

# HACIA EL NUEVO PARADIGMA: LA ATENCIÓN INTEGRADA

**EMILIO HERRERA MOLINA**  
Presidente Fundación NewHealth

---

## Sumario

1. EL (DESEABLE) CAMBIO DE PARADIGMA HACIA LA ATENCIÓN INTEGRADA.
  - 1.1. ¿Cambio de paradigma?
2. LA BASE DE LA ATENCIÓN INTEGRADA: “EL SISTEMA AL SERVICIO DE LAS PERSONAS”.
3. CAMINO HACIA LA ATENCIÓN INTEGRADA: ELEMENTOS PARA CONSTRUIR LA RESPUESTA.
4. BIBLIOGRAFÍA.

## PALABRAS CLAVE

*Atención integrada; coordinación sociosanitaria; dependencia; enfermedad crónica; empatía; atención centrada en la persona; paradigma.*

## RESUMEN

*La Atención Integrada debe convertirse en el nuevo paradigma que inspire el cambio que necesita el modelo actual, para llegar a ofrecer un paquete combinado de servicios con lo mejor de los actuales sistemas sanitario y social. Para configurar una oferta de servicios que realmente se adapte a las personas y que sea compartida por ambos sectores, nuestras organizaciones han de asumir una actitud de servicio y mejorar especialmente en su capacidad de empatizar con los usuarios para poder identificar sus necesidades reales, así como en la inteligencia social de nuestros sistemas para poder trabajar conjuntamente en equipo. Se requiere que el nivel político facilite el marco para dicha transformación, que los responsables regionales adquieran una agenda acorde con la misma (utilizando como base los contenidos de los numerosos trabajos publicados) y que el cambio se produzca progresivamente desde el liderazgo local trabajando con cada entorno comunitario.*

## KEYWORDS

*Integrated care; public health coordination; dependency; chronic disease; empathy; person-centred care; paradigm.*

## ABSTRACT

*Integrated care should become the new paradigm that inspires the change that the current model needs, in order to be able to provide a combined package of services with the best of the current health and social systems. To configure a range of services that really suits people and that is shared by both sectors, our organizations have to assume service orientation and to especially improve in their ability to empathize with users in order to identify their real needs, as well as in the social intelligence of our systems to work together as a team. It requires the political level to provide the framework for this transformation, for regional managers to acquire an agenda consistent with this (using the contents of numerous published papers as the basis) and for change to occur gradually from local leadership by working with each community environment.*

## 1. EL (DESEABLE) CAMBIO DE PARADIGMA HACIA LA ATENCIÓN INTEGRADA.

El elemento de mayor peso en la transformación de los sistemas de salud en el futuro próximo, será la evolución hacia sistemas que ofrezcan una atención más integrada combinando sus servicios sanitarios y sociales.

Necesitamos políticas sociales que promuevan modelos de salud menos aislados y fragmentados; que superen los límites entre sectores y que faciliten el trabajo entre equipos de atención primaria y servicios sociales de base, entre médicos y trabajadores sociales, entre enfermeros y políticos, entre recursos especializados públicos y empresas de servicios complementarios.

La atención integrada en sí es un término que refleja la preocupación de los sistemas de atención sanitaria y social, por mejorar la experiencia del paciente y la persona con dependencia, consiguiendo mayor salud y bienestar y una provisión de servicios más eficiente. El propósito fundamental es abordar la fragmentación en los servicios de atención y ofrecer cuidados más continuos y coordinados para aquellas personas que padecen enfermedades crónicas y /o se encuentran en situación de dependencia. (Shaw et al., 2011).

El uso del término “atención integrada” ha venido creciendo exponencialmente desde 1993 hasta nuestros días. De alguna forma, la atención integrada supone la evolución lógica de nuestros sistemas (sanitario y social) que tratan de mejorar sus servicios ampliando su foco de actuación. (Kodner, Spreeuwenberg, 2002).

Atención integrada e integración sociosanitaria son dos términos diferentes (Leutz, 1999). Mientras que la primera es el resultado de la oferta, la segunda es el proceso reorganizativo necesario para llegar a ofrecerla: así, la coordinación o la integración socio-sanitaria son el proceso de adaptación de ambos sistemas (sanitario y social) entre sí, en el intento de ofrecer una respuesta conjunta, efectiva y eficiente (denominada atención integrada) (Shaw et al., 2011). Esta máxima es compartida por la reorientación de los sistemas de atención a nivel internacional: partiendo de sistemas sanitarios y sociales de enormes diferencias iniciales, se está poniendo el foco en las diversas alternativas capaces de hacer evolucionar la oferta actual de servicios aislados, por evento, descoordinados y parciales, a “ofertas paquetizadas” de atención integrada de servicios (Álvarez, 2014). El proceso de integración por tanto, sería el conjunto coherente de métodos y modelos de financiación, organización, provisión de servicios y enfoques clínicos coherentes entre sí, que pretenden coordinar la provisión, la gestión y la organización de los servicios, para mejorar el alineamiento y la colaboración de los diferentes sectores implicados en el cuidado de las personas; su fin último, es el de mejorar la accesibilidad, la calidad de la atención, la satisfacción de los ciudadanos y la eficiencia del sistema. El término que completa el objetivo (atención integrada) y el camino (integración sociosanitaria) es el que se refiere a los actores que en el ámbito local intentan hacer posible el paquete común de servicios; así, se conocen como Organizaciones Responsables de la Atención (ORAs), (del inglés ACOs: Accountable Care Organizations), aquel grupo de proveedores que en un determinado territorio, se organizan dentro un modelo de cuidados bajo la misma financiación, buscando

de manera conjunta la mejora de la atención y la reducción del coste total de los cuidados dispensados a una población asignada (Mc Clellan, 2010; Shortell et al., 2014).

Como resumiera Oliva (Oliva y cols., 2011): *“La integración social y sanitaria (fase final del proceso de acercamiento y la coordinación de ambos sectores) será la fórmula organizativa que pueda dar como resultado unos buenos cuidados integrados al ciudadano”.*

### 1.1. ¿Cambio de paradigma?

Se entiende como paradigma “un modelo que sirve para proporcionar una visión, una comprensión y métodos particulares para resolver problemas específicos”. Los paradigmas dominantes son compartidos por el trasfondo cultural de la comunidad y por el contexto histórico del momento. En este sentido hemos vivido veinticinco años bajo el paradigma de los sistemas de atención actuales; modelos que por ejemplo en el ámbito de la sanidad, han crecido creando centros de gestión de gastos de atención primaria y atención especializada diferenciados y más o menos coordinados clínicamente mediante derivaciones e interconsultas; o relaciones de colaboración entre los sectores social y sanitario para resolver especialmente situaciones de emergencia social o derivaciones al alta hospitalaria.

Los cambios de paradigma (Kuhn, 1970) son la forma con la que una determinada sociedad reorganiza y reinterpreta la realidad de un pensamiento estable (el “paradigma dominante”) en un momento determinado. Para que un paradigma estable (modelo), se mueva hacia un nuevo paradigma se han de dar diversas condiciones que estimulen al cambio en una misma

dirección: que las organizaciones profesionales que lo legitimen, que los líderes sociales y conferencistas lo promuevan, que los medios de difusión lo extiendan, que las administraciones lo oficialicen y que fuentes financieras lo valoren y estudien. De alguna forma, en nuestro contexto actual, se perciben claramente iniciativas, reivindicaciones, clamores profesionales y normativas, que alineadas informalmente, se orientan en la misma dirección de la atención integrada (haciendo uso de la inercia anterior de la coordinación socio-sanitaria y fijando su mirada, aún sin saberlo, en la misión de la atención integrada). Esto debemos aprovecharlo y el momento es ahora. Parafraseando a Thomas Kuhn *“...Los científicos clásicos que defendieron el paradigma anterior, se resisten habitualmente al cambio, convencidos de que la crisis se podrá resolver sin tener que abandonar su paradigma. Esta resistencia tiene una función importante: hace posible el progreso de la ciencia en su período normal; pero aún siendo inevitable y legítima, llega un momento en que quien se opone a la transición queda fuera de la ciencia.”*

En los últimos quince años hemos vivido como el criticado término “socio-sanitario” se ha venido aceptando poco a poco; progresivamente hemos asistido al alumbramiento de libros blancos, planes regionales, o la reorientación coordinada entre sanidad y bienestar social de ciertos programas de atención personas con dependencia y determinadas enfermedades crónicas avanzadas (programas de atención integral socio-sanitaria a personas con demencia, etc). Tras la resistencia inicial a la evolución de la coordinación socio-sanitaria por parte de los dos propios sectores interesados, la necesidad supera tanta contemporización. Parece haber llegado el momento de una nueva

forma emergente de entender las cosas, de analizar las necesidades de los ciudadanos, de priorizar los servicios de atención. Tantos años debatiendo sobre la intensidad en la que los sectores sanitario y social debieran entenderse, coordinarse o integrarse debe llegar a su fin. Probablemente el concepto de la Atención Integrada, como modelo compartido de servicios a construir pudiera por fin ofrecer un término intermedio que verdaderamente inspirara una misión verdaderamente compartida. Y es que mientras prosigue el eterno debate estéril de si coordinar o integrar parcial o totalmente las organizaciones, la drástica realidad nos obliga a ofrecer de una vez soluciones a las necesidades finales de los usuarios. El proceso de transformación, el cambio de paradigma, debe llevarnos de la realidad actual de dos sistemas independientes hasta una situación final en la que ambos no sólo se entiendan, sino trabajen conjuntamente ofreciendo un producto final de mucho más valor que la simple suma de las partes.

No hay otro camino. Los cambios en nuestra realidad demográfica y en el perfil de las enfermedades crónicas, exigen cambios organizativos y asistenciales para la adecuada gestión del presente y la atención al pronóstico demográfico del futuro. “La coordinación de los sistemas de información, de los servicios sociales y de la atención sanitaria no es una opción de los planificadores públicos; es una necesidad ante la cual no cabe sino avanzar” (Oliva y cols., 2011). Las enfermedades crónicas resultan en multitud de situaciones complejas que requieren adaptabilidad según el caso. El resultado final debe ser el bienestar de la persona; para alcanzarlo, debemos ofrecer una respuesta asistencial compuesta por todo el abanico de recursos adaptado según el caso. Esta nueva perspectiva, resumida en el concep-

to de la Atención Integrada (Integrated Care), supondrá una nueva forma de hacer las cosas que llegará a remover los pilares y las prioridades de nuestros sistemas de organización actuales; y no es cierto que ya lo estemos haciendo. Nuestros sistemas actuales son rígidos y configurados en base a la oferta de servicios y no diseñados según las necesidades reales de las personas, los pacientes y sus cuidadores. En esto consistirá el cambio de paradigma: las ofertas de servicios deberán estar configuradas combinando los servicios sanitarios y sociales disponibles y adaptando los paquetes de soluciones a las necesidades de cada persona. Cuando esto ocurra y para que así sea, la organización y estructuración de nuestros actuales sistemas deberá evolucionar.

Sólo una solución conjunta e integrada desde los sistemas sanitario y social logrará ofrecer una verdadera atención integral (biopsicosocial) que resuelva las necesidades de cuidados de las personas que padecen enfermedades crónicas y un nivel elevado de dependencia. Nuestro Sistema de Salud y Atención al Bienestar debe ofrecer una atención dinámica capaz de responder a lo largo de todo el proceso asistencial socio-sanitario, de ida y vuelta y configurado desde la flexibilidad y la complementariedad de los servicios sanitarios y sociales. En el mestizaje de ambos sistemas, estará el valor, la efectividad y la eficiencia de la respuesta. La cronicidad no se puede atender convenientemente sin el concurso de los servicios sociales y de atención personal. De otro lado, oferta de atención a la dependencia aislada e independiente, sin una perspectiva complementaria a la sanitaria, queda aislada y se ha mostrado también insostenible. La conjunción y la sinergia deberán perseguir la mejora de los resultados en salud y bienestar, la reducción de costes

globales y la economía de escala. "Abordajes más holísticos desde enfoques más integrados que supongan una mejora de la calidad, una disminución de los costes y una mejora de los resultados en salud" (MSPSI, 2011).

No podemos seguir con la misma inercia. Cambiar el rumbo actual, requiere clarificar la misión asistencial, modificar en base a ella la actividad actual y liderar adecuadamente el enorme talento de nuestras organizaciones. Nuestro sistema de salud tiene encima una crisis sin precedentes. De hecho, hay una enorme crisis de identidad que supera en sí la dificultad económica. Y es que, a la falta de fondos se unen tres elementos importantes que se potencian entre sí aumentando el pesimismo:

- Primero, la evidente inmovilidad de las estructuras creadas: el cambio sociodemográfico que requeriría una transición del sistema actual de atención que resulta bastante inamovible.
- Segundo, la indefinición en el marco de las pequeñas iniciativas que de manera compulsiva buscan, aisladas unas de otras, aportar soluciones parcheadas. El des-alineamiento y la falta de rumbo de los programas que buscan soluciones parciales, crean tensiones entre ellas en vez de focalizar en una misión común.
- Tercero, la caída en la motivación de los profesionales consecuencia de la intensificación de medidas centradas en generar más actividad con menor gasto, en vez de orientar la productividad profesional en base a resultados en salud que reconozca su valía. La sensación continua de explotación creciente lleva a la imposibilidad cada vez mayor de liderar el capital humano. Estas dificultades están presentes de manera muy manifiesta

en nuestro día a día. Y hemos de encontrar la visión que alumbre el camino hacia el futuro y cambie esta inercia de pendiente depresiva.

La Atención Integrada debe servir de horizonte inspirador que legitime las reorganizaciones estructurales que necesitamos. En esta misión de adaptar todo lo que tenemos a esta nueva perspectiva, aguarda impaciente el renacimiento de un liderazgo ilusionante hacia un sistema renovado que corrija los errores que no hemos sido capaces de reorientar en estos últimos veinticinco años de evolución sanitaria y de lucha de los servicios sociales.

Hemos de recuperar la confianza en nosotros mismos para poder afrontar el ajuste que nuestros sistemas necesitan: reconstruir un sistema de atención capaz de equilibrar la calidad de los servicios con la gestión justa del gasto. Eso requiere una atención centrada en la persona que radique en los valores que nos hicieron consolidar el derecho de la protección de la salud. El cambio de paradigma requerirá estar centrado en la consecución de bienestar, porque el concepto de salud clásico ya no soportará la ausencia de enfermedad, sino la adecuada convivencia con ella con suficiente calidad de vida y funcionalidad (Jadad, O'Grady, 2008; Godlee, 2011).

La fuerza motriz debe nacer de la vocación y el ímpetu de construir un sistema para todos capaz de protegernos cuando vivamos las situaciones de mayor fragilidad. Hablamos de volver a levantar un sistema al servicio de las personas y de ser capaces de ofrecer soluciones paquetizadas desde un conjunto de cuidados integrados, donde el resultado de las mismas importará más que nunca, no desde el número de intervenciones realizadas, sino desde los resultados obtenidos. Disponemos de suficiente

talento en nuestros sistemas sanitario y social como para liderar este cambio. Desde la confianza y la humildad. Desde la unidad. Aportando valor y disminuyendo costes. Aprovechando la red de recursos existentes y construyendo alianzas inquebrantables entre los sectores sanitario y social.

**2. LA BASE DE LA ATENCIÓN INTEGRADA: “EL SISTEMA AL SERVICIO DE LAS PERSONAS” .**

En los próximos veinte años hemos de tender a un sistema asistencial, que reequilibre entre la promoción de la salud, el autocuidado, el diagnóstico precoz, los tratamientos curativos y los cuidados de larga duración a procesos crónicos. Debemos crecer en promoción de la autonomía personal, en prevención de la dependencia y de la enfermedad y en servicios atención primaria; hemos de disminuir el peso proporcional de la atención generalista de agudos en centros de alto coste y crear una respuesta socio-sanitaria a la cronicidad haciendo

especial foco en la rehabilitación comunitaria y en la participación social.

No es tan complejo entender que prevención de la enfermedad y de la dependencia, y promoción de la autonomía personal y de la salud, son diferentes caras del mismo tipo de servicios. Que cuando hablamos de estrategias de atención a la cronicidad y a la dependencia, son servicios de atención sanitarios y sociales a las mismas personas, y que por tanto, deben organizarse para atender en cadena desde los diferentes recursos sanitarios y sociales, a las necesidades de las personas con diferentes patologías (Insuficiencia cardíaca, EPOC, Cáncer, Demencias...) y con diferente nivel de dependencia. En aquellos casos en los que no sea posible la recuperación, la rehabilitación, los cuidados paliativos sanitarios complementados con la implicación de la comunidad y grupos de voluntariado, deberán configurar la oferta integrada de servicios al final de la vida. (Figura 1).

**Figura 1. Modelos sociosanitarios coordinados versus integrados.**

**Modelo Coordinado**



**Modelo Integrado**

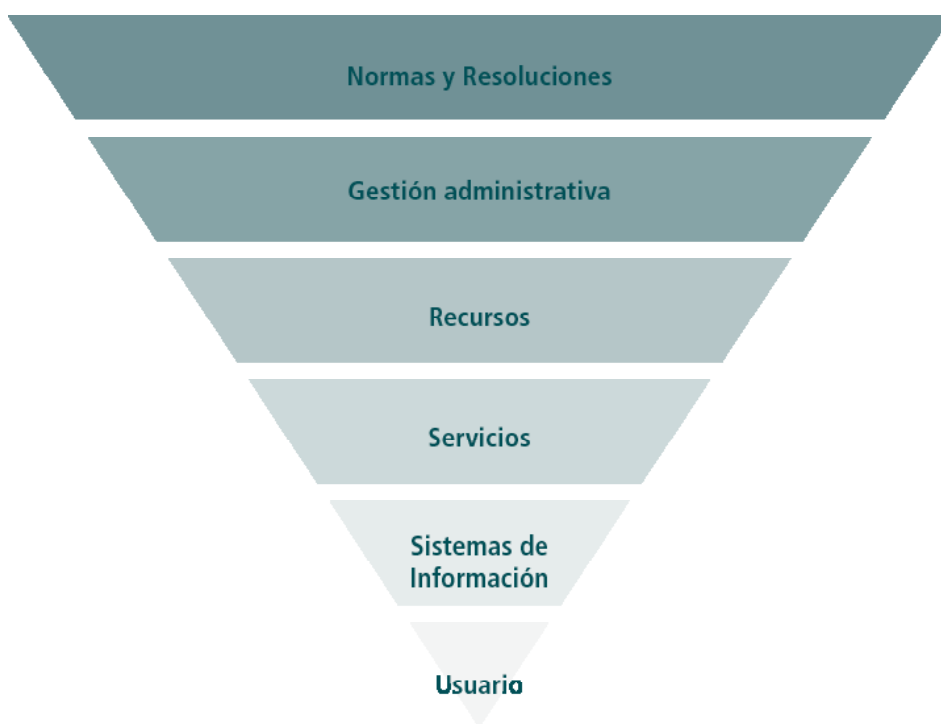


Fuente: Tomado de C. Arenas, E. Herrera. Fundación Economía y Salud, 2013.

Lo que sí son verdaderamente complejas en sí, son nuestras organizaciones. Tanto que a menudo perdemos la perspectiva y nos olvidamos para qué construimos nuestros sistemas de atención. Frecuentemente hablamos de gestión de servicios, pero olvidamos las necesidades de las personas que han de ser atendidas por ellos. Se piensa más en disminuir las tensiones que origina la gestión diaria, que en la evaluación real de los resultados que se obtienen en términos de salud y bienestar. Nuestros

sistemas actuales son paternalistas: construyen marcos normativos bajo los cuales, se estructuran recursos que finalmente acaban rindiendo un número de servicios que atienden a las personas que van llegando a sus puertas (Figura 2). Hemos invertido la forma de construir programas de atención: en nuestro esquema actual, las personas con enfermedad o dependencia debe adaptarse a la formulación y a la mecánica del prestador de servicios (y no al revés como debiera ser).

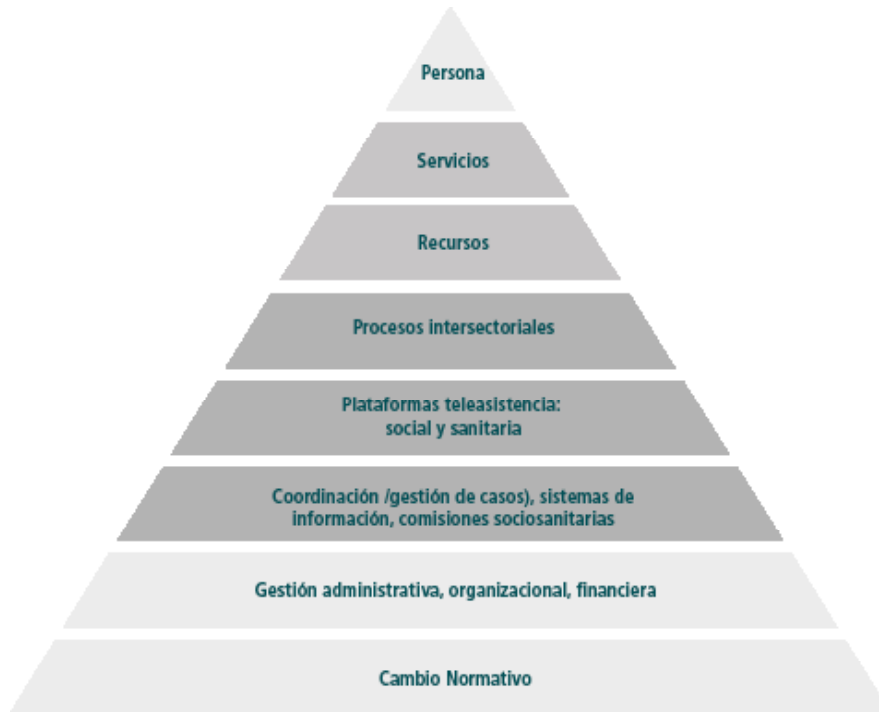
**Figura 2: El sistema paternalista.**



Justamente al revés, debería funcionar la nueva visión de la atención centrada en la persona (Figura 3): las personas, deben disponer de servicios que atiendan sus necesidades, prestados desde los recursos, que se organicen en base a procesos intersectoriales, que con la instrumentalización de plataformas tecnológicas serán evaluados y priorizados por profesionales sanitarios y sociales de manera conjunta,

y que irán indicando a las estructuras administrativas organizativas y financieras como deben ir reorientándose, y cambiando incluso las bases normativas necesarias para hacerlo posible cuando sean casos suficientemente numerosos o intensos. Es el Sistema al Servicio de las Personas. Más complejo que nuestro esquema actual y en un orden que modificaría muchas de las prioridades.



**Figura 3: El sistema al servicio de las personas.**

Los modelos de cuidados integrados requieren que la experiencia del paciente sea lo más sencilla posible imponiendo su perspectiva como principio de la organización de servicios, haciendo que la atención sanitaria y los servicios sociales actúen de manera flexible, personalizada y sin fisuras. Alcanzar resultados que promuevan la salud y el bienestar requiere cada vez más enfoque multidisciplinar que enfatice la necesidad de mirar al individuo como un todo en relación a su entorno. Las variables que han de determinar los tipos de servicios y recursos sanitarios o sociales que requerirán las personas con enfermedades crónicas habrán de establecerse en función de la conjunción de tres variables: las necesidades de cuidados sanitarios, el nivel de dependencia y la red social de apoyo.

En el término de “orientación al cliente” del ámbito empresarial se enfatiza en aprender a

preguntar y a detectar las necesidades reales y llegar conjuntamente (entre proveedor y cliente) a la definición de los productos o servicios que mejor se adapten a sus necesidades, preferencias y posibilidades. Salvando las enormes distancias de los objetivos de las compañías con afán de lucro y las administraciones con la responsabilidad de gestión de recursos públicos para la protección de la población, hay algo en lo que nuestros sistemas públicos hemos de retomar: dar su sitio al derecho de autonomía del paciente; preguntar por los valores y las preferencias de las personas; entender realmente las circunstancias de la vida diaria que podrían aconsejar modelar los servicios de manera diferente a los actuales. Y esta visión debe extenderse no sólo a la perspectiva personal sino al conjunto de la comunidad que configura el contexto en el que viven las personas. Debemos retomar la capacidad de coproducir salud interactuando con el ciudadano y

con su propia comunidad. El abordaje holístico de las necesidades personales requiere considerar además los determinantes sociales de salud, que además de la visión hacia el individuo debe tener en cuenta la perspectiva y el trabajo con el grupo social y el contexto al que pertenece. (Goodwin, 2014). El abordaje centrado en la persona hace más énfasis en el resultado final de la calidad de vida, tratando de capacitar a la gente a convivir con sus condiciones de enfermedad física y mental, haciendo foco en el bienestar, en las relaciones interpersonales y en la autonomía y capacidad de autodeterminación personal. Desde esta perspectiva, los cuidados no profesionales y el trabajo con miembros de la comunidad son elementos clave de la provisión de cuidados.

Nuestros sistemas están entrenados en medir, pero no tanto en valorar; en sugerir pero escasamente en preguntar. Saber priorizar y reordenar los servicios en base a las necesidades de las personas requiere la capacidad de entender su sufrimiento y hacer el ejercicio de ponerse en su lugar. Sólo desde esa perspectiva podremos construir soluciones adaptadas a cada cual.

Los parámetros más valorados en estudios de satisfacción de personas con enfermedades crónicas difieren de nuestros habituales elementos de medida: *“El factor fundamental de la medida de la satisfacción viene identificado como el adecuado tratamiento a la dignidad y el respeto”*. (Mangset et al., 2008). En concreto dichas máximas se concretan en: ser tratados con humanidad, ser reconocidos como personas, respeto a la autonomía, confianza en sí mismo y en los profesionales, diálogo e intercambio de información.

Para ello, los modelos de cuidados integrados orientados desde la perspectiva del paciente deben (Hardin, Higginson, 2010):

- Escuchar más a los usuarios desde su propio diseño, hasta la evaluación final.
- Basarse en sistemas horizontales menos jerarquizados.
- Dar importancia real al enfoque comunitario: entendiendo el término comunitario como la proximidad al entorno habitual de la persona.
- Informar, capacitar y fomentar al conjunto de personas que le acompañan a lo largo de su proceso vital para que quieran y puedan acompañarle a lo largo de la evolución de su enfermedad.

Siendo consideraciones de sentido común. ¿Cuántos de nuestros servicios se evalúan actualmente desde esta perspectiva? (Herrera, Villegas, 2000). La comprensión de la importancia de la empatía serán el valor fundamental que acabe posibilitando el giro hacia el nuevo modelo de salud que necesitamos (Kellehear, 2005). La empatía es la capacidad de percibir los sentimientos y el sufrimiento ajeno y la base para desear prestarle ayuda de la manera que mejor resuelva su malestar. Nuestras organizaciones nunca pusieron la empatía entre sus prioridades y sin embargo, será un elemento básico que el cambio de paradigma exigirá.

A menudo hablamos de humanizar nuestros recursos. De dignificar nuestra atención. Y esto se confunde con seleccionar el estampado en las cortinas de las habitaciones de los centros residenciales o con la intensidad cromática de las paredes de los pasillos de los hospitales. Como Harvey Chochinov muestra en su *“terapia de la dignidad”*, atender a las personas con

dignidad tiene mucho que ver con entender y trabajar su rol social a pesar de estar enfermas, con respetar a la persona y con entender sus dificultades. Con aliviar sus síntomas físicos y estrés emocional y trabajar sobre su independencia funcional. Con empoderar el sentido que tiene para sus seres queridos. Con reconocer la importancia de su legado personal y familiar. Con ser escuchado con respeto. (Chochinov et al., 2005). Cambiar el paradigma requiere atravesar el largo camino que separa actualmente nuestra profesionalidad, con la vida real y la vivencia de las personas. Ser impecables en nuestros servicios, no supone defender la distancia con el paciente como única vía de mantener la objetividad de los consejos terapéuticos; al contrario supone ofrecer a cada persona aquello que querríamos para nosotros mismos. Lo que Karem Armstrong denomina "The Golden Rule": "desear y conseguir para los demás, lo que querríamos para nosotros mismos" (Armstrong, 2009).

Hemos de renovar nuestros valores. Modificar los conceptos de productividad en salud y bienestar. Reciclar el norte de la dirección de nuestros sistemas de atención. Nuestras organizaciones requieren giros importantes para llegar a ofrecer una atención integrada de calidad.

### 3. CAMINO HACIA LA ATENCIÓN INTEGRADA: ELEMENTOS PARA CONSTRUIR LA RESPUESTA.

Las organizaciones no suelen fallar en sus procesos de planificación; sino en la ejecución de los planes. Hay una gran variedad de estrategias y herramientas para mejorar en la coordinación de servicios y en la interfaz entre proveedores y usuarios; aunque falta cierta evidencia que pueda demostrar qué camino

funciona mejor, parece ser que las iniciativas "multicomponente", con elementos y participación a diferentes niveles suelen tener más éxito. (Powell et al., 2006).

Los nuevos modelos de servicios de salud (en su más amplio concepto) han ido tomando diferentes formas de organización: "trusts", redes de gestión clínica, áreas socio-sanitarias integradas (ORAs), alianzas profesionales locales... Todas ellas intentan reformular la combinación de servicios de atención primaria y especializada, servicios comunitarios, asistencia y servicios sociales a personas mayores y a personas dependientes (Shaw et al., 2011).

Las organizaciones cuyas culturas apoyen el trabajo en equipo, la flexibilidad en la toma de decisiones, y un flujo abierto de comunicación y visión compartida, rentarán mejores resultados en la tarea de desarrollar la Atención Integrada. *"Necesitamos gestionar las diferencias para llegar donde necesitamos llegar"* (Timmins, Ham, 2013).

Construir una buena oferta de servicios perfectamente acompañados entre sí para atender las necesidades de las personas desde una perspectiva amplia, requiere trabajar dos elementos básicos que nunca fueron verdaderamente priorizados y que de hecho, hasta ahora han sido considerados irrelevantes o marginales por muchos directivos: la empatía, ya mencionada (para ofrecer una atención capaz de entender las necesidades de las personas que atendemos), y la inteligencia social de nuestros profesionales (para acentuar la capacidad de trabajar en equipo). Es decir, no sólo se requerirá mejorar la experiencia y el conocimiento técnico de las organizaciones, sino su inteligencia emocional.

Construir paquetes de atención integrada, requiere tener organizaciones capaces de resolver conflictos, convencer, establecer consenso, reconocer el punto de vista del otro y trabajar en equipo. Es básico tener la capacidad para inducir respuestas deseables en los demás: utilizar tácticas de persuasión eficaces, emitir mensajes claros y convincentes, inspirar y dirigir a grupos y personas, dirigir los cambios, negociar y resolver conflictos, trabajar con los demás en la consecución de una meta común, crear la sinergia grupal en la consecución de metas colectivas. (Goleman, 1998).

Según Porter y Lee (2013), el déficit económico instaurado en los sistemas sanitarios conseguirá corregirse cuando se reorganicen en unidades asistenciales integradas, se midan resultados asistenciales y costes por cada paciente, se establezcan pagos por paquetes de servicios, se integren servicios ofrecidos desde diferentes recursos, se incremente la accesibilidad de servicios a toda la geografía, y se construyan plataformas de información que posibiliten el seguimiento de todo lo anterior.

Construir una atención integrada, requiere relaciones de alta confianza entre los distintos componentes del sistema, un liderazgo capacitado, unos canales de comunicación verdaderamente eficaces y una acción de integración normativa; todo ello a través de procesos de integración de la información, de integración de las organizaciones, de integración clínica y de integración financiera, permitirá ofrecer los cuidados adecuados, en el momento adecuado y en el lugar adecuado (Rosen et al., 2011).

Para llegar a poder ofrecer paquetes de atención integrada, nuestros sectores sanitario y social sólo podrán trabajar de manera con-

jointa. Para ello hay diferentes medidas estratégicas que pueden ir resolviendo la confluencia de ambos sistemas: medidas de financiación, administrativas, organizativas, de gestión de servicios, clínicas... (Kodner, Spreeuwenberg, 2002). Valentijn et al., (2013) proponen acciones en diferentes dimensiones según se refieran a los niveles macro (integración de sistema), meso (integración organizativa y profesional) y micro (integración clínica), conectadas entre sí por la integración funcional y normativa. Tal vez lo más importante en el periodo de construcción, es mantener clara la visión final del tipo de atención que pretendemos dar.

Desde el punto de vista práctico (e intermedio), las diferentes experiencias nos han ido mostrando que desde la perspectiva de la transformación organizativa, hay diversos elementos que, en un orden u otro, facilitan el tránsito de organizaciones sanitarias y sociales independientes a sistemas socio-sanitarios que funcionan en común (Herrera, 2012; Herrera 2004; MSPSI 2011; Goodwin, 2014). (Tabla 1).

**Tabla 1: Elementos para la transformación hacia sistemas sociosanitarios.****Elementos de transformación para la coordinación/integración socio-sanitaria:**

- 1. Visión compartida:** priorización, consenso y visión compartida del sistema de cuidados continuados que queremos generar.
- 2. Cultura de Colaboración:** partir del análisis conjunto de necesidades y delimitación de competencias y roles.
- 3. Liderazgo y gobernanza:** Definición y empoderamiento de los líderes que habrán de promover los cambios. Cultura de gobernanza y aplanamiento de estructuras jerárquicas tradicionales, promoviendo la innovación de proyectos dentro del marco establecido.
- 4. Énfasis en lo local:** equivalencias territoriales en los mapas sanitario y social, y proyectos territoriales y poblacionales.
- 5. Estructuras de Coordinación y comunicación:** Creación de estructuras de coordinación (y sistemas de comunicación) a todos los niveles (asistencial, gestión y político) para seguimiento y gestión de la transformación.
- 6. Rediseño de los servicios y prestaciones asistenciales con énfasis a la cronicidad y la dependencia:** rediseño conjunto de procesos asistenciales intersectoriales y reorganización de recursos y servicios de ambos sectores en la atención de cada proceso.
- 7. Hoja de ruta de transformación paulatina administrativa, organizativa y financiera** que vaya reforzando los cambios necesarios.
- 8. Conexión de sistemas de información y tarjeta única sociosanitaria.**
- 9. Evaluación integrada de la implantación de programas y el nuevo modelo.**
- 10. Difusión de los resultados y benchmark de experiencias que refuercen.**

Fuente: Tomado de E. Herrera, A. Álvarez, S. Librada, 2014.

Pero estos elementos son tan claros y lógicos, como difícil será conseguir el resultado equilibrado de su aplicación. Incluso una vez aclarado el camino a seguir, la realidad se hace más compleja en sí que cualquier planificación detallada. El propio National Health Service al respecto de sus diversas iniciativas para ofrecer atención integrada y mayor coordinación socio-sanitaria en diferentes proyectos (Whole System Model) de su territorio sentenciaba aconsejando cautela: “Incluso los líderes más entusiastas han tenido expectativas que no han podido llevarse a la práctica. Y es que los cambios en

la práctica real, llevan mucho más tiempo de lo que se espera”. (Nolte, 2012).

Los diferentes estudios sobre los proyectos dirigidos a desarrollar modelos de atención integrada y sistemas con mejor coordinación social y sanitaria refieren en común que los procesos de acercamiento son lentos y que para que sean verdaderamente sostenibles, deben estar basados en la idiosincrasia de cada contexto, y crecer desde las propias vivencias y realidades de cada comunidad, avanzando en experiencias de “abajo-arriba” (bottom up) más

que en propuestas teóricas basadas en jerarquías de poder de enfoque “arriba abajo” (top down). No obstante, ambos componentes son absolutamente necesarios: el primero para crear avances reales y efectivos, y el segundo para facilitarlos y promoverlos. (Goodwin et al., 2013).

Hemos de retomar los enfoques poblacionales, la participación comunitaria y la complementariedad sanitaria y social. Hemos de analizar conjuntamente los problemas comunes de cada ciudadano y poner en marcha un plan coordinado de servicios, que cubra las necesidades de atención a la enfermedad y oferte medidas de cuidados personales. Hemos de dotarnos de sistemas de información que contengan los aspectos relevantes de las necesidades sociales y sanitarias de la persona, que permitan avanzar hacia evaluaciones integradas de los servicios. Hemos de ofrecer una continuidad de cuidados que asistencialmente cubra los vacíos existentes entre nuestros hospitales de agudos y las residencias de ancianos.

Hemos de entender que la pluralidad de las necesidades de “Don José” cuando convive con una o varias enfermedades crónicas que conllevan además dependencia, requieren de la actuación sincronizada del conjunto de profesionales sanitarios y sociales además del concurso implicado de su propio entorno social. Para ello, debemos reconstruir el equilibrio y la participación de las diferentes profesiones sanitarias en la cronicidad y en la dependencia y muy especialmente, retomar el camino olvidado de la promoción de la participación comunitaria.

Requerimos líderes de servicio capaces de promover el nacimiento de una propuesta colectiva que nos lleve hacia un mejor mañana. Se trata de apostar por la acción, de aportar

valor político, social y clínico disminuyendo al mismo tiempo los costes; de aprovechar la red de recursos existentes, haciendo de la construcción de alianzas un elemento clave que sustituya el verbo competir por el sueño de compartir.

#### 4. BIBLIOGRAFÍA.

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](http://omis-nh.org/media/publication_files/Atenci%C3%B3n_Integrada_NHS_Ingl%C3%A9s_vdef.pdf)

Amstrong, Karem: Let’s revive the Golden Rule. 2009 [http://www.ted.com/talks/karen\\_armstrong\\_let\\_s\\_revive\\_the\\_golden\\_rule](http://www.ted.com/talks/karen_armstrong_let_s_revive_the_golden_rule)

Arenas, C., Herrera, E.. Evolucionando hacia un modelo sociosanitario para la salud: iniciativas para avanzar en el recorrido. Fundación Economía y Salud, 2013. ISBN978-84-16270-10-1

Chochinov, H.; Hack, T.; Hassard, T.; Kristjansson, L.; McClement, S.; Harlos, M.: Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life. *JClinical Oncology* 2005; 23 (24): 5521-5525.

Godlee, Fiona: What is Health?. *BMJ*. 2011;343:d4817.

Goleman, Daniel. Working with emotional Inteligence. 1998.

Goodwin, N.: Thinking differently about integration: people-centred care and the role of local communities. *IJIC*. 2014. 14: 1-2.

Goodwin, N.; Dixon, A.; Anderson, G.; Wodchis, W.: Providing Integrated care for older people with complex needs: lessons from seven international case studies. The King's Fund. 2014.

Goodwin, N.; Sonola, L.; Thiel, V.; Kodner, D.: Co-ordinated care for people with complex conditions; key lessons and markers for success. The King's Fund. 2013. <http://www.kingsfund.org.uk/publications>

Hardin, R.; Higginson, I.: PRISMA: share best practice in end-of-life cancer care research and measurement. *European Journal of Palliative Care*. 2010. 17 (4).

Herrera, E.: Coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales; una senda definida como parte de la solución. *Actas de la Dependencia*; 2012. 6: 51-61.

Herrera, E.; Álvarez, A.; Librada, S.: Coordinación Sociosanitaria. En Rodríguez y Vilá (Ed): *Modelo de atención integral y Centrada en la persona* 2014. ISBN: 978-84-309-6368-3

Herrera, E. y cols.: *Plan Marco de Atención Socio-sanitaria en Extremadura 2005-2010*. Junta de Extremadura. 2004.

Herrera, E.; Villegas, R.: Evolucionando hacia la atención domiciliaria. *Med Fam (And)*. 2000.1 (2): 57-61.

Jadad, A.R.; O'Grady L.: How should health be defined? *BMJ*. 2008. 337: a2900.

Kellehear, Allan: *Compassionate Cities: public Health and end of life care*. Routledge, 2005.

Kodner, D.; Spreeuwenberg, C.: Integrated care: meaning, logic, applications, and implications— a discussion paper. *IJIC*. 2002; 2: 1-6.

Kuhn, Thomas S.: *The Structure of Scientific Revolutions* (1970). Univ. of Chicago Press, 2nd Edition, Chicago & Londres, 1970.

Leutz, W.N.: Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly* 77(1). 1999. 77-110.

Mangset, M.; Tor Erling, D.; Forde, R.; Wyller, T.B.: We're just sick people, nothing else: ... factors contributing to elderly stroke patients' satisfaction with rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 2008 Sep; 22 (9): 825-35.

McClellan, M.; McKethan, A.; Lewis, J.; Roski, J.; Elliott, S.; Fisher, A.: National Strategy To Put Accountable Care Into Practice. *Health Affairs* 2010. 29 (5): 982-990

Ministerio de Sanidad y Política Social. *Libro Blanco de Coordinación Sociosanitaria en España*. MSPSI, 2011.

Nolte, E.: National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots. Final Report prepared por the Department of health. RAND Europe, Ernst & Young LLP. 2012. Available at: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/215103/dh\\_133127.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215103/dh_133127.pdf)

Oliva; Jiménez-Martín; Vilaplana; Herrera: *Sanidad y Dependencia; matrimonio o divorcio*. Círculo de sanidad. ISBN: 978-84-95552-98-3.

Porter, M.; Lee, T.: The Strategy that Will fix health care. Harvard Business review. October 2013. Available at: <http://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care/ar/1>

Powell Davies, G.; Harris, M.; Perkins, D.; Roland, M.; Williams, A.; Larsen, K.; McDonald, J.: Coordination of Care within Primary Health Care and with Other Sectors: A systematic review. Research Centre for Primary Health Care and Equity, School of Public Health and Community Medicine, University of New South Wales, in association with the University of Manchester (United Kingdom). 2006. Available at: [www.health.vic.gov.au/pcps/downloads/ca-replanning/system\\_review\\_noapp.pdf](http://www.health.vic.gov.au/pcps/downloads/ca-replanning/system_review_noapp.pdf)

Shaw, Sara; Rosen, Rebecca; Rumbold, Benedict: What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS. Nuffield trust, 2011. [http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what\\_is\\_integrated\\_care\\_research\\_report\\_june11.pdf](http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what_is_integrated_care_research_report_june11.pdf)

Shortell, Stephen; Addicott, Rachael; Walsh, Nicola; Ham, Chris. Accountable care organisations in the United States and England. Testing, evaluating and learning what works, London: The King's Fund, 2014.

Timmins, Nicholas; Ham, Chris. The quest for integrated health and social care: a case study in Canterbury, New Zealand. London: The King's Fund, 2013.

Valentijn, P.; Schepman, S.; Opheij, W.; Bruinzeels, M.: Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. IJIC 2013; 13.