clínic son divisiones administrativas que gestionan los diferentes servicios del hospital.

4.4. Consorci Sanitari de Terrassa (CTS): mejorando el acceso a terapias y procedimientos complejos intensivos en capital en hospitales generales de tamaño medio

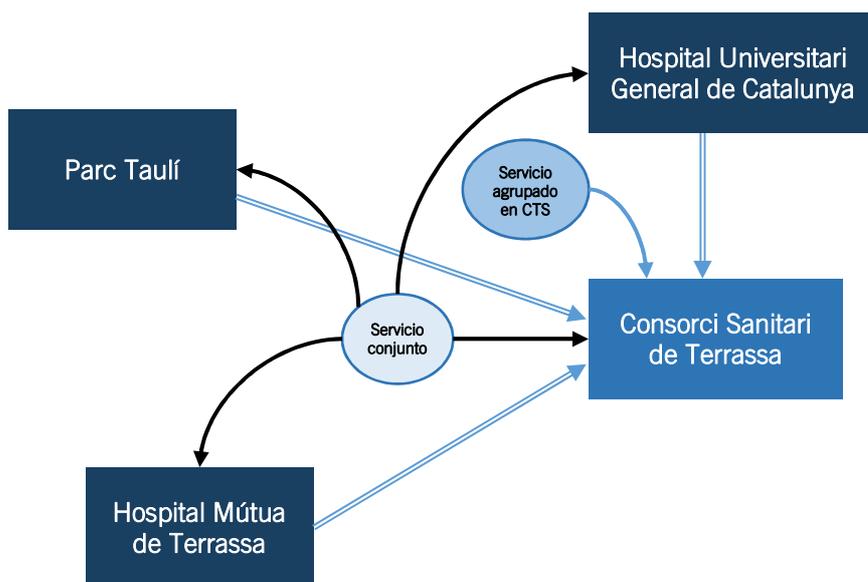
Se han establecido diferentes tipos de colaboración entre cuatro hospitales generales de tamaño medio, ubicados en un área geográfica con no más de 20 kilómetros de distancia entre sí, que dan servicio a unas 800.000 personas. El objetivo de las colaboraciones es mejorar la calidad del trabajo asistencial, así como permitir ampliar el tipo de investigación e innovación que cada entidad podría desarrollar por separado.

La forma más simple de colaboración consiste en guardias de llamada compartidas, donde el profesional se desplaza al centro donde se necesiten los servicios. También existen servicios gestionados de manera conjunta, donde no sólo se programan las guardias de llamada, sino toda la actividad, de manera que son los profesionales los que visitan a los pacientes en sus centros de origen, promoviéndose de este modo la continuidad asistencial y la integridad de la información.

En nuestro esquema de integración —las colaboraciones de CST—, los servicios médicos conjuntos son nodos y los servicios específicos son arcos que se han concentrado en alguno de los centros participantes (véase la **Figura 6**).

Figura 6

Ejemplo de colaboraciones entre centros del Vallés Occidental



Fuente: elaboración propia.

El sistema de pagos y flujos de dinero es tal vez el desafío más importante de solventar para conseguir hacer funcionar el siguiente nivel de colaboración, donde es un único centro el que mantiene la tecnología necesaria para realizar procedimientos especializados, y tanto pacientes como profesionales se desplazan para utilizar las instalaciones. Éste es el caso de cirugía oftalmológica o radiología intervencionista.

La cantidad y el precio de la actividad contratada a cada hospital dependen de la población de referencia y de la complejidad del centro, la cual queda determinada a partir del tipo de procedimientos realizados y de la tecnología disponible. Concentrar la infraestructura en un único hospital facilita la financiación y, además, ayuda a conseguir los volúmenes de pacientes necesarios para acreditaciones, como es el caso de la radioterapia.

El CST y Parc Taulí comparten la misma estructura de propiedad (con un 60% pública), mientras que Mútua de Terrassa y el Hospital Universitari General de Catalunya son privados, con una importante parte de la actividad contratada por CatSalut.

Otro importante desafío es el hecho de que los profesionales se adapten a la manera de trabajar y a las diversas culturas de los hospitales participantes en las colaboraciones. Esto es crucial, puesto que muchos de los servicios y actividades desarrollados de manera conjunta requieren de la participación de otras áreas del hospital y todos se deben sentir parte del mismo equipo.

En el CST, se siguen los indicadores de calidad disponibles, pero no se utilizan indicadores específicos para evaluar el desempeño de las iniciativas de colaboración.

5. Integración: lecciones extraídas de los casos de estudio

El análisis de la literatura y de los casos de estudio permite concretar algunas ideas lo suficientemente generales como para poder servir de guía y ayudar a concebir colaboraciones exitosas entre hospitales, y no sólo en el contexto catalán. Estas ideas se estructuran en una secuencia de cinco pasos que ayudarán a la exitosa gestión del cambio.

5.1. Partir de un problema concreto y real

Es necesario tener buenos motivos para forzarnos a salir de nuestra zona de confort. Si lo que tenemos por delante es un problema concreto y urgente –incluso mejor si es una crisis–, esto ayudará a obligarnos a hacer las cosas de manera diferente.

En el caso de Pediatría dels Pirineus, fue la crisis social, con manifestaciones frente a la casa del alcalde incluidas y movilización de la población demandando mejor atención pediátrica, lo que obligó a pensar en maneras diferentes de funcionar. En el caso del Hospital General de Granollers, la necesidad de contratar buenos profesionales obligó a pensar en juntar fuerzas y crear servicios conjuntos.

A la hora de elaborar el caso que justifique el cambio, es útil construir una narrativa que personalice los problemas de la manera actual de funcionar. Un buen ejemplo que ayuda a mantener la perspectiva del paciente es el de la señora Smith navegando por los servicios sanitarios y sociales en Torbay (Thistlethwaite, 2011). Las narrativas pueden usar la perspectiva de cualquiera de las partes involucradas en el proceso, por ejemplo, pacientes, médicos o enfermeras, y serán más conmovedoras que las estadísticas o los números para transmitir la sensación de importancia y urgencia.

5.2. Enmarcar la intervención y definir métricas de desempeño

Tener un marco adecuado ayudará a poner la atención donde tiene que estar. Para ello, es necesario definir qué es lo que se quiere mejorar (técnica, proceso o servicio) y qué tipo de estructura se utilizará (nodo para recursos compartidos o fortalecimiento de arcos para mejorar la calidad de la conexión).

En los cuatro casos de estudio, el foco principal estaba puesto en mejorar el conocimiento técnico, incluyendo la infraestructura tecnológica. Pediatría dels Pirineus y el Hospital General de Granollers tenían como objetivos atraer y retener talento generando nodos de recurso conjuntos, mientras que en el CTS y el Hospital de Vic el foco estaba más centrado en compartir tecnología y conocimiento, fortaleciendo arcos entre centros.

Existe la convicción de que comenzar por mejorar la excelencia técnica, con el foco puesto en el conocimiento y en conseguir practicar mejor medicina, ayudará a minimizar la resistencia de los profesionales involucrados, ya que, en general, utilizar la lógica de mejoras en eficiencia o procesos provoca el temor de encontrar una mayor resistencia y animadversión.

En todos los casos estudiados, las colaboraciones contribuyeron a obtener mejores procesos, mayor flexibilidad en la asignación de recursos debido al mayor volumen de pacientes y una sensación general de estar avanzando en la Triple Meta (mejor servicio, mejores procesos y mejor salud). Sin embargo,

ninguna de las iniciativas estudiadas cuenta con indicadores específicos para evaluar el impacto de la creación de nodos o de la mejora de los arcos y, en el mejor de los casos, se evaluaba con indicadores indirectos y difíciles de cuantificar como puede ser la facilidad para cubrir plazas vacantes¹⁶.

5.3. Definir al líder y crear un equipo con un propósito

Cada iniciativa necesita un líder que gestione los sentimientos asociados con la pérdida de control y pertenencia que pueden generar las iniciativas de colaboración y el cambio. Este líder debe descubrir las motivaciones de todos los involucrados en el proceso para destacar los elementos que encajarán mejor en el equipo.

En los casos de estudio, las motivaciones financieras no eran la dimensión más importante para los profesionales involucrados. El aprender y practicar mejor medicina fueron utilizados como fuentes de motivación muy potentes en el contexto sanitario (motivación intrínseca y trascendental) (Pérez-López, 1991) para conseguir el involucramiento del equipo.

Las iniciativas de integración involucrarán, muy probablemente, a personas con diferentes capacidades y entrenamiento, y de diversas instituciones. Estas diferencias serán barreras naturales que se deberán superar para conseguir un equipo efectivo donde los participantes se sientan psicológicamente seguros a la vez que responsables de sus acciones e interacciones (Edmondson, 2012). Por tanto, será necesario asegurar la confianza, la comunicación y el respeto mutuo (San Martín-Rodríguez, 2005; Danaher, 2011).

5.4. Imaginar una nueva manera de trabajar

Qué, dónde, cuándo, cómo (quién, con qué recursos) y, muy importante y frecuentemente olvidado, por qué, son preguntas que debemos plantearnos al imaginar una nueva manera de hacer las cosas. En el caso de las iniciativas de integración, es fundamental entender cómo el conocimiento en nuestras tres dimensiones (técnica, procesos y servicios) será utilizado, transferido, generado y mejorado.

En la mayoría de los casos, la nueva manera de trabajar no podrá ser ideada en una oficina, sino que será creada a través de prototipos, prueba/error e interacciones. Para ello, pueden resultar útiles elementos de la metodología de *design thinking*¹⁷. Se encontrarán infinidad de barreras que pueden provenir del contexto legal o normativo, financiero, geográfico o, incluso, de los medios de transporte disponibles. Si tenemos claro lo que queremos conseguir y por qué deseamos cambiar la manera de hacer encontraremos formas de superar cualquiera de éstas u otras barreras que se encuentren. A su vez, programas pilotos que muestren mejoras rápidas pueden servir para generar confianza y la participación del equipo involucrado en el cambio.

De los casos de estudio, la distancia geográfica puede ser vista como una barrera en la creación de servicios conjuntos (en los casos del Hospital de Granollers, CTS y el Hospital Universitari de Vic, la cercanía entre los centros involucrados facilitaba la asignación de médicos); sin embargo, en el caso de Pediatría dels Pirineus, se han conseguido beneficios similares potenciando el arco con el HSJD.

5.5. Establecer una cultura que no tema al fracaso (y busque aprender)

A nadie le gusta equivocarse. Sin embargo, el error y el fracaso son indispensables para la mejora. Las desviaciones de lo que esperamos nos dan la oportunidad de volver a formular nuestras hipótesis sobre cómo funcionan las cosas.

Dado el creciente cuerpo de conocimiento médico, existen muchas situaciones en las que no hay una única respuesta o plan de acción. Si hay dos alternativas, tenemos la obligación de intentar descubrir cuál de las dos es la que da mejores resultados, para que la próxima vez que nos enfrentemos a la misma situación

¹⁶ El apartado 3.3 propone algunos indicadores que facilitarían la medición de los efectos de las iniciativas de integración.

¹⁷ Una buena referencia inicial a las ideas de *design thinking* es el libro *Change by Design: How Design Thinking Transforms Organizations and Inspires Innovation*, Tim Brown, 2009.

podamos aplicar aquello que es mejor. No estar de acuerdo en qué es lo mejor no es ningún problema; lo que no nos podemos permitir es no dilucidar qué es lo mejor y perpetuar el desacuerdo.

La interacción rutinaria médico-paciente constituye una fuente enorme de experimentación. En el pasado, las limitaciones tecnológicas hacían el análisis formal y el descubrimiento de nuevo conocimiento en estas interacciones cotidianas tremendamente difíciles. Sin embargo, los sistemas de información actual han permitido que comiencen a observarse los resultados –que importan a los pacientes– de una manera estructurada, permitiendo separar lo que funciona de lo que no es efectivo.

En los estudios de casos, no encontramos indicios de mecanismos que promovieran el aprendizaje a través de la observación de los resultados del día a día. Se detectó, eso sí, una actitud proactiva a aprender y a buscar mejoras de protocolos y procedimientos.

6. Comentarios finales

En este trabajo, hemos presentado un marco conceptual que permite entender mejor las iniciativas de integración en el sector sanitario. La perspectiva histórica facilita entender que la integración en sí misma no tiene que ser necesariamente beneficiosa para el sistema, y que el rol de los gestores es intentar mitigar los problemas que la especialización y fragmentación pueden ocasionar tanto a la eficiencia como al servicio del sector.

A su vez, enmarcamos el triple objetivo de excelencia en cualquier sistema de transformación, que puede utilizarse para enmarcar adecuadamente las iniciativas de integración, a la vez que encaja sorprendentemente bien con los objetivos de la Triple Meta.

Los casos de estudio en cuatro hospitales catalanes ponen en manifiesto que uno de los desafíos principales de los centros de tamaño mediano y pequeño es atraer y retener talento, y que la mayoría de las colaboraciones entre centros tiene como objetivo subsanar esta dificultad, en línea con estudios anteriores (Bernardo *et al.*, 2012).

Consideramos que la justificación de mejoras en los sistemas a través de la integración puede seguir tres lógicas diferentes, una para cada dimensión de la excelencia. La primera, basada en la mejora técnica que se puede conseguir por agrupar población de referencia: a mayor volumen, mejores profesionales y más acceso a tecnología puntera. La segunda es la de mejora de eficiencia, que también apela a economías de escala por mayor volumen que permite más flexibilidad en la asignación de recursos. Por último, la creación de nodos de recursos o el fortalecimiento de la calidad de los arcos entre elementos del sistema puede realizarse para mejorar la atención desde la perspectiva del servicio o la curación, poniéndose en el lugar del paciente. En este estudio se incluyen posibles indicadores de desempeño para poder evaluar directamente el impacto de las colaboraciones en las diferentes dimensiones.

Sería interesante confirmar si las lecciones extraídas de los casos de estudio efectivamente ayudan a conseguir implementaciones exitosas de iniciativas de integración.

Referencias

- Ackerknecht, E. (2016), *A Short History of Medicine*, Johns Hopkins University Press.
- Ahgren, B., y R. Axelsson (2005), «Evaluating Integrated Health Care: A Model for Measurement», *International Journal of Integrated Care*, vol. 5(e01).
- Bernardo, M., J. Valls, y M. Casadesus (2012), «Strategic alliances: an analysis of Catalan hospitals», *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 31(1), pp. 40–47.
- Berwick, N., y J. W. Whittington (2008), «The Triple Aim: Care, Health, and Cost», *Health Affairs*, 27(3), pp. 759-769.
- Bodenheimer, T., y C. Sinsky (2014), «From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider», *Annals of Family Medicine*, vol. 12(6), pp. 573-576.
- Brown, T. (2009), *Change by Design: How Design Thinking Transforms Organizations and Inspires Innovation*, Harper Collins.
- Burns, L., y M. Pauly (2002), «Integrated Delivery Networks: A Detour On The Road To Integrated Health Care?», *Health Affairs*, 21(4): pp. 128-143.
- Carlin, C., B. Dowd, y R. Feldman (2015), «Changes in Quality of Health Care Delivery after Vertical Integration», *Health Services Research*, vol. 50(4), pp. 1043-1068.
- Conway, P. *et al.* (2011), «Patient-Centered Care Categorization of U. S. Health Care Expenditures», *Health Services Research*, vol. 46(2), pp. 479-490.
- Cosgrove T. (2014), *The Cleveland Clinic Way: Lessons in Excellence from One of the World's Leading Health Care Organizations*, McGraw-Hill Education.
- Curry, N., y C. Ham (2010), *Clinical and Service Integration: The Route to Improved Outcomes*, The King's Fund.
- Danaher, A. (2011), *Reducing Health Inequities: Enablers and Barriers to Inter-sectoral Collaboration*, Wellesley Institute.
- Dobrzykowski, D., y M. Tarafdar (2015), «Understanding Information Exchange in Healthcare Operations: Evidence from Hospitals and Patients», *Journal of Operations Management*, vol. 36, pp. 201-214.
- Donabedian, A. (2003), *An introduction to Quality Assurance in Health Care*, Oxford University Press, Nueva York.
- Dunn, M., y C. Jones (2010), «Institutional Logics and Institutional Pluralism: The Contestation of Care and Science Logics in Medical Education, 1967–2005», *Administrative Science Quarterly*, vol. 55(1), pp. 114-149.
- Edmondson, A. (2012), *Teaming: How Organizations Learn, Innovate, and Compete in the Knowledge Economy*, Jossey-Bass.
- Epstein, A. (2013), «Promoting Delivery System Integration to Foster Higher Value Care». *JAMA Internal Medicine*, vol. 173(15): pp. 1456-1457.
- Fàbrega, J., *et al.* (2016), «Les tecnologies de l'informació i la comunicació com a eina de suport a l'atenció pediàtrica. Web de Pediatria dels Pirineus, amb consultori virtual i xarxes socials». *Annals de Medicina*, vol. 99(3), pp. 102-104.
- Fulop, N., A. Mowlem, y N. Edwards (2005), *Building Integrated Care: Lessons from the UK and elsewhere*, The NHS Confederation, Londres.
- Gittel, J. (2002), «Relationships between Service Providers and Their Impact on Customers», *Journal of Service Research*.
- Gittel, J., y L. Weiss (2004), «Coordination Networks Within and Across Organizations: A Multi-level Framework», *Journal of Management Studies*, vol. 41(1), pp. 127-153.

- Glasziou, P., G. Ogrinc, y S. Goodman (2011), «Can Evidence-based Medicine and Clinical Quality Improvement Learn from Each Other?», *BMJ Quality & Safety*, vol. 20(1), pp. i13-i17.
- Goldsmith, J., *et al.* (2015), *Integrated Delivery Networks: In Search of Benefits and Market Effects*, National Academy of Social Insurance.
- Gröne, O., y M. Garcia-Barbero (2001), «Integrated Care: a Position Paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services», *The International Journal Integrated Care*.
- Ham, C., y N. Curry (2001), *Integrated Care*, The King's Fund, Londres.
- Ham, C., *et al.* (2011), *Where Next for the NHS Reforms? The Case for Integrated Care*, The King's Fund, Londres.
- Heath, B., P. Wise Romero, y K. A. Reynolds (2013), *Standard Framework for Levels of Integrated Healthcare*, SAMHSA-HRSA - Center for Integrated Health Solutions.
- Heskett, J., W. Sasser, y L. Schlesinger (1997), *The Service Profit Chain: How Leading Companies Link Profit and Growth to Loyalty, Satisfaction, and Value*, Free Press, Nueva York.
- Hopp, W., y W. Lovejoy (2013), *Hospital Operations: Principles of High Efficiency Health Care*, Pearson FT Press.
- Huang, W., *et al.* (2013), «Effects of Integrated Delivery System on Cost and Quality», *American Journal of Managed Care*, 19(5), pp. 175-184.
- IOM (Institute of Medicine), Committee on Quality of Health Care in America, (1999), *To Err is Human: Building a Safer Health System*, National Academy Press, Washington, D. C., <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>, último acceso junio de 2017.
- IOM (Institute of Medicine) (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, National Academy Press, Washington, D. C.
- Kenny, C. (2010), *Transforming Health Care: Virginia Mason Medical Center's Pursuit of the Perfect Patient Experience*, Productivity Press.
- Kodner, D. (2009), «All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care», *Healthcare Quarterly*, vol. 13(Sp).
- Kodner, D., y C. Spreeuwenberg (2002), Integrated Care: Meaning, Logic, Applications, and Implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, vol. 2(14).
- Leutz, W. (1999), «Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom», *The Milbank Quarterly*, 77(1).
- Levitt, T. (1976), «The industrialization of Service», *Harvard Business Review*.
- Martínez-González, N., *et al.* (2014), «Integrated Care Programmes for Adults with Chronic Conditions: a Meta-review», *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 26(5), pp. 561–570.
- McCarthy, D., K. Mueller, y J. Wrenn (2009), *Improving Chronic Care: The "Guided Care" Model*, Kaiser Permanente - The Commonwealth Fund.
- MSSSI - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016), *Estadística del gasto sanitario público 2014: Principales resultados*. www.msssi.gob.es.
- Modig, N., y P. Ahlstrom (2012), *This is Lean: Resolving the Efficiency Paradox*, Rheologica Publishing.
- Muñoz-Seca, B. (2017), *¿Por qué mi plan nunca se cumple? Cómo lograr que las cosas sucedan en su empresa*, Pearson.
- Ohno, T. (1988), *Toyota Production System: Beyond Large-Scale Production*, Productivity Press, Oregón.
- Pérez-López, J. A. (1991), *Teoría de la acción humana en las organizaciones*, Rialp, Madrid.
- Porter, M. (2010), «What is Value in Health Care?», *New England Journal of Medicine*, vol. 363, pp. 2477-2481.

- Robinson, J., y C. Casalino (1996), «Vertical Integration and Organizational Networks in Health Care», *Health Affairs*; vol. 15(1), pp. 7-22.
- San Martín-Rodríguez, L., *et al.* (2005), «The Determinants of Successful Collaboration: A Review of Theoretical and Empirical Studies», *Journal of Interprofessional Care*; Supl. 1, pp.132-147.
- Selin, H. (2006), *Medicine Across Cultures: History and Practice of Medicine in Non-Western Cultures*, Springer Science & Business Media.
- Summer, L. (2010), *Integration, Concentration, and Competition in the Provider Marketplace*, Academy Health.
- Terraza, R., I. Vargas, y M. L., Vázquez (2006), «La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas», *Gaceta Sanitaria*; vol. 20(6), pp. 485-495.
- Thistlethwaite, P. (2011), *Integrating Health and Social Care in Torbay: Improving care for 'Mrs Smith'*, The King's Fund, Londres,
- Valentijn, P., *et al.* (2013), «Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care», *International Journal of Integrated Care*.
- Vogt, W. B. (2009), *Hospital Market Consolidation: Trends and Consequences* Expert Voices - National Institute for Health Care Management Foundation.
- Walker, K., A. Stewart, y K. Grumbach (2016), «Development of a survey instrument to measure patient experience of integrated care», *BMC Health Services Research*; vol. 16, p. 193.
- Wang, M., *et al.* (2006), «Redesigning Health Systems for Quality: Lessons from Emerging Practices», *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*; vol. 32(11), pp. 599-611.
- Wan, T., A. Ma, y B. Lin (2001), «Integration and the Performance of Healthcare Networks: do Integration Strategies Enhance Efficiency, Profitability, and Image?», *International Journal of Integrated Care*.
- Whittington, J. W. (2015), «Pursuing the Triple Aim: The First 7 Years», *The Milbank Quarterly*; vol. 93(2), pp. 263-300.
- WHO (2015), *Global Strategy on People-centred and Integrated Health Services* (interim report), www.who.int.

**A WAY TO LEARN
A MARK TO MAKE
A WORLD TO CHANGE**

Síguenos en

 [IESE Business School](#)

 [IESE Business School](#)

 [@IESEbs](#)

 [IESE](#)



Barcelona

Av. Pearson, 21
08034 Barcelona
(+ 34) 93 253 42 00

Madrid

Camino del Cerro
del Águila, 3
28023 Madrid
(+34) 91 211 30 00

Nueva York

165 W. 57th Street
Nueva York
NY 10019-2201 USA
(+1) 646 346 8850

Múnich

Maria-Theresia-Straße 15
81675 Múnich, Alemania
(+49) 89 24 20 97 90

São Paulo

Rua Martiniano de
Carvalho, 573 Bela Vista
01321001 São Paulo, Brasil
(+55) 11 3177 8221