

LIDERAZGO Y GESTIÓN DEL CAMBIO PARA LA TRANSFORMACIÓN SOCIOSANITARIA

ROBERTO NUÑO-SOLINÍS

O+berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria

Sumario

1. INTRODUCCIÓN.
2. PILAR 1. CONSTRUIR UN SISTEMA SOCIOSANITARIO ORIENTADO A RESULTADOS.
3. PILAR 2. EL LIDERAZGO: ASPECTO OLVIDADO DEL DISEÑO Y GESTIÓN DE LA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL.
4. PILAR 3. GESTIÓN DEL CAMBIO PARA EL DESARROLLO DE LA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL.
5. CONCLUSIONES: EL DESCUIDADO FINAL DE LA CADENA DE INNOVACIÓN.
6. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Integración asistencial, innovación organizativa, transformación sociosanitaria, liderazgo, gestión del cambio.

RESUMEN

La integración asistencial no surgirá de forma natural en ningún sistema como respuesta a los problemas derivados de la creciente complejidad y del aumento de la demanda de servicios provocados por la epidemia de enfermedades crónicas y multimorbilidad, el envejecimiento poblacional y las elevadas tasas de dependencia. El legado de los sistemas asistenciales fragmentados requiere eliminar el anterior concepto de trabajo basado en silos y evolucionar hacia la integración de los servicios asistenciales. Para ello, hace falta un liderazgo transformacional y compartido. Sabemos suficiente sobre “qué” es la integración, y existe un creciente interés en descubrir y probar “qué funciona, cómo funciona, dónde funciona, para quién funciona y por qué funciona” en la integración asistencial. Se describen tres pilares que pueden servir de soporte para afrontar con éxito la transformación sociosanitaria: la orientación del sistema, el papel del liderazgo y el proceso de gestión del cambio. Es necesario (y urgente) pasar a la acción, ya que avanzar en el conocimiento de los “cómos” requiere una abundancia de iniciativas de cambio en contextos reales.

KEYWORDS

Care integration, organizational innovation, public health transformation, leadership, change management.

ABSTRACT

Care integration does not arise naturally in any system in response to the problems caused by the increasing complexity and increasing demand for services caused by the epidemic of chronic diseases and multimorbidity, an aging population and high rates of dependency. The legacy of fragmented care systems requires removing the old concept of work based on homes and evolving towards the integration of care services. To do this, we need a transformational and shared leadership. We know enough about “what” integration is, and there is growing interest in discovering and testing “what works, how it works, where it works, for whom it works and why it works” in care integration. Three pillars are described that can provide support to successfully face up to the public health transformation: the orientation of the system, the role of leadership and the change management process: It is necessary (and urgent) to take action, since progressing in the knowledge of the “hows” requires an abundance of change initiatives in real contexts.

1. INTRODUCCIÓN.

En muchos países existen y se han desarrollado estrategias e iniciativas dirigidas al logro de una atención más integrada. Estos esfuerzos por la integración asistencial son más frecuentes dentro del sector sanitario, pero, cada vez más, se identifica la necesidad de avanzar en la integración-coordinación entre el ámbito sanitario y el social.

Sin embargo, más allá del discurso, muchas de estas innovaciones en integración sociosanitaria son meros pilotos, tienen un alcance muy limitado o no han logrado los objetivos pretendidos. Más sorprendente aún, es que los casos de “éxito” referenciados en la literatura apenas han sido exportados más allá de su contexto específico de despliegue (por ejemplo, experiencias como Jonkoping y Norrtalje en Suecia, Torbay en el Reino Unido, o PALKO en Finlandia). Estamos ante un problema global, porque tampoco en los Estados Unidos y en Canadá han logrado expandir sus modelos de asistencia integrada de probada eficiencia, sean sistemas integrados tipo Kaiser Permanente o modelos tipo gestión de casos como PRISMA.

En consecuencia, necesitamos desarrollar la capacidad para adoptar estas innovaciones “a una escala y ritmo” (Ham y Walsh, 2013) que puedan garantizar la sostenibilidad de los servicios sanitarios y sociales en el siglo XXI. Dado que la prestación de atención integrada para individuos y poblaciones es uno de los mayores desafíos a los que se enfrentan estos sistemas no es de extrañar el amplio consenso existente sobre la necesidad de nuevos modelos de atención integrada, así como el interés en toda iniciativa con resultados prometedores. So-

bre todo, si abordan los casos más complejos, aquellos con múltiples necesidades sanitarias y sociales. Dentro de los cuales, el colectivo que más crece es el de la población de edad avanzada y con pluripatología. Este colectivo presenta necesidades que requieren abordajes innovadores, pues los enfoques hospitalocéntricos dan respuestas tardías, caras y en muchos casos suponen deterioros importantes de su calidad de vida y de su salud.

En este campo, contamos con planteamientos innovadores ya “clásicos” que demuestran mejores resultados en la gestión de los pacientes crónicos a lo largo de una amplia variedad de escenarios. Uno de los modelos que ha obtenido un reconocimiento más mayoritario es el modelo Chronic Care (en adelante CCM) desarrollado por el MacColl Institute for Healthcare Innovation (Wagner et al, 1997). El CCM cuenta con varias adaptaciones a nivel internacional (por ejemplo con el Extended CCM de Barr y col., 2003) y el marco de la atención sanitaria innovadora para las enfermedades crónicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002).

El CCM identifica los componentes esenciales que necesitan los sistemas sanitarios para ofrecer atención sanitaria de calidad a las personas que padecen enfermedades crónicas. Se basa en interacciones productivas entre pacientes crónicos informados y “empoderados” y un equipo sanitario proactivo y preparado. Su proceso operativo gira en torno a seis componentes básicos: la organización del sistema sanitario, la comunidad, la prestación de atención sanitaria, el autocuidado del paciente, las herramientas de toma de decisiones y los sistemas de información. Cada vez contamos con más evidencias que demuestran que las

intervenciones implantadas en base al CCM mejoran los procesos y los resultados de atención (Coleman y col., 2009).

Muy especialmente, el CCM fomenta un planteamiento en el que ninguno de los componentes de intervención de forma aislada es la clave del éxito, sino que el énfasis se concentra en el efecto sinérgico de un planteamiento de intervención a múltiples niveles. Es más, los paquetes de intervención multidimensional que incorporan las diversas dimensiones del CCM parecen ser los más efectivos. La idea subyacente es transformar la atención sanitaria de las enfermedades crónicas desde un modelo reactivo a una atención proactiva, planificada y basada en la población.

En definitiva, podemos apreciar que, pese a contar con marcos conceptuales, experiencias de éxito, e intervenciones de efectividad probada, el desarrollo de la atención integrada tropieza con los problemas inherentes a la innovación organizativa compleja. Estos obstáculos adquieren una dimensión cuasi-formidable en un contexto de múltiples culturas profesionales, barreras estamentales y corporativas, elevada burocratización y politización, sistemas de información no compartidos, ausencia de señales de mercado y con un usuario con limitadas posibilidades de elección y de participación, como sucede en nuestros servicios sanitarios y sociales. Pese a lo cual, vamos a defender y argumentar que con el liderazgo adecuado y una gestión del cambio adaptada a cada contexto, la transformación sociosanitaria es posible. Vamos a destacar tres pilares sobre los que puede ser edificada.

2. PILAR 1. CONSTRUIR UN SISTEMA SOCIO-SANITARIO ORIENTADO A RESULTADOS.

Los nuevos modelos asistenciales que se perfilan se caracterizan por estar más orientados a resultados; enfocarse desde la perspectiva del ciclo de vida; y, estar diseñados a la medida de las necesidades y preferencias de las personas.

Procedente del ámbito sanitario, Berwick, Nolan y Whittington (2008) introdujeron la idea de la Triple Meta (Triple Aim). Según ellos, la mejora de los sistemas sanitarios requiere la consecución simultánea de buenos resultados en tres ejes:

- Mejora de la experiencia asistencial individual.
- Mejora de la salud de la población.
- Reducción (contención) de los costes de la atención.

Estos objetivos son interdependientes, ya que los cambios sufridos en uno de ellos pueden afectar al resto, a menudo de forma negativa. Así, autores como Lewis et al. (2013) hablan de evitar los eventos Triple Fail (tales como reingresos, hospitalizaciones evitables y complicaciones intrahospitalarias...).

Por su parte, existen las propuestas de organización de servicios en un ciclo continuo que abarque desde la promoción de la salud, hasta las medidas paliativas. Este enfoque requiere la cooperación intersectorial con el fin de prestar los servicios apropiados en el momento oportuno, en el contexto adecuado y por el personal apropiado. Por consiguiente, esto implica la colaboración entre los servicios sanitarios, los servicios sociales, la comunidad, los pacientes y sus cuidadores, y otros agentes

relevantes. Asimismo, se propone el diseño y desarrollo de servicios a la medida de las necesidades y preferencias de las personas lo cual implica coordinar sistemas de bienestar social, salud, vivienda y educación, en el refuerzo de la prestación de servicios centrados en las personas.

De este modo, vemos como la atención integrada se configura como un paradigma de calidad o como un principio de diseño de servicios en el que convergen los discursos del “integrated care” tradicional y del “people-centered care” y, todo ello, orientado a asegurar la mejora de la calidad, eficiencia y la equidad. Esta convergencia nos da importantes pistas para avanzar, pero aún no hay marcos estables ni métricas de uso generalizado, sobre todo en lo que concierne a la integración de los ámbitos sanitario y social.

El planteamiento de la Triple Meta requiere explícitamente que cooperen las organizaciones de asistencia sanitaria, los departamentos de salud pública, las instituciones de servicios sociales, los sistemas educativo y laboral, etc. Para fomentar esta cooperación es necesario un integrador que acepte la responsabilidad de alcanzar la Triple Meta para la población. Una vez creada la estructura de gobernanza adecuada, el integrador debe liderar el establecimiento de una estrategia clara para perseguir la Triple Meta, la identificación de una cartera de proyectos e inversiones que apoyen esa estrategia y la creación de un conjunto convincente de medidas a nivel de sistema para monitorizar el progreso. El conjunto de medidas debería definir a nivel operacional cada dimensión de la Triple Meta. Un buen conjunto de medidas de resultados para la población puede alimentar un sistema de apren-

dizaje que permita la mejora simultánea de la salud y el bienestar de la población, de la experiencia de atención sanitaria y social y el coste per cápita de la atención sociosanitaria. Esa orientación a resultados y el desarrollo de métricas adecuadas es clave para avanzar en la transformación sociosanitaria.

3. PILAR 2. EL LIDERAZGO: ASPECTO OLVIDADO DEL DISEÑO Y GESTIÓN DE LA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL.

El debate general sobre liderazgo se balancea entre teorías más o menos abstractas y elementos prácticos. La bibliografía sobre el tema revela muchos enfoques distintos y presenta una historia extensa. En el campo del desarrollo de la integración asistencial el cual abarca escenarios con agentes diversos, organizaciones dispares y sectores múltiples, es, cada vez más, asumida la necesidad de un liderazgo de índole transformacional y compartido. Esto es clave pues una de las bases del avance hacia una mayor integración es el desarrollo de una visión compartida. Así, uno de los principales desafíos para los líderes es el desarrollo de un entendimiento común y una vía consensuada que una a las múltiples, y en ocasiones competitivas, partes interesadas.

El liderazgo también es clave para la escalabilidad. En muchos casos, las iniciativas exitosas en integración asistencial se han desplegado a nivel local y extremadamente específico, a menudo para dar respuesta a las necesidades únicas de un subgrupo de población. Para poder llevar el cambio transformacional hacia unos sistemas integrados, es necesario que aquellos en puestos de responsabilidad desarrollen aptitudes y competencias específicas y sean capaces de gestionar liderazgos compartidos, sobre

todo entre perfiles clínicos y de gestión, ya que las fronteras entre los sistemas asistenciales están cada vez más difuminadas.

Los líderes deben ser conscientes de que “más de lo mismo no es la solución”. Pequeños cambios incrementales no ayudarán a superar los permanentes cuellos de botella derivados de la fragmentación de los servicios, ni contribuirán a crear los puentes de unión necesarios para que la integración pueda por fin alojarse completamente dentro de los sistemas sociosanitarios. El fracaso a la hora de marcar el rumbo estratégico de los sistemas se traduce en la perpetuación de la fragmentación de los servicios y la imposibilidad de cubrir las necesidades sanitarias de la población. Para poder mejorar la situación, es necesario llevar a cabo transformaciones fundamentales que, entre otros aspectos, requieren un pensamiento sistémico que facilite la coordinación y la comunicación entre los diferentes profesionales, niveles y centros asistenciales, así como la introducción de modelos de gestión, valores organizativos, e incentivos dirigidos a promover la colaboración entre los proveedores de los servicios.

El liderazgo requerido para esta transformación debe poseer competencias en la dirección de redes, que son muy diferentes a las competencias de gestión de las jerarquías tradicionales. Las redes “ofrecen un contexto de dirección único, caracterizado por su ambigüedad, diversidad, dinamismo y complejidad; que representa el fracaso genuino del sistema jerárquico tradicional” (Sydow y col., 2011). Las redes de servicios sanitarios y sociales son complejas y adaptativas por naturaleza, presentan grados significativos de interdependencia y están supeditadas a comportamientos interrelacionales y a los vínculos interpersonales, de

modo que la creación de redes de servicios de atención integrada es una tarea socio-cultural similar a la creación de una cultura e identidad comunes.

Glouberman y Mintzberg (2001) clasifican las organizaciones sanitarias en cuatro subsistemas principales: cura, cuidado, control y comunidad. Todos ellos representan objetivos y culturas diferentes y, en lugar de complementarse y apoyarse unos a otros, se oponen entre sí. Los profesionales de la medicina representan el subsistema de cura, y los de enfermería el subsistema de cuidados, trabajan juntos en el sector central operativo de la atención a pacientes y, sin embargo, cuentan con modelos de referencia completamente diferentes. Según estos autores, los médicos trabajan en el hospital, no para el hospital; interactúan con los pacientes brevemente y controlan las decisiones sobre su tratamiento antes de que abandonen las instalaciones, dejando la mayor parte del trabajo en manos de la enfermería. El control (en representación de la gestión de la organización) es responsable del sistema a nivel global y administra los recursos. Como administradores, ejercen un poder formal con el que intentan controlar a un nutrido grupo de profesionales con mayor o menor autonomía. La comunidad representa a la sociedad y sus representantes políticos junto con otros grupos que intentan ejercer su influencia. Supervisan la gestión de la organización y crean los vínculos formales con el mundo exterior.

Esta visión extrema se complejiza aún más al incluir la perspectiva social del cuidado, pero refleja muy adecuadamente que las culturas profesionales son muy pronunciadas y poderosas. Por eso es importante que los clínicos en general, y los médicos en particular, participen

en la gestión y dirección de los servicios, y se desarrollen liderazgos clínicos y gestión clínica genuinos. El viejo modelo de liderazgo “heroico” que recae en manos de individuos “excepcionales” tiene que ser reemplazado por un liderazgo compartido tanto dentro, como entre las diferentes organizaciones. Así, el modelo de liderazgo “post-heroico”, descrito entre otros por Turnbull (2011), implica la colaboración entre varios actores con papeles directivos más allá de las fronteras organizativas, profesionales o sectoriales.

4. PILAR 3. GESTIÓN DEL CAMBIO PARA EL DESARROLLO DE LA INTEGRACIÓN ASISTENCIAL.

Dada la naturaleza de las evidencias disponibles, no cabe duda de que la implantación de sistemas integrados es una tarea larga y compleja. Existe cierto grado de consenso en los “primeros pasos” necesarios para completar el cambio, sobre todo en el diseño de una visión común basada en una definición inequívoca de las necesidades de las personas en las comunidades locales que, después, puede transformarse en una estrategia de cambio compartida. Sin embargo, lo que está claro es que incluso estos primeros pasos hacia sistemas integrados requieren una cuidadosa planificación y que el proceso de cambio transformacional necesita un liderazgo fuerte y buenos gestores.

La gestión del cambio es esencial, porque, en vista de los numerosos desafíos derivados de las nuevas tecnologías, los cambios demográficos, las presiones del entorno, el incremento de la demanda y los costes, los cambios en las ideologías políticas y la opinión pública, etc., todos los gestores de servicios sanitarios y sociales necesitan adaptar sus procesos. Así que, teniendo

en cuenta que la integración asistencial es un complejo sistema de innovación de servicios, es primordial que los nuevos modelos de prestación de servicios cuenten con una estrategia de gestión del cambio. Lamentablemente, ni la gestión del cambio ni la integración asistencial son procesos fijos ni lineales y contienen un importante elemento emergente.

Existe un gran número de teorías y guías prácticas para gestionar el cambio transformacional, si bien el contexto de la atención integrada es único, ya que implica cambios fundamentales a nivel político, regulador, organizativo, profesional, personal y de servicios, es decir, en los macro, meso y micro niveles. Se necesita un cambio transformacional a gran escala y a diferentes niveles de los servicios sanitarios y sociales para poder crear sistemas integrados, lo que implica un cambio radical de mentalidad, comportamiento y prácticas de trabajo. Estos cambios de “segundo orden” suelen ser multidimensionales, multinivel y discontinuos, provocando así un “cambio de paradigma”.

La literatura de gestión empresarial es profusa en modelos de cambio emergente como los 10 mandamientos para ejecutar el cambio de Kanter (Kanter y col., 1992), el proceso de 8 pasos para ejecutar una exitosa transformación organizativa de Kotter (Kotter, 1996); o los 7 pasos de Luecke (Luecke, 2003). Todos estos modelos presentan la secuencia de acciones, muy similares, que las organizaciones deben llevar a cabo, como diseñar una visión, infundir la sensación de urgencia, crear un equipo de dirección fuerte o comprometer a las partes interesadas, para aumentar la probabilidad de que el cambio sea exitoso. Estas acciones son mecanismos para potenciar la predisposición

para el cambio y facilitar el proceso de transformación.

Las evidencias apuntan a que la implementación de sistemas integrados requiere ayuda externa en la gestión del cambio (facilitadores, agentes de cambio, presencia en redes de intercambio de conocimiento...), y que los modelos estándares de gestión del cambio no parecen ser generalmente aplicables a nivel sistémico debido a la complejidad y al dinamismo del proceso. Sin embargo, sí hay algunas herramientas y metodologías que se han mostrado útiles y efectivas: como el desarrollo de Comunidades de Práctica para promover y guiar el proceso de adopción; el método de las Breakthrough Series del Instituto de Mejora de la Salud (IHI); o la iniciativa de Investigación para la Mejora de la Calidad (QUERI) adoptada por la Veterans Health Administration (VHA) de los EEUU.

La complejidad del desarrollo de la atención integrada no es compatible con los procesos de rediseño empresarial que se ha seguido en otros sectores de actividad económica o que guiaron reformas sanitarias "gerencialistas" en las dos últimas décadas del pasado siglo. De modo que las estrategias de gestión transformacional deben reconocer el problema de la complejidad. Así, podemos ver que el campo de la integración asistencial es débil en términos de ciencia de la implementación, la cual es clave para generar los conocimientos necesarios para ayudar a los gestores y profesionales a actuar de manera efectiva (Goodwin, 2013). Pese a que se han cosechado algunos éxitos, la tasa de fracaso (pervivencia del status quo o mera inercia activa) de la atención integrada sigue siendo muy alta, y esto se debe, a menudo, a estrategias mal definidas y a la falta de

apreciación de los procesos de gestión del cambio o al desarrollo de competencias necesarias para el mismo.

Hemos podido comprobar que para comprender el proceso de cambio transformacional hacia sistemas integrados hacen falta modelos de referencia, tanto teóricos como empíricos. La necesidad de marcos teóricos es habitualmente relegada en las prácticas de gestión. Estando infravalorada la gestión científica frente a las invocaciones al "sentido común", concepto difuso más útil para afrontar situaciones que para guiar transformaciones de alta complejidad en el largo plazo. Destacamos dos marcos teóricos útiles para comprender y guiar el proceso de cambio transformacional, uno más organicista y otro más mecanicista.

Una gran número de obras apuntan hacia los sistemas adaptativos complejos como un concepto esencial para la comprensión de la atención integrada (Nuño-Solinís, 2005). Los sistemas adaptativos complejos son un grupo de agentes individuales con libertad de actuación cuyas acciones están interconectadas de tal modo que las acciones de uno cambian el contexto del resto (Plsek y col., 2001). Algunos ejemplos que se extienden por los diferentes niveles de los sistemas asistenciales son los equipos interdisciplinarios (micronivel), las organizaciones de prestación (mesonivel) o los gobiernos (macronivel). Los sistemas adaptativos complejos están alojados en el seno de otros sistemas y co-evolucionan juntos, de modo que un pequeño cambio en una parte de la red de interacción de los sistemas puede provocar un cambio mucho mayor en otra parte de la misma debido al efecto de la amplificación. Además, el comportamiento de los sistemas complejos no suele ser lineal ni predecible.

Se ha intentado en varias ocasiones utilizar esta información para promover el diseño de iniciativas en favor de la integración asistencial. Por ejemplo, la promoción de la innovación organizativa bottom-up en el País Vasco adoptando además enfoques multinivel para poder lograr implantar los cambios en todo el sistema, monitorizando el comportamiento sistémico de alto nivel, el rendimiento de subsistemas individuales y el cambio a nivel micro (Bengoia, 2013).

Otra línea teórico-práctica de alto impacto como guía de modernización de gestión y de transformación organizativa se ha apoyado en los modelos de Calidad Total como el Baldrige y el EFQM, y, más recientemente, en el pensamiento lean y métodos como Seis Sigma. Así, el pensamiento limpio ha ganado mucha popularidad en la redefinición de cadenas de servicio y procesos más integrados normalmente para personas con enfermedades específicas (tipo disease management). Sin embargo, este enfoque se muestra más útil para su aplicación en entornos estables, predecibles, con altos volúmenes de trabajo, poca variedad y poca variación y de cara a mejorar la estandarización y la eficiencia. Y, todo ello, dentro de contornos organizativos definidos. Sin embargo, su utilidad es limitada en los entornos organizativos más complejos.

En síntesis, ambos enfoques pueden ser complementarios y aportar referentes útiles en contextos específicos. La teoría de la complejidad en procesos inciertos, multinivel y multiagente; y las teorías de calidad total en escenarios definidos, predecibles y estandarizables.

Otros modelos teóricos utilizados para comprender el cambio transformacional hacia la

atención integrada son la teoría del proceso de normalización (May, 2006), y la evaluación realista (Pawson y Tilley, 1997).

Además de los amplios marcos teóricos citados, también existe un número de modelos empíricos para ayudar a los gestores y clínicos en la planificación, toma de decisiones y adaptación de servicios a personas con diferentes necesidades. Aunque ofrecen información valiosa sobre los principales componentes de la asistencia integrada, a menudo no logran responder a la pregunta de "cómo" realizar el cambio transformacional. Por este motivo, hay mucho interés en las "cajas de herramientas" que hacen operativos estos modelos:

Así, por citar algunos ejemplos, para el Chronic Care Model se cuenta con herramientas como: la Evaluación de la Atención Sanitaria para las Enfermedades Crónicas (ACIC: Bonomi y col., 2002) y la Evaluación de la Orientación hacia la Cronicidad en las Organizaciones Sanitarias (IEMAC/ARCHO: Nuño-Solinís y col., 2013). Y para la "pirámide de Kaiser" con múltiples herramientas de estratificación y de modelización predictiva (Lewis et al., 2011).

Por último, uno de los aprendizajes más útiles es la profundización en el conocimiento de aquellos modelos integrados sobre los que existe evidencia de resultados (Hwang et al., 2013) o que son casos de éxito reconocidos en el proceso de transformación emprendido. En todos los casos, se advierte que la experiencia de aquellas organizaciones que han ejecutado la transición hacia sistemas integrados ha dejado patente que el trabajo puede llegar a ser largo y arduo. Por eso, es importante una adecuada planificación en base a una escala de tiempos lo suficientemente amplia (al menos

de 5 años) y el desarrollo de una estrategia de cambio coherente. Estas lecciones también aparecen documentadas en los escritos de líderes de sistemas como Rafael Bengoa (2013) y Ken Kizer (2014), líderes de los procesos de cambio para transformar el sistema sanitario vasco en España y la VHA en los Estados Unidos respectivamente. En ambos casos, las lecciones extraídas de la experiencia apuntaban a la urgencia de crear una serie de iniciativas de gestión de cambios, entre las que se incluía: un discurso inequívoco y una apremiante sensación de necesidad de cambio, el desarrollo de liderazgos clínicos fuertes y respetados, la alineación de las finanzas y los incentivos y el cambio de la cultura asistencial hacia el pensamiento sistémico y la colaboración. En ambos casos también se reconoció que el desarrollo de la integración asistencial funciona como un sistema adaptativo complejo, lo que significa que el proceso de transformación e implantación de los sistemas asistenciales requiere el desarrollo de estrategias de innovación desde abajo hacia arriba y la distribución de los mecanismos de dirección a lo largo de todo el sistema con el fin de promover el trabajo en equipo a largo plazo. Como Ovretveit (2011) sugería, el concepto de “mejores prácticas” de coordinación de los servicios asistenciales debe contar con un discurso base convincente que defina las razones para el cambio y cómo este contribuirá a mejorar la calidad desde el punto de vista de las personas y, con ello, a desarrollar procesos hacia el cambio sistémico del comportamiento de los proveedores de servicios y de su organización.

5. CONCLUSIONES: EL DESCUIDADO FINAL DE LA CADENA DE INNOVACIÓN.

A lo largo de los últimos años, tanto a nivel global como en la Unión Europea (UE), se han lanzado un gran número de iniciativas destinadas a mejorar la prestación de servicios sanitarios y sociales. Si nos enfocamos en la UE podemos ver que, en su conjunto, dichos proyectos ayudan a comprender mejor cómo conseguir prestar servicios integrados a diferentes grupos de destinatarios (por ejemplo, los proyectos ANCIEN, CARMEN, DISMEVAL, HOMECARE, INTERLINKS, PROCARE), siendo los elementos de estudio específicos más recientes la multimorbilidad (ICARE4EU) y las estrategias de fomento de la adopción (INTEGRATE, IMPLEMENT). También se ha dedicado una considerable cantidad de trabajo a desentrañar el papel que las TIC desempeñan en la integración y diseño a medida de las soluciones asistenciales en base a las necesidades de los usuarios (BEYOND SILOS, LIVINGWELL, SMARTCARE, UNITED4HEALTH). Otros trabajos han intentado definir los procesos de medición y promoción de la mejora y los modelos de calidad (WeDo, INTERQUALITY). Pese al gran conocimiento que se desprende de estas investigaciones, sus resultados no llegan con la intensidad necesaria a quienes adoptan decisiones en el día a día.

En definitiva, necesitamos más conocimiento sobre los “cómos” de la integración asistencial y proporcionar evidencias y herramientas que ayuden a líderes y gestores a llevar el cambio transformacional a cabo. Los desafíos de la implementación, transferibilidad y sostenibilidad, que son las claves del éxito global de los nuevos sistemas asistenciales, siguen vigentes. Por ello, una de las principales conclusiones a las que llegamos es que la integración no surge de forma

natural en ningún sistema como respuesta a los problemas derivados de la creciente complejidad y el aumento de la demanda de servicios. Pese a que cada vez se conoce mejor los componentes y competencias necesarios para que los intentos de implantación de la asistencia integrada sean exitosos, no cabe duda de que el proceso de cambio es altamente complejo, ya que implica simultanear y alinear las acciones del macro al micronivel. El legado de los sistemas asistenciales fragmentados en términos de financiación, organización y prestación de servicios significa que la gestión del cambio deberá enfrentarse a un gran desafío para eliminar el anterior concepto de trabajo basado en silos y evolucionar hacia la integración de los servicios asistenciales.

Podemos concluir que existe una falta generalizada de información sobre las mejores formas de aplicar (y combinar) las distintas estrategias y enfoques dirigidos a la coordinación de los servicios asistenciales en la práctica. Afortunadamente, sabemos suficiente sobre “qué” es la integración, y existe un creciente interés en descubrir y probar “qué funciona, cómo funciona, dónde funciona, para quién funciona y por qué funciona” en el desarrollo de la integración asistencial. Aunque los desafíos de la sostenibilidad, replicabilidad y escalabilidad sigan sin ser superados a nivel global, hemos tratado de mostrar tres pilares fundados en la orientación del sistema, el papel del liderazgo y el proceso de gestión del cambio que pueden servir de soporte para afrontar con éxito la transformación sociosanitaria. Asimismo, es necesario pasar a la acción, avanzar en el conocimiento de los “cómos” requiere disponer de una abundancia de iniciativas de cambio en contextos reales, que nos permitan aprender de ellas y evolucionar (Economía y Salud, 2013).

6. BIBLIOGRAFÍA.

Barr V.J., Robinson S., Marin-Link B., y col. (2003). The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q*, 7:73-82.

Bengoia R. (2013). Transforming health care: an approach to system-wide implementation, *International Journal of Integrated Care*, Vol.13, July-Sep.

Berwick D.M., Nolan T.W., Whittington J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759-769. doi: 10.1377/hlthaff.27.3.759

Bonomi A.E., Wagner E.H., Glasgow R.E., VonKorff M. (2002). Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Serv Res*, 37(3):791-820.

Coleman K., Austin B.T., Brach C., Wagner E.H. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*, 28:75– 85.

Economía y Salud (2013). Evolucionando hacia un modelo sociosanitario de salud. E&S.

Glouberman S., Mintzberg H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease - Part I: Differentiation. *Health Care Manage Rev*, 26(1), 56-69.

Goodwin N. (2013). How do you build programmes of integrated care? The need to broaden our conceptual and empirical understanding, *Int J Integr Care* 2013; Jul-Sep.

Ham C., Walsh N. (2013). Making integrated care happen at scale and pace: lessons from experience. London: The King's Fund.

Hwang W., Chang J., Laclair M., Paz H. (2013). Effects of integrated delivery system on cost and quality. *Am J Manag Care*; 19(5):e175-84.

Kanter R.M., Stein B., Jick T.D. (1992). The challenge of organizational change: How companies experience it and leaders guide it. New York, NY: Free Press.

Kizer K. (2014). Achieving integrated care: nine key lessons, available at: <http://www.ucdmc.ucdavis.edu/publish/news/newsroom/8847>.

Kotter J.P. (1996). Leading change. Boston, MA: Harvard Business School Press.

Lewis G., Curry N., Bardsley M. (2011). Choosing a predictive risk model: a guide for commissioners in England. Londres: The Nuffield Trust.

Lewis G., Kirkham H., Duncan I. et al. (2013). How Health Systems Could Avert 'Triple Fail' Events That Are Harmful, Are Costly, and Result in Poor Patient Satisfaction. *Health Affairs*, 32(4): 669–76.

Luecke R. (2003). Managing change and transition. Boston, MA: Harvard Business School Press.

May C. (2006). A rational model for assessing and evaluating complex interventions in health care. *BMC Health Serv Res*, 6:86.

Nuño-Solinís, R. (2005). Atención Sanitaria basada en el conocimiento. *Rev Adm Sanit*, 3(2): 361-371.

Nuño-Solinís R., Fernández-Cano P., Mira-Solves J.J., Toro-Polanco N., Carlos Contel J., Guilabert Mora M., Solas O. (2013). [Development of an instrument for the assessment of chronic care models]. *Gac Sanit*, 27 (2), 128-34.

OMS (2002). Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Geneva: Informe Global WHO/NMC/CCH.

Ovretveit J. (2011). Does clinical coordination improve quality and save money? A summary of the evidence, London: the Health Foundation.

Pawson R., Tilley N. (1997). Realistic evaluation, Sage.

Plsek P.E., Wilson T. (2001). Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ*, 323(7315): p. 746-9.

Sydow J., Lerch F., Huxham C., Hibbert P. (2011). A silent cry for leadership: Organizing for leading (in) clusters. *The Leadership Quarterly*, 22, 328-343.

Turnbull J.K. (2011). Leadership in context: Lessons from new leadership theory and current leadership development practice. Retrieved from www.kingsfund.org.uk/leadership-commission.

Wagner E.H., Austin B.T., Von Korff M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*, 74:511-44.

