

Nuevo modelo de provisión de Euskadi: Sistemas Locales Integrados de Salud – Microsistemas y su gobernanza

kronikoen
programa



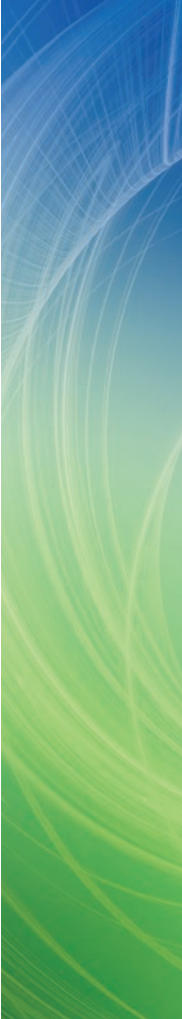
Osakidetza



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO



Nuevo modelo de provisión de Euskadi: Sistemas Locales Integrados de Salud – Microsistemas y su gobernanza



Osakidetza



**EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO**

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

Edición: 1.ª, noviembre 2012

Tirada: 250 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Sanidad y Consumo de Sanidad y Consumo

Internet: www.Euskadi.net

Edita:

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 – 01010 Vitoria-Gasteiz

Diseño y maquetación:

Dreams Factory. Arte Digital

Con la colaboración de:  **NOVARTIS**



Salvo indicaciones, esta obra se publica bajo una licencia Creative Commons (BY)
Mas información y licencia completa: <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.es>

Índice

Preámbulo	4
1. Contexto de la sanidad en 2012	5
2. ¿Cómo están avanzando otros países? El ejemplo de Escocia	7
3. Apuesta del modelo de provisión de Euskadi: Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas	8
3.1 Definición y características del nuevo modelo de provisión de Euskadi: Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas	8
4. ¿Disponemos de las herramientas para avanzar hacia el nuevo modelo de provisión?	10
5. Definición del modelo de gobernanza de los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas.	14
5.1 Funciones del órgano de gobernanza	14
5.2 Agentes clave del órgano de gobernanza	14
5.3 Estructura del órgano de gobernanza	15
Anexo I Metodología utilizada y asistentes	19
Anexo II Acuerdo del Consejo de Administración de Osakidetza.	22

Preámbulo

Es necesario seguir impulsando la transformación del sistema sanitario público con el fin de asegurar su adaptación a los retos del futuro, siendo los más significativos la demografía, la cronicidad y la sostenibilidad económica del mismo.

Las mejoras de gestión ya no son suficientes. Es necesario transformar el modelo asistencial. Esto implica hacer muchos cambios en la organización local asistencial – en el ámbito micro.

Esta transformación presenta unos retos que exigen un modelo asistencial diferente al actual, especialmente en lo que concierne a la coordinación entre organizaciones con función asistencial sanitaria y entre éstas y las organizaciones sociales y el ámbito comunitario.

Una de las claves para la transformación del sector de la salud es la creación de Sistemas Locales Integrados de Salud – los llamados Microsistemas. Esta transformación lleva intrínsecos cambios culturales tanto a nivel clínico como a nivel gestor.

Si no avanzamos más rápido en esta dirección, la Sanidad en el País Vasco sufrirá los mayores ajustes de su historia en los próximos años. Esto finalmente afectará a los pacientes y a los recursos humanos. Estos ajustes no son teóricos, solo hace falta observar a otras Comunidades Autónomas para ver que ya son una realidad. Si se transforma el modelo asistencial los ajustes en Euskadi serán menores.

El modelo asistencial en Euskadi reposa sobre una filosofía de colaboración y no de competición entre estructuras asistenciales. Esto facilita una lógica de cooperación en el ámbito local. Los avances realizados por los profesionales y directivos locales en estos tres últimos años indican que se pueden hacer los cambios necesarios para conseguir un modelo más eficiente y con mejores resultados en salud. La sostenibilidad del sistema vasco de salud reposa en la identificación continua de mejoras asistenciales y de eficiencias por los actores locales.

La Sanidad en Euskadi lleva más de tres años capacitándose para avanzar en esta dirección. Existen ya una gran parte de herramientas, que eran necesarias, para que los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas puedan operar eficazmente. Éstas son las que se concretaron en su día en los proyectos de la Estrategia para afrontar el reto de la Cronicidad en Euskadi.

Se están dando pasos para afianzar los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas, así, en estos momentos se ha aprobado una directriz de Sanidad/Osakidetza que apoya normativamente la evolución hacia este nuevo modelo asistencial.

Tanto los proyectos de la Estrategia de la Cronicidad como las directrices, deben tomar cuerpo en nuestros Sistemas locales integrados de salud- Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas. Para ello será necesario ejercer un liderazgo local integrador con **modelos de gobernanza** adecuados a nuestro contexto.

Este documento, además del **análisis de la necesidad** y de la **definición de los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas** en Euskadi, recoge las ideas de un amplio grupo de directivos y profesionales del sector, reunidos en Julio 2012, donde se analizó la **tipología de liderazgo** local y **modelos de gobernanza** idóneos para gobernar un Sistema local integrado de salud - microsistema.

(Anexo I: Metodología utilizada y asistentes).

1 Contexto de la Sanidad en 2012

El Sistema Nacional de Salud, cuyas competencias están transferidas a las Comunidades Autónomas, debe hacerse sostenible ante los grandes retos actuales y futuros: presión demográfica con mayores necesidades de recursos del Sistema Sanitario y crisis económica.

Adicionalmente a los retos que ejercen presión sobre nuestro modelo sanitario, sabemos que éste presenta deficiencias importantes en la atención, especialmente de los pacientes crónicos. Es un modelo fragmentado, centrado en la eficiencia de las estructuras en lugar del paciente, lo que ocasiona multitud de ineficiencias que quedan cautivas dentro del mismo.

Para ir en busca de este objetivo, se distinguen dos grandes líneas de trabajo que ponen de manifiesto las medidas adoptadas en las diferentes Comunidades Autónomas. Estas líneas de trabajo se resumen en:

A. Política de recortes y copagos:

Una política iniciada por algunas Autonomías y por el mismo Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, centrada en la aplicación de recortes en prestaciones, disminución o recortes en los sueldos y aplicación del copago farmacéutico en función del nivel de renta. Este modelo busca disminuir el gasto sanitario a través de la disminución de la cartera de servicios y la búsqueda de nuevas vías de financiación procedentes de los pacientes.

La consecuencia de esta línea de trabajo es perder a los pacientes del radar.

B. La ineludible transformación del modelo de provisión:

Una política basada en conseguir dar respuesta a las necesidades y riesgos actuales de la población estando en contacto continuo con ella por medio de medidas presenciales y no presenciales. Este modelo consigue aflorar eficiencias que resultan de pasar de un modelo fragmentado con multitud de ineficiencias hacia un modelo integrado y más eficiente.

La consecuencia de esta línea de trabajo es tener a los pacientes en el radar.

Esta última es la línea de trabajo iniciada por el País Vasco en el año 2009. Pero en esta trayectoria, no estamos solos, coincidimos con otras regiones y países como Escocia e Irlanda del Norte, Nueva Zelanda, Suecia, Dinamarca, algunas regiones de Inglaterra y regiones en Canadá y numerosas organizaciones en los EEUU que trabajan en la misma línea, compartiendo experiencia y con resultados que avalan el nuevo modelo asistencial.

¿Por qué cambiar?

El nuevo modelo de cuidados que se está desarrollando en Euskadi implica **cambios culturales** importantes dentro de la organización; tanto en la forma de relacionarse entre profesionales, como en la manera de abordar al paciente.

Las razones para cambiar son las más importantes de la historia de la Sanidad desde su transferencia.

Frenar u obstaculizar este cambio sería negar los siguientes datos:

- La demanda asistencial crecerá un 20 % en los próximos 5 años
- La mayor parte será debida a las enfermedades crónicas
- Los recursos no crecerán en los próximos presupuestos más de 1%
- El Departamento de Sanidad y Consumo de Sanidad y Osakidetza deberán seguir haciendo más con lo mismo.
- Esto implica hacer más en la comunidad (domicilio , atención primaria..) y menos en hospitales
- El modelo organizativo centrado en los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas da más pistas sobre la sostenibilidad del Sistema de Salud que cualquier otra intervención.

Si dominan las resistencias al cambio y los profesionales y directivos de todos los ámbitos solo apoyan esta transformación de forma tibia, tendrán que aplicarse importantes recortes en la Sanidad Vasca en los próximos años.

Es por ello, que esta **transformación es hoy aún más urgente** que cuando se inició, ya que la situación económica del país se ha endurecido y los cambios sugeridos ya son ineludibles. Son estos cambios los que señalan la forma de hacer sostenible el Sistema de Salud.

Por consiguiente ya no existe margen de maniobra para seguir haciendo lo mismo; **ha llegado el momento de acelerar el proceso de transformación** y evidenciar que detrás de este nuevo modelo existen **eficiencias**, para así, poder minimizar el efecto de los recortes en prestaciones y el consecuente impacto negativo en la población.

2 ¿Cómo están avanzando otros países? El ejemplo de Escocia

A nivel Europeo existen regiones y países que están abordando la transformación del modelo de provisión con un enfoque centrado en Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas. Los resultados avalan las experiencias de Escocia e Irlanda del Norte. Ambos países han iniciado el desarrollo generalizado de este enfoque en todo el país. Euskadi avanza con ellos por medio de un acuerdo de colaboración.

A modo de ejemplo, Escocia, en el año 2007 inició un nuevo planteamiento de abordaje de la población mayor en una región concreta; NHS Midlothian.

Se rigió por las siguientes premisas:

- Escuchar las necesidades de la población anciana y por tanto involucrar al paciente en la definición de los servicios
- Adaptar y acercar los servicios socio-sanitarios hacia el ámbito comunitario
- Establecer formas de cooperación y coordinación entre diferentes agentes: NHS (sanidad), ayuntamientos (social), tercer sector y sector independiente
- Todo ello, bajo la premisa de la "Triple Meta": mejor atención sanitaria, enfoque poblacional y eficiencia

Los resultados obtenidos durante el periodo 2007-2010 fueron espectaculares en términos de eficiencia y de satisfacción para el paciente, lo que condujo al Gobierno a extender este modelo a todo el territorio Escocés, amparándolo con un marco legal que obligaba a la colaboración conjunta y disponer de un presupuesto compartido para la gestión de la población anciana.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Estrategia para la Gente Mayor

- A través del **aumento de apoyo en cuidados** en casa en función de la complejidad del paciente se han reducido 53 camas de hospitalización de larga estancia.
- La hospitalización se redujo de **455 a 404 camas**, cuando la previsión de necesidades era de 517.
- Se **redujo** el número de días de alta hospitalaria por necesidad de cuidados sociales de **30 días (2007) a 3 días (2011)**
- La rápida respuesta sanitaria en casa previene de media **18 ingresos/mes**.
- **300 pacientes con telecuidados** y previsión de aumentar 150 más en un futuro próximo (más seguridad y protección)
- Aumento de la percepción de **seguridad** por parte de los pacientes (**74% en 2009 a 84% en 2010**)
- Aumento de la percepción de **independencia** por parte de los pacientes (**71% en 2009 a 78% en 2010**)
- Aumento de la percepción de **integración dentro de la sociedad** por parte de los pacientes (**44% en 2009 a 67% en 2010**)

Fuente: NHS Scotland.

En el año 2011-2021 se pone en marcha el Programa para el cambio 2011-2021 para toda Escocia.

La reconfiguración del cuidado a la gente mayor, basado en que NHS, Autoridades locales responsables de la parte social, el tercer sector y el sector independiente, definen una estrategia a largo, medio y corto plazo de **cómo ir progresivamente redistribuyendo recursos hacia el ámbito comunitario**.

Durante los primeros 4 años disponen de financiación adicional para hacer este ejercicio. (En Euskadi la inversión para desarrollar las herramientas que posibilitan los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas también ha sido muy importante en esta legislación. Osarean, Osabide, formación enfermería, paciente activo, e-rezeta. . .)

El órgano de gobierno de cada "microsistema escocés" constituido por la representación de todos los agentes involucrados en el Programa (sanidad, social, tercer sector y sector independiente) debe rendir cuentas de sus decisiones, estrategia a seguir y resultados conseguidos. Para realizar esta labor, **se crea un órgano de apoyo a los "Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas" que facilita e imprime velocidad** en la Estrategia definida por cada alianza.

3 Apuesta del modelo de provisión de Euskadi: Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas

3.1 Definición y características del nuevo modelo de provisión de Euskadi: Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas

La apuesta del nuevo modelo de provisión de Euskadi persigue hacer frente a las necesidades actuales de la población, de forma más eficiente y basándose en un enfoque poblacional. Para ello, hace falta una **reconfiguración y redistribución de los recursos, desplazando gradualmente recursos hacia el ámbito domiciliario/comunitario y la atención primaria, cuyas decisiones y propuestas se deben formular en el ámbito local.**

Inglaterra, basándose en la misma filosofía, estima que el 15% de días-cama (ingresos) al año pueden ser transferidos a un entorno domiciliario. Y por tanto, un ahorro potencial de 1,7 billones de libras por prestar más servicios en casa.

En Euskadi pensamos que esa tendencia es posible gracias a las herramientas ya instaladas y puestas en marcha a lo largo de estos años, que permiten monitorizar a pacientes complejos y estratificados en lugares diferentes al hospital, promoviendo así una atención personalizada al paciente y a su familia en su entorno. **El incorporar actividades de seguimiento, monitorización y estabilizar al paciente en su domicilio, evita ingresos y como consecuencia, libera espacio hospitalario.** Asimismo, a lo largo de estos años se han promovido alternativas o nuevas modalidades de hospitalización más coste efectivas y con mayor satisfacción por parte del paciente y del profesional sanitario (Ej: hospitalización a Domicilio). Este tipo de iniciativas se deberán potenciar más.

Este tipo de decisiones que afectan en su mayoría a la organización de procesos y redistribución de recursos (ir traspasando progresivamente actividad a la comunidad) se deben definir e implementar por los equipos profesionales y directivos locales de los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas. Mientras que los órganos centrales deben marcar las directrices y crear condiciones y capacidad en la organización para que a nivel de Sistema local integrado de salud – microsistema se puedan dar estos cambios. El ámbito central debe crear condiciones favorables para el desarrollo de Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas pero no debe “microgestionar” el ámbito local.

Como se ha comentado anteriormente, los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas se rigen por **la eficiencia, la mejor asistencia sanitaria y visión poblacional en el ámbito local.** Hoy estas tres funciones aún necesitan coordinarse más en nuestro ámbito local. Desde 2009 se han ido creando diversas formas de organización local integrada de salud (Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas) **en las cuales se ejerce de forma más coordinada las siguientes funciones:**

- **Intervenciones de mejora de cuidados clínicos asistenciales** y privilegiando de forma creciente una lógica de continuidad de cuidados combinando los distintos niveles asistenciales entre sí y con los servicios sociales.
- **Intervenciones de salud poblacional.** Las organizaciones locales ya no deben concebirse como puramente asistenciales-clínicas sino con una responsabilidad poblacional creciente (educación; intervenciones preventivas en educación física, nutrición y desigualdades), adaptando las intervenciones a sus necesidades y haciendo uso de aquellas herramientas que permitan afinar y seleccionar la población que más pueda beneficiarse de dicha intervención (estratificación)
- **Intervenciones centradas en la identificación de eficiencias** eliminando duplicidades y combinando de manera efectiva los servicios de los distintos agentes locales. Toda la evidencia indica que aparecerán muchas eficiencias de esta tercera función de los sistemas locales.

Definición de Sistema Local Integrado de Salud - Microsistema

Sobre esta base se define un Sistema Local Integrado de Salud/ o microsistema como **la acción coordinada** de todos los agentes y organizaciones sanitarias y sociales que atienden a la misma población y que operan en el continuo asistencial de dicha población de referencia. En el caso concreto de Euskadi, los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas se delimitan geográficamente.

Los agentes que contempla el microsistema, incluye, pero no está limitado, a las organizaciones de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención a subagudos, salud mental y sociosanitaria.

Construir un microsistema es complejo y se debe concebir como un proceso dinámico.

El diagrama siguiente describe la “foto” actual en 2012 de los 11 Sistemas locales integrados de Salud – Microsistemas en Euskadi.

Distribución de los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas en Euskadi



- 1 Microsistema Bilbao
- 2 Microsistema Uribe
- 3 Microsistema Ezkerraldea-Enkarterri
- 4 Microsistema Interior
- 5 Microsistema Araba
- 6 Microsistema Gipuzkoa
- 7 Microsistema Bidasoa
- 8 Microsistema Goierri - Alto Urola
- 9 Microsistema Bajo Deba
- 10 Microsistema Alto Deba
- 11 Microsistema Donostia

Para más información ver Anexo II: Acuerdo de 26 de Septiembre de 2012, del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, por el que se regula la constitución, organización y funcionamiento de los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas

4 ¿Disponemos de las herramientas para avanzar hacia el nuevo modelo de provisión?

Para poder avanzar hacia el nuevo modelo de provisión sanitaria se requieren una serie de factores sin los cuales sería muy complejo llevar a cabo una transformación de este calado.

Factores que contribuyen al cambio

Los factores de éxito para que el proceso de transformación se lleve a cabo son diversos y atañen a todos los niveles de la organización (macro, meso y micro). Durante estos tres últimos años se han abordado todos aquellos factores que se consideraban críticos, como son la necesidad de una **visión estratégica, apoyo explícito y liderazgo distribuido desde el nivel macro, introducción de nuevas herramientas-estratificación, empoderamiento de pacientes etc.**

A continuación se recogen los factores que contribuyen al cambio:



Parte de los factores que contribuyen al cambio están incluidos dentro de la Estrategia para Afrontar el Reto de la Cronicidad en Euskadi (en color azul) y por tanto se detallan en los documentos de avance correspondientes mientras que el resto de factores se detallan a continuación.

Es importante constatar que en 2012 la mayoría de estos factores que contribuyen al desarrollo de un microsistema existen ya o están en vías de desarrollo en nuestro contexto. En ese sentido nuestra Comunidad Autónoma está en una situación inmejorable para avanzar.

Entre los factores abordados que contribuyen al cambio, **el liderazgo local ha sido fundamental para alcanzar esta etapa de desarrollo y lo será aun más en los próximos años**. Tenemos ya numerosos ejemplos de ese liderazgo en Euskadi y que progresivamente está fomentando la **participación clínica**, otro factor clave para la transformación.

Además disponemos de las herramientas que nos permiten avanzar; estratificación, paciente activo, tecnologías para la medicina no presencial, nuevas competencias de enfermería.

Para que los directivos y profesionales de la salud puedan seguir ejerciendo este liderazgo en el ámbito local, es necesario, que desde el centro de la organización – Osakidetza y Departamento de Sanidad y Consumo, se de continuidad al **liderazgo distribuido**.

A día de hoy, año 2012, el Sistema Sanitario vasco, dispone de más herramientas para poder hacer efectivo este cambio y llevarlo a la práctica. Los 14 proyectos de la Estrategia para afrontar el reto de la Cronicidad son las herramientas que el Sistema Sanitario vasco no disponía y que actualmente ya se están implementando con mayor o menor grado de avance dentro de la red de Osakidetza.

Dichos proyectos se engloban en varios de los factores que contribuyen al cambio detallados en este apartado como son: **Nuevas Competencias de Enfermería, Infraestructura Tecnológica, Estratificación, Empoderamiento del paciente y Empoderamiento del papel del contratador y financiador en base a resultados**.

Todos los proyectos/herramientas de la Estrategia de la Cronicidad desarrolladas desde el año 2009 están alineadas en la búsqueda de dos objetivos; **fomentar la coordinación y la integración clínica** y actuar sobre el paciente para que pueda **manejar mejor su patología** o bien para **disminuir o eliminar factores de riesgo**.

El hecho de disponer de una visión, y de nuevos elementos como; nuevos roles de enfermería, procesos educativos para empoderar al paciente, de nuevas fórmulas de colaboración sociosanitaria, de la estratificación, de Osarean, de Osabide global, de la receta electrónica, del nuevo proceso contratación, permiten a cualquier microsistema avanzar hacia un modelo diferente.

Incluso los países más avanzados en el desarrollo de la Triple Meta y Microsistemas no cuentan con la batería de herramientas disponibles en Euskadi para lograr un cambio hacia la integración local y hacia el desarrollo de un Sistema Local Integrado de Salud - Microsistema. **En este contexto los directivos locales y los profesionales de la salud en Euskadi tienen la oportunidad y ventaja frente a otros para promover más rápido el cambio en el sistema**.

Adicionalmente, a los factores que contribuyen al cambio englobados en la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad, cabe destacar otros factores de elevada relevancia:

1. Empoderamiento del papel del contratador y financiador

Uno de los instrumentos que tiene el Departamento de Sanidad y Consumo de Sanidad y Consumo para dirigir hacia dónde ir, es el proceso de contratación y financiación dónde se define lo que y como se financia y contrata. Dicha relación queda definida en la **Ley 8/1997, 26 de junio de Ordenación Sanitaria de Euskadi** y se articula a través del **Contrato Programa** constituye el instrumento jurídico mediante el cual se articulan de manera directa las relaciones entre el Departamento de Sanidad y Consumo competente en materia de Sanidad y las organizaciones del ente público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud para la provisión de servicios sanitarios.

Las Direcciones Territoriales junto con la Dirección de Aseguramiento y Contratación, como responsables macro de la Sanidad en Euskadi progresivamente contratarán y financiarán en base a resultados en salud y objetivos alcanzados.

Una de sus principales funciones es crear condiciones para que los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas puedan operar eficazmente en el ámbito local.

Para ello deberán actuar sobre los siguientes aspectos:

- Vincular de forma creciente el proceso de contratación al logro de metas colectivas del microsistema
- De la misma forma, se vincularán de forma creciente el proceso de control del gestión/rendimiento al logro de metas colectivas del microsistema
- Proveerán recursos para el desarrollo del microsistema
- Proveerán feedback y evaluación sobre el rendimiento de su microsistema
- Conectarán los diferentes Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas entre sí

2. Cambios en el modelo de contratación y financiación y desarrollo de los Planes de Intervención Poblacional (PIP)¹ en el ámbito local

En el año 2012 el proceso de contratación ha introducido cambios importantes en la forma de contratar y financiar a la provisión; el principal cambio se centra en establecer objetivos comunes para todas las organizaciones sanitarias de un Sistema Local Integrado de Salud - Microsistema para intervenir coordinadamente a pacientes seleccionados con características de morbilidad similar, de este modo se han introducido los **Planes de Intervención Poblacional (PIP)**. La consecución de la financiación de cada Organización de Servicios que un mismo microsistema, queda supeditada al cumplimiento de los objetivos de cada PIP.

Progresivamente las organizaciones de servicio de los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas irán teniendo un mayor volumen de financiación condicionada al cumplimiento de los objetivos de los Planes de Intervención Poblacional del microsistema en lugar de por el desarrollo de actividad. La consecuencia es que progresivamente se va a ir desplazando el pago por actividad hacia el **pago por resultados en salud**.

Los Planes de Intervención Poblacional en los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas se pueden considerar como una herramienta más. Estos Planes de Intervención Poblacional desarrollados a nivel local no dejan de ser un **Plan de Salud Local**. La incorporación progresiva de los PIPs se fundamentan en la priorización y planificación establecida en el Plan de Salud de Euskadi 2012 -2020, concretado en las directrices de contratación.

El desarrollo de los PIPs y su vinculación con el marco de la contratación introduce unas nuevas reglas de juego para las organizaciones del microsistema:

- **Trabajar conjuntamente para la definición y desarrollo de los Planes de Intervención Poblacional**, Identificación de pacientes a intervenir proactivamente seleccionados en base a la herramienta de estratificación, estableciendo la vía de captación y el nivel asistencial sobre el cual se va a realizar, así como definir la ruta asistencial y los elementos de coordinación y comunicación que se van a establecer entre los diferentes niveles asistenciales.
- **Establecer objetivos comunes** en base a procesos transversales que afectan a todas las organizaciones del Sistema Local Integrado de Salud - Microsistema. Por tanto, el trabajo en equipo será clave para alcanzar los objetivos
- **Toma de decisiones compartida**, para establecer y definir como se va a abordar la atención dentro del Sistema Local Integrado de Salud - Microsistema y no sólo dentro de cada organización asistencial aislada.
- **Evaluación periódica y conjunta** de las Organizaciones de Servicio del Sistema Local Integrado de Salud - Microsistema por parte de las Direcciones Territoriales, entorno a los PIPs

El hecho de tener que hacer frente a objetivos compartidos derivados de los PIP está fomentando la coordinación sanitaria, el trabajo conjunto e ir dando pasos hacia un Sistema Local Integrado de Salud - Microsistema entendido como tal. Pero, para ello, se requiere una perspectiva mayor, visualizar todos los recursos disponibles dentro de éste y empezar a establecer conexiones entre agentes, ya sean del Sistema Sanitario o no, para optimizar los recursos, dar mejor atención sanitaria y ser más eficientes.

Desde el año 2010, disponemos de un número creciente de ejemplos de **diálogo y apertura a otras organizaciones**, (tanto sanitarios como de ámbito no sanitario) así como de coordinación y trabajo conjunto entre diferentes agentes del microsistema, que han servido para facilitar la puesta en marcha de los Planes de Intervención Poblacional. La variabilidad de experiencias de innovación entre Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas hace que la velocidad de avance de éstos sea diferente; unos van más rápido que otros.

3. Cambios en el rendimiento, incentivos y en la evaluación de los directivos

Los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas son sistemas complejos que deberán operar, progresivamente, más en red que las organizaciones asistenciales clásicas. Su desarrollo dependerá en parte de que existan **"incentivos"** para avanzar en la dirección indicada

¹ *Plan de Intervención Poblacional (PIP): Son intervenciones centradas en enfermedades crónicas, dónde la coordinación entre niveles asistenciales y/o comunidad aporta un beneficio para fomentar la continuidad asistencial. Se definen en base a criterios de prevalencia de la patología e impacto en el gasto sanitario. Tienen asociada una población diana con intervenciones adaptadas al nivel de morbilidad en función del nivel de la pirámide de Kaiser en que se encuentren*

No tan sólo afectará a la financiación de los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas, sino que también tendrá impacto sobre los profesionales y directivos del sector. A partir del 2012 se incentivará y se nombrará preferentemente a aquellos directivos y profesionales de la salud que ejerzan y consigan resultados en esta dirección integradora.

Los recursos en formación de directivos y clínicos deberán estar más alineados a la transformación del modelo de provisión definido en este documento y se seguirá trabajando y potenciando la profesionalización de directivos con visión integradora.

Asimismo, los **resultados de los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas** deberán ser visibles para la población y los directivos deberán **rendir cuentas** de sus actuaciones y resultados.

4. **Regulación del nuevo modelo de provisión sanitaria: Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas**

Con el objetivo de regular la constitución de los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas, así como sus funciones, competencias y características, **el pasado 9 de noviembre de 2012, se aprobó en el Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, el Acuerdo por el que se regula la constitución, organización y funcionamiento de los Sistemas Locales Integrados de Salud – Microsistemas**

En dicho acuerdo, además de establecer las funciones, competencias y características, se establecen las relaciones que deben tener las Organizaciones de servicio de un microsistema con otros agentes ajenos al Sistema Vasco de Salud pero que representan un papel importante en el ámbito social o comunitario.

Ver Anexo II. Acuerdo de 9 de noviembre de 2012, del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, por el que se regula la constitución, organización y funcionamiento de los Sistemas Locales de Salud - Microsistemas

5. **Conexión e implicación de Salud Pública en intervenciones de prevención y promoción**

Salud Pública, al igual que el resto de Organizaciones de servicio del microsistema, comparte responsabilidad sobre los resultados en salud de la población que atiende y deberá implicarse en las intervenciones que se desarrollen dentro de éste para fomentar el enfoque poblacional y establecer las conexiones con el ámbito comunitario.

5 Definición del modelo de gobernanza de un microsistema

Para avanzar en el cambio del modelo de provisión hacia uno centrado en Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas, se requiere la coordinación y toma de decisiones compartidas entre los agentes que constituyen dicho Microsistema. Para ello se requiere la constitución de un Órgano de Gobernanza.

La información recogida en este apartado es resultado del proceso de definición del modelo de gobernanza a través de entrevistas y sesión participativa de directivos del Departamento de Sanidad y Consumo y de Osakidetza.

5.1 Funciones del Órgano de Gobernanza

Gobernar un microsistema implica avanzar progresivamente en los **aspectos y funciones** que se detallan a continuación:

1. Determinar con las organizaciones locales relevantes del Sistema Local Integrado de Salud - Microsistema las **metas estratégicas comunes**.
2. Establecer de forma creciente **conexiones con agentes sanitarios, sociales y/o comunitarios relevantes** en el Microsistema.
3. Asegurar que todas las organizaciones asistenciales locales usan el **mismo registro estratificado según riesgo de la población**.
4. Proveer a la población **cuidados proactivos y planificados en función de su nivel de riesgo** y no sólo asistencia reactiva.
5. **Definir conjuntamente rutas asistenciales para los pacientes** (los pacientes necesitan una ruta asistencial horizontal y no sufrir la verticalidad de cada organización)
6. **Extender las rutas asistenciales clínicas incorporando la ruta social**.
7. Disponer de un **proceso de monitorización/corrección continua** del funcionamiento de todos los procesos de coordinación en el Sistema Local Integrado de Salud - Microsistema.
8. **Redistribuir/redimensionar los recursos estructurales, económicos y humanos** del Microsistema en función de las necesidades.

5.2 Agentes clave del Órgano de Gobernanza

En cuanto a los agentes que deben estar presentes en los órganos de gobernanza, se constatan los siguientes **agentes clave**:

- **Gerentes o directivos** de cada una de las Organizaciones de servicio (Sanidad (públicos y concertados) y, de forma creciente, los **Servicios Sociales**)
- **Personal de Salud Pública** (Transmitir la visión poblacional, nexo de unión entre sanidad y el ámbito comunitario (ayuntamientos, escuelas, polideportivos, etc...))
- **Clínicos** (médicos y enfermeros) como **responsables de los procesos transversales (PIP)**. Definen y deben transmitir las necesidades de recursos económicos y humanos de los procesos transversales; Aseguran la implementación de los procesos transversales dentro del microsistema.
- **Los servicios de salud mental y los servicios concertados**.

La **participación ciudadana** es un punto considerado clave. Se visualiza como un órgano asesor y que debe estar integrado y participando en la definición de la estrategia y visión del microsistema, ya sea de forma activa o bien escuchando o evidenciando sus necesidades a través de sesiones de trabajo, grupos focales, etc.

Por otra parte, existen otros agentes que pueden tener un papel más secundario o bien que su opinión deba ser considerada. Dentro de este grupo de agentes **se contemplan empresas del sector industrial, escuelas, ayuntamiento, medio ambiente e industria relacionada con el sector salud.**

También se contempla al **tercer sector (asociaciones)** como un agente con un interés especial ya que puede aportar servicios complementarios que el Sistema Sanitario y Social por sí sólo no pueden ofrecerlos.

5.3 Estructura del Órgano de gobernanza

La modalidad más simple es el desarrollo de una gestión única como se ha hecho en esta legislatura en parte de Guipúzcoa a través de las OSIs (Organizaciones Sanitarias Integradas), que permite dar flexibilidad en toma de decisiones y movimientos de recursos, pero requiere, al igual que las Organizaciones no Integradas, trabajar la coordinación asistencial.

Sin embargo se requiere disponer de alternativas ya que la gestión única puede no ser generalizable. Este modelo puede crear resistencias en ciertas organizaciones y por ello conviene disponer de alternativas para avanzar hacia los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas.

Consecuentemente es necesario pensar que cuando uno se refiere a un Sistema de Salud Local Integrado - Microsistema a uno se le viene siempre a la cabeza una "entidad". No es necesariamente el caso.

Es mejor interpretarlo como un grupo de organizaciones que proveen servicios de forma coordinada pero que no están necesariamente unidas en una entidad de gestión común.

En estos casos se trata de desarrollar una **organización matricial**, en lugar de una jerarquía simple.

Una **matriz** consiste en una serie de estructuras horizontales entre la cuales fluye información y capacidades. Los profesionales y directivos de esas estructuras trabajan en la definición y puesta en marcha de proyectos comunes. Es decir, se trata de definir modelos de gestión para el desarrollo de los procesos transversales y que, por tanto, afectan a más de una organización, manteniendo a la vez la independencia de gestión de los procesos que sólo competen a una organización. En nuestro entorno disponemos de ejemplos. Estos ejemplos, entre otros son: los proyectos elaborados entre Galdakao y Comarca Interior o los proyectos o el proyecto integrado de EPOC entre las UAP Rioja, Olaguibel, Leza y el HUA)

Estas organizaciones facilitan la toma de decisiones de forma descentralizada, pooling o puesta en común de capacidades técnicas entre organizaciones diferentes y mejoras de coordinación y de comunicación entre organizaciones. También permite a estas organizaciones diversificar sus servicios y ofrecer más continuidad de cuidados.

Eso es un paso importante hacia la integración pero **se puede ir más lejos**. Se pueden desarrollar "**líneas de gestión transversal**" que **gestionen recursos procedentes de las diferentes organizaciones** de servicio del microsistema adecuándose a las necesidades del proceso asistencial, integrando como premisa principal, la atención del paciente en el lugar más adecuado. (Las líneas de gestión transversal pueden ser de cualquier grupo: pluripatológico, ortopedia, cardiovascular, cáncer. . .).

Cada **línea de servicio transversal podría tener su propia estructura de gestión** la cual funcionara de forma separada de las estructuras que gestionan cada organización asistencial.

A estas formas de gobernar un microsistema se debe añadir una batería de elementos que ayudarán a crear progresivamente una organización más integrada.

Estructuración del Órgano de Gobernanza del Microsistema

Existen diferentes planteamientos de cómo se debería estructurar un órgano de gobernanza de un microsistema, pero en líneas generales se pueden recomendar **dos niveles de actuación**:

- un **primer nivel** de gobernanza que incorporaría los agentes de las diferentes organizaciones sanitarias y
- un **segundo nivel, más ampliado**, dónde se incluirían el resto de agentes que pueden tener algún rol relacionado con el ámbito sanitario.

Este segundo nivel se podría configurar bajo un modelo de consorcio y su ámbito de decisión abarca el desarrollo y la implementación de los procesos transversales que afectan a más de una organización, manteniendo a la vez la independencia de gestión de los procesos que sólo competen a una organización

Dentro del primer nivel, el modelo que más destaca se corresponde con un modelo constituido por dos órganos de gobernanza con funciones diferentes y estructura matricial, definiéndose así:

- **Órgano decisonal:** configurado por los altos cargos (gerentes/directivos) de las Organizaciones de Servicios implicadas (Sanidad² y servicios sociales³); dicho órgano deberá tener un liderazgo facilitador y creador de capacidad a nivel micro para que se puedan desarrollar los procesos que afectan a todo el microsistema, además deberá tener capacidad de influir a nivel macro.
- **Órgano operativo:** constituido por **clínicos** responsables de los procesos transversales que afectan a todo el microsistema. En dicho órgano deberían participar los clínicos procedentes de cada organización con participación en los procesos transversales y a la vez establecer un responsable de proceso. Su función será definir los procesos transversales, las necesidades del proceso (técnicas y humanas), evaluar y establecer procesos de mejora continuada. Dicho órgano deberá tener vías de comunicación y poder de influencia sobre el órgano decisonal.

No existe un modelo único, sino que se podrían plantear diferentes opciones en cuanto a la involucración de agentes, en que momento deben aparecer; si se debe establecer más de un órgano con funciones diferentes y quién y en que momento debe participar en el proceso de toma de decisión.

En el proceso de **toma de decisión** sólo deberían participar aquéllos agentes que puedan aportar o que aporten recursos económicos o humanos; es decir los gerentes o directivos de las Organizaciones de Servicio Sanitarias y los responsables de los servicios sociales.

El proceso de toma de decisión debería ser **de común acuerdo** y en caso de no existir acuerdo se requeriría la figura de **un agente con criterio imparcial** y con capacidad de moderar y decantar la decisión de acuerdo con las directrices y estrategia del Departamento de Sanidad y Consumo y Osakidetza.

Dicho documento, pretende ser un documento útil y dinámico, en el sentido que deberá adaptarse a las necesidades cambiantes de la población y al contexto político y social que envuelve al microsistema.

² Sanidad; hace referencia a los directivos de las Organizaciones de Servicios y agentes de Salud Pública

³ Servicios sociales se considera un agente clave, que debería participar activamente en el órgano decisonal pero debido a la separación presupuestaria derivada del marco político y legal, existe una dicotomía entre la necesidad de que participe activamente y el hecho de que pueda ser factible.

Anexos

Anexo I Metodología utilizada y asistentes

Fase I. Creación de modelo de gobernanza

Entrevistas individuales.

Las entrevistas individuales persiguen el objetivo de perfilar los aspectos relevantes a tratar en la sesión participativa y los agentes que deberían participar en ella.

Para ello se han realizado 7 entrevistas a diferentes agentes dentro del Sistema Sanitario Vasco, desde Direcciones Territoriales, Gerentes de diferentes Organizaciones de Servicio de Osakidetza y Director de asistencia Sanitaria de Osakidetza.

Las entrevistas realizadas se han planteado en formato de pregunta abierta y a través de las respuestas de cada uno de los entrevistados, incluir los conceptos y aspectos a abordar en la sesión conjunta con el resto de agentes.

La duración de las entrevistas fue aproximadamente de 1 hora.

Sesión participativa para definir el modelo de gobernanza

Los puntos que se desprenden más relevantes para abordar en la sesión de gobernanza son los siguientes:

1. ¿En que ha afectado el nuevo marco de contratación y la creación de Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas en el Sistema Sanitario Vasco?
2. ¿Existe la necesidad de definir un modelo de gobernanza para Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas?
3. ¿Qué función y objetivos debería tener este órgano de Gobernanza?
4. ¿Cómo debería ser el modelo de gobernanza; que agentes deberían formar parte y que roles deberían tener; debería ser un órgano único o se deberían establecer más de un nivel de gobernanza con funciones diferentes; debería ser un órgano consultivo o más bien ejecutivo?
5. ¿Cómo debería ser el proceso de toma de decisión, participativo, por acuerdo; votación?

Para la correcta definición del modelo, un requisito imprescindible es la selección de los agentes claves (ver listado de asistentes, página siguiente) que deberían participar. Para ello se han seleccionado aquéllos agentes que tienen una implicación directa en el microsistema, además de otros agentes que tienen un papel que puede ser relevante dentro del Sistema sanitario.

Así, los agentes seleccionados son: Gerentes de las Organizaciones de Servicio (Hospital, primaria y media y larga estancia), Direcciones territoriales, Salud Pública, Dirección de Asistencia Sanitaria, clínicos, etc.

Con la participación activa de todos los agentes que tienen un rol en el microsistema, se busca definir el modelo de gobernanza o el marco de actuación en términos de gobernanza que debería tener un microsistema para actuar como tal y poder tomar decisiones y avanzar hacia la transformación del modelo de provisión.

El enfoque de la sesión se plantea en primer lugar con una **introducción sobre el contexto actual de la Sanidad** y las líneas de trabajo que se están llevando a cabo en España, diferenciándose claramente 2; la línea de recortes establecida por el ministerio y la línea de reforma del Sistema Sanitario iniciada por el Sistema Sanitario Vasco.

A continuación y previo al inicio de la Sesión participativa, se expone el modelo escocés, que presenta rasgos similares al modelo vasco con un enfoque hacia la atención de pacientes crónicos e integrando todos los agentes que atienden a la misma población.

El resultado final de esta sesión se recogerá en un **Documento preliminar del modelo de gobernanza** con la síntesis y conclusiones de los comentarios y aportaciones de los agentes que han participado.

Fase II: Validación del modelo de gobernanza de los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas

En esta fase se validarán las principales conclusiones extraídas de la Sesión participativa y volcadas en el **Documento preliminar del modelo de gobernanza** y se profundizará en los aspectos que no se pudieron abordar en la primera fase, a la vez que se concretarán aquellos aspectos pendientes de profundizar, para así obtener el **Documento final del modelo de gobernanza del País Vasco**.

Listado de asistentes en la sesión participativa

Adolfo José Delgado	Director Médico Comarca araba
Alberto García Alcaraz	Director de la Dirección Territorial de Araba
Alvaro Irún Sanz	Gerente Red de Salud Mental de Gipuzkoa
Ana Jesús González Zumeta	
Andoni Arcelay	Responsable Oficina de la Estrategia de la Cronicidad
Antonio Arraiza Armendariz	Gerente OSI Alto Deba
Antonio de Blas	Gerente Comarca Araba
Carlos Pereira Rodríguez	Gerente Red de Salud Mental de Bizkaia
Carlos Sola	Subdirector de la Dirección de Asistencia Sanitaria
Carmen Rodríguez Rodríguez	Gerente Hospital de Gorkiz
Concha Castells	Subdirectora de la Dirección Territorial de Bizkaia
Cristina Domingo	Directora Médico Comarca Interior
Cristina Santarrosa	Asesora del Gabinete del Consejero
Eduardo Gárate	Director de la Dirección de Asistencia Sanitaria
Enrique Maiz Olazabalaga	Gerente Comarca Interior
Esteban de Manuel	Director Kronikgune
Eva Eguiguren	Directora Gabinete
Gerardo Amunarriz	Director Médico
Gregorio Achutegui Basagoiti	Gerente Hospital Universitario de Cruces
Inma Sanchez	Asesoría de Enfermería de la Dirección de Asistencia sanitaria
Iñaki Berraondo	Gerente OSI Bidasoa
Javier Zubizarreta García	Internista OSI Alto Deba
Jesús Larrañaga Garitano	Gerente Comarca Bilbao
Joana Mora	Asesora de Estrategia de la Cronicidad - Kronikgune
Jose Ignacio Bañuelos	Director Servicios Centrales
Jose Manuel Ladrón de Guevara	Director Médico Hospital Donosti
Jose Mari Begiristain	Dirección Territorial de Gipuzkoa
Juan Ignacio Armentia	Gerente Hospital Universitario de Araba
Julian Salvador	Director Médico Hospital de Galdakao-Usansolo
M ^a Jose Arrien	Subdirector Dirección Territorial de Bizkaia
M ^a Luz Marqués González	Gerente Comarca Uribe

Marbella García Urbaneja	Gerente Hospital Santa Marina
Mari Luz Jauregui	Directora Médico OSI Gohierri - Alto Urola
Maribel Larrañaga	Subdirectora de la Dirección Territorial de Gipuzkoa
M ^a Luisa Merino Hernández	Gerente Comarca Gipuzkoa
Olalla Montes	Consultora
Olga Rivera	Vice-Consejera de Calidad, Investigación e Innovación Sanitaria
Patricia Arratibel	Directora Dirección de Aseguramiento y Contratación
Pepe Quintas	Subdirector de la Dirección de aseguramiento y Contratación
Rafa Bengoa	Consejero del Departamento de Sanidad y Consumo
Roberto Nuño	Director O+Berri
Santiago Rabanal Retolaza	Gerente Hospital de Galdakao-Usansolo
Silvia Alfambra	Enfermera Comarca Bilbao

Anexo II Acuerdo Del Consejo de Administración de Osakidetza. Constitución de los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas

Acuerdo de 9 de noviembre de 2012, del Consejo de Administración de Osakidetza–Servicio Vasco de Salud, por el que se regula la constitución, organización y funcionamiento de los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas

Introducción:

La presión demográfica y la situación económica hace más necesario que nunca impulsar la transformación del sistema sanitario público con el fin de proveer mejor asistencia sanitaria y asegurar su sostenibilidad.

Estos retos exigen un modelo asistencial diferente al actual especialmente en lo que concierne a la coordinación entre organizaciones con función asistencial sanitaria y entre estas y las organizaciones sociales.

En consecuencia, el Departamento de Sanidad y Consumo de Sanidad y Consumo y Osakidetza- Servicio Vasco de Salud, en el año 2009 inician un proceso de transformación del sistema sanitario público del País Vasco, desarrollando la Estrategia para afrontar el reto de la Cronicidad en Euskadi.

Los resultados obtenidos a lo largo de estos últimos tres años y medio a través de la gestión muy eficaz de la crisis se han complementado con esa Estrategia de la Cronicidad. La suma de ambas líneas de trabajo conforman una profunda reforma del sector desarrollando un modelo asistencial aun más eficiente y sostenible.

La implementación de esta reforma permitirá a la Sanidad seguir identificando más eficiencias y evitar en gran medida ajustes más duros.

Sin embargo este cambio no es posible con un modelo fragmentado de prestación asistencial. Tradicionalmente, la asistencia sanitaria pública se viene prestando a través de organizaciones sanitarias que se visualizan como entes individuales y con responsabilidad única sobre su ámbito de gestión. Esta forma organizativa conlleva que las organizaciones trabajen para mejorar y optimizar los procesos internos, dejando en segundo lugar la coordinación con otros agentes del sistema. Esta fragmentación tiene un impacto negativo importante en la atención al paciente, en los resultados de salud y la eficiencia del sistema.

Asimismo, las recomendaciones de Buen Gobierno para la Sanidad Pública explicitan la participación, la transparencia y la necesidad de responder con la mayor calidad, efectividad, eficiencia y equidad a las necesidades de la ciudadanía

En este sentido, los sistemas locales integrados de salud, a nivel general, se alinean en principios, medios organizativos y fines de estas recomendaciones y a nivel particular en lo relativo a buenas prácticas de gestión para la sanidad pública vasca.

Durante la legislatura, previos acuerdos del Consejo de Administración de Osakidetza de diciembre de 2010 y octubre de 2011, se han desarrollado las OSIs (organizaciones integradas) en algunas comarcas y ahora se hace necesario avanzar aun más en esa dirección de mayor colaboración entre todos los actores asistenciales en un comunidad. Hay diversas formas de avanzar hacia esa mayor colaboración.

Avanzar mas en esa dirección es el propósito de este Acuerdo.

La unidad operativa para esa colaboración es el sistema local integrado de salud o microsistema. Actualmente, ya existen geográficamente los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas y desde el principio de la 9º legislatura se vienen creando las condiciones y las herramientas para conseguir su desarrollo funcional.

Entendemos que su desarrollo se deberá establecer como un proceso dinámico y que progresivamente vaya evolucionando hacia organizaciones más complejas que aseguren una mejor asistencia sanitaria, enfoque poblacional y mayor eficiencia.

La clave está en que las organizaciones asistenciales, sociales compartan un plan conjunto (PIP). Esa planificación socio-sanitaria sobre una base geográfica cubrirá las necesidades de una población local determinada siguiendo un enfoque poblacional.

En su virtud y a propuesta del Director General, el Consejo de Administración del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, ACUERDA:

Artículo 1: Objeto y ámbito de aplicación

- El presente acuerdo tiene por objeto la regulación de la constitución de los Sistemas Integrados Locales de Salud – Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas, así como sus funciones, competencias y características
- El ámbito de aplicación es el conjunto de las Organizaciones de Servicios del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de salud
- Adicionalmente se establecen las relaciones que deben tener dichas organizaciones con otros agentes ajenos al Sistema Vasco de Salud pero que representan un papel importante en el ámbito social o comunitario.

Artículo 2: Definición de los Sistemas Locales Integrados de Salud – Microsistemas

- Se define como Sistema local integrado de salud/ microsistema la acción coordinada de un conjunto de organizaciones sanitarias (atención primaria, atención especializada, atención a subagudos y salud mental) y otros agentes (comarcas de salud pública, agentes sociosanitarios, tercer sector, empresas, asociaciones y otros agentes locales y comunitarios) de una determinada zona geográfica que operan en el continuo de la asistencia sobre su población de referencia compartiendo responsabilidad sobre los resultados en salud de dicha población y buscando eficiencias.
- Por tanto, un microsistema está integrando tanto organizaciones sanitarias de Osakidetza como por otros agentes no pertenecientes a Osakidetza pero que tienen igualmente competencia y responsabilidad sobre los resultados de salud de su población de referencia.
- Dentro del País Vasco se han definido 11 Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas o Sistemas Locales Integrados de Salud con la siguiente agrupación de las organizaciones de servicios de Osakidetza⁴:
 - Microsistema Bilbao
 - Microsistema Uribe
 - Microsistema Ezkerraldea-Enkarterri
 - Microsistema Interior
 - Microsistema Araba
 - Microsistema Gipuzkoa
 - Microsistema Bidasoa
 - Microsistema Goierri Alto Urola

- Microsistema Bajo Deba
- Microsistema Alto Deba
- Microsistema Donostia

Artículo 3. Objetivos del microsistema

1. Los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas deberán regirse por **mejorar la asistencia clínica**, con una **visión poblacional** en el ámbito local y por la **búsqueda e identificación de eficiencias**.
2. Para la consecución de dichos objetivos, las organizaciones sanitarias de Osakidetza deberán diseñar conjuntamente en el ámbito local:
 - **Intervenciones de mejora de cuidados clínicos asistenciales**, privilegiando de forma creciente una lógica de continuidad de cuidados combinando los distintos niveles asistenciales entre si y con los servicios sociales.
 - **Intervenciones de salud poblacional**. Las organizaciones locales ya no deben concebirse como puramente asistenciales en términos clínicos sino con una responsabilidad poblacional creciente (educación; intervenciones preventivas en educación física, nutrición y desigualdades), adaptando las intervenciones a sus necesidades y haciendo uso de aquellas herramientas que permitan afinar y seleccionar la población que más pueda beneficiarse de dicha intervención (estratificación)
 - **Intervenciones centradas en la identificación de eficiencias** eliminando duplicidades y combinando de manera efectiva los servicios de los distintos agentes locales. La evidencia indica que aparecerán muchas eficiencias de esta tercera función de los sistemas locales.

Artículo 4. Gobernanza

Un Sistema Local Integrado de Salud - microsistema puede ser, pero no necesariamente, una única "entidad" de gestión. Por ello y para ayudar a su funcionamiento es necesario crear un "órgano de gobernanza" de las organizaciones y agentes que componen el microsistema.

Las principales **funciones** del "órgano de gobernanza" serán las siguientes:

1. Facilitar y apoyar el **avance y la consolidación del microsistema**.
2. Desarrollar un Plan Local de Salud que contenga objetivos comunes y compartidos por los agentes que configuran el microsistema:
 - De inicio las organizaciones sanitarias que integran el microsistema deberán definir el Plan Local de Salud y de forma creciente se irán incorporando al mismo el resto de actores relevantes del microsistema: los servicios de salud pública apoyarán a los responsables locales de las organizaciones de servicios aportando su visión poblacional y estableciendo las conexiones necesarias con el ámbito comunitario; los agentes sociosanitarios añadirán la perspectiva de los cuidados locales y así cada agente del microsistema aportará su valor al Plan Local de Salud con una visión sistémica e integral.
 - El Plan Local de Salud deberá estar centrado en el paciente, dará respuesta a sus necesidades de cuidados en el ámbito local y definirá los recursos necesarios ubicándolos en el nivel asistencial más adecuado desde el punto de vista de satisfacción para el paciente y eficiencia.
 - Dicho Plan local de Salud deberá estar alineado con los objetivos que establece el Plan de Salud de Euskadi 2012 -2020 y las directrices anuales de contratación.
 - Promoverá la implementación en su ámbito de las **herramientas** de integración a disposición de las Organizaciones Sanitarias de Osakidetza.
 - Deberá alinear a los profesionales de la salud entre niveles asistenciales.
 - Promoverá, por todos los medios posibles, la integración clínica y una gestión eficaz del enfermo en toda la trayectoria asistencial y socia- sanitaria
 - Procurará reducir las estancias hospitalarias, re-ingresos y servicios, identificando cambios en la provisión para hacer más en los domicilios y más en atención primaria.

- Fomentará el empoderamiento de los pacientes a través de la formación, prevención y promoción.
 - Deberá proponer la desinversión en servicios, medicamentos y tecnologías que no añaden valor clínico en base a la evidencia.
3. **Establecer de forma creciente conexiones** con agentes sanitarios, sociales y/o comunitarios relevantes en el microsistema.
 4. **Redistribuir/redimensionar los recursos estructurales, económicos y humanos** del microsistema en función de las necesidades.
- El “órgano de gobernanza” debe estar representado por directivos de cada Organización de servicios, agentes de Salud Pública, clínicos y progresivamente ir incorporando al resto de agentes: representantes de servicios sociales, ayuntamientos, diputaciones, tercer sector, empresas, asociaciones y resto de agentes comunitarios.

Artículo 5. Relación con el Macro Sistema⁵ y el Proceso de Contrato- Programa

Los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas no son islas. Pertenecen a una organización más grande que es el Sistema Vasco de Salud.

La relación que se establece entre el Departamento de Sanidad y Consumo de Sanidad y Consumo y las Organizaciones de servicios de Osakidetza está definida en la Ley de ordenación sanitaria y se vehiculiza a través del Contrato Programa como instrumento de contratación que determina qué se compran y cómo se financian los servicios sanitarios contratados.

Los responsables macro de la Sanidad y Osakidetza reunirán de forma sistemática a los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas con el fin de compartir el conocimiento entre ellos, coordinar sus actuaciones y alinearlos con las estrategias generales de la Sanidad en Euskadi, así como para evaluar el cumplimiento de los objetivos definidos en el contrato programa.

La principal función y objetivo del nivel macro será crear condiciones para que los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas puedan operar eficazmente en el ámbito local. Para ello:

- Vincularán de forma creciente el proceso de contratación al logro de **metas colectivas** del microsistema.
- Vincularán de forma creciente el **proceso de control de gestión/rendimiento al logro de metas colectivas** del microsistema.
- Proveerán recursos para el desarrollo del microsistema
- Apoyarán el desarrollo de los líderes del microsistema
- Proveerán feedback y evaluación sobre el rendimiento del microsistema.
- Conectarán los diferentes Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas entre si.

Artículo 6. Movilidad de Recursos Humanos

- El órgano de gobernanza del microsistema tendrá la capacidad para proponer la movilidad, desplazamiento y reconversión de recursos humanos dentro de las organizaciones de servicios de Osakidetza de un mismo sistema local integrado de salud - microsistema con el fin de identificar mejoras de servicios, atención al paciente en el lugar más adecuado y con mayor consecución de eficiencias.
- Dichas propuestas deberán ser consensuadas, acordadas y aprobadas en el proceso anual de contratación con el Departamento de Sanidad y Consumo de Sanidad y Consumo definido en la Ley de Ordenación Sanitaria y comunicadas a la Organización Central de Osakidetza para que actúe de facilitador en su implementación.

Artículo 7. Liderazgo de los directivos de las organizaciones sanitarias

1. El papel de los líderes de las Organizaciones de Servicio de Osakidetza será conseguir metas colectivas y empoderar a las organizaciones locales y individuos para conseguir sus objetivos.
2. Con el fin de avanzar hacia el desarrollo de Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas, los directivos y los profesionales de la salud en el sector serán valorados y evaluados en función de su experiencia y capacidad de gestión en sistemas locales de salud-Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas.

⁵ Macro sistema = Departamento de Sanidad y Consumo/ Direcciones Territoriales y Osakidetza central

Artículo 8. Rendimiento e Incentivos

Los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas son sistemas complejos que deberá operar más en red que las organizaciones clásicas. Su desarrollo dependerá en parte de que existan "incentivos" para avanzar en la dirección indicada.

Osakidetza como principal provisor de servicios sanitarios, promoverá el alineamiento de los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas con las políticas del Departamento de Sanidad y Consumo y las directrices establecidas por el contratador (Departamento de Sanidad y Consumo de Sanidad) a través del Contrato Programa.

Progresivamente las organizaciones de servicio de los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas irán recibiendo un mayor volumen de financiación condicionado al cumplimiento de los objetivos del microsistema en lugar de por el desarrollo de actividad.

El Contratador, Departamento de Sanidad y Consumo de Sanidad y Consumo, en base a los resultados obtenidos en los contratos programas y en coordinación con los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas, evaluarán los objetivos conseguidos, cuantificará las eficiencias conseguidas y determinará en una fase posterior el % de eficiencias que se revertirán a las Organizaciones de servicios a modo de incentivos, de tal modo que:

- La cantidad económica asignada a los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas en concepto de cumplimiento de objetivos de los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas (Planes de Intervención Poblacional (PIP) e innovación) que no fueran alcanzados, revertirán a los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas en concepto de consolidación de los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas en función de las variables que se determinen en el proceso de contratación entre los agentes contratadores y las Organizaciones de Servicio de los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas.
- En este proceso de cambio en la financiación de las Organizaciones de Servicio, se irán cuantificando las eficiencias obtenidas por los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas derivadas de un uso más adecuado de los niveles asistenciales. Dichas eficiencias podrán ser revertidas a los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas para ayudar en el proceso de cambio hacia la consolidación de los Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas.
- Este proceso de evaluación y definición de eficiencias será analizado en el cierre anual del proceso de contratación y será tenido en cuenta en el proceso de contratación del año siguiente a efectos de su regularización económica con los centros. Se establece que al menos, el 50% de las eficiencias podrán revertirse en los centros.
- Los fondos conseguidos se usarán exclusivamente para conseguir mejoras en los servicios. En ningún caso serán incentivos directos personales.

Anexo 1. Relación de organizaciones de servicios de Osakidetza por Sistemas Locales Integrados de Salud - Microsistemas. Detalle de las uap (unidad de atención primaria) que integran cada microsistema

Microsistema Áraba

Organizaciones de Osakidetza pertenecientes al microsistema	Pertenencia total (completa) o parcial al microsistema
Comarca Áraba	Completa
Hospital Universitario de Áraba (HUA)	Completa
Hospital Leza	Completa
Red de Salud Mental de Araba	Completa
Emergencias	Parcialmente

Relación de Unidades de Atención Primaria (UAPs) pertenecientes al Microsistema

Cod. UAP	UAP	COMARCA
67	GAZALBIDE TXAGORRITXU	Comarca Araba
5001	ABETXUKO	Comarca Araba
5002	ARANBIZKARRA I	Comarca Araba
5003	ARANBIZKARRA II	Comarca Araba
5004	CASCO VIEJO VITORIA	Comarca Araba
5005	LA HABANA	Comarca Araba
5006	LAKUA - ARRIAGA	Comarca Araba
5007	LLANADA ALAVESA	Comarca Araba
5008	MONTAÑA ALAVESA	Comarca Araba
5009	NORTE-VILLARREAL	Comarca Araba
5010	NORTE-ZUYA	Comarca Araba
5011	OLAGUIBEL	Comarca Araba
5013	RIOJA	Comarca Araba
5016	SAN MARTIN	Comarca Araba
5017	SANSOMENDI	Comarca Araba
5018	VALLES I	Comarca Araba
5019	VALLES II	Comarca Araba
5020	ZARAMAGA	Comarca Araba
5021	OLARIZU	Comarca Araba
5022	IRUÑA DE LA OCA	Comarca Araba
47047	LAKUABIZKARRA	Comarca Araba

Microsistema Bilbao

Organizaciones de Osakidetza pertenecientes al microsistema	Pertenencia total (completa) o parcial al microsistema
Comarca Bilbao	Completa
Hospital Universitario de Basurto	Completa
Hospital de Santa Marina	Completa
Red de Salud Mental de Bizkaia	Parcialmente
Emergencias	Parcialmente

Relación de Unidades de Atención Primaria (UAPs) pertenecientes al Microsistema

Cod. UAP	UAP	COMARCA
42001	JAVIER SAENZ DE BURUAGA	Comarca Bilbao
42003	LA MERCED	Comarca Bilbao
42004	BASURTO	Comarca Bilbao
42005	BEGOÑA	Comarca Bilbao
42006	BOLUETA	Comarca Bilbao
42007	BOMBERO ETXANIZ	Comarca Bilbao
42008	CASCO VIEJO (BILBAO)	Comarca Bilbao
42009	DEUSTO	Comarca Bilbao
42010	INDAUTXU	Comarca Bilbao
42011	LA PEÑA	Comarca Bilbao
42012	OTXARKOAGA	Comarca Bilbao
42013	REKALDE	Comarca Bilbao
42014	SAN IGNACIO	Comarca Bilbao
42015	SANTUTXU-SOLOKOETXE	Comarca Bilbao
42016	TXURDINAGA CENTRO SALUD	Comarca Bilbao
42017	ZORROZA	Comarca Bilbao
42018	ZURBARAN	Comarca Bilbao
42021	SAN ADRIAN	Comarca Bilbao
99018	GAZTELEKU	Comarca Bilbao
99028	KARMELO	Comarca Bilbao
99033	MINA DEL MORRO	Comarca Bilbao
–	CP. URBI BASAURI	Comarca Bilbao

Microsistema Uribe

Organizaciones de Osakidetza pertenecientes al microsistema	Pertenencia total (completa) o parcial al microsistema
Comarca Uribe	Completa
Hospital Universitario de Cruces	Parcialmente
Hospital de Gorniz	Parcialmente
Red de Salud Mental de Bizkaia	Parcialmente
Emergencias	Parcialmente

Relación de Unidades de Atención Primaria (UAPs) pertenecientes al Microsistema

Cod. UAP	UAP	COMARCA
44002	ALGORTA	Comarca Uribe
44003	ASTRABUDUA	Comarca Uribe
44004	ERANDIO	Comarca Uribe
44005	GORLIZ-PLENTZIA	Comarca Uribe
44006	LAS ARENAS	Comarca Uribe
44008	LEIOA	Comarca Uribe
44009	MUNGIA	Comarca Uribe
44010	SOPELANA	Comarca Uribe
44011	TXORIHERRI	Comarca Uribe
44012	ALANGO	Comarca Uribe

Microsistema Interior

Organizaciones de Osakidetza pertenecientes al microsistema	Pertenencia total (completa) o parcial al microsistema
Comarca Interior	Completa
Hospital de Galdakao-Usánsolo	Completa
Hospital de Santa Marina	Parcialmente
Red de Salud Mental de Bizkaia	Parcialmente
Emergencias	Parcialmente

Relación de Unidades de Atención Primaria (UAPs) pertenecientes al Microsistema

Cod. UAP	UAP	COMARCA
43001	ABADIÑO-ELORRIO-BERRIZ	Comarca Interior
43002	AMOREBIETA	Comarca Interior
43003	ARRATIA	Comarca Interior
43004	ARRIGORRIAGA	Comarca Interior
43005	AIALA	Comarca Interior
43006	BASAURI-ARIZ	Comarca Interior
43007	BASAURI-KAREAGA	Comarca Interior
43008	BERMEO	Comarca Interior
43009	DURANGO	Comarca Interior
43010	ETXEBARRI	Comarca Interior
43011	GALDAKAO	Comarca Interior
43012	GERNIKA	Comarca Interior
43013	GERNIKALDEA	Comarca Interior
43014	LEKEITIO	Comarca Interior
43015	LLODIO	Comarca Interior
43016	MARKINA-XEMEIN	Comarca Interior
43017	ONDARROA	Comarca Interior

Microsistema Ezkerraldea-Enkarterri

Organizaciones de Osakidetza pertenecientes al microsistema	Pertenencia total (completa) o parcial al microsistema
Comarca Ezkerraldea-Enkarterri	Completa
Hospital Universitario de Cruces	Parcialmente
Hospital San Eloy	Completa
Hospital de Gorriz	Parcialmente
Red de Salud Mental de Bizkaia	Parcialmente
Emergencias	Parcialmente

Relación de Unidades de Atención Primaria (UAP) pertenecientes al Microsistema

Cod. UAP	UAP	COMARCA
47001	ABANTO-MUSKIZ	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri
47003	BALMASEDA	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri
47004	DESIERTO	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri
47005	GUEÑES	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri
47006	SESTAO KUETO	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri
47007	LA PAZ	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri
47008	LUTXANA	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri
47010	ORTUELLA	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri
47011	PORTUGALETE CENTRO	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri
47012	PORTUGALETE REPELEGA	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri
47013	SAN VICENTE	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri
47015	SANTURTZI KABIEZES	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri
47016	SANTURTZI MAMARIGA	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri
47017	SESTAO MARKONZAGA	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri
47018	TRAPAGARAN	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri
47019	ZABALLA C.S.	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri
47020	ZABALLA C	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri
47021	ZALLA	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri
47022	ZUAZO	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri

Microsistema Bidasoa

Organizaciones de Osakidetza pertenecientes al microsistema	Pertenencia total (completa) o parcial al microsistema
OSI Bidasoa (Hospital Comarcal del Bidasoa más los centros de salud)	Completa
Red de Salud mental de Gipuzkoa	Parcialmente
Emergencias	Parcialmente

Relación de Unidades de Atención Primaria (UAPs) pertenecientes al Microsistema

Cod. UAP	UAP	COMARCA
22009	HONDARRIBIA	Comarca Gipuzkoa Este
22011	IRUN - CENTRO	Comarca Gipuzkoa Este
22012	DUMBOA	Comarca Gipuzkoa Este

Microsistema Goierri - Alto Urola

Organizaciones de Osakidetza pertenecientes al microsistema	Pertenencia total (completa) o parcial al microsistema
OSI Goierri-Alto Urola (Hospital comarcal de Zumárraga más los centros de salud)	Completa
Red de Salud mental de Gipuzkoa	Parcialmente
Emergencias	Parcialmente

Relación de Unidades de Atención Primaria (UAPs) pertenecientes al Microsistema

Cod. UAP	UAP	COMARCA
27005	AZKOITIA	Comarca Gipuzkoa Oeste
27006	AZPEITIA	Comarca Gipuzkoa Oeste
27007	BEASAIN	Comarca Gipuzkoa Oeste
27014	LEGAZPI	Comarca Gipuzkoa Oeste
27018	VALLE DE LENIZ	Comarca Gipuzkoa Oeste
27020	ZUMARRAGA	Comarca Gipuzkoa Oeste
27016	ORDIZIA	Comarca Gipuzkoa Oeste
43020	LAZKAO	Comarca Gipuzkoa Oeste

Microsistema Bajo Deba

Organizaciones de Osakidetza pertenecientes al microsistema	Pertenencia total (completa) o parcial al microsistema
OSI Bajo Deba (Hospital Comarcal de Mendaro más centros de salud)	Completa
Red de Salud mental de Gipuzkoa	Parcialmente
Emergencias	Parcialmente

Relación de Unidades de Atención Primaria (UAPs) pertenecientes al Microsistema

Cod. UAP	UAP	COMARCA
27002	TORREKUA	Comarca Gipuzkoa Oeste
27009	DEBA	Comarca Gipuzkoa Oeste
27010	EIBAR	Comarca Gipuzkoa Oeste
27011	ELGOIBAR	Comarca Gipuzkoa Oeste
27012	ERMUA	Comarca Gipuzkoa Oeste

Microsistema Alto Deba

Organizaciones de Osakidetza pertenecientes al microsistema	Pertenencia total (completa) o parcial al microsistema
OSI Alto Deba (Hospital Comarcal del Alto Deba más centros de salud)	Completa
Red de Salud mental de Gipuzkoa	Parcialmente
Emergencias	Parcialmente

Relación de Unidades de Atención Primaria (UAPs) pertenecientes al Microsistema

Cod. UAP	UAP	COMARCA
27004	ARRASATE	Comarca Gipuzkoa Oeste
27008	BERGARA	Comarca Gipuzkoa Oeste
27015	OÑATI	Comarca Gipuzkoa Oeste

Microsistema Gipuzkoa

Organizaciones de Osakidetza pertenecientes al microsistema	Pertenencia total (completa) o parcial al microsistema
Comarca Gipuzkoa	Parcialmente
Red de Salud mental de Gipuzkoa	Parcialmente
Emergencias	Parcialmente

Relación de Unidades de Atención Primaria (UAPs) pertenecientes al Microsistema

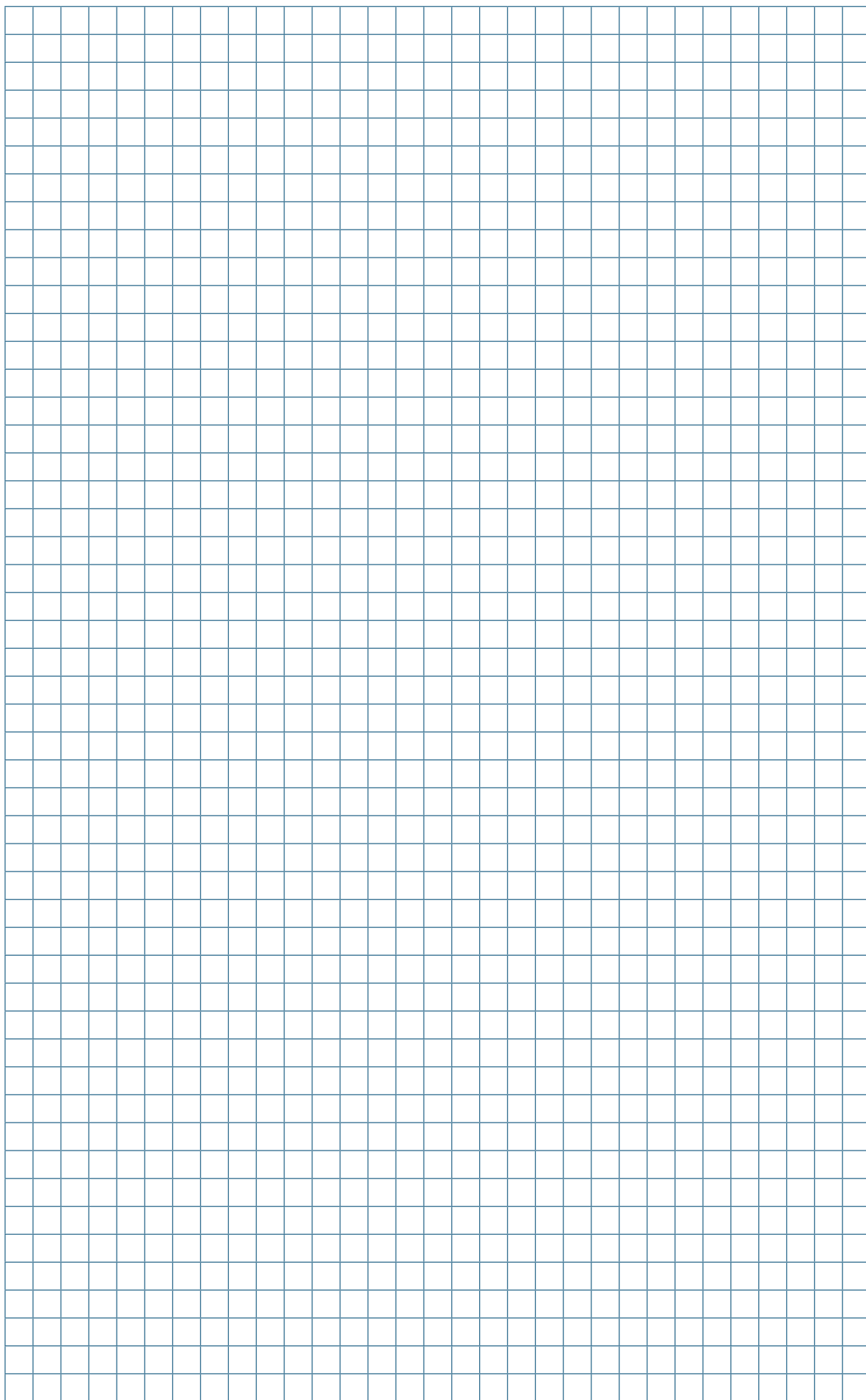
Cod. UAP	UAP	COMARCA
27001	ALEGIA	Comarca Gipuzkoa Oeste
27003	ANDOAIN	Comarca Gipuzkoa Oeste
27013	IBARRA	Comarca Gipuzkoa Oeste
27017	TOLOSA	Comarca Gipuzkoa Oeste
27019	VILLABONA	Comarca Gipuzkoa Oeste

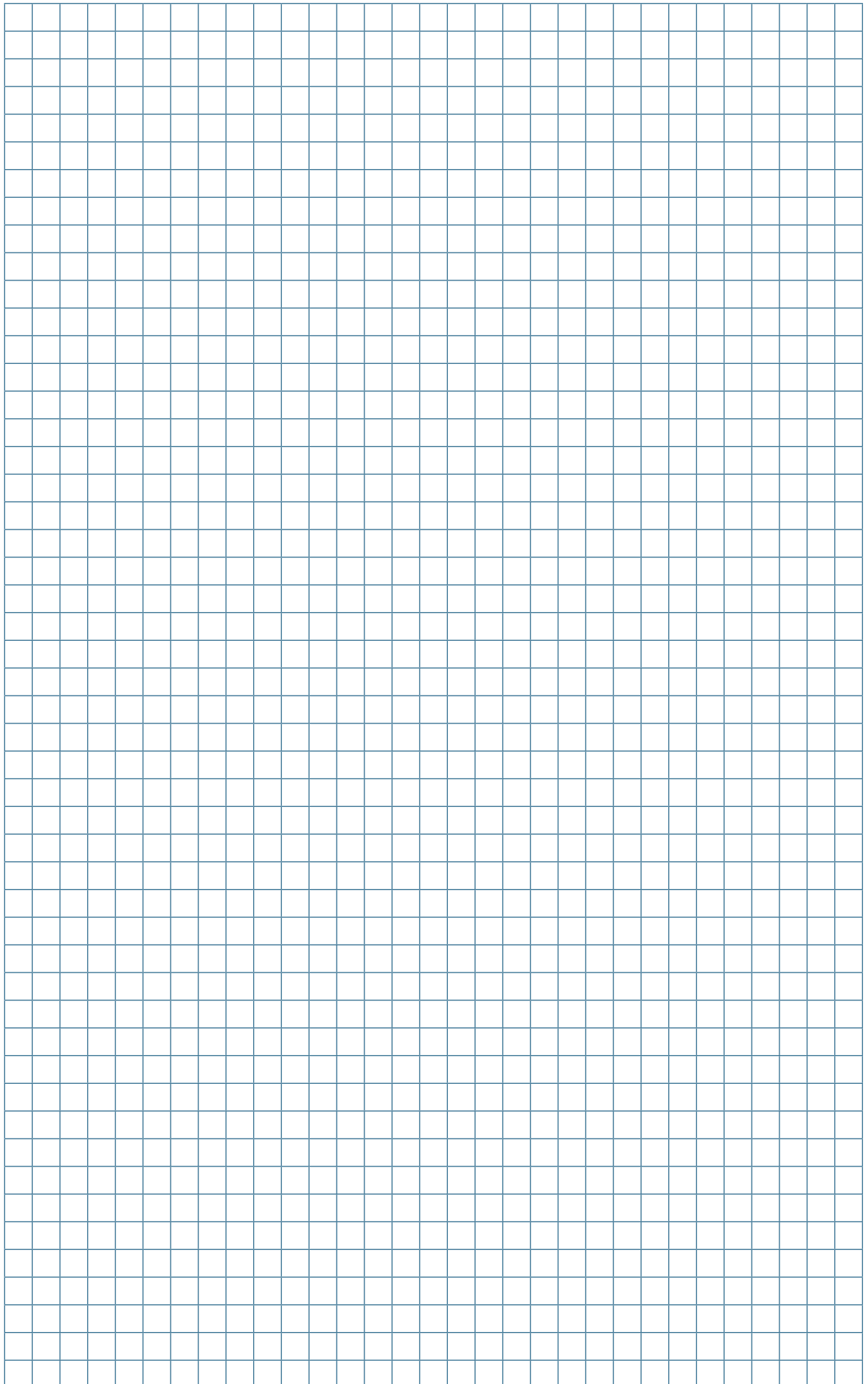
Microsistema Donostia

Organizaciones de Osakidetza pertenecientes al microsistema	Pertenencia total (completa) o parcial al microsistema
Comarca Gipuzkoa	Parcialmente
Hospital Universitario Donostia	Completa
Red de Salud mental de Gipuzkoa	Parcialmente
Emergencias	Parcialmente

Relación de Unidades de Atención Primaria (UAPs) pertenecientes al Microsistema

Cod. UAP	UAP	COMARCA
22001	ALZA-ROTETA	Comarca Gipuzkoa Este
22002	AMARA BERRI	Comarca Gipuzkoa Este
22003	PASAJES ANCHO	Comarca Gipuzkoa Este
22004	BIDEBIETA	Comarca Gipuzkoa Este
22005	EGIA	Comarca Gipuzkoa Este
22006	GROS	Comarca Gipuzkoa Este
22008	HERNANI-URNIETA-ASTIGARRAGA	Comarca Gipuzkoa Este
22010	INTXAURRONDO	Comarca Gipuzkoa Este
22013	LASARTE - USURBIL	Comarca Gipuzkoa Este
22014	LOIOLA	Comarca Gipuzkoa Este
22015	OIARTZUN	Comarca Gipuzkoa Este
22016	ONDARRETA	Comarca Gipuzkoa Este
22017	PARTE VIEJA	Comarca Gipuzkoa Este
22018	LEZO-SAN JUAN	Comarca Gipuzkoa Este
22019	PASAJES SAN PEDRO	Comarca Gipuzkoa Este
22020	BERAUN - ERRETERIA	Comarca Gipuzkoa Este
22021	IZTIETA - ERRETERIA	Comarca Gipuzkoa Este
22023	ZARAUTZ - ORIO - AIA	Comarca Gipuzkoa Este
22024	ZUMAIA - ZESTOA - GETARIA	Comarca Gipuzkoa Este
22025	AMARA CENTRO	Comarca Gipuzkoa Este







Osakidetza



**EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO**

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

