

# Sistema sanitario

Marcel Prats Vilallonga

PID\_00245027

---

Tiempo mínimo previsto de lectura y comprensión: **3 horas**





## Índice

<b>1. Modelo sanitario catalán</b> .....	5
1.1. Departamento de Salud .....	5
1.2. El sistema de salud .....	5
1.3. Servicios de salud .....	6
1.4. Plan de Salud 2016-2020 .....	7
<b>2. Atención primaria</b> .....	10
2.1. Modelos, organización y profesionales .....	11
<b>3. Atención especializada: hospital</b> .....	14
3.1. Áreas de hospitalización .....	14
3.2. Los sistemas multihospitalarios .....	16
3.3. Tendencias de futuro .....	17
<b>4. La información</b> .....	21
4.1. Objetivos de un sistema compartido de información .....	22
4.2. Registro de información compartida según tipo de profesional .....	24
<b>5. Relación con la Administración: el contrato</b> .....	27
<b>6. A modo de conclusión</b> .....	30



## 1. Modelo sanitario catalán

### 1.1. Departamento de Salud

El Departamento de Salud es el principal órgano administrativo de la Generalitat de Cataluña en la toma de decisiones sanitarias. En materia de sanidad y salud pública, le corresponde la competencia exclusiva sobre la organización, el funcionamiento interno, la evaluación, la inspección y el control de centros, servicios y establecimientos sanitarios; además, participa en la planificación y la coordinación estatal en esta materia. También le corresponde la competencia ejecutiva de la legislación española en materia de productos farmacéuticos y la ordenación farmacéutica.

Asimismo, tiene competencias en los siguientes ámbitos:

- Los servicios sanitarios, sociosanitarios y de salud mental.
- Las medidas y las actuaciones destinadas a la salud pública en todos los ámbitos, incluidos la salud laboral, la sanidad animal con efectos sobre la salud humana, la sanidad alimentaria, la sanidad ambiental y la vigilancia epidemiológica.
- La planificación de los recursos sanitarios públicos y la coordinación de las actividades sanitarias privadas.
- La formación sanitaria especializada, que incluye la acreditación y la evaluación de centros, la oferta de plazas, la elaboración de convocatorias y de programas de formación de las especialidades y las áreas de capacitación específicas, y la expedición de diplomas de áreas de capacitación específica, el régimen estatutario y la formación del personal del sistema sanitario público.

### 1.2. El sistema de salud

El sistema sanitario público catalán es un sistema universal. Para acceder a él, el usuario debe identificarse con la tarjeta sanitaria individual (TSI), que es el documento que permite el acceso a la red pública de los servicios.

**Web recomendada**

Canal Salut.

En Cataluña, el Departamento de Salud elabora las políticas y la planificación de la salud, mientras que el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) tiene la misión de garantizar que los servicios de cobertura pública lleguen efectivamente y con calidad a la población.

El CatSalut funciona, pues, como una aseguradora pública que garantiza la prestación de los servicios sanitarios a la ciudadanía y contrata tales servicios a diferentes entidades proveedoras, que son las que prestan servicios a la ciudadanía a cargo de la financiación pública.

### **1.3. Servicios de salud**

#### **Atención primaria y comunitaria**

La atención primaria es el primer punto de acceso al sistema de salud y se presta principalmente en los centros de atención primaria (CAP) y en consultorios locales (CL) en las áreas rurales. Los equipos profesionales de la atención primaria se dedican a la atención y la prevención de problemas de salud, hacen el seguimiento de las enfermedades de sus pacientes, ofrecen educación en hábitos saludables, promoción de la salud y orientación en la asistencia social. También atienden urgencias, en algunos casos las veinticuatro horas del día. Todo el mundo tiene asignado unos profesionales de medicina y de enfermería de referencia en el centro de salud. Son también servicios de ámbito comunitario aquellos otros que prestan asistencia sanitaria y que no requieren ingreso, a los que se accede a través de la interconsulta desde la atención primaria o los servicios de urgencias hospitalarias. Se prestan a diferentes tipos de equipamientos, según las necesidades de la persona asistida y las características de la atención requerida.

#### **Atención especializada y hospitales de agudos**

A la atención especializada se accede por derivación desde atención primaria o desde los servicios de urgencias hospitalarias. Se presta a diferentes tipos de equipamientos, según las necesidades de la persona asistida y las características de la atención requerida.

#### **Atención sociosanitaria**

La atención sociosanitaria garantiza una atención de calidad a las personas mayores, a las personas con alzhéimer u otras demencias, a las personas con otras enfermedades neurológicas que pueden cursar con discapacidad, y a personas con enfermedad avanzada y terminal, oncológicos y no oncológicos.

#### **Atención a la salud mental y adicciones**

La atención a la salud mental prioriza la inserción en la comunidad y combina diversas posibilidades de atención en el ámbito comunitario, de internamiento y de rehabilitación, teniendo en cuenta las necesidades de las personas enfermas y de sus familias. Se trata de un modelo integral de atención interdisciplinaria, con equipos formados por profesionales de la psiquiatría, la psicología, el trabajo social y la enfermería, entre otros.

### **Atención farmacéutica**

La atención farmacéutica proporciona los medicamentos y otros productos prescritos por los profesionales sanitarios del sistema de salud. Además, incluye acciones de promoción de la salud y del autocuidado, prevención de enfermedades, educación sanitaria y seguimiento fármaco-terapéutico de las personas.

### **Prestaciones complementarias**

Las prestaciones complementarias, como por ejemplo las sillas de ruedas y las férulas, y otras suponen un elemento adicional y necesario en la consecución de una asistencia completa y adecuada; por ejemplo, las prestaciones ortoprotéticas, las terapias respiratorias que las personas reciben en su domicilio o los tratamientos con productos dietoterapéuticos complejos.

Hay **otros servicios** que las personas aseguradas del CatSalut también pueden recibir. Este apartado también se refiere a procedimientos y/o ayudas a las que determinadas personas enfermas tienen derecho:

- Diálisis.
- Rehabilitación.
- Donación y trasplante órganos.
- Abordaje de la fibromialgia y de la fatiga crónica.
- Reasignación de sexo.
- Ayudas en determinadas situaciones.

## **1.4. Plan de Salud 2016-2020**

El Plan de Salud es el marco de referencia para todas las actuaciones públicas en materia de salud que desarrolla la Generalitat de Cataluña; su objetivo principal es mejorar la salud y la calidad de vida de la población.

El plan pretende dar respuesta a los principales retos de salud de la sociedad, con unos principios básicos: público, universal, justo y centrado en las personas. En él se plantean cuatro novedades principales:

- La consolidación de un enfoque interdepartamental que contempla actuaciones preferentes sobre poblaciones más vulnerables, como los niños o las personas mayores, o el abordaje de los problemas de salud mental.
- Mejora en la investigación y la innovación a través del desarrollo del Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud.
- Refuerzo de las políticas de salud pública que han de estructurar la respuesta a los principales retos de salud y sociales a partir de un esfuerzo organizado de la sociedad y de los poderes políticos.
- Mejora del reconocimiento a la labor de los profesionales, dando más calidad a su participación y facilitando los liderazgos profesionales.

Este plan propone veintiocho objetivos de salud con el horizonte en 2020, e identifica nueve áreas prioritarias, que se reflejan de forma transversal en proyectos diversos del plan. Además, estas áreas se han destacado con unos proyectos singulares (PS) que están relacionados con actividades que son responsabilidad de los planes directores o programas del Departamento de Salud.

Las áreas prioritarias son:

- Niños y adolescentes vulnerables.
- Personas mayores y discapacidad.
- Salud mental.
- Enfermedades minoritarias.
- Enfermedades transmisibles.
- Aparato locomotor
- Aparato respiratorio.
- Sistema vascular.
- Cáncer.

Los cincuenta y ocho proyectos que contiene el plan se agrupan en doce líneas estratégicas que consolidan los cuatro ejes de transformación para el periodo de 2016 a 2020:

- El compromiso y participación de los ciudadanos y de los profesionales, para apoderarlos a mejorar la salud y el sistema sanitario.
- La atención de calidad, con unos servicios accesibles, resolutivos e integrados.
- El buen gobierno, que potencie la evaluación y la transparencia, garantice la seguridad, incorpore la investigación en salud y se adapte a las necesidades de los territorios.

#### **Webs recomendadas**

Pla de salut 2016-2020.  
Presentació institucional del Pla de Salut al Saló Sant Jordi del Palau de la Generalitat.



- La salud en todas las políticas, que refuerza el trabajo intersectorial e interdepartamental que garantice la equidad en salud.

**Plan de Salud 2016-2020**



<b>Compromiso y participación</b>
1. Las personas, su salud y el sistema sanitario 2. Implicación de los profesionales
<b>Atención de calidad</b>
3. Salud pública 4. Accesibilidad y resolución 5. Política farmacéutica y del medicamento 6. Atención integrada y cronicidad 7. Investigación e innovación en salud
<b>Buen gobierno</b>
8. Excelencia y seguridad 9. Evaluación de resultados y transparencia 10. Salud digital 11. Integración territorial
<b>Salud en todas las políticas</b>
12. Políticas interdepartamentales e intersectoriales

Áreas prioritarias de salud y proyectos singulares								
Niños y adolescentes	Ancianos y discapacidad	Salud mental	Enfermedades minoritarias	Enfermedades transmisibles	Aparato locomotor	Aparato respiratorio	Sistema vascular	Cáncer

Hasta aquí hemos analizado el modelo sanitario catalán desde una visión de conjunto que nos permite establecer:

- Una óptica vertical, en la que distintos equipamientos y grupos de especialistas se distribuyen para ofertar una cartera de servicios específica (hospitales, atención primaria, sociosanitarios, salud mental, etc.).
- Una óptica transversal, en la que es necesaria la cooperación entre especialidades para un abordaje integral de objetivos como patologías prevalentes, enfermedades crónicas, atención a la vejez, etc.

Pero ¿cómo podemos adaptar las estructuras y las organizaciones hacia un objetivo común que, de forma transversal, dé respuesta a una atención integrada? ¿No es cierto que a menudo intentamos adaptar una parte de nuestras estructuras y organizaciones hacia un objetivo común, pero somos reticentes a avanzar hacia una respuesta integrada?

## 2. Atención primaria

La OMS, en la «Declaración de Alma-Ata» (OMS-UNICEF) –que surgió de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada el 12 de septiembre de 1978 en esta ciudad de la antigua Unión Soviética–, definió la **atención primaria** del siguiente modo:

«La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

»La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud; lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.»

Desde que se estableció esta definición hasta la actualidad, los distintos países, de acuerdo con su idiosincrasia (historia, organización, economía, estructura, población) y su momento político, económico y social, han ido desarrollando diversos modelos de organización, teniendo como punto de partida los elementos conceptuales de esta definición de la OMS.

Estos **elementos conceptuales** de la AP comprenden una atención que sea:

- **Integral.** Considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial
- **Integrada.** Interrelaciona los elementos de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación y reinserción social, y se integra funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario.
- **Continua y permanente.** A lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos, y en cualquier circunstancia.
- **Activa.** Los profesionales deben trabajar activamente en los distintos aspectos de la atención, resolviendo problemas de salud, aunque ellos no estén expresados por los propios pacientes.
- **Accesible.** La población pueda acceder sin dificultades al sistema de salud y utilizar los recursos sanitarios.
- **Multidisciplinar.** Donde los profesionales sean equipos multidisciplinarios, formados por profesionales sanitarios y no-sanitarios, y que puedan

abarcar todos los ámbitos, tanto sanitarios como sociales, y que de forma conjunta puedan aumentar su capacidad resolutive.

- **Comunitaria y participativa.** Incluyendo entre sus funciones, un abordaje en la salud pública y la atención comunitaria.
- **Programada y evaluable.** Con programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos, mecanismos de control y evaluación claramente definidos.
- **Docente e investigadora.** Con un desarrollo de las actividades desde una perspectiva docente, de formación continua de sus profesionales y de investigación en materias propias de su ámbito.

Las **funciones** que se derivan de estos elementos conceptuales desde una óptica tanto asistencial como de gestión de los servicios son:

- Atención preventiva.
- Atención curativa.
- Atención rehabilitadora.
- Promoción de la salud individual.
- Promoción de salud de la comunidad.
- Filtro, puerta de entrada o *gatekeeper*.
- Coordinación de servicios para garantizar la continuidad.
- Gestión de los recursos.
- Formación, docencia e investigación.
- Nivel de excelencia o calidad.

Así, la atención primaria de salud se concibe como el primer nivel de acceso de los ciudadanos al sistema de salud, y tiene que integrar de forma equilibrada la atención preventiva, la atención curativa, la atención rehabilitadora y la promoción de la salud tanto individual como de la comunidad, así como los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud y la coordinación de los distintos niveles asistenciales que pudieran garantizar la continuidad de su proceso de salud, con un nivel de calidad y tecnología, en función de los distintos momentos y prioridades de cada país.

## **2.1. Modelos, organización y profesionales**

Una vez definida la AP y sus funciones, veremos como los modelos que se han desarrollado a lo largo del tiempo son tan numerosos como países tienen implantada la AP.

En la mayoría de los países desarrollados existe una AP accesible e indiscutible como parte del Estado del bienestar. Los ciudadanos cuentan con unos servicios sanitarios garantizados con financiación pública asegurada por los impuestos de los mismos ciudadanos, y en donde el nivel de riqueza se corre-

laciona con el estado de salud de su población, a excepción de Estados Unidos, cuyo gasto sanitario es el mayor del mundo, pero cuyos resultados en salud están muy lejos de los de los países desarrollados, y en donde se cuenta con un nivel muy precario de cobertura sanitaria universal.

De un modo general, se pueden distinguir cuatro modelos:

- **AP como puerta de entrada y filtro.** Es el modelo de los países con sistemas nacionales de salud (Gran Bretaña, países escandinavos y sur de Europa). Base de población adscrita y equipos multidisciplinares. Favorece la longitudinalidad.
- **AP prestada por profesionales independientes,** en competencia con especialistas. Se da en la Europa continental. Es más difícil que se produzca la longitudinalidad y el papel de coordinador del médico de AP.
- **Redes de servicio sanitarios organizados en policlínicas lideradas por especialistas.** En países de la Europa del este. Atención fragmentada.
- **AP de financiación pública solo para la población sin recursos.** En Estados Unidos.

Lógicamente, dentro de los diferentes modelos, tanto la organización y los profesionales del primer nivel como las formas de gestión varían de un lugar a otro.

El tipo de profesionales que integran los equipos puede variar para adaptarse a la realidad de cada región y dependerá de las necesidades y disponibilidad de los profesionales. Normalmente, los equipos de profesionales están formados por médicos especialistas en AP, diplomados en enfermería, personal auxiliar administrativo y, según los distintos modelos y necesidades de la población, también por agentes de salud comunitaria, que son muy importantes en los lugares donde priman las necesidades en mejoras comunitarias y saneamiento ambiental.

La pediatría, la ginecología, la salud bucodental, la fisioterapia y el trabajo social, entre otras, son las especialidades que algunos modelos han situado en el primer nivel asistencial, aunque en un sistema integrado podrían organizarse junto con las otras especialidades, dando servicio como unidades de soporte a solicitud del médico de familia.

En el modelo de la AP como puerta de entrada y filtro, el equipo debe de organizarse (trabajo, cartera de servicios, horarios) para garantizar que la AP, con todas sus funciones, elementos conceptuales y tipos de cobertura, pueda dar respuesta a los problemas de salud de su población de referencia, asignada en

un territorio concreto, en total consonancia con todos los equipos de soporte, especialidades hospitalarias y sociales, en un marco de atención integrada de salud.

### 3. Atención especializada: hospital

En 1946, la OMS definió *hospital* como:

«Una parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, cuyos servicios lleguen hasta la población familiar. El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación biosocial.»

Deben considerarse tres perspectivas del concepto de *hospital*:

- *Hospital* como **edificio**, como conjunto de espacios donde se desarrollan actividades asistenciales que requieren alto grado de especialización.
- *Hospital* como **organización**, con profesionales de alto grado de especialización que deben coordinarse entre ellos y con los demás profesionales asistenciales «extrahospitalarios», hasta conseguir una atención integrada de servicios con capacidad para resolver todos y cada uno de los problemas de salud de la población.
- *Hospital* como **servicio hospitalario**, que oriente su actividad en forma de cartera de servicios para atender problemas de salud complejos por su especificidad.

Debemos entender el concepto de *hospital* teniendo en cuenta estas tres perspectivas, de forma que cada hospital requiera de la conjunción entre todas ellas, sin que ninguna quede ausente. Solo de esta manera podrá tener lugar una organización integrada que incluya todos los servicios sanitarios de la población, desde la atención primaria hasta la atención especializada, pasando por los hospitales, las unidades de soporte o la atención social.

#### El producto hospitalario

Para que puedan compararse distintos productos de diversos hospitales desde una óptica de compra de servicios por parte del financiador, estos deben ser diferenciados en **productos intermedios**, que son aquellos que forman parte de un proceso asistencial como, por ejemplo, las pruebas diagnósticas, y en **productos finales**, que son aquellos que dan respuesta a un problema de salud como, por ejemplo, la cirugía.

#### 3.1. Áreas de hospitalización

Los hospitales distribuyen su atención en función de unidades de hospitalización convencional como, entre otras, las unidades especiales para el cuidado de los enfermos, las unidades de hospitalización especializadas (cuidados intensivos, psiquiatría, cirugía o pediatría) o las unidades de hospitalización

#### Referencia bibliográfica

J. L. Martínez (2007). «La gestión de los hospitales». En: J. Villalobos. *Gestión sanitaria para los profesionales de la salud*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.

domiciliaria, en las que el paciente es atendido en su domicilio sin que se haya cursado el alta hospitalaria y en las que todas sus necesidades en salud son cubiertas por el hospital en el domicilio.

Entre las áreas de servicios diagnósticos y terapéuticos de apoyo, cabe destacar los servicios de diagnóstico por la imagen y las áreas quirúrgicas, centralizadas o descentralizadas en los hospitales según los servicios.

Asimismo, hay que destacar como eje fundamental las **áreas ambulatorias** de hospitalización, definidas como aquellas en las que se ofrecen servicios asistenciales no vinculados con el ingreso del paciente como, por ejemplo, las áreas de consultas externas, los gabinetes de pruebas especiales, las áreas de urgencias o el hospital de día.

En muchos proyectos innovadores, como el de la Reforma de la atención especializada del hospital del Mar de Barcelona (grupo IMAS), se ha situado toda la atención ambulatoria especializada en los propios centros de AP, desde donde se ejerce la actividad en coordinación con los equipos de atención primaria, de manera que parte de esta actividad «hospitalaria» o de soporte se ofrece cerca del ciudadano (primeras visitas, resultados, programas de salud integrados).

Por lo que respecta a las **áreas de urgencias** de los hospitales, cabe señalar que están sometidas a una elevada demanda y que acaban siendo, incluso, un punto de referencia importante como puerta de entrada al sistema sanitario, a pesar de que esta función correspondería a la atención primaria. Así, en la mayoría de los hospitales públicos, más del cincuenta por ciento de los ingresos son consecuencia de la actividad del área de urgencias, lo que la convierte en la principal puerta de entrada.

El principal problema de los servicios de urgencias en los hospitales públicos de países desarrollados está en la dificultad para poder absorber el volumen de actividad que de forma continuada se presenta en estas unidades.

Actualmente se están desarrollando varios proyectos para conseguir una racionalización del servicio de urgencias:

- Herramientas de planificación. Problemas de salud predecibles según épocas del año, alérgenos externos, temperatura, distribución horaria, tipo de población.
- Sistemas de triaje o clasificación de enfermos. Por ejemplo, sistemas de clasificación en escala canadiense, donde se organiza el servicio de urgencias y su actividad según el tiempo en el que debe de ser atendido un paciente según su gravedad.
- Relación con profesionales de atención primaria. Con modelos transversales como guías clínicas, protocolos, unidades de urgencias extrahospitalarias

#### Referencia bibliográfica

J. Villalobos (2007). *Gestión sanitaria para los profesionales de la salud*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.

en AP (niveles 4-5 de la escala canadiense), como en el hospital Taulí de Sabadell.

- Potenciación de unidades de urgencias extrahospitalarias. Con soporte en radiodiagnóstico y química seca.
- Tecnologías. Registros de información que permiten una historia clínica única o compartida entre todos los niveles asistenciales.
- Campañas de información. Orientadas a la población que frecuentemente asiste a los servicios de urgencias.

### **3.2. Los sistemas multihospitalarios**

Los sistemas multihospitalarios consisten en redes de hospitales que comparten recursos organizativos y de gestión, con el fin de mejorar el servicio, reducir costes, compartir profesionales y alcanzar, por tanto, altos niveles de especialización y de excelencia y calidad.

Existen varios niveles de estructura multihospitalaria:

- Centralización de servicios de carácter industrial (áreas de lavandería, mantenimiento o cocina).
- Centralización de niveles administrativos y de gestión (planificación, gestión económico-financiera, gestión de compras o de recursos humanos).
- Centralización de servicios asistenciales, que consiste en que distintos hospitales ofrecen diferentes carteras de servicio asistenciales integrados entre sí e integrados con el resto de los servicios asistenciales, incluida la AP.

Este sistema ofrece claros beneficios en cuanto a organización de recursos humanos, mantenimiento de guías clínicas y protocolos actualizados entre hospitales y AP, registros comunes en historias clínicas compartidas, transmisión del conocimiento entre los diferentes centros, planificación constante en función de los problemas de salud de la población y, finalmente, aumento del grado de satisfacción entre la población con, normalmente, una mejor gestión de las listas de espera.

Los factores que favorecen esta estructura multihospitalaria son:

- Existencia de un sistema de información común con una única historia clínica.
- Condiciones laborales similares en los diferentes centros de trabajo.
- Similitud en la cartera de servicios en los centros.
- Proximidad geográfica.



- Visión en la organización y en la administración de la necesidad de cambio.
- Financiación de tipo capitativo.

### 3.3. Tendencias de futuro

Los hospitales no son estructuras cerradas en sí mismas, sino que forman parte de la amalgama de relaciones y actividades asistenciales que el sistema sanitario ofrece a la población para resolver sus problemas de salud de una manera eficiente y con criterios de calidad. Para ello, no podemos separar el concepto de hospital del de atención primaria, ya que son estructuras comunes para un mismo fin.

Normalmente, ambos conceptos se confunden en tanto que son entendidos como estructuras físicas o edificios, y no como niveles asistenciales para un mismo proceso, que se inicia en el paciente, que acude a un centro de salud, que es atendido posteriormente por un servicio especializado, que puede necesitar un ingreso o atención hospitalaria, y que en todo momento es acompañado en este proceso continuado por un médico de familia o por los profesionales asistenciales de la atención primaria.

La bibliografía especializada en salud recoge un sinnúmero de buenas propuestas en las que los dos dispositivos –AP y hospitales– ofrecen por separado distintas respuestas, a veces incluso contradictorias, para un mismo problema; así, por ejemplo, en ocasiones existen largas carteras de servicios con descripciones para patologías para servicios de urgencias, o incluso guías de tratamiento para según que patologías, sin que previamente se hayan creado grupos de trabajo comunes a todos los dispositivos ni existan objetivos comunes por parte de la administración en un mismo contrato de gestión.

Actualmente, con el avance de las nuevas tecnologías de la información y con las nuevas propuestas de capitativos para una misma zona geográfica, surgen sistemas de salud en forma de organizaciones integradas que nos ofrecen nuevas perspectivas de futuro. En muchos hospitales de Cataluña y de otros países desarrollados ya están siendo una realidad en los últimos años y se están obteniendo claras mejoras en todo el proceso de la atención sanitaria.

Entre las propuestas de futuro para hospitales que han surgido de distintos centros hospitalarios de Cataluña y del resto de España podemos destacar:

- Integración de niveles asistenciales. La financiación capitativa y la garantía de continuidad en la asistencia ofrecen nuevas posibilidades en las que nuevas organizaciones incluyen en sus centros de producción, tanto hospitales como atención primaria, centros sociosanitarios, pruebas complementarias, laboratorios, empresas externalizadas e introducción de capital privado, todo ello orientado a la mejora de la salud de la población.

- Atención a la dependencia, integrando servicios sociales a servicios asistenciales, entre distintos niveles tanto hospitalarios y de atención primaria como sociales.
- Modificación de las actuales organizaciones internas hospitalarias de servicios o especialidades por organización por procesos orientados a problemas de salud concretos, mediante la agrupación de distintos especialistas, integrando profesionales multidisciplinarios, incluidos los de la atención primaria.
- Incremento de las técnicas menos invasivas, aumento de la cirugía menor ambulatoria y, si fuera necesario, establecimiento de nuevas fórmulas de gestión entre hospital y atención primaria.
- Modificación de los sistemas de pago para los hospitales, con la introducción de elementos de pago capitolativo; con el incremento de indicadores de salud y la disminución de indicadores de actividad.
- Introducción de fórmulas de financiación que den entrada a capital privado y faciliten los cambios en tecnologías e infraestructuras en constante crecimiento. Experiencias como la *private finance initiative* del modelo inglés.
- Externalización de los servicios que no impliquen trato directo con el paciente (lavandería, cocina, laboratorios análisis clínico, etc.).
- Creación de sistemas de información clínica compartida, lo que no significa necesariamente una misma historia clínica.
- Introducción de sistemas de participación y motivación para los distintos profesionales. Por ejemplo, áreas asistenciales organizadas por profesionales, con estructura de empresa o institutos, que ofrecen su servicio al hospital por el cual son contratados.
- Creación de alianzas y colaboraciones entre hospitales y entre distintas organizaciones integradas de salud.
- Creación de unidades o servicios compartidos, fundamentalmente para hospitales que, por su tamaño, no pueden mantener las mismas estructuras paralelas.

Los países desarrollados que iniciaron su informatización en la década de los ochenta tuvieron que afrontar situaciones complejas por dos grandes motivos:

- No existía una cultura de red integrada de servicios, ya que la atención primaria que se inició con la «Declaración de Alma-Ata» de 1978 debía recorrer aún su camino hacia la consolidación.
- No disponían de tecnología suficiente para compartir información entre servicios asistenciales.

Actualmente, todos los sistemas de información, de acuerdo con las distintas normativas de seguridad y comunicación, están ampliamente preparados para compartir datos. Además, con el transcurso de los años se puede considerar que la atención primaria ya está consolidada, tanto en sí misma como en la visión que de ella tienen otros dispositivos asistenciales.

Lo que sí que resulta evidente es que los hospitales del futuro tendrán que ofrecer una **atención centrada en el paciente**. Hoy en día, los centros hospitalarios mantienen un gran prestigio social por su abordaje de patologías agudas, y se sitúan en el centro del sistema sanitario por su nivel de resolutivez, su tecnología, el nivel de especialidad de sus profesionales. Es algo que nadie discute. Pero, a pesar de ello, los hospitales carecen de una organización centrada en el paciente y aún se mantienen en una superioridad jerárquica ante los otros servicios sanitarios, lo que supone que sea difícil la coordinación con los demás servicios sanitarios para ofrecer una atención centrada en el paciente.

Sería necesario, por tanto, seguir alguna de las recomendaciones en la relación paciente-profesional sanitario que ofrece el doctor Varela:

- Revisar las actuales guías clínicas para fomentar una decisión clínica compartida.
- Facilitar herramientas de acceso de los pacientes a la propia documentación a través de portales interactivos (correo electrónico, gestión de citas, consulta a historia clínica, etc.).
- Promocionar la formación específica para profesionales sanitarios en materia de atención integrada y compartida.
- Facilitar un entendimiento del contenido de las entrevistas clínicas entre profesionales sanitarios y pacientes a través de grabaciones y toma de notas de estas por parte de los pacientes.
- Proporcionar materiales de apoyo productivo entre pacientes y profesionales.
- Activar programas de voluntariado que favorezcan una mejor atención a pacientes crónicos.

#### Referencia bibliográfica

J. Varela (2015). «Las reformas necesarias en los hospitales: 10 recomendaciones para mejorar la eficiencia, la calidad y la efectividad». *Medicina Clínica* (n.º 146 (3), págs.133-137).

Entre los cambios requeridos en la manera de funcionar de los hospitales, podríamos destacar:

- Cambiar la distribución de los pacientes según camas asignadas a servicios médicos por definición de procesos, por ejemplo: *fast-track* en cirugías de rodilla (Hospital de Berga) o *fast-track* en cirugías de colon.
- Orientar el sistema de trabajo de las plantas hacia una coordinación en función de un equipo multidisciplinar.
- Implicar a los profesionales sanitarios en la gestión clínica.
- Cooperar entre los especialistas ubicados en hospitales y los que están fuera de estos.
- Aumentar la formación, la calidad organizativa y las competencias de los profesionales de soporte al paciente que no sean médicos (enfermería, auxiliares de enfermería, etc.).
- Mejorar la seguridad del paciente y garantizar la continuidad asistencial.
- Fomentar el liderazgo compartido, analizar los errores y mejorar la atención centrada en el paciente.

#### Referencia bibliográfica

F. Esteban; M. García; R. Sanz y otros (2012). «Resultados de la implantación de un protocolo de *fast-track* en una unidad de cirugía colorrectal: estudio comparativo». *Cirugía Española* (vol. 90, n.º. 7, págs. 434-439).

## 4. La información

Los **sistemas de información integrados** son un instrumento cuyo fin es facilitar el trabajo de los diferentes profesionales sanitarios en los distintos procesos asistenciales, al permitir el uso compartido de la información disponible sobre los pacientes entre los distintos centros en los que se resuelve su problema de salud.

Como instrumento que da soporte a un método de trabajo y facilita la toma de decisiones, es imprescindible que se decida qué información debe compartirse, qué servicios pueden acceder a su contenido, qué unidades pueden registrar esta información y de qué manera puede mantenerse actualizado su contenido. Y es que los sistemas de información por sí mismos no aportaran ninguna mejora, ya que, en definitiva, automatizan aquello que distintos profesionales de diversas unidades han decidido compartir.

Las principales **características** del proceso de informatización en atención primaria son las siguientes:

- **Adaptabilidad.** Los sistemas de información deben de estar adaptados a las características de cada profesional que tenga que utilizarlo, por lo que deben contemplar la facilidad de acceso, los módulos de horarios, las consultas más frecuentes de cada profesional, etc.
- **Trabajo clínico.** Los módulos para el trabajo clínico que conforman la historia clínica electrónica tendrán que ser accesibles únicamente para personal autorizado y comprenderán los apartados habituales de la historia que tengan que utilizar (antecedentes, medicación, historia de problemas, etc.); permitirán la entrada de datos directa, pero también la codificada en aquellos casos en que es posible (diagnósticos, por ejemplo). A través de una única pantalla, el profesional deberá tener a su alcance los datos básicos de cada uno de sus pacientes, así como otros aspectos como las bases de datos internacionales, la codificación diagnóstica, el nomenclátor de farmacia o los datos administrativos del paciente, con acceso a código de barras y a firma electrónica.
- **Programas de salud.** El sistema deberá comprender todos y cada uno de los programas de salud con el que el profesional esté trabajando, como planificación familiar, control de embarazo, salud materno-infantil y vacunas, programas de HTA, diabetes, hipercolesterolemias, entre otros, así como la atención en dispositivos de urgencias.
- **Estadísticas.** Es importante que el programa disponga del menor espacio para registro con texto libre, y del máximo registro de forma ya definida, lo

que permitirá obtener datos, y, a partir de ellos, información, para proyectos de investigación, formación continuada, niveles de excelencia, mejora de la eficiencia y respuesta a objetivos previamente pactados, tanto del propio centro u organización como de la Administración. También deberá incluir estadísticas en materia de salud pública.

- **Seguridad.** El programa tendrá que disponer de medidas de seguridad que permitan acceder al profesional asistencial e identificar a él en cualquier registro, así como imposibilitar el acceso de cualquier profesional que no esté autorizado.

No toda la información que aporta un acto o una actividad debe ser útil para todos los profesionales asistenciales que intervienen en el proceso de salud; así, por ejemplo, para un médico de familia puede resultar poco útil conocer qué tipo de material quirúrgico ha sido empleado en una intervención de prótesis de rodilla. En cambio, sí que pueden ser de utilidad para los distintos profesionales los diagnósticos del paciente, sus alergias, los medicamentos usados tanto crónicos como agudos, el estado vacunal y las inmunizaciones, las pruebas complementarias o los antecedentes tanto médicos como quirúrgicos, entre otros aspectos.

#### **4.1. Objetivos de un sistema compartido de información**

Ya hemos hecho alguna referencia al liderazgo y a los equipos multidisciplinares entre distintas unidades asistenciales integradas, porque es en este punto donde deben de constituirse grupos de trabajo, limitados en el tiempo, en los que participen profesionales de todas las unidades asistenciales que intervengan en los procesos asistenciales, dado que todos ellos deberían contribuir en su diseño inicial.

Las funciones de los grupos definidos serán:

- **Consensuar criterios.** Cuando se reúnen los distintos profesionales para consensuar criterios, estos aparecen con una complejidad exhaustiva, por más que en cada unidad estos mismos criterios tengan una apariencia de simplicidad evidente. Conceptos como *familia*, *alergia*, *antecedentes*, *factores relevantes* o *problemas activos*, entre otros, son complejos de definir, pero es necesario acotarlos bien para avanzar en una historia clínica integrada.
- **Consensuar las líneas de desarrollo.** Se trata de un punto eminentemente práctico en el que los diferentes profesionales de las distintas unidades asistenciales deben consensuar cómo registrar y cómo expresar el contenido de la información para que sea útil para todos los profesionales implicados.
- **Crear un instrumento útil.** Es importante establecer que el registro de la información compartida sea útil para todos los profesionales que lo utili-

cen, en cada unidad, para cada acto o actividad realizada, sea en atención primaria, hospital, atención especializada, salud pública, atención comunitaria, atención domiciliaria, actividades de prevención o demás actividades asistenciales. No hay que olvidar en el diseño del registro de información que está concebido para una utilización eminentemente práctica.

- **Definir roles.** Son muchos profesionales que intervienen en la historia clínica integrada, por lo que hemos de definir cuál de ellos es el gestor de la información, responsable de su registro y del mantenimiento.

Estos grupos de profesionales de distintos centros sanitarios integrados tendrán que definir unos objetivos para garantizar el éxito del proyecto:

### 1) Objetivos estratégicos

Los principales objetivos estratégicos de un sistema compartido de información a partir de los cuales se ha de definir el modelo de historia clínica son:

- Situar al ciudadano en el centro como foco de máximo interés.
- Integrar y consolidar la información de todos y cada uno de los profesionales.
- Posibilitar y facilitar el acceso del paciente a su propia información.
- Mejorar el circuito asistencial (integrando ámbitos y niveles).
- Facilitar el acceso a servicios integrados: cita centralizada, programas integrados de salud, etc.
- Garantizar la integración con otros sistemas de información.
- Cumplir la Ley de Protección de Datos o la legislación vigente según el país.
- Establecer una evolución tecnológica de forma continua.
- Simplificar el mantenimiento, la gestión y la evolución.

### 2) Objetivos desde el punto de vista tecnológico

Paralelamente habrá de definir un marco tecnológico que garantice la incorporación paulatina de todos los sistemas de información, con los siguientes objetivos:

- La **mejora de la red de comunicaciones**, que debe de ser desarrollada antes de la puesta en marcha del sistema, con enlaces de fibra óptica para todos los centros: centros de salud, centros de soporte, red de hospitales, servicios de pruebas complementarias, laboratorio, imagen digital y radiodiagnóstico.
- La **ampliación de los centros de procesos de datos**, dotándolos de un equipamiento adecuadamente dimensionado, que permita el normal crecimiento de la red de servicios integrados.

- La creación de **mecanismos de gestión de identidades** que faciliten el acceso de los profesionales a los diferentes sistemas, así como la administración de los usuarios.
- La disponibilidad de los datos comunes a los diferentes sistemas de información de forma compartida en un **centro de información tecnológico en servicios sanitarios**, con capacidad para almacenar toda la información de la población actual, previendo el crecimiento de población, compartiendo servidores en un mismo proyecto central.

### 3) Objetivos como punto de partida

Objetivos específicos para garantizar el punto de partida del sistema de información integrado:

- Continuidad del planteamiento funcional y operativo del sistema de partida, unido a un proceso de renovación tecnológica que facilite el resto de los objetivos del proyecto.
- Garantía de integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información.
- Homogeneidad de servicios de los centros de atención primaria.
- Utilización de mejores prácticas.
- Procesos asistenciales integrados y comunes.
- Estructuración organizada de los servicios informáticos.
- Flexibilidad total de adaptación ante nuevas necesidades o cambios.
- Orientación hacia **una sola historia clínica electrónica** por paciente en el sistema sanitario.
- Mejora continua de la solución partiendo de la solución actual y minimizando el impacto del cambio.

#### 4.2. Registro de información compartida según tipo de profesional

Pueden utilizarse distintos modelos de responsabilidad ante una historia clínica integrada en relación con los diferentes profesionales, pero querríamos prestar atención en primer lugar al caso de los médicos de familia.



El médico de familia es el primer punto de contacto que el paciente tiene con el sistema sanitario. Le incumben todos los problemas de salud, desde la atención hasta la prevención, la promoción, la salud comunitaria, el tratamiento o la reinserción social. Tiene, por tanto, una responsabilidad específica en la salud de la comunidad. De él se espera que haga un uso eficiente de los recursos de la atención sanitaria y que se coordine con los demás profesionales para gestionar la intervención de especialistas y unidades de soporte. Es, además, el responsable de la continuidad longitudinal de la atención, de acuerdo con las necesidades de salud del paciente.

Pero, como decíamos, también intervienen otros actores como diplomados en enfermería, médicos de urgencias, especialistas hospitalarios o descentralizados en unidades de soporte, especialistas en pruebas complementarias, etc. De modo que cada modelo de registro informatizado deberá consensuar quién es el gestor del sistema informatizado integrado, de acuerdo con su organización.

Actualmente, en Cataluña disponemos de registros estándar que permiten y facilitan un lenguaje común como la clasificación diagnóstica en CIE-9, CIE-10, NANDA, CIAP-2, SERAM, y otros registros internacionales como la clasificación y codificación de fármacos, alergias, los datos del paciente de acuerdo con la tarjeta TIS en RCA (Registro Central de Usuarios), equivalente a la tarjeta SUS en São Paulo (individual e irrepetible), el catálogo de Instituto Nacional de Estadística, las bases de datos de poblaciones, provincias, etc.

A continuación, a modo de ejemplo, mostramos la primera página del visor del modelo canadiense Infoway, donde constan los registros de información e identificación del paciente:

- Médico que ha atendido el problema de salud.
- Informes, resultados de laboratorio, diagnósticos por la imagen.
- Alergias y tipos.
- Historial de medicación y dosis.
- Historial médico.
- Historial de visitas e interacción con el sistema.
- Vacunas.
- Enfermedades crónicas.

The screenshot shows a patient's medical record for GME0000 Smith, Caroline. The interface is divided into several sections:

- 1. Patient Details:** Includes a photo, name, sex (Female), DOB (1940/01/01), and contact information (Phone: 365-565-9090, Address: 19 Provincial Rd., Edmonton AB T6M 1K7).
- 2. GP Details:** Shows the General Practitioner's name (Jones, Evans), phone (333-465-5545), and address (11 Terrance Ave., Edmonton, AB T4Y 8U9).
- 3. Patient Record:** A sidebar menu with options like Summary, Lab Results, Diagnostic Images, Details, Notes, and Comments.
- 4. Alerts:** Lists allergies (Sulfa Drugs), Pap smear due, Td due, and A1C above target.
- 5. Medications:** A table listing various medications such as Hydrochlorothiazide, Glyburide, Metformin, Atorvastatin, Atenolol, ECASA, Ramipril, Cloxacillin, and Beclomethasone Cream, along with their dates and prescriptions.
- 6. Diagnosis Table:**

Diagnosis	Date	Status
Hypertension	11/1989	Ongoing
Diabetes	05/1996	Ongoing
Coronary Artery Disease	02/2002	Ongoing
Fasting lipids	12/2005	
Exercise stress test	1/2005	
Coronary angiogram /		
Cellulitis	02/2005	Resolved
Cholecystectomy	05/1981	Resolved
Cesarian section	01/1967	Resolved
- 7. Encounter History:** A table listing medical visits with details on date, facility, specialty, clinician, reason, and type.
- 8. Immunizations:** A table listing types of immunizations (Influenza, Pneumovax, Twinrix, Td) and their most recent dates.
- 9. Diabetic Indices:** A table showing various blood sugar metrics like A1C, LDL, BP, and Home Gluc (average) with their values and most recent dates.

1. Información e identificación del paciente.
2. Médico de cabecera y especialistas, visita realizadas y programadas.
3. Informes, resultados de laboratorio, diagnósticos por imagen, etc.
4. Alertas tipos de alergia.
5. Historial de medicación con las correspondientes dosis.
6. Historial médico.
7. Historial de visitas e interacción con el sistema.
8. Vacunas.
9. Enfermedades crónicas (diabetes).

Por último, cabe destacar que el registro informatizado debe de estar especialmente diseñado para que los profesionales puedan acceder con facilidad, registrar su actividad y obtener información acerca de los problemas de salud de los pacientes. Debe facilitar que se obtengan estadísticas que les permitan el seguimiento de los objetivos pactados y la mejora continua de su grado de experiencia, además de ofrecer información de las patologías de alta prevalencia consideradas estatal y/o municipalmente, así como un análisis profundo acerca de los objetivos, los indicadores, las metas y los resultados, de forma que la evaluación continua permita al profesional, al conjunto de unidades integradas y al sistema sanitario y a la Administración disponer de herramientas que faciliten el seguimiento de estos, con un objetivo común: mejorar la salud de la población.

## 5. Relación con la Administración: el contrato

La atención primaria es el origen del 65-70% de las primeras consultas y del 30-35% de las pruebas diagnósticas que se realizan en el nivel especializado, y constituye el centro y una de las diferencias principales entre los sistemas de salud en Europa. En los países con sistema nacional de sanidad, el médico de AP actúa como filtro y cuenta con el monopolio sobre el acceso al sistema (primeras consultas).

Los modelos de AP vigentes en Europa son los siguientes:

- **Modelo público:** España, Portugal, Finlandia, Suecia. Es el recomendado por la Oficina Europea de la OMS.
- **Modelo mixto:** Holanda, Gran Bretaña, Dinamarca y Noruega. Equipos autogestionados; contratos de larga duración; coexistencia de la propiedad pública y privada de los centros de salud.
- **Modelo privado:** Italia, Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Luxemburgo, Suiza y en los países del este de Europa. La AP está en manos de asociaciones de profesionales. La AP tiene poco poder de mercado, dado que compete con los especialistas por la provisión de profesionales privados independientes, bajo contratos anuales de consultas.

En un modelo de financiación, provisión y compra de servicios, la Administración es la responsable de que el sistema de salud integrado ofrezca garantías de integración de servicios, y para ello es importante que adapte sus objetivos en los contratos de gestión, estimule sistemas de información de bases de datos homogéneos, así como la adecuación de recursos sanitarios, sistemas de evaluación y obtención de resultados.

Es responsabilidad de la Administración y, por tanto, deben quedar incluidos en el contrato de gestión los siguientes aspectos:

- **Estimación de la demanda.** Estimación de la demanda de servicios entre atención especializada y atención primaria, de acuerdo con las carteras de servicios contratadas, demanda prevista para cada unidad o especialidad, estimación de interconsultas, visitas y pruebas diagnósticas, y análisis de población limitada geográficamente en donde se planifiquen servicios integrados de salud.
- **Utilización racional de los recursos.** Aumento de la capacidad de la atención primaria para la resolución de problemas de salud, como respuesta a la demanda creciente de la población, con una ampliación del catálogo

de pruebas diagnósticas por parte de la atención primaria, y el fácil acceso de sus resultados por parte de todos los profesionales implicados en el proyecto de atención integrada.

- **Coordinación entre niveles asistenciales:**
  - Unidades descentralizadas del hospital y en total integración con este, que pertenecen a la cartera de servicios de la atención primaria, como los servicios de cirugía menor, programas de formación continua en AP para patologías prevalentes para aumentar la capacidad de respuesta de sus profesionales.
  - Protocolos de atención clínica coordinada para los procesos más frecuentes, así como establecimiento de los criterios de derivación, y unidades donde derivar, previamente planificadas por la Administración.
  - Utilización racional de los recursos por todos los facultativos implicados en cada proceso atendido.
- **Organizar el proceso asistencial:**
  - Guías entre unidades asistenciales integradas en distintos niveles asistenciales.
  - Requisitos mínimos de un sistema de información, con las características de adaptabilidad, trabajo clínico, programas de salud, estadísticas y seguridad ya definidas, que den respuesta a las necesidades de todas las partes implicadas y con criterios comunes de evaluación de todo el proceso.
- **Coordinación entre niveles asistenciales:**
  - Acceso a la gestión de las agendas desde cualquier unidad asistencial que intervenga en el proceso.
  - Acceso a la información común.
  - Grupos de trabajo que definan objetivos estratégicos.
  - Reuniones de trabajo, telemedicina, objetivos comunes.
  - Evaluación.

Para que estos puntos queden reflejados en un contrato de gestión, es importante que se establezcan objetivos comunes entre distintas unidades asistenciales en los que la Administración:

- Proporcione una atención integral al usuario en las mejores condiciones de calidad y eficiencia.

- Mejore la organización de los servicios, tanto clínicos como administrativos, y el uso adecuado de los recursos.
- Obligue a las partes a asumir compromisos para alcanzar los objetivos.
- Establezca un órgano de discusión y toma de decisiones que permita que los profesionales que cuentan con la capacidad técnica de decisión se impliquen en el proceso.
- Facilite la información de distintas bases de datos, desde estadísticas, salud pública, asistenciales, gestión, resultados en salud, datos poblacionales, a partir de modelos estándar de indicadores.
- Compare distintos modelos de atención integrada y aporte resultados comunes.

### **Referencia bibliográfica**

M. Alfaro; J. Etreros; E. Terol y otros (2002). «Coordinación entre niveles asistenciales». En: M. Aguilera; M. Alfaro; B. Crespo y otros (eds.). *Atención primaria en el INSALUD: diecisiete años de experiencia*. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Atención Primaria (págs. 240-260).

## 6. A modo de conclusión

Hasta este momento, el presente material ha estudiado la definición, el papel y los objetivos de la atención primaria, las realidades de hospitales, los servicios especializados y multihospitales, las tendencias futuras, los elementos necesarios para una integración, poniendo especial énfasis en los sistemas de información integrados, el papel de la Administración en los contratos de gestión, pero quedaría por definir cuáles son los criterios mínimos de inclusión necesarios para establecer un proyecto de atención integrada.

Se han ido desarrollando en todo el documento en cada uno de sus apartados; sin embargo, modo de conclusión, podemos decir que los criterios mínimos que debería tener un conjunto de unidades asistenciales para plantearse un proyecto de integración de servicios son:

- **Financiación pública; estructura administrativa con financiación, compra y provisión de servicios; contrato de gestión.** Es responsabilidad de la Administración la financiación y planificación de los recursos disponibles, el análisis de la demanda, la definición de los objetivos estratégicos de la integración de servicios, el análisis de la evaluación de resultados, así como la consecución de resultados en salud eficientes y con un nivel de calidad excelente.
- **Atención centrada en la AP como puerta de entrada única; función de filtro.** Papel central del médico de primaria en la coordinación. La AP ha de ser la puerta de entrada al sistema sanitario, el gestor de la continuidad de los problemas de salud de los pacientes y el centro de coordinación entre distintas especialidades. Todas las demás áreas de atención han de estar integradas entre sí, con un claro liderazgo de la AP en cuanto a continuidad.
- **Delimitación del territorio.** Es necesario fragmentar el territorio de acuerdo con la población de referencia, así como con los recursos sanitarios que dicho territorio establece para la resolución de problemas de salud, centrados en la AP como puerta de entrada.
- **Población asignada en un territorio concreto.** Los recursos sanitarios han de estar perfectamente planificados de acuerdo con una población concreta geográficamente establecida. Los servicios sanitarios deben contemplar todos los ámbitos de resolución de problemas de salud en todo el territorio (AP, hospitales, sociosanitarios, salud mental, atención a la mujer, infancia, pruebas complementarias, etc.)

- **Sistema de registro individual.** Es imprescindible un registro centralizado, individual e intransferible, que identifique a cada persona. Debe hacer posible que puedan registrarse las distintas variables de los problemas de salud de cada persona, preferentemente en una historia clínica informatizada, propiedad del mismo usuario.
- **Conocimiento de los problemas de salud de la población asignada.** El registro individual de la población, la delimitación geográfica, la AP como puerta de entrada y la coordinación de servicios permitirá un conocimiento de los problemas de salud de la población, tanto individual como colectivamente.
- **Análisis de las unidades de salud implicadas y cartera de servicios; identificación de productos; orientación al proceso.** Cada unidad debe definir su cartera de servicios de acuerdo con el resto de las unidades asistenciales, de manera que puedan complementarse y se evite la duplicidad de acciones. Es importante, tal como hemos señalado, que se analice este punto alejándonos de antiguos conceptos estructurales como *hospitales* o *atención primaria*, y centrándonos en el marco conceptual que hemos ido definiendo durante todo el material.
- **Pago por capitación (según necesidades de la población).** La financiación debe estar orientada a la totalidad de unidades en forma de organización integrada de salud única. Posteriormente, se llevará a cabo cada asignación presupuestaria de acuerdo con las distintas carteras de servicios que ofrece cada unidad.
- **Organización de los profesionales en AP y unidades de soporte; atención especializada, hospitalaria y social.** Para que cada unidad asistencial pueda organizarse, es necesario ordenar de forma única todas y cada una de las unidades, para que todas se complementen, desde la AP como puerta de entrada, hasta las unidades de soporte, atención especializada, hospitalaria, pruebas diagnósticas, ámbito social, salud comunitaria, salud pública, órganos de gestión y Administración local.
- **Trabajo en equipo y equipos multidisciplinares.** Los equipos de trabajo estarán estructurados para dar respuesta a unos objetivos concretos, en los que los elementos de comunicación, coordinación, información compartida, guías clínicas y protocolos sean el centro de discusión.
- **Programas de formación continua; protocolización clínica, protocolos, guías clínicas; descripción de procesos con protocolización y simplificación de circuitos.** Los programas de formación continuada deben orientarse desde la óptica de la integración de servicios, y deben ir dirigidos a profesionales de distintas unidades asistenciales.

- **Sistemas de información comunes y consensuados.** Desarrollo de las tecnologías que permitan espacios comunes virtuales de intercambio de información (sistemas de información y registro común: historia clínica única o compartida).
- **Evaluación.** Disponer de sistemas de información integrados, con un registro de actividades por parte de profesionales de forma racionalizada, permite evaluar de forma constante los resultados obtenidos, mejorar la calidad asistencial, analizar los resultados en salud y readecuar los recursos sanitarios, en constante cambio en función de la población de referencia
- **Calidad.** Todos los modelos de calidad existentes parten de unos objetivos estructurales, de proceso y de resultados en salud, e incluyen en su análisis a los distintos profesionales implicados, a los clientes en cuanto población, a los sistemas sanitarios y a la Administración.