

POR UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA DE LA ATENCIÓN INTEGRADA... (QUE NOS PERMITA PONER EL FOCO EN LOS RESULTADOS)

ARTURO ÁLVAREZ ROSETE

Director Científico

Observatorio Modelos Integrados de Salud (OMIS)

Fundación NewHealth

Sumario

1. ¿QUÉ ES LA ATENCIÓN INTEGRADA?
2. EL USO FRECUENTE DEL TÉRMINO SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRADA.
3. LA PERSPECTIVA DE SISTEMA DE SALUD DE LA OMS.
4. ¿PARA QUÉ VALE EL ANÁLISIS DE SISTEMA? EL FOCO SOBRE EL DESEMPEÑO.
5. ¿QUÉ APORTARÍA EL ANÁLISIS DE SISTEMA A LA DISCUSIÓN SOBRE LA ATENCIÓN INTEGRADA EN ESPAÑA?
6. CONCLUSIÓN.
7. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Atención integrada; coordinación sociosanitaria; teoría de sistemas; sistema de salud; evaluación de resultados; Organización Mundial de la Salud.

RESUMEN

Ante la multiplicidad de propuestas pro-atención integrada, no extraña que el ilusionado reformador se pregunte: ¿por dónde empiezo? ¿Qué es lo más urgente, oportuno y eficaz? Desde el Observatorio de Modelos Integrados de Salud invitamos a adoptar un enfoque sistémico inspirado en el marco conceptual promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pensar sistémicamente supone identificar los elementos del sistema y atender a la forma como estos se interrelacionan entre sí. Supone comenzar estableciendo qué resultados de impacto sobre la salud y la autonomía personal de la población queremos conseguir, para lo cual necesitamos decidir sobre qué variables intermedias queremos intervenir. Supone escoger los indicadores inteligentes, más adecuados, que verdaderamente aportan conocimiento. Tenemos por tanto una tarea apasionante, pero compleja, por delante: discutir y consensuar qué resultados finales e intermedios buscamos antes de lanzarnos a integrar servicios, coordinar profesionales, adoptar tecnologías complejas o cambiar mecanismos de financiación.

KEYWORDS

Integrated care; public health coordination; systems theory; health system; evaluation of results; World Health Organization.

ABSTRACT

Given the great variety of pro-integrated care proposals, it is no wonder that the hopeful reformer asks “where do I start? What is most urgent, appropriate and effective?” From the Observatory for Integrated Health Models we invite you to take a systemic approach inspired by the conceptual framework promoted by the World Health Organization (WHO). Thinking systemically involves identifying system elements and addressing the way these are interrelated. It means starting by establishing what far-reaching results we want to achieve in the health and personal autonomy of people, and for which we need to decide which intermediate variables we want to be involved. It entails choosing intelligent, more appropriate indicators that do really provide knowledge. We therefore have an exciting, but complex task ahead: discussing and agreeing what final and intermediate results we look for before launching ourselves into integrating services, coordinating professionals, adopting complex technologies or changing funding mechanisms.

La agenda de la atención integrada ya está en España y el paisaje se va poblando de experiencias innovadoras de coordinación e integración de la atención social y sanitaria y con un gran potencial transformador. El Libro Blanco de la Coordinación Sanitaria en España, publicado en Diciembre de 2011 por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, realizó un mapeo de prácticas de coordinación socio-sanitaria en España y vino a dejar constancia de que disponemos ya de suficientes experiencias y talento en nuestros Sistema Nacional de Salud (SNS) y Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) como para liderar un cambio de paradigma (MSPS, 2011). Desde el Observatorio de Modelos Integrados de Salud (OMIS)¹ estamos comenzando a captar esta riqueza de intervenciones en todos los ámbitos y niveles. A nivel de servicios y procesos intersectoriales, contamos ya en nuestro país con experiencias interesantes referidas a la producción de guías clínicas y protocolos asistenciales acordados conjuntamente, ya establecidos gestores de casos, circuitos de atención integrada, etc. En el nivel de gestión, hay intentos de creación de áreas integradas sociosanitarias y diversas estructuras de coordinación al nivel meso como consejos o comisiones de coordinación. Al nivel de la rectoría del sistema, disponemos de experiencias de desarrollo de cartera de servicios comunes, sistemas de estratificación de pacientes, intentos tecnológicos para el acceso a la historia clínica y social de profesionales de ambos sistemas, e incluso tímidos ensayos de creación de un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBDs) sociosanitarios.

Además, podemos acudir también fuera de nuestras fronteras para enriquecernos con la experiencia de otros casos pioneros (Timmins y Ham, 2013; Álvarez, 2014).

A la vez que las iniciativas van surgiendo fruto del empuje y entusiasmo de profesionales a nivel local, se va conformando un mayor liderazgo político y gestor en todos los niveles de nuestro sistema político-administrativo, que se percibe en la esperada Estrategia del Ministerio de Sanidad o en los diferentes planes socio-sanitarios autonómicos.

Tal y como suele pasar en momentos de gran creatividad e innovación, las iniciativas de reforma suelen empezar abordando aspectos concretos y puntuales, abundando en listas de posibilidades, recetas para crear nuevos servicios, herramientas de gestión integrada, tecnologías, etc. Tenemos muy buenas sugerencias de medidas de innovación organizativa, asistencial y tecnológica, de formación y de gestión de profesionales para avanzar hacia la atención integrada en España (MSPS, 2011; Herrera, 2013). Desde sus orígenes, la revista *Actas de la Dependencia* ha venido dando voz a interesantísimas propuestas de mejora y reforma de los sistemas de salud y de atención a la dependencia de los mejores expertos del país.

La pregunta que suele atenazar al ilusionado reformador sociosanitario, al gestor o planificador responsable o al profesional preocupado por responder a las necesidades complejas de sus pacientes es: ¿por dónde empiezo? ¿Sobre qué pongo el foco? ¿Qué o con quién

¹ El Observatorio de Modelos Integrados de Salud (OMIS) (www.omis-nh.org) es un observatorio técnico y con una vocación eminentemente investigadora, que busca identificar las experiencias de coordinación de los sectores social y sanitario, analizar los elementos innovadores, transformadores y las posibilidades de replicación en otros contextos y organizaciones, así como fomentar el aprendizaje colectivo y las sinergias entre ambos sectores. La iniciativa ha sido promovida por la Fundación Newhealth con la colaboración de la Accenture y la Fundación Caser.

me empiezo a coordinar? ¿Qué es lo urgente, oportuno y eficaz? El riesgo real es (i) perderse en una maraña de recetas y propuestas de intervención; y/o (ii) confundirse con la ilusión de encontrar soluciones perfectas y unidireccionales. Es entonces cuando se percibe la necesidad de desarrollar narrativas y visiones englobantes que ayuden a dar sentido a la multiplicidad de propuestas y posibilidades.

Este artículo invita a adoptar un enfoque sistémico que construya sobre las intervenciones que ya van surgiendo y que las permita sistematizar, con el fin de evitar perdernos en la proliferación de soluciones y vacunarse contra la creencia de que existen “balas mágicas”. No se trata de cambiar piezas aisladas del puzle de la atención integrada, sino de actuar sobre los elementos y las dinámicas de interacción que realmente “crean conectividad, alineamiento y colaboración dentro y entre los sectores del cuidar y curar” (Kodner y Spreewenberg, 2002). En palabras de Nuño (2008: 33), la alternativa está entre optar por “pragmáticos y alicortos encajes de piezas dadas frente a una profunda reingeniería del sistema” (Nuño, 2008:33).

Para esta tarea de adoptar un enfoque sistémico no partimos de cero, sino que podemos aprender de la experiencia del desarrollo del concepto de “sistema” sanitario y el consiguiente marco conceptual promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que han ido guiando los debates internacionales desde la publicación del Informe de Salud Mundial del año 2000 (OMS, 2000) hasta la fecha. Este artículo por tanto invita a recoger esta rica experiencia de desarrollo conceptual y traérmola a la discusión de la agenda de la atención integrada.

El artículo comienza por definir los dos términos de la ecuación: atención integrada y sistema. Posteriormente, se desgrena en qué consiste la perspectiva sistémica mediante el análisis del concepto de sistema sanitario aprendido en estos años de discusión promovida por la OMS. Se sugiere que, de ese aprendizaje podemos identificar dos retos:

- La medición del desempeño de un sistema sociosanitario integrado: ¿cómo evaluar el impacto de servicios de atención integrada?
- La identificación de las interconexiones entre los elementos del sistema de atención integrada.

1. ¿QUÉ ES LA ATENCIÓN INTEGRADA?

El término atención integrada (en inglés, *integrated care*) ha ido adquiriendo muchos significados (Nuño Solinís, 2008). En una revisión de la literatura especializada ya hace cinco años, Armitage et al. (2009) listó 175 definiciones de atención integrada, referidas a cosas diferentes según fuera el contexto, organización y perspectiva profesional utilizada.

Ha venido ganando adeptos la distinción entre atención integrada e integración (Shaw et al., 2011). Atención integrada refiere al principio organizador de la prestación de los servicios desde la perspectiva del paciente (Shaw et al., 2011: 7)². Por su parte, la integración sería el conjunto de procesos, métodos y herramientas que facilitan alcanzar la atención integrada (Shaw et al., 2011: 7). Según Kodner y Spreewenberg (2002), integración es “el conjunto coherente de métodos y modelos en los niveles de financiación, administrativo, organizacional,

² Integrated care “is an organizing principle for care delivery with the aim of achieving improved patient care through better coordination of services provided” – the patient’s perspective as the organising principle (Shaw et al., 2011: 7).

de provisión de servicios y clínico, designados para crear conectividad, alineamiento y colaboración en los sectores del curar y cuidar y entre ambos”.

En España se utiliza frecuentemente el concepto de coordinación sociosanitaria (o su variante coordinación asistencial), definido como “conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas mayores dependientes” (Nuño, 2008: 44). Esta y otras definiciones (como Vázquez et al., 2012: 94) se asemejan a la definición de integración de Shaw et al. (2011) lo que nos permite conceptualizar la coordinación como “un elemento esencial” de la atención integrada (hasta el punto de permiternos utilizarlo como sinónimos) y a una “noción no restringida al ámbito sanitario” sino “extensa que abarca la coordinación intersectorial” (Nuño, 2008: 44). La Ley 16/2003 de 28 de Mayo de Cohesión y Calidad del SNS definió la atención sociosanitaria como “aquella que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”. En definitiva, bien con los términos atención integrada, atención sociosanitaria o coordinación asistencial nos queremos referir en este capítulo a la atención que cruza las barreras entre atención primaria, comunitaria, hospitalaria y servicios sociales (Timmins y Ham, 2013: 4).

2. EL USO FRECUENTE DEL TÉRMINO SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRADA.

En la vida diaria, utilizamos el término “sistema” con profusión, para referirnos a múltiples realidades: hablamos de sistemas educativos, políticos, electorales, de información; del sistema solar, sistema operativo, sistema digestivo o respiratorio; del sistema de juego de un equipo de fútbol, del de aerodinámica de los Fórmula 1, del sistema de ventilación de una oficina, o del de riego o seguridad de una vivienda. Lo que queremos transmitir al añadir el término sistema es que, estas realidades, de un modo u otro, conforman un conjunto de elementos que interactúan entre sí.

La utilización del término “sistema” en la literatura sobre salud y atención integrada es frecuente. Junto a la referencia al “sistema de salud”, utilizamos las expresiones “sistema de servicios sociales”, “sistema de atención a la dependencia” o “sistema para la autonomía y atención a la dependencia” (Montero, 2014).

Y un paso más allá de la mera utilización del término, la intención de adoptar un enfoque sistémico en la atención integrada viene escribiéndose desde hace tiempo. Por ejemplo, la visión sistémica aparece como fundamental en el Chronic Care Model (CCM) (Coleman y Wagner, 2008). Rafael Bengoa hablaba de “recuperar una visión de sistema” en el ámbito estratégico (mediante el establecimiento de metas de salud para todo el sistema, presupuestos y organigramas integradores) y en el ámbito operativo (Bengoa, 2008). Roberto Nuño afirmaba que la visión sistémica es uno de los cinco elementos comunes en las definiciones de atención integrada, junto al enfoque de salud

poblacional, el énfasis en la coordinación de servicios, la orientación a resultados y las referencias a la continuidad de la atención y a la atención centrada en el paciente (Nuño, 2008). Valentijn et al. (2013) sitúa la integración sistémica (*system integration*) como el último estrato que asegura holísticamente la coherencia de estructuras, políticas y normas. Sin llegar a definir en qué consiste realmente, Valentijn et al. (2013) localizan esta integración sistémica a nivel macro por encima de la integración organizacional, la integración funcional y la integración profesional (las tres en el nivel meso), hasta bajar al nivel micro de la integración de servicios. En fin, tenemos llamadas recientes a adoptar “microsistemas” como un nuevo modelo asistencial y organizativo que agrupa a nivel local la red de proveedores de servicios que deben trabajar juntos en torno a objetivos de salud comunes y consensuados³.

En definitiva, la referencia al aspecto de sistema en la integración de lo social y lo sanitario ha sido recurrente, aunque en general se han quedado en llamadas a adoptar una visión global, comprehensiva, más que a adoptar la potencialidad analítica de la perspectiva sistémica. El término sistema es más usado que definido, y se echa en falta en la literatura especializada nacional e internacional la aplicación de la perspectiva sistémica. Así pues, ¿a qué nos referimos realmente al conceptualizar el sistema de atención integrada como un sistema?

3. LA PERSPECTIVA DE SISTEMA DE SALUD DE LA OMS.

La teoría de sistemas tiene sus orígenes en la biología y la cibernética. Según la definición quizá más común, sistema es todo conjunto identificable de partes interrelacionadas, en contacto permanente con el medio en que vive y sometido a impulsos tanto externos como internos. Esta tensión permanente produce equilibrios y reequilibrios, a través de la transformación *del* sistema (incluso su sustitución total) o la transformación *en el* sistema. En su forma más simple, el sistema se representa en términos de

[inputs - procesos - productos - resultados]

siendo:

- los inputs los recursos necesarios para el funcionamiento del sistema;
- los procesos se refiere a las dinámicas que transforman los recursos;
- los productos (*outputs*) es la actividad resultante del procesamiento de los inputs;
- los resultados (*outcomes*) son los cambios que consiguen los productos.

La teoría de sistemas ha mostrado su utilidad en muchos sectores sociales, incluido el sector salud (e.g. Durán, 2004; Black and Gruen, 2005; Figueras et al., 2012; Álvarez y Moreno, 2012). El Informe de Salud Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2000 (OMS 2000) contribuyó a asentar el concepto de “sistema sanitario” que definió como el conjunto de gente y acciones cuyo objetivo primario es mejorar, mantener o restaurar la salud (WHO,

³ Blog Rafael Bengoa, Avanzando firmemente hacia los microsistemas, 25 Agosto 2014, <http://www.rafaelbengoa.com/2014/08/25/avanzando-firmemente-hacia-los-microsistemas/>

2000; Durán, 2004). El marco conceptual del Informe de la OMS, desarrollado por Murray y Frenk (Murray y Frenk, 2000), abstraía aquellos inputs, funciones y metas que eran comunes a cualquier sistema sanitario. Así, identificaba tres metas comunes a todo sistema sanitario (ganancia en salud, respuesta a las expectativas de los usuarios y justicia en la contribución financiera a la salud), conseguidas a través de la utilización de inputs (típicamente, instala-

ciones, tecnología, recursos humanos, conocimiento, etc.) activados mediante cuatro funciones igualmente genéricas (generación de recursos, financiación, provisión de servicios y tutela sobre el sistema). El mismo Informe de Salud Mundial 2000 incluía el siguiente gráfico que pretendía sugerir relaciones básicas entre las cuatro funciones y las tres metas de cualquier sistema sanitario:



Fuente: OMS (2000) World Health Report, 2000, p. 25.

Tras la publicación del informe Mundial de la OMS en el 2000, se generó un rico proceso de desarrollo y refinamiento conceptual (Durán, 2004; Figueras et al., 2012). La Conferencia Ministerial Europea de la OMS celebrada en Tallinn (Estonia) en 2008 estableció el compromiso de los estados miembros de la Región Europea de la OMS de mejorar el desempeño de los sistemas sanitarios, compromiso que fue sancionado en la llamada Carta de Tallinn (OMS Oficina Regional para Europa, 2008).

Se ha ido redefiniendo y ampliando esta propuesta original, estableciendo 4 metas finales (Durán et al., 2012; Álvarez y Moreno, 2012: 5):

- I. Ganancia en salud, incluyendo el nivel de equidad en la distribución de dichas ganancias.
- II. Protección financiera a los individuos frente a los gastos catastróficos.
- III. Respeto a la dignidad, confidencialidad, capacidad de elección, comodidades básicas, etc.
- IV. Eficiencia en la consecución de estas metas.

A su vez, las metas finales vienen mediadas por la consecución de resultados intermedios, es decir, “variables instrumentales, deseables en sí mismas y que contribuyen a la consecución de resultados finales” (Toro et al., 2012: 4). La lista de resultados intermedios del marco de la OMS incluye acceso, calidad, satisfacción, continuidad asistencial, sostenibilidad, efectividad, productividad, legitimidad, etc.

Respecto a la conceptualización de las funciones, se percibe cómo la redefinición posterior que ha hecho la comunidad científica internacional ha ido otorgándole a la producción de servicios de salud una centralidad e importancia cada vez mayor. La función de producción “constituye la principal interfaz” entre los usuarios y los proveedores de servicios (Álvarez y Moreno, 2012: 6) mientras que las otras tres funciones (la financiación, la generación de recursos y la rectoría de todo el sistema) están conceptualmente a su servicio.

4. ¿PARA QUÉ VALE EL ANÁLISIS DE SISTEMA? EL FOCO SOBRE EL DESEMPEÑO.

Como afirmamos arriba, la OMS promovió el análisis funcional de sistemas sanitarios, desarrollando y debatiendo un marco sistémico que ha permitido consensuar funciones y metas de cualquier sistema sanitario, independientemente de cómo esté organizado, financiado, gestionado, de si la provisión es pública o privada, etc. Este marco sistémico ejerce así la tarea de “reducción de la complejidad” que el concepto de sistema aporta, según nos han señalado los teóricos de sistemas, desde Bertalanffy a sociólogos como Talcott Parsons, Niklas Luhmann o David Easton. He aquí por tanto un primer beneficio de la adopción del análisis sis-

témico: contribuir a delimitar de qué estamos queriendo hablar.

El análisis funcional de los sistemas sanitarios impulsó con fuerza el debate sobre la medición del desempeño de tales sistemas. Acordadas las metas que han de buscar los sistemas sanitarios, ¿cómo medir la realización de las mismas? Desde la OMS, y en particular, desde su Oficina Regional en Europa se ha venido promoviendo el análisis del desempeño de los sistemas sanitarios a través de la metodología *Health System Performance Assessment* (HSPA) (Figueras y McKee, 2012; OMS Oficina Regional para Europa, 2012). Si bien es verdad que muchos países han venido analizando los logros de sus sistemas sanitarios durante años, lo que esta metodología ha aportado específicamente es la evaluación del sistema en su conjunto, resaltando las múltiples relaciones e interacciones entre los diferentes elementos (OMS Oficina Regional para Europa, 2012). Por tanto, y como segundo elemento útil de la adopción de esta herramienta analítica, el HSPA está contribuyendo a medir más y mejor.

El HSPA está contribuyendo asimismo a comprender cómo las interrelaciones y procesos del sistema de salud influyen en los resultados de salud (OMS Oficina Regional para Europa 2012; 2013). Necesitamos avanzar desde la medición de resultados hacia la conexión entre los elementos del sistema. Pensar desde la perspectiva del sistema es entonces considerar las interrelaciones entre los elementos y la fuerza de los nexos que ligan las acciones y políticas con los resultados.

5. ¿QUÉ APORTARÍA EL ANÁLISIS DE SISTEMA A LA DISCUSIÓN SOBRE LA ATENCIÓN INTEGRADA EN ESPAÑA?

Decíamos al principio que la literatura de coordinación sociosanitaria y atención integrada en España es ya rica en el diseño de nuevos servicios, herramientas de gestión integrada, procesos intersectoriales, tecnologías, etc. - intervenciones que hemos venido captando y registrando desde el OMIS.

Sin embargo, ninguna de estas intervenciones es neutra, simple o puede ser automáticamente trasladada a otra organización o lugar sin atender a los elementos de contexto que han determinado su éxito allí donde ha sido implementada. En nuestros sistemas de atención integrada, que al ser sistemas sociales son complejos (Tsisis et al., 2012), ninguna intervención es unidireccional. Es más, la experiencia internacional nos enseña que las intervenciones tienen poco alcance cuando no se encuadran en narrativas y visiones englobantes que ayuden a darles sentido. Pensar en sistema de atención integrada permitiría superar visiones cortoplacistas y reactivas, quizá demasiado circunscritas a objetivos determinados por la crisis económica.

Desde el Observatorio de Modelos Integrados de Salud (OMIS) estamos trabajando para definir y ofrecer a la comunidad de expertos de nuestro país una propuesta de enfoque sistémico que nos permita apoyar las iniciativas de reforma pro-atención integrada. La propuesta metodológica que deriva de este enfoque conceptual es de aplicación tanto en la planificación y formulación de políticas y planes, como en la gestión de programas y servicios.

Queremos construir esto desde lo que ya tenemos en España, de lo que hemos aprendido de fuera y con las aportaciones teóricas y metodológicas nacionales e internacionales de las que ya disponemos. Esta última sección del artículo está escrita con ese ánimo y con una declarada intención de constituirse en documento abierto para la discusión y reelaboración colectiva. De esta forma, queremos apoyar los esfuerzos actuales de redacción de los diferentes planes y programas nacionales y autonómicos de atención integrada y las iniciativas provenientes desde los sistemas de salud y servicios sociales.

Proponemos por tanto un enfoque de sistema de atención integrada que explicita los elementos del mismo y los relacione como inputs - funciones - resultados intermedios - metas finales.

Nuestra propuesta pasa por una definición primera de las metas finales de tal sistema integrado a construir, que alineen la ganancia en salud y la promoción de la autonomía personal. Ahora bien, como ejemplo de la dificultad conceptual que la tarea supone, se requiere articular metas colectivas (ganancia en salud de la población, generalmente medidas en términos de mortalidad y morbilidad; equidad; protección financiera; eficiencia; etc.) con metas individuales (autonomía personal y prevención de la dependencia).

Las metas finales vienen mediadas por la consecución de resultados intermedios. La lista de *intermediate outcomes* del marco de la OMS nos parece útil como punto de partida de nuestra propuesta: el acceso, la calidad, la sostenibilidad y la efectividad han de constituir objetivos intermedios básicos de los servicios sociales y de salud integrados. Vázquez et al.

(2012) van igualmente en esta línea, priorizando la mejora de la coordinación, la continuidad asistencial y el acceso.

Muchas de las iniciativas de reforma pro-atención integrada persiguen el objetivo directo de reducir la actividad y el gasto hospitalario mediante el incremento de la actividad realizada en atención primaria y comunitaria. Se trata por tanto de un objetivo vinculado a la sostenibilidad y productividad del sistema como resultados intermedios, y por tanto a la eficacia como resultado final. Así planteado, sin embargo, “es difícil encontrar medidas de, o bien calidad o bien volumen, que claramente demuestren la ganancia (en salud) de más atención integrada, frente a la simple demostración de que la demanda en atención primaria ha mejorado” (Timmins y Ham, 2013: 33). Otras iniciativas van dirigidas primordialmente a mejorar la experiencia del usuario y a alargar la atención en el domicilio lo más posible a través de asegurar la continuidad de los cuidados entre los diferentes niveles de atención y la coordinación de profesionales (Goodwin et al., 2014).

Un ejemplo de la indefinición de resultados que adolecen las iniciativas pro-atención integrada está en la figura de los gestores de caso, que se han implantado en algunas Comunidades Autónomas en nuestro país. Evaluaciones realizadas en Andalucía sugieren que algunas experiencias han sido efectivas para reducir hospitalizaciones, días de estancia, reingresos, y el coste de los servicios. Otras han contribuido a mejorar la capacidad funcional, el control de los síntomas, la adherencia al tratamiento y la satisfacción. Finalmente, unas pocas experiencias consiguen efectos positivos sobre la utilización de servicios y sobre los resultados clínicos (Gonzalo y Martín, 2010).

Tenemos por tanto una tarea apasionante, pero extremadamente compleja, por delante: discutir y consensuar por qué metas finales e intermedias queremos apostar antes de lanzarnos a integrar servicios, coordinar profesionales, adoptar tecnologías complejas, reformar normas, cambiar mecanismos de financiación, etc. Es muy interesante la aportación de Toro et al. (2012), quienes han desarrollado un marco evaluativo para comparar las experiencias de Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs) en el País Vasco con otras de ámbitos regionales, nacionales e internacionales. Su marco evaluativo incluye cuatro resultados intermedios: control y seguimiento de pacientes; coordinación/continuidad; reconfiguración asistencial; y colaboración interprofesional. Como variables instrumentales, estos resultados intermedios contribuyen a la consecución de los cuatro resultados finales: satisfacción de los pacientes; satisfacción de los profesionales; accesibilidad; efectividad clínica/calidad de vida; eficiencia.

Necesitamos un paso más: pensar las funciones de financiación, rectoría (*stewardship*), generación de recursos y la provisión de servicios desde la perspectiva sistémica, para comprender cómo las interrelaciones y procesos influyen en los resultados. La puesta en común o el simple alineamiento de presupuestos, las fórmulas de financiamiento por capitación, el ajuste por riesgo, etc., son todas fórmulas en la función de financiación sobre las que ya tenemos experiencias de las que extraer evidencia que responda a las preguntas: ¿cómo actúan? ¿Qué consiguen? ¿En qué contextos? ¿Qué afectan y cómo? Las mismas preguntas aplican a estrategias para la función de generación de recursos: políticas comunes de recursos humanos y condiciones laborales, programas unificados de formación de personal sanitario y social,

de formación de gestores, etc. En términos de rectoría del sistema de atención integrada, debemos preguntarnos sobre la armonización de los marcos normativos y programáticos, de la creación de mecanismos conjuntos de rendición de cuentas, de la coordinación de la actividad de los diferentes reguladores, etc. En la agenda pro-reforma de la atención integrada, los modelos de micro-gestión jerárquica (*command and control*) son ineficaces.

Finalmente, resta identificar y analizar las interconexiones entre los elementos del sistema, tanto las que generen mecanismos de acción positivos como las que ocasionen perjuicios colaterales. Por ejemplo, la introducción de nuevos perfiles profesionales para la coordinación debe acompañarse, para ser efectivo, de sistemas de información compartidos, procesos de rendimiento de cuentas conjuntos, sistema de incentivos alineados, etc. La puesta en común y la gestión integrada de presupuestos para la financiación de servicios integrados, según fórmula capitativa y ajuste por riesgo son fórmulas que quedan diluidas si los gestores de esos fondos no tienen capacidad de asegurar el acceso equitativo a los servicios. Nuevos servicios integrados posiblemente requieran una carga de trabajo extra para los profesionales responsables y/o conllevar tareas adicionales que impliquen una reducción del tiempo dedicado a la atención a pacientes (con evidente perjuicio en la calidad de la atención) y que incidan negativamente en la satisfacción de todos. Son estas relaciones que, de no ser consideradas y/o suficientemente controladas, pueden anular a la mejor de las estrategias pro-atención integrada o producir efectos negativos contraproducentes.

Una vez consensuados los resultados finales e intermedios, vendrá la selección de indicado-

res de medición del desempeño - ¡y no al revés! Aunque parezca paradójico, lo más común en los planes y programas de atención sociosanitaria es la inclusión de indicadores a los que no se vincula explícitamente a resultados finales e intermedios. Haciéndolo así, posiblemente seamos capaces de medir... ¿pero qué y para qué?

Sólo asentado lo anterior, estaremos en condiciones de medir más y mejor. Ahora bien, este es quizá una de los mayores retos que tenemos ante nosotros (Strandberg-Larsen y Krasnik, 2009). Las evaluaciones hasta la fecha han tendido a concentrarse más en procesos o productos (*outputs*) más que en resultados (*outcomes*). Por ejemplo, los programas y planes sociosanitarios tienden a incluir indicadores de proceso o actividad válidos pero limitados en su capacidad informativa: por ejemplo, indicadores sobre el número de reuniones de los comités sociosanitarios, porcentaje de pacientes con informe social al alta hospitalaria, número de evaluaciones conjuntas de servicios sanitarios y sociales de casos de alta complejidad, etc. Bien, pero, ¿qué inteligencia para la formulación de políticas e intervenciones se deriva del volumen de datos que generen estos indicadores?

La corriente internacional de identificación de indicadores de resultados y metodologías apropiadas de medición del desempeño de la atención integrada se nos ofrece como un recurso fabuloso. Podemos aprender de la experiencia inglesa de evaluación de los 14 proyectos pioneros seleccionados por el Departamento de Sanidad en 2013 (Álvarez, 2014). El Departamento de Sanidad sacó a concurso la evaluación de los proyectos pioneros, que ganó el *Policy Innovation Research Unit* (PIRU) – un grupo de investigación constituido por

expertos y académicos de diversas universidades británicas, sobre todo de la London School of Hygiene and Tropical Medicine⁴. El PIRU ha seleccionado una batería de 30 indicadores de desempeño que ha agrupado en 6 dimensiones (PIRU, 2014) y de los que, sin pretender ser exhaustivos, listamos ahora la siguiente selección:

- Bienestar comunitario y salud de la población: porcentaje de gente físicamente activa e inactiva; porcentaje de gente atendida por servicios sociales; exceso de muertes invernales.
- Procesos y sistemas organizativos: número de gente atendida en urgencias; retraso en las altas hospitalarias y porcentaje de las mismas que son atribuibles a la no disponibilidad de servicios sociales.
- Resultados personales: mejora en la calidad de vida aportada por la atención social; accidentes debidos a caídas de gente mayor de 65 años; calidad de vida reportada por el cuidador.
- Uso de los recursos/balance de la atención: estancias hospitalarias según grupos de pacientes seleccionados; uso de servicios hospitalarios en los últimos 100 días de vida; gasto bruto en atención en recursos residenciales geriátricos.
- Mediciones de servicios como indicadores aproximados para medir resultados: readmisiones para grupos seleccionados de pacientes; actividad con ingreso hospitalario evitable para pacientes con Síndrome Coronario Agudo.

- Experiencia de usuarios y cuidadores: porcentaje de gente que muere en su casa/en el lugar de su elección.

Los ingresos en urgencias y las readmisiones hospitalarias se van consolidando como los mejores indicadores aproximados para medir resultados, en especial readmisiones de seleccionados grupos de pacientes (e.j. caídas).

Finalmente, desde el punto de vista de las metodologías, contamos ya con evaluaciones internacionales interesantes para medir la calidad de la atención integrada. Se tratan de complejas evaluaciones multi-método. Por ejemplo, en el norte de Londres, tenemos la evaluación del North West London Integrated Care Project en la que se combinan métodos cualitativos (entrevistas, grupos focales, encuestas) y análisis cuantitativos de cambios en el uso de servicios o de impacto en los pacientes (usando datos de pacientes y grupo de control) (Curry et al., 2013). Otro ejemplo a seguir de cerca es INTEGRATE, un proyecto financiado por el programa FP7 de la Comisión Europea, puesto en marcha en 2012, que está evaluando diferentes experiencias europeas de atención integrada de EPOC, diabetes, salud mental y patologías geriátricas para entender “qué funciona, para quién, cuándo y dónde”⁵. Finalmente, una metodología ciertamente interesante es la evaluación desde la perspectiva de los usuarios de los servicios sociosanitarios (*patient reported measures of care coordination*)⁶ desarrollada por un equipo de investigadores del Nuffield Trust, el King’s Fund y otras organizaciones inglesas.

⁴ Policy Innovation Research Unit <http://www.piru.ac.uk/>. Para información sobre la evaluación de los pioneros, véase <http://www.piru.ac.uk/projects/current-projects/integrated-care-pioneers-evaluation.html>

⁵ Página web de INTEGRATE: <http://www.projectintegrate.eu/project/our-work>

⁶ Nuffield Trust, Developing a patient reported measure of care coordination, <http://www.nuffieldtrust.org.uk/our-work/projects/developing-patient-reported-measure-care-coordination>

6. CONCLUSIÓN.

En este artículo, hemos pretendido mostrar que adoptar una perspectiva sistémica de la atención integrada que va más allá que la simple consideración de que el nivel macro también importa. Por supuesto que el nivel macro de lo político-societario-cultural importa y que son necesarias estrategias que busquen armonizar normas, consolidar el rendimiento de cuentas, crear narrativas que movilicen coaliciones de apoyo a este nuevo paradigma de la atención integrada, etc. La integración en el último nivel de Valentijn et al. (2013), el de la integración sistémica, a nivel macro, es absolutamente crucial.

Ahora bien, hemos intentado argumentar que adoptar un enfoque sistémico es un esfuerzo conceptual y metodológico diferente que evita perdernos en la maraña de soluciones (muchas absolutamente acertadas) y nos ayuda a prevenirnos contra la ilusión de que existen soluciones únicas, simples o que valen para todos los contextos.

Desde el Observatorio de Modelos Integrados de Salud (OMIS) queremos contribuir al momento intenso de avance de la agenda de la atención integrada en España con esta propuesta abierta a la discusión y la reelaboración colectiva. Y repitiendo lo dicho más arriba, queremos hacerlo construyendo desde lo que ya tenemos en nuestro país, de lo que hemos aprendido de fuera y con las aportaciones teóricas y metodológicas nacionales e internacionales de las que ya disponemos.

Proponemos por tanto un enfoque de sistema de atención integrada que explicita los elementos del mismo. Pensar sistémicamente

supone el esfuerzo analítico y estratégico de identificar los elementos del sistema y atender a la forma como estos interrelacionan entre sí. Supone comenzar estableciendo qué resultados de impacto sobre la salud y la autonomía personal de la población queremos conseguir, para lo cual necesitamos decidir sobre qué variables intermedias – las que instrumentalmente contribuyen a la consecución de resultados finales - queremos intervenir. Supone separar los vectores de fuerza principales de aquellas conexiones que son secundarias, conscientes del inestable equilibrio del sistema. Supone escoger los indicadores inteligentes, más adecuados, que verdaderamente aportan conocimiento, que es más que los fríos datos.

Como suele pasar, el peregrinaje conceptual que hemos hecho en este artículo nos remite de vuelta al comienzo, a la definición de atención integrada de Kodner y Spreeuwenberg (2002: 3). Desde la perspectiva de sistema, nos atrevemos a reformularla para definir la atención integrada como:

“el conjunto coherente de métodos y modelos en los inputs, funciones (financiación, generación de recursos, rectoría y provisión de servicios) y procesos, designados para crear conectividad, alineamiento y colaboración en los sectores del curar y cuidar y entre ambos”.

AGRADECIMIENTOS

El autor quiere agradecer al equipo de Técnicas de Salud y, en particular, a Antonio Durán, por los buenos ratos discutiendo sobre el concepto de sistema de salud y la medición del desempeño del mismo.

7. BIBLIOGRAFÍA.

Álvarez A. y Moreno A. (2012). *La Gobernanza Hospitalaria en Europa*. Cuadernos del OSE sobre políticas de salud en la UE, núm. 6. Granada: Observatorio de Salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Álvarez A. (2014). *Experiencias de atención integrada en el NHS inglés*, OMIS Case Study Paper 1, Observatorio de Modelos Integrados de Salud, http://omis-nh.org/media/publication_files/Atenci%C3%B3n_Integrada_NHS_Ingl%C3%A9s_vdef.pdf

Armitage, G. D., Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E. (2009), "Health systems integration: state of the evidence", *International Journal of Integrated Care*, vol. 9 (Abril-Junio). <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/316/631>

Bengoa R. (2008) "Curar y cuidar", en Bengoa R. y Nuño Solinís R. (eds) *Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*, Barcelona: Elsevier Masson, pp. 17-29.

Black N. y Gruen R. (2005). *Understanding Health Services*, Maidenhead, UK: Open University Press.

Coleman C.F. y Wagner E. (2008) "Mejora de la atención primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos", en Bengoa R. y Nuño Solinís R. (eds). *Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*, Barcelona: Elsevier Masson, pp. 3-15.

Curry N., Harris M., Gunn L. et al. (2013). "Integrated care pilot in north-west London: a mixed methods evaluation", *International Journal of Integrated Care*, vol 13 (Julio-Septiembre), <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/1149/2019>

Durán A. (2004). *Políticas y Sistemas Sanitarios*, Serie Monografías EASP num. 40, Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Durán A., Kutzin J., Martín-Moreno J.M., Travis P. (2012). "Understanding health systems: scope, functions and objectives" en Figueras J. and McKee M. (ed.). *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. Assessing the case for investing in health systems*, Maidenhead: Open University Press and McGraw-Hill, pp.1-36. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/164383/e96159.pdf

Figueras J. and McKee M. (ed.) (2012). *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. Assessing the case for investing in health systems*, Maidenhead: Open University Press and McGraw-Hill http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/164383/e96159.pdf

González Jiménez E. y Martín Ruíz E. (2010). *Actualización en gestión de casos: efectividad*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Goodwin N., Dixon A., Anderson G., Wodchis W. *Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies*, London: The King's Fund, 2014, http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/providing-integrated-care-for-older-people-with-complex-needs-kingsfund-jan14.pdf

Herrera, E. (2012) "Coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales: una senda definida como parte de la solución", *Actas de la Dependencia*, nº 6, pp. 51-61.

Herrera, E. (2013) *Evolucionando hacia un modelo sociosanitario de salud. Iniciativas para avanzar en el recorrido*. Madrid: Fundación Economía y Salud.

Herrera E., Álvarez A. y Librada S. (en prensa). *Coordinación sociosanitaria: cambios necesarios en el sistema, para una adecuada atención integrada*, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona/Fundación Pílares.

Kodner D. L. and Spreeuwenberg C., (2002). Integrated Care meaning, logic, applications, and implications– a discussion paper, *International Journal of Integrated Care*, Vol. 2, (Octubre-Diciembre), <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/67/134>

Lewis R.Q., Rosen R., Goodwin N., Dixon J. (2010). *Where next for integrated care organizations in the English NHS?* London: The Nuffield Trust and King's Fund, http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/where_next_for_integrated_care_organizations_in_the_english_nhs_230310.pdf

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPS) (2011). *Libro Blanco para la coordinación socio-sanitaria en España*. Madrid: MSPS.

Montero M. (2014) Análisis comparado de los sistemas de cuidados y atención a la dependencia en Alemania y España, *Actas de la Dependencia*, num. 10, pp: 47-74.

Murray C.J.L. y Frenk J. (2000) A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, num. 6, pp. 717-731.

Nuño Solinís R. (2008) "Exploración conceptual de la atención integrada", en Bengoa R. y Nuño Solinís R. (eds). *Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*, Barcelona: Elsevier Masson, pp. 31-57.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, <http://www.who.int/whr/2000/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007). *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). Oficina Regional para Europa (2005). Next phase of the WHO Regional Office for Europe's Country Strategy: Strengthening health systems. Regional Committee 55th Session, Bucarest (Rumanía), http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/94931/E87698.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). Oficina Regional para Europa (2008) *Tallin Charter on Health Systems, Health and Wealth*. <http://www.euro.who.int/document/e91438.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Oficina Regional para Europa (2012). *Health System Performance Assessment. A tool for health governance in the 21st Century*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/160813/HSPA_A-tool-for-health-governance-in-the-21st-century.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). Oficina Regional para Europa (2013). *Towards people-centred health systems: an innovative approach for better health outcomes*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/186756/Towards-people-centred-health-systems-an-innovative-approach-for-better-health-outcomes.pdf

Policy Innovation Research Unit (PIRU) (Abril 2014). *Integrated care and support Pioneers: Indicators for measuring the quality of integrated care. Final report*. <http://www.piru.ac.uk/assets/files/IC%20and%20support%20Pioneers-Indicators.pdf>

Shaw S., Rosen R. and Rumbold B. (Junio 2011). *What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS*, Londres: Nuffield Trust. http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what_is_integrated_care_research_report_june11_0.pdf

Strandberg-Larsen M. and Krasnik, A. (2009), "Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions", *International Journal of Integrated Care*, vol. 9 (Enero-Marzo). <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/305/609>

Tsasis P., Evans J., Owen S. (2012). "Reframing the challenges to Integrated Care: a complex adaptative systems perspective", *International Journal of Integrated Care*, vol. 12, (Julio-Septiembre), <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/843/1891>

Timmins N. y Ham C. (2013) *The quest for integrated health and social care. A case study in Canterbury, New Zealand*. Londres: The King's Fund. http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/quest-integrated-care-new-zealand-timmins-ham-sept13.pdf

Toro N., Paino M., Fraile I., Samper R. (2012) "Evaluation framework for healthcare integration pilots in the Basque Country", *International Journal of Integrated Care*, vol. 12 (Spanish Chronic Care Conference Supplement 2011), <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/885>

Valentijn P., Schepman S., Opheij W., Bruijnzeels M. (2013). "Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care". *International Journal of Integrated Care*, vol 13 (Enero-Marzo), <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/886/1979>

Vázquez M.L., Vargas I., Nuño R. y Toro N., (2012). "Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores". Informe SESPAS 2012, *Gaceta Sanitaria*, vol. 26 (Suplemento), pp. 94-101.

POR UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA DE LA ATENCIÓN INTEGRADA...
(QUE NOS PERMITA PONER EL FOCO EN LOS RESULTADOS)