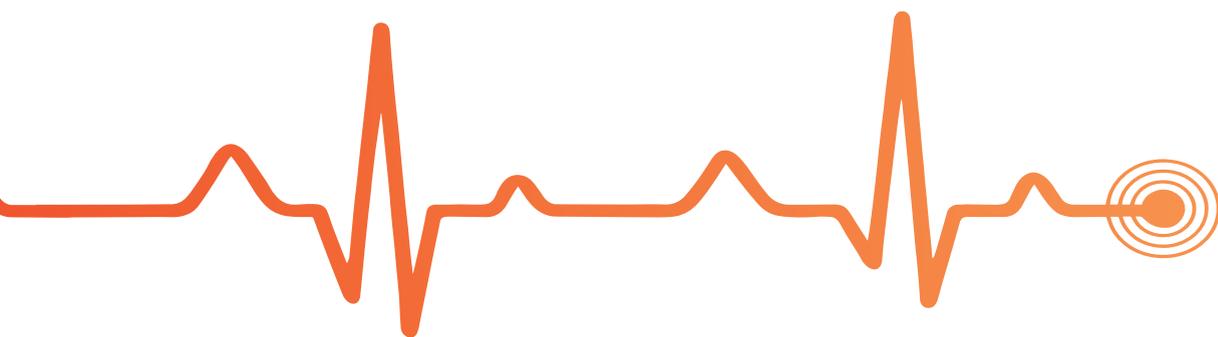


Cuadernos Gestión Sanitaria

Número 6

**Atención Sanitaria Integrada: Propuestas para
una Mejora Efectiva**



6º Cuaderno de Gestión Sanitaria

ATENCIÓN SANITARIA INTEGRADA: PROPUESTAS PARA UNA MEJORA EFECTIVA

Autores:

Modesto Martínez Pillado
Ismael Said Criado
Antonio Regueiro Martínez

Revisión:

Jordi Gol Montserrat
Gema Pi Corrales

FUNDACIÓN GASPAR CASAL

ISBN: 978-84-09-10860-2

D. L.: M-15076-2019

Maquetación, impresión y encuadernación:

Impresión A2

Crta. M-506 – Km. 25,800 – Vía de Servicio
28320 - Pinto (Madrid)

AUTORES

MODESTO MARTÍNEZ PILLADO

Doctor en Medicina (ULPG), Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Ha sido Director Médico Hospital Ponferrada (SACYL), Subdirector de innovación y procesos (IB SALUT), Jefe de Servicio de la Unidad de Gestión Sanitaria (Servicio Canario de Salud). Premio Expansión y Empleo, a la gestión innovadora 2008. Premio Profesor Barea a la gestión de un área del conocimiento (2004-06-08-16). Premio Dr. Díaz Rubio, Real Academia de Medicina (1998). Desde 2015 es Coordinador de Calidad de la EOXI Pontevedra e O Salnés (SERGAS). Máster en gestión de la calidad (EOI), Máster en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria (UPF) Máster en Gestión Pública de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (INAP). PADE (IESE). Profesor del área de gestión clínica en MADS (UPF-FGC). Investigador Principal del equipo e-Health en áreas integradas (Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur - IISGS).

ISMAEL SAID CRIADO

Especialista en medicina interna. Master en Gestión Clínica (UNED). Responsable de redes sociales en SEMI (Sociedad Española de Medicina interna). Responsable de la unidad de Medicina Interna de Clínica Fátima (Vigo) Investigador del equipo e-Health en áreas integradas (Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur - IISGS).

ANTONIO REGUEIRO MARTÍNEZ

Médico de familia. Jefe de servicio del EAP de Vilanova de Arousa (Pontevedra). Investigador del equipo e-Health en áreas integradas (Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur - IISGS). Máster en Alta Dirección Sanitaria, (USC-EGAP).

AGRADECIMIENTOS

- José Ramón Gómez Fernández. Gerente. EOXI Pontevedra e O Salnés
- Mercedes Martín Funes. Matrona
- Miguel Ángel Guzmán. Director Médico. Vithas. Málaga
- Maria Dolores Acón. Gerente Hospital Aljarafe- Sevilla
- Irene Zarza Ferro: Servicio de Farmacia. CHU Santiago de Compostela
- Ángeles Flórez y Álvaro Iglesias-Puzas. Dermatología. EOXI Pontevedra e O Salnés
- Antonio Castro. Gerente. Hospital Virgen Macarena

INFOGRAFÍA



Importante, lea con detenimiento



Propuesta clave.



Para pensar.

En el margen derecho de cada capítulo podrás identificar los siguientes códigos de colores, de acuerdo con estas indicaciones.

Información básica



Para saber más



Para el debate



ÍNDICE

Índice	5
Resumen.....	7
1. Introducción.....	9
1.1. Coordinación e integración	10
1.2. La provisión de servicios de salud y sociales, con una demanda compleja, en un entorno de fragmentación de proveedores	11
1.3. Los procesos asistenciales integrados y la atención integrada de los procesos.....	13
2. Atención Integrada: definición, componentes y marco teórico	15
2.1. Integración asistencial, asistencia integrada y procesos integrados	15
2.2. Caracterización de la atención integral	17
3. El paciente en atención integrada.....	19
3.1. Implicación activa del paciente en la atención integrada.....	19
3.2. Dermatología se pone en los zapatos de un paciente de psoriasis en un Área Integrada.....	25
3.3. El Servicio de Farmacia en un área integrada.....	28
4. Gestión de la atención integrada	31
4.1. Gestión estratégica de la atención integrada. Retos en el gobierno y la ubicación de responsabilidades a profesionales y gestores en atención integrada	31
4.2. Gestión del cambio: Necesidad de entorno receptivo. Cambio perspectivas y desarrollo de relaciones de confianza.....	35
4.3. Cultura de equipo multidisciplinar y competencias profesionales	37
4.4. Liderazgo que potencie una cultura de innovación	38
4.5. Retos para la organización efectiva en atención integrada	41
4.6. Superar barreras	41
4.7. Estratificación de pacientes por competencias tecnológicas y las necesidades de cuidados: e-Senior Chronics	42
4.8. Caracterización de pacientes e-senior chronics	44
4.9. Definir un Relatorio argumental para la puesta en marcha de la atención integrada.....	45

5. Investigación y evaluación en atención integrada	53
5.1. Evaluación de la atención integrada a partir de la suma de las partes	54
5.2. Evaluación de la atención integrada como un todo	55
5.3. Indicadores homogéneos para la evaluación de la atención integrada	56
5.4. Complejidad práctica de los modelos actuales de evaluación de los resultados de Áreas Integradas	57
6. Atención integrada: casos estudio.....	65
7. Anexos	75
7.1. Anexo 1	75
7.2. Anexo 2	79
8. Bibliografía	85

RESUMEN

Este Cuaderno de Gestión Sanitaria se estructura de la siguiente forma. Tras la introducción, el capítulo 2, aborda las distintas definiciones y dimensiones que se utilizan en relación con la Atención Integrada. En los siguientes capítulos, tras comentar el papel que debería representar el paciente, el capítulo 4, ayuda a construir preguntas poderosas para crear argumentaciones y propuestas de mejora, incluso, diametralmente opuestas a las que pueda tener presente en estos momentos. El capítulo 5 repasa las evaluaciones de áreas integradas, y en el número 6, se citan casos de estudio.

El objetivo de este Cuaderno es aportar datos, información, preguntas poderosas así como distintos puntos de vista para generar debates que nos lleven a argumentarios que permitan progresar hacia la atención integrada efectiva de los pacientes.

No se pretende hacer una revisión de la taxonomía ni revisiones como si no existieran fuentes contrastadas e informaciones suficientemente actualizadas (p.ej., *European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery* (EFFAIHSD). Puede encontrar numerosas referencias bibliográficas en este Cuaderno por si su interés se relaciona con definiciones precisas o evaluación de resultados y la identificación de estupendos estudios y manuales de referencia en el estudio de la atención integrada.

En este Cuaderno se aportan distintas orientaciones para la gestión del área integrada con diversas propuestas de pasos a dar. Queremos destacar las colaboraciones de María Dolores Acón Royo, la primera gerente que pidió la reversión de la creación de un área de gestión integrada (para reflexionar). **Antonio Castro**, desde el Servicio Andaluz de Salud, nos muestra la importancia de los procesos integrados como herramienta para el cambio. Precisamente, **María Dolores Acón Royo**, Directora Gerente del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla, nos muestra la interesante propuesta de atención integrada con organizaciones sin ánimo de lucro e instituciones públicas. **Miguel Ángel Guzmán**, nos aporta la visión de la gestión integrada desde una organización privada. También queríamos contar con la visión de los profesionales en áreas integradas. Mercedes Martín, matrona, con trayectoria en Madrid y Galicia, comenta su impresión en un área tan sensible, e integrable como es la atención al embarazo. **Ángeles Flórez** con **Álvaro Iglesias**, en la premiada Unidad de Psoriasis de la Estructura Organizativa de Gestión Integrada (EOXI) de Pontevedra e O Salnés utilizan un storytelling para identificar las oportunidades de mejora en un área integrada con larga trayectoria como es. Precisamente, el gerente de esta EOXI, **José Ramón Gómez Fernández**, con una extensísima trayectoria profesional desde el propio origen de las áreas integradas, hace una autocrítica que es muy útil, en una persona de su trayectoria directiva. A todos, nuestro enorme agradecimiento por su tiempo y sus aportaciones que superaron las expectativas. Ya por último, nos hemos quedado con las ganas de aportar la visión de un paciente, con una visión antes y después del área integrada.

1. INTRODUCCIÓN

Modesto Martínez Pillado

El envejecimiento presenta repercusiones sustanciales a diferentes niveles. La esperanza global de vida pasó de los 65 años en los años dos mil, a 76 años en varones y de 83 años en mujeres en el año 2002, estimándose en 81 y 87 años respectivamente, para el año 2030. Factores como la implantación de actividades preventivas, la educación sanitaria, la mejora de la terapéutica o el control de la mayoría de las enfermedades infecciosas contribuyen de manera importante al aumento de la esperanza de vida. A partir del año 2001 se produjo una inversión demográfica. El número de mayores de 65 años superó al número de niños de 0 a 14 años. Esta realidad provoca, en nuestro entorno, que aumente la población en segmentos de edad avanzada. Este cambio demográfico está relacionado con el desarrollo económico, sanitario, social y cultural de la sociedad.

Una población envejecida que incrementa su número y su peso proporcional en el total de la pirámide poblacional, con mayores demandas de atención a la dependencia, se traduce en un incremento de la utilización de los servicios socio sanitarios. Si le añadimos el componente de la cronicidad, como reiterativo, que lleva a una mayor utilización de esos servicios sanitarios, nos encontramos ante un binomio que se retroalimenta recíprocamente al combinar enfermedad, dependencia y carencias sociales en personas cada vez con mayor esperanza de vida. Las enfermedades crónicas se presentan a nivel epidemiológico como todo un reto, con un constante incremento a lo largo de los años en su incidencia y prevalencia, así como en la aparición de sus complicaciones. El incremento del gasto, sanitario y social, pasa al primer plano.

Las barreras que impiden una mejor provisión de la atención socio sanitaria y sanitaria, conducen a que pase al primer plano la atención integrada. Tanto los hospitales, como los centros de atención primaria, ya habían realizado cambios organizativos para adaptarse a esa demanda de mayor coordinación y continuidad. Así, el trabajo social, las unidades y servicios de atención socio sanitaria ya figuran como parte de la cartera de servicios dentro de nuestras organizaciones sanitarias. No se produjo, salvo algunas experiencias exitosas, una integración vertical de los servicios socio sanitarios del área, parte de los recursos responsables en otras administraciones.

Ante los nuevos desafíos que se vinculan a la cronicidad, los Sistemas Sanitarios han llevado a cabo diversos cambios organizativos para conseguir una atención integrada de dispositivos vinculados inicialmente a la cronicidad, como residencias asistidas, centros de día, la atención a domicilio, voluntariado social, y en general, dispositivos relacionados con la dependencia y la atención psicosocial.

Es la organización la que tiene que ser diferente en el abordaje no solo de la cronicidad sino de la atención a la población. No es posible que una sola organización, ni un solo hospital, ni un centro de salud, puedan dar la mejor atención de forma aislada. Esto es, las instituciones y los profesionales para que la atención sea integrada e integral, deben tener presente que solo por la colaboración se alcanzan mejores resultados.

1.1. Coordinación e integración

Dos palabras cercanas, coordinación e integración, con distinto significado y larga trayectoria en las organizaciones sanitarias. Coordinación, lleva implícita un nivel de igual a igual, mientras que integración tiene un sentido de uniformidad. Nadie se coordina para dejar de ser. Ahora bien, al integrarse, puede dejar de ser. La integración puede ser bidireccional, que, como una balanza, quede en equilibrio. Pero también ese ser, organizativo por los valores que la definan y le hacen ser lo que es (Atención Primaria), en un proceso de integración, pueden convertirse en justo lo opuesto a lo que era.

La coordinación o integración ya fueran como valores independientes o consecutivos, se preconizaban para sistemas fragmentados, donde los proveedores fueran dispersos y competitivos. También en entornos donde las competencias administrativas y de dirección y gestión conllevan más problemas que beneficios. La integración o coordinación se preconiza también, si la información no fuera compartida para crear conocimiento de los datos puestos en común. O si los resultados, no fueran los esperados, o, previendo que fueran los planificados, están lejos de los obtenidos por otros proveedores en entornos parecidos. Ya, por último, la integración podría ser una propuesta, si la Atención Primaria y Hospitalaria no alcanzaran los resultados efectivos que se pudieran dar en un entorno con atención socio sanitaria, ya fuera de largas estancias a atención completa de la dependencia. Según el argumentario que se seleccione del listado previo, se puede entender hacia dónde se quiere oscilar, si más coordinación con cuatro gramos de integración, o mucho de coordinación (procesos integrados), y menos de denominación como Área Integrada para demostrar una mejora de la eficiencia. Cuánto de alcance se quiera tener y en qué tiempo, condiciona el despliegue de la puesta en marcha. Y cuánto de coordinación, y cuánto de integración condiciona el alcance.

Cuando se señala que la integración es la respuesta, será necesario definir a qué nuevo status se quiere llegar, y en qué condiciones. El **para qué** se hace mandatorio antes de poner el énfasis en el cómo para realizar la integración vs coordinación. Un Área Integrada implicará una nueva estructura y la adaptación de nuevos métodos para lograr ese *para qué* fundamental. Un área integrada no es un problema de geografía, donde delimitar el área se convierta en lo definitorio de su existencia, sino que es una nueva forma de hacer, que rompe o al menos, debería cambiar, los equilibrios para los cuales se constituye. Como cualquier cambio organizativo necesita de personas comprometidas, un plan de despliegue y un alcance bien definidos así como indicadores que nos permitan saber si aquello, ese para qué, se está cumpliendo y en qué grado.

Durante el reciente período de crisis, la preocupación general por los niveles que alcanzaba el gasto sanitario era casi tan alta como el nivel de crecimiento que experimentaba. Se realizaron actuaciones sobre la oferta de los servicios, el control exhaustivo de las inversiones, la reducción porcentual de RRHH y sus costes asociados no solo por decrementos retributivos sino también por modificación de las condiciones laborales. En un entorno de recursos finitos, la partida sanitaria alcanzaba unos niveles que en muchas economías representa una de las mayores partidas presupuestarias. En los presupuestos de las CCAA,

la atención sanitaria supone el mayor porcentaje del total de sus presupuestos. En ese entorno de crisis, se preconizaba de nuevo, que el dinero debería de seguir al paciente. Al no poder aumentar el gasto sanitario por medidas macro (Eurostat como monitor), se crearon empresas que se endeudaban y no aparecían en el presupuesto público, en una copia no bien fijada al estilo de NHS que potenciaba la compra de servicios, sobre todo, por el médico de atención primaria.

Dentro de ese entorno de crisis y con la mirada puesta en los costes como objetivo, se realizaron cambios organizativos. En un entorno de mayores costes, nuestras organizaciones descubren la cronicidad como un problema que puede comprometer su supervivencia. La cronicidad se convierte en un problema agregado que afecta a todos los servicios sanitarios. En un entorno donde los problemas crónicos se agudizan regularmente, es la cronicidad ese gran problema que tiene que movernos a combatir la fragmentación por un sistema integrado. No obstante, si la financiación condiciona el modelo estructural es un peligro potencial para la integración de la asistencia. El elemento clave no debe ser la financiación sino sus objetivos. Por ello, es importante, poner en contexto cuando surgen las Áreas Integradas, para entender algunas de las circunstancias que se han vinculado a su puesta en marcha. Las Áreas Integradas de Atención Sanitaria, con distintos nombres, desde las EOXI en Galicia, o las OSI en Euskadi, o las GAI -gerencias de área integrada- en la Comunidad de Madrid, entre otras se constituyeron para salvar el gap entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, y para una mejora de la eficiencia.

1.2. La provisión de servicios de salud y sociales, con una demanda compleja, en un entorno de fragmentación de proveedores.

La integración de sistemas, así en genérico y sin entrar en dinámica de organizaciones, implica un cambio. Muchas iniciativas toman prestados conocimientos, desaparecen, pero vuelven a ser presentadas (la Humanización como ejemplo). Sea cual sea el cambio que se quiera realizar para dar una atención integrada, modificará estatus y relaciones, no solo estatus como lugar que se ocupa en una cadena, sino como modificación de la referencia que puede suponer para estar en el Sistema que se quiere sustituir.



El core de una integración pasa por modificar estatus y relaciones, empezando por la posición que se le otorga al paciente (centralidad), y por la relación que ocuparán aquellos actores que se quieran integrar, sean profesionales, servicios, o cualesquiera otras responsabilidades intermedias.

En una visión holística, la integración debería orientarse a una atención que resuelva “los problemas” de los pacientes, no solo por un componente agudo. Los problemas, así en general, sin límites, pueden llevarnos a una falta de alcance y despliegues erróneos. Para ello, un sistema que se identifica como fragmentado, necesitaría integración como solu-

ción. Se descubren barreras estructurales, entre niveles organizativos como Atención Primaria y atención hospitalaria, donde las economías de escala se plantean como solución estratégica para evitar la segmentación de las organizaciones.

Si agregamos los servicios sociales dentro del alcance de un Sistema de Salud, la fragmentación se nos aparece nuevamente como barrera. Integrar, implica que se quiere hacer algo más homogéneo, mejorar la salud con una visión social del paciente, por tanto cambio. Aquí es donde aparece la mejora de los procesos de una forma coordinada, integral por extensión, como clave para saltar las barreras.

Unos Sistemas Sanitarios, pensados para atender a la individualidad, con una visión no agregada, presentan como éxito, la resolución a corto plazo y la inmediatez (las listas de espera, como ejemplo). Frente a la **fascinación tecnológica** y la subespecialización, presentados también como logros, visibles y comprensibles, los problemas acumulados que necesitan una visión generalista llaman a la puerta (Medicina Interna y Atención Primaria como paradigmas). Esa visión, uno a uno, contrasta con una Atención Primaria, donde la integralidad (prestación de todo tipo de servicios apropiados) y la longitudinalidad (prestación de múltiples servicios para variados problemas del mismo paciente por el mismo profesional) se presentan como valores. Liderada por enfermeras y médicos de familia y atención comunitaria, con una visión poblacional, **Atención Primaria tiene como tecnología más intensiva el tiempo, la comunicación y otras argumentaciones más organizativas.**

Se identifican **barreras** que impiden una interacción de la Atención Primaria y Hospitalaria para conseguir una atención integrada, o visto de otra forma, integrar la atención en un área sanitaria se considera que debe ser realizada a partir de la enfermedad. Integrar, así en mayúsculas, se entendería como la mejor propuesta organizativa para mejorar la eficiencia, al saltar el gap que se cita como la gran falla para evitar funcionar como una organización integrada.

La integración de los niveles de atención sanitaria lleva a preguntarse¹ por los resultados. La inclusión social, medio ambiente, como parte de los numerosos factores relacionados con la salud, implicaría que una integración, en letras grandes, supusiera una atención integrada de la salud. Esta visión holística, requeriría una atención de distintos implicados en la atención sanitaria. No solo públicos, sino privados, no solo sanitarios sino con visión población. Esto es un abordaje a partir de las necesidades sanitarias individuales y comunitarias donde los recursos, asistenciales y no asistenciales entienden que la integración es la respuesta.



A tener en cuenta, la integración asistencial, no es un problema de barreras. Es, sobre todo, un problema de estatus y relaciones entre partes interesadas. Quizás fuera necesario más antropología que dinámica de sistemas.

1.3. Los procesos asistenciales integrados y la atención integrada de los procesos

Con menos niveles de preocupación por la financiación, distintos estudios confirman una amplia discrecionalidad a la hora de la utilización de los recursos, no explicable por diferencias atribuibles a las características de la población. Se ha ligado, además, a la creciente preocupación por comprobar la efectividad y seguridad de la atención sanitaria. La calidad, como ariete o adorno de un atildado discurso, se plasma como una preocupación, un deseo, o al menos el paraguas que cubre muchas de las preocupaciones por las consecuencias de la práctica médica o por la utilización de los recursos que la sociedad invierte en servicios sanitarios.

Un área integrada puede significar una atención compartida, la atención en red con distintos proveedores, la integración de distintos proveedores de servicios. La integración, puede responder a intentos parciales que se impulsan desde abajo a arriba o desde un interés de la Alta Dirección que pone el marco regulatorio para que se produzca esa atención compartida. Ahora bien, la integración organizacional, no lleva necesariamente a la integración de los cuidados y aparece eficaz, solo como consecuencia del desarrollo de intervenciones específicas a nivel micro. Entre la gestión de los cuidados directa, con equipos multidisciplinares y la coordinación de cuidados a través de redes, podemos encontrar modelos de integración diferentes.

Las Áreas Integradas de Salud, en sus propuestas de constitución, además de la fragmentación, suelen recurrir a la evidencia y la estandarización de los procesos, como una de las consecuencias de la integración. Los programas que se presentan como exitosos, se han desarrollado sobre la base de una integración desde abajo hacia arriba (*bottom-up*). (Ver caso: **UNIDAD VIRTUAL DE PIE DIABÉTICO. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO. DIABETES MELLITUS TIPO 2**). En Andalucía, los procesos asistenciales integrados planifican las actividades sanitarias, siguiendo el recorrido del paciente en el desarrollo de su proceso. La OSI de Bidasoa evaluó² de forma inicial la atención a la cronicidad, con unos buenos resultados. Las **rutas asistenciales** de la OSI Barrualde Galdakao que con un sentido más clínico y más pegado a la práctica diaria, han permitido convertir las rutas, en la “la razón de ser de una atención transversal e integrada”. También destacar el programa *Falls Liaison Service*, en Hertfordshire (Reino Unido) para la prevención de las fracturas de cadera precisamente en Watford, donde en 2010 se constataba la mayor prevalencia de fractura de cadera. Una organización no gubernamental, sensibilizaba y formaba en la comunidad, junto con la participación de y trabajadores sociales, se constituyeron como equipos de primera atención en aquellas caídas de personas mayores. Una intervención con equipos comunitarios de seguridad. Si añadimos la participación de las farmacias,

estamos ante esa intervención poblacional. Los procesos asistenciales tienen en cuenta a muchos más participantes que los servicios sanitarios que intervienen ante una fractura de cadera. Visto así, la suma de acciones que faciliten una atención integrada debería³ ser el encadenamiento de múltiples intervenciones poderosas, para alinear los sistemas de salud a los resultados que importan a las personas.

Ahora bien, ni siquiera esa integración hacia arriba, lleva a que los procesos se transmitan de forma general ni estandarizada. En ocasiones, porque no se presentan los objetivos inmediatos, y en otros, porque depende de un solo impulso. Ahora bien, de forma habitual, se cita la integración como las respuestas para la atención a personas de mayor edad con necesidades complejas. Y esa visión, puede no responder a las expectativas de otros pacientes, y de la población en general. No es la integración la respuesta a la cronicidad, sino que es el cambio organizativo que innova en la provisión de la asistencia. El contexto político, económico y, en suma, todo lo micro no garantiza una efectividad sin la optimización de la comunicación, la coordinación e intercambio de información entre profesionales y organizaciones, equidad, la satisfacción laboral son valores necesarios en un Área Integrada. La implicación de los pacientes, familiares y cuidadores en la mejora de su propia enfermedad, a partir de sus competencias (ver más adelante, e-chronics), es una propuesta definitiva.

2. ATENCIÓN INTEGRADA: DEFINICIÓN, COMPONENTES Y MARCO TEÓRICO

Modesto Martínez Pillado

2.1. Integración asistencial, asistencia integrada y procesos integrados



En la seminal propuesta para sistematizar la atención integrada, Kodner y Spreeuwenberg definían **la atención integrada como “un conjunto coherente de métodos y modelos en los niveles de financiamiento, administrativo, organizativo, de prestación de servicios y clínicos diseñados para crear conectividad, alineación y colaboración”**.

La definición de una atención integrada está condicionada por las expectativas y objetivos. Una semiología orientada a procesos, para aportar una atención eficaz y coordinación puede ser útil para reforzar⁴ esa integración. Un proceso asistencial integrado se caracteriza por

- centrado en el paciente, incorpora las expectativas y sus valores individuales, condiciones de vida, diversidad cultural, red social, grupo familiar
- una continuidad de cuidados
- aportar actividades “poderosas” que crean valor
- adaptabilidad a los requerimientos para aprovechar las oportunidades de mejora

Existen principios generales y partes esenciales en la puesta en marcha de la atención integrada, aunque no se identifica⁵ un modelo que pudiera servir de referencia. Una caracterización de la OMS⁶, definió como un servicio integrado de salud, aquel que está centrado en el paciente, a partir de la prestación de un servicio de calidad, que tiene en cuenta al paciente, diseñado de acuerdo con las necesidades de la población y el paciente, que se provee a partir de un equipo multidisciplinar de acuerdo con los niveles de atención. Debe ser efectivo y apropiado a la utilización de los recursos según la mejor evidencia disponible con una retroalimentación que favorece la mejora continua, y promueve cuidados saludables con medidas multi e intersectoriales.

La integración de sistemas de salud fue sistematizada⁷ en 2009 con los 10 principios clave que deben tenerse en cuenta para la integración del cuidado y a largo plazo.

1. Servicios verdaderamente integrados
2. Orientación centrada en el paciente
3. Cobertura geográfica adecuada
4. La estandarización de procesos por equipos de trabajo
5. La evaluación del desempeño
6. Sistemas de información
7. Una cultura organizacional y liderazgo,
8. Profesionales con visión de integración
9. Una estructura de gobierno bien definida
10. Gestión financiera

Un **sistema integral** fue definido¹³ hace más de una década, a partir de 10 áreas claves de reestructuración. Entre ellos, se enumeraban algunas áreas claves para la integración de los sistemas sanitarios, que se orienten al paciente como centro de su organización y con una cobertura geográfica con equidad.

Las *características clave*⁸ para describir de un Área Integrada pueden pasar por **diferentes funciones y servicios**, no homogéneos a todas, con subunidades distintas, con una cartera de servicios propios y otros tercerizados, con despliegues y alcances tampoco homologables. De forma general, señalan líneas estratégicas comunes relacionadas con la mejora de la atención a pacientes y cuidadores, para conseguir una mejora de la salud de la población y la mayor eficiencia de los recursos.

El manual de referencia en atención integrada⁹ conceptualiza y señala algunas buenas prácticas en distintos países. Incluso podemos encontrar un capítulo en el que se identifica el papel de la integración asistencial al final de la vida, dentro de una visión de cuidados paliativos como parte de esa área integrada. Es importante tener en cuenta la complejidad, la diversidad y la fragmentación de las partes interesadas, así como las barreras para la integración de datos.

La atención integrada converge alrededor del papel central del paciente y a sus necesidades individuales. La generalización, la taxonomía o caracterización de la integración estará condicionado también si la integración incluye distintos niveles, intensidad o herramientas. Por tanto, un posible mix de cada una de esas dimensiones, en distinta parte alícuota conlleva a una caracterización difícilmente inequívoca. En general, la mayoría de la atención integrada incluye según ya sea en una generalización poblacional o una suma de gestión caso a caso, una perspectiva que condiciona las herramientas que se utilizan. Desde la gestión de casos a utilizar modelos de gestión de crónicos CCM (Modelo de gestión de crónicos), o gestión de una enfermedad (Diabetes Mellitus, EPOC, Insuficiencia Cardíaca, etc.). La sutileza vendría, entre la diferenciación de la provisión de servicios integrados de salud, frente al **cuidado integrado**, más relacionado con sistemas y cambios organizativos. Los modelos de atención integrada para la atención a procesos crónicos, en su momento con el liderazgo de la OMS promovían la intervención desde la Atención Primaria, mediante la participación de la comunidad, “para lograr una atención sin fisuras”. Inicialmente, esta orientación se preconizaba que conllevaría una reducción del gasto sanitario, un menor uso de los servicios de atención de salud y un mejor estado de salud.

El **despliegue y el alcance** de la atención integrada tienen un componente adaptado a cada entorno. Una atención integrada, está más relacionada con una organización de proveedores. Una definición homologable, debería incluir el grado de integración logística, organizacional, administrativa, antes y ex post del proceso de integración. No existe una sola forma de prestar los cuidados integrados, ni que parte de cada una de las áreas que se quieran incluir dentro del área integrada. ¿Qué debe ser integrado?; ¿en qué medida?; ¿qué procesos?; ¿qué profesionales y qué áreas deben modificarse para adaptarse a una atención integrada?, ¿es propio de cada despliegue?



Para una visión de Sistema Nacional de Salud (NHS), la **atención o el cuidado integrado** se define como la provisión¹⁰ de servicio desde la Atención Primaria, hospitalaria, salud mental y salud pública.

2.2. Caracterización de la atención integral

La **integración puede¹¹ ser organizacional, funcional, de servicio o clínica**. Una integración organizacional implica una atención conjunta de distintas organizaciones a través de herramientas de coordinación. La integración funcional, estaría relacionado con integración de procesos no asistenciales y de soporte. La integración de servicios se vincula a equipos multidisciplinares de distintos niveles, mientras que la integración clínica estaría relacionada con la estandarización de procesos asistenciales.

Cada integración podría también ser caracterizada como sistémica, cuando se basa en la coherencia de valores y reglas en los distintos niveles de la organización para caminar hacia una **integración sistémica**. Por oposición una **integración horizontal**, se definitiva por la prestación de cuidados coordinados pero independientes (p.ej., atención urgente) mientras que, en la **integración vertical**, implica una coordinación a través de todas las unidades y servicios a la hora de prestar un servicio (p.ej., Atención Primaria y Hospitalaria).

La **integración vertical** en un reciente¹² trabajo, se ha evaluado según las necesidades de los pacientes al alta que requerían atención sociosanitaria externa (grado) y aquellos que proporciona el propio centro (amplitud). Con metodología estadística de Ecuaciones Estructurales, mediante la técnica *Partial Least Squares*, en una muestra de 60 hospitales. Las principales conclusiones sugieren que el hospital toma las decisiones de integración vertical, a partir del contexto externo, concretamente en los sistemas de pago prospectivo de la atención aguda, en la oferta sociosanitaria y en el envejecimiento de la población del área de influencia. A partir de encuestas estructuradas a directivos se concluye que tras la integración se percibe un incremento del grado de integración, de desempeño global y parcial del hospital y de la continuidad de la atención recibida por el paciente.

3. EL PACIENTE EN ATENCIÓN INTEGRADA

Modesto Martínez Pillado

3.1. Implicación activa del paciente en la atención integrada.

La atención integrada para los pacientes tiene¹⁴ que ver con la prestación de servicios de atención primaria y hospitalaria, pero también con la salud mental y salud pública y atención sociosanitaria. La calidad y esperanza de vida está relacionada con los determinantes sociales de la salud, por ello, la clave es la percepción de la efectividad de la integración asistencial por los pacientes. **No es lo que creemos que debe de ser, sino aquello que los pacientes dan importancia por el valor que les aporta.**

El beneficio para el paciente como criterio de éxito en atención integrada, vendría dada por su satisfacción con las propuestas realizadas. Si la primera revisión de una intervención quirúrgica la realiza enfermería o medicina, o si es en Atención Primaria o en Hospitalaria, se debe decidir desde lo mejor para el paciente. La mayor intensidad de cuidados que aporta un hospital no debería ser el criterio (p.ej., para una revisión de la herida operatoria). Distinguir lo que es normal de anormal después de una intervención no debe ser difícilmente comprensible en una atención integrada. De igual forma, que para realizar el seguimiento de un paciente con diabetes mellitus o artrosis o hipertensión arterial. Ahora bien, si una organización es cortoplacista, orientada hacia los resultados de sus hospitales, visto como unidades independientes, la atención integrada se haría equivalente a una suma de los buenos resultados de las unidades para hacerla equivalente a una atención integrada. Y claro está, apostar por una visión transversal de los servicios de salud, es más trabajoso, y no aporta mejoras inmediatas que se puedan vender como éxito de unos gestores que precisamente, tienen en su corta vida, una importante limitación. Sin embargo, no todo vuelve a ser tan sencillo. El caballito de madera puede moverse, pero no significa que avance. ¿Qué espera un paciente del trabajo en equipo de atención Primaria y Hospitalaria? ¿Responde a las expectativas y a sus necesidades cuando está bien, o se siente mejor?

Sin comparación con el entorno no tiene sentido sacar conclusiones apresuradas sobre el éxito por recibir una atención integrada. Los índices de satisfacción no nos enseñan claramente si las personas entienden que la organización se preocupa por ellos. Si el cliente tiene la sensación que la organización se preocupa sinceramente, se suele concretar en fidelidad hacia la organización. En nuestro entorno, donde la financiación es mayoritariamente pública, es posible encontrar satisfacción también alta (p.ej. Barómetro sanitario). No obstante, que alguien esté satisfecho no significa que sea necesariamente fiel.

Un área integrada no puede aspirar como objetivo a que sus reclamaciones tengan una respuesta en 15 días. La verdadera ventaja, viene por entender de una forma opuesta a lo que traduce ese objetivo. Se trata de aprender del paciente, crear un viaje conjunto con sus reclamaciones y aprender de los pequeños detalles que aportan las interacciones con el sistema sanitario integrado. En algunos centros en áreas integradas, sorprende que todas las reclamaciones se tratan de igual forma, cuando algunas de tan evidente respuesta que tienen

podrían solucionarse incluso antes que el paciente llegara a su domicilio (en muchas de ellas una disculpa es un bálsamo). Si el servicio se da de la misma forma para todos los clientes no aporta nada para la satisfacción y la lealtad del usuario (Ver e-chronics). El buen servicio es importante, pero hay más, como es aprender de lo que el cliente nos enseña. Atención, por tanto, a los detalles, a los pequeños detalles, que parecen no tener importancia en Áreas Integradas y son capitales. Desde la solicitud de consulta externa hasta el programa de acogida a un profesional.

La participación creciente de los pacientes ya sea a través de organizaciones regladas o no, se convierte en una obligación moral (y cierta) de rendir cuentas a la sociedad sobre los retornos de la inversión en salud. Entre ellas, la armonización¹⁵ entre los resultados que importan a las personas y los resultados de salud que se evalúan confiere sentido a una atención integrada. Por ejemplo, índice de mortalidad por Infarto de Miocardio o los Report Cards , eran indicadores para que los pacientes pudieran elegir por la evaluación de indicadores homologables. En suma, transparencia, información y estandarización, se trata de hacer bien lo que funciona desde la perspectiva de los pacientes.



En un taller celebrado en el Hospital Universitario de León, liderado por el **Dr. Isidoro Cano**, del Servicio de Endocrinología, pacientes y profesionales sanitarios (enfermería y medicina), debatieron sobre qué propuestas de mejora ante situaciones habituales del paciente. La distribución de los equipos de mejora no era inocente. El paciente en el centro de los equipos, formado por enfermería, medicina y ocasionalmente, por un directivo sanitario. En concreto, pacientes con diabetes Mellitus tipo 1, a partir de un caso (“paciente de 24 años, de Gordoncillo, que estudia en la Universidad de Salamanca”) se planteaban las preguntas antes, durante y después de la atención sanitaria. Con posterioridad, se priorizaban las acciones según el criterio de relación con la seguridad del paciente.

Propuestas de mejora de pacientes a sus propios profesionales sanitarios, antes, durante y después del tratamiento con insulina en Diabetes Mellitus tipo 1. Hospital Universitario de León. Lidera: Dr. Isidoro Cano

ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO CON INSULINA

PRIORIDAD	SITUACIÓN DE MEJORA / DUDA DEL PACIENTE	SOLUCIÓN PACIENTES
1	¿Lo haré bien?	<ul style="list-style-type: none"> - Informarme más sobre mi enfermedad - Redes de soporte en atención al debut, con preguntas frecuentes (FAQs)
2	¿Podré seguir haciendo mi vida normal?	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar información - Informarte en internet, Redes Sociales, aplicaciones, FAQs, vídeos tutoriales o redes de WhatsApp. Con respuestas concretas para mi vida normal.
3	¿Quién será mi endocrinólogo?	<ul style="list-style-type: none"> - Preguntar a alguien de mi entorno que conozca si el servicio es “digital” - Disponer de un profesional u otro paciente, de referencia, que me capacite.
4	¿Se curará mi diabetes?	<ul style="list-style-type: none"> - Formación en emociones a pacientes o médicos - Otros pacientes expertos a través de un webinar
5	¿Puedo desplazarme y estar atendido para no perder clase?	<ul style="list-style-type: none"> - Tecnología y confidencialidad - E Consulta personalizada
6	¿Cómo prepararme para las hipoglucemias hasta la consulta? ¿Cómo identificar las alarmas?	<ul style="list-style-type: none"> - Información - Red Social para enviar Alarmas

FASE DURANTE EL TRATAMIENTO CON INSULINA

PRIORIDAD	SITUACIÓN DE MEJORA / DUDA DEL PACIENTE	SOLUCIÓN PACIENTES
1	Descarga de datos de dispositivos (para pacientes monitorizados)	<ul style="list-style-type: none"> - Teledescarga, recepción y análisis de datos - Descargar App para feedback (sobre todo que vayan teniendo información de lo que sucede)
2	Apartados para poner comentarios que expliquen una posible relación con las glucemias	<ul style="list-style-type: none"> - Blog de la diabetes
3	Incertidumbre de mi estado de salud tras dos meses del debut	<ul style="list-style-type: none"> - Poder tener contacto telemático con el profesional entre consultas, para evitar ansiedad. - Que exista un foro de dudas de otros pacientes que estén en la misma situación
4	Prohibiciones y restricciones	<ul style="list-style-type: none"> - Tener recursos disponibles (físicos u online) sobre alimentación, deporte...
5	Duración de la consulta y la interferencia con su vida	<ul style="list-style-type: none"> - Tener más consultas a distancia y menos presenciales para evitar absentismo laboral, faltar al instituto, gastos de desplazamiento etc.

FASE SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON INSULINA

PRIORIDAD	SITUACIÓN DE MEJORA / DUDA DEL PACIENTE	SOLUCIÓN PACIENTES
1	¿Cómo resolver situaciones cotidianas con la información recibida en la consulta?	<ul style="list-style-type: none"> - Web acreditada - Personal cualificado en atención continuada. Sanitario o no, pero con conocimientos sanitarios.
2	¿El equipo de atención primaria resolverá todas las dudas?	<ul style="list-style-type: none"> - APP con FAQ's - Capacitación del e- profesional
3	Más calidez en la atención no presencial	<ul style="list-style-type: none"> - Tener e-profesional de referencia - Atención a las circunstancias que rodean al paciente - Atención personalizada
4	Compartir situaciones similares con otros pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Paciente experto en formular preguntas
5	Incertidumbre sobre las siguientes consultas / Absentismo escolar	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación inmediata de la siguiente consulta y fácil acceso al cambio de la misma

En la caracterización del **modelo de atención integrada (AKA¹⁸) en Australia**, plantea como líneas estratégicas la promoción de personas saludables en su entorno, la mejora de la experiencia del paciente, identificar necesidades ocultas, y mejorar la trazabilidad del paciente en el sistema sanitario. Se presenta como un modelo para la cronicidad compleja, tanto de jóvenes (preferentemente con enfermedad mental), y también para pacientes con necesidades complejas y para poblaciones especialmente vulnerables. En un diálogo continuo con el paciente, la experiencia del paciente para la mejora de los cuidados integrados necesita de una retroalimentación para guiar la mejora. Un acercamiento cuali y cuantitativo, donde tenga peso el “viaje” del paciente por esa atención integrada. Ese viaje¹⁹ del paciente en el área integrada, identifica lugares comunes, así como factores favorecedores o barreras, que desde el paciente limitan la accesibilidad. Descubrir aquellos servicios y profesionales que conecta con su visión. Dar voz al paciente e involucrarlo en la articulación y acierto-prueba en los procesos de atención.

(CASO: Dermatología se ponen en los zapatos de un paciente de psoriasis en un Área Integrada)

Siguiendo el modelo sueco “de atención a Esther”, donde a partir de la experiencia de una paciente se organiza una atención integrada, el servicio de Dermatología de la EOXI de Pontevedra, expone el viaje que realiza un paciente con psoriasis a través de un área de atención integrada

Metas para Esther	Metas para los proveedores de servicios
<i>Que me cuiden en casa o cerca</i>	Toda la organización se debe alinear según las necesidades de Esther
<i>Que me sienta tratada como si fuera una sola organización aunque sean distintos proveedores</i>	Decididos a dar a Esther el mejor soporte colaborando entre los proveedores para lograrlo
<i>Que la atención sea uniforme en toda el área</i>	Mejorar las competencias a través de la atención con Esther
<i>Saber a quién debo contactar cuando tenga otro agravamiento</i>	Mejora continua de la calidad

Sin comparación con el entorno no tiene sentido sacar conclusiones apresuradas sobre el éxito por recibir una atención integrada. Los índices de satisfacción no nos enseñan claramente si las personas entienden que la organización se preocupa por ellos. Si el cliente tiene la sensación que la organización se preocupa sinceramente, se suele concretar en fidelidad hacia la organización. En nuestro entorno, donde la financiación es mayoritariamente pública, es posible encontrar satisfacción también alta (p.ej. Barómetro sanitario). No obstante, que alguien esté satisfecho no significa que sea necesariamente fiel.

Un área integrada no puede aspirar como objetivo a que sus reclamaciones tengan una respuesta en 15 días. La verdadera ventaja, viene por entender de una forma opuesta a lo que traduce ese objetivo. Se trata de aprender del paciente, crear un viaje conjunto con sus reclamaciones y aprender de los pequeños detalles que aportan las interacciones con el sistema

3.2. Dermatología se pone en los zapatos de un paciente de psoriasis en un Área Integrada

ÁLVARO IGLESIAS-PUZAS^{1*}, ÁNGELES FLÓREZ¹

¹Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, EOXI Pontevedra-Salnés, España. (Premio BIC a la mejor Unidad de Psoriasis)

Juan Abal de 45 años padece psoriasis desde hace 8 años. Juan está casado, tiene dos hijas y vive en un área rural. Siempre ha tenido una psoriasis con repercusión leve en su calidad de vida y que no ha interferido en sus actividades de la vida diaria. Sin embargo, en las últimas semanas su situación ha empeorado. Poco a poco las lesiones de psoriasis son cada vez más extensas, tiene picor y muchas molestias que no le permiten dormir. Un día ya no puede más y decide solicitar una consulta con su Médico de Atención Primaria, hasta la fecha el único facultativo con quien ha consultado su dermatosis. Juan sabe que ante cualquier agravamiento debe de ir a su Centro de Salud. Su médico valora el caso clínico y considera que se trata de una psoriasis grave, por lo que decide enviar una teleconsulta al servicio de dermatología. La respuesta es recibida en 24 horas e incluye una cita preferente y una recomendación de tratamiento hasta que sea valorado de forma presencial. Juan no mejora, se encuentra desanimado y no quiere salir. Sus amigos y compañeros de trabajo le preguntan qué es lo que le pasa en la piel, se siente muy mal. Tiene hoy cita con la dermatóloga de la Unidad de Psoriasis que le ha comentado la necesidad de iniciar un tratamiento “sistémico” para su enfermedad. Juan se muestra contrariado, no entiende por qué esta vez no se le pasa con cremas como siempre, pero se decide a hacerle caso a la dermatóloga porque nunca se había sentido tan mal como hasta ahora. A los dos meses de tratamiento su piel ha mejorado, ya no tiene escamas ni otras molestias que le impidan dormir. Sin embargo, a veces se despierta por la noche con dolor lumbar y se le han hinchado los dedos de las manos. No cree que sea nada relevante, pero se lo ha comentado a su dermatóloga que lo ha enviado al reumatólogo de forma preferente. Juan tiene artropatía psoriásica. Tras valorar su caso ambos especialistas le proponen iniciar un tratamiento biológico. “Me ha mirado un tuerto, tengo psoriasis hasta en los huesos” afirma. Al poco tiempo de iniciar el tratamiento su estado de salud ha mejorado, los dolores han remitido, se encuentra más animado y todo empieza a volver a la normalidad. “Nunca había estado tan bien”, comenta. Juan continúa con sus revisiones, realiza analíticas periódicas y sigue fielmente las recomendaciones de sus médicos: “Ahora me cuido doctor, no quiero volver a estar como antes”. Utiliza las redes sociales de forma habitual y busca con frecuencia información acerca de su enfermedad. “He leído que debo vigilar mi colesterol porque tengo riesgo cardiovascular aumentado” afirma, “para ello tengo el apoyo de mi Médico de Atención Primaria”. Desde hace unos meses, realiza fotografías y utiliza apps de apoyo a pacientes con psoriasis que le ayudan a valorar el curso de su enfermedad.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica e inmunomediada que afecta al 3% de la población mundial.¹ Tradicionalmente, se ha considerado como una enfermedad cutánea y articular caracterizada por placas eritematodescamativas. Sin embargo,

el concepto actual de psoriasis es el de una enfermedad multiorgánica con riesgo aumentado para el desarrollo de patologías como el síndrome metabólico y la enfermedad cardiovascular aterosclerótica, entre otros.² El paciente con psoriasis presenta, por lo tanto, necesidades de atención complejas que involucran con frecuencia a una gran variedad de especialistas.

La atención primaria representa el acceso al sistema sanitario para la mayoría de estos pacientes. Proporciona una visión global, orienta el proceso diagnóstico y abre las puertas para el paso del primer al segundo nivel asistencial. En los últimos años, la telemedicina se ha establecido como un sistema adicional a los procedimientos de interconsulta y derivación tradicionales. Actualmente, la teledermatología nos permite salvar por medios electrónicos las barreras de distancia y tiempo entre los servicios de la atención primaria y especializada,^{3,4} fomentando la comunicación y coordinación entre niveles asistenciales. En el paciente con psoriasis, la telemedicina puede mejorar la eficiencia, la velocidad de la atención y priorizar el acceso en los casos con una afectación moderada o grave.

Los nuevos descubrimientos han revolucionado el modelo clásico de atención del paciente con psoriasis.⁵ La estigmatización y cronicidad de la enfermedad, así como la aparición de terapias dirigidas han hecho necesario el manejo individual e integral de pacientes con problemas de salud cada vez más complejos.⁶ Las unidades de atención especializada al paciente con psoriasis garantizan la calidad de la asistencia, adaptándola a las necesidades específicas del paciente según la gravedad de su enfermedad, el impacto en la calidad de vida o la respuesta a terapias anteriores. Además, su papel es clave para el diagnóstico y cribado de comorbilidades que complican la evolución del paciente e implican un contacto estrecho con otras especialidades médicas.⁷

La artritis psoriásica es una enfermedad crónica y progresiva que puede llegar a ser incapacitante y afectar hasta el 30% de los pacientes con psoriasis.² El diagnóstico y tratamiento precoces son críticos para conseguir un control óptimo de la enfermedad y evitar su progresión hacia la destrucción articular, la limitación funcional y la reducción de la calidad de vida de los pacientes.⁷ En este sentido, la relación entre los servicios de dermatología y reumatología es imprescindible para el diagnóstico precoz de la enfermedad articular en pacientes con psoriasis, así como para confirmar el diagnóstico de psoriasis en pacientes con artritis.⁷

En los últimos años, la colaboración entre estos servicios ha evolucionado hacia el manejo de pacientes complejos, tanto por la evolución de su psoriasis como de su artritis psoriásica, que no responden a los tratamientos convencionales y precisan del manejo por parte de expertos de ambas especialidades.⁷ Este modelo de asistencia nos permite una evaluación global de la afectación cutánea y musculoesquelética y, como consecuencia, conduce a un abordaje terapéutico más completo y coordinado del paciente.⁸ Sin embargo, la presencia frecuente de comorbilidades, como el hígado graso, la enfermedad inflamatoria intestinal, la depresión o el síndrome metabólico ponen de manifiesto la necesidad de un enfoque global que va más allá de una sola especialidad médica. Actualmente, nuestros esfuerzos se dirigen hacia enfoques multidisciplinarios, centrados en el paciente con psoriasis que superen los límites de la atención dependiente exclusivamente de un departamento médico.⁵

Basar la medicina en el paciente fomenta la participación activa en el tratamiento y

manejo de su enfermedad. En este modelo, los pacientes informados y comprometidos tienen mejores resultados clínicos, calidad de vida y realizan un mejor uso de los recursos de salud.⁹ En la era del conocimiento globalizado en que estamos entrando, el acceso universal a la información médica ha revolucionado la relación-médico paciente. La mayoría de pacientes acude a nuestra consulta con preguntas o ideas basadas en lo que han leído en Internet o redes sociales y muestra un deseo de participación activa en el manejo de su enfermedad.¹⁰ Este proceso se hace evidente en la rápida expansión de las aplicaciones móviles con fines médicos (“apps”) para dispositivos electrónicos personales. Concretamente, las aplicaciones de seguimiento de síntomas podrían ser de utilidad para la monitorización y seguimiento de enfermedades crónicas como la psoriasis, permitiendo la documentación fotográfica de las lesiones, el registro y seguimiento de la gravedad de los síntomas a lo largo del tiempo o la integración de datos en el registro médico electrónico del paciente.¹¹ Estas apps, utilizadas de forma adecuada, servirían como herramienta para el empoderamiento de paciente como un proceso que facilita el cambio conductual, favorece la responsabilidad y la toma de decisiones informadas de los pacientes principalmente en patologías crónicas.¹²

La atención integral del paciente con psoriasis cambia a medida que los conocimientos médicos y lo digital, avanzan.⁹ El desarrollo tecnológico de los últimos años ha supuesto una explosión en la generación de datos digitales y la creación de registros prospectivos que contienen datos de miles de pacientes con psoriasis (p.ej. BIOBADA-DERM). El estudio de los datos masivos (“Big Data”) nos permitirá identificar los factores de riesgo de la enfermedad, proporcionar información pronóstica y estrategias de prevención y tratamiento específicas. La mejora de algoritmos y el perfeccionamiento del hardware informático harán posible el procesamiento comprensible de las variables fenotípicas, genéticas y de tratamiento revolucionando la medicina futura. El análisis de la inteligencia artificial apoyará la práctica de una medicina de precisión, especialmente en el entorno difícil de las enfermedades crónicas como la psoriasis, caracterizadas por el curso prolongado y la participación multiorgánica.¹³ Los ordenadores, con su capacidad ilimitada de aprendizaje contribuirán en muchos aspectos a lo que hoy es competencia exclusiva del juicio humano. En lugar de reemplazarnos, estos sistemas liberarán a los médicos para que dediquen más tiempo a los componentes de la atención que sólo un ser humano puede proporcionar.¹⁴

El futuro de la atención integral del paciente psoriásico dependerá no sólo del desarrollo de lo digital, sino también de profesionales de la salud motivados que mejoren la atención al paciente con una eficiencia razonable. Proporcionar el tratamiento correcto, al paciente adecuado y en el momento oportuno implica conocer las necesidades actuales de los pacientes prestándoles la atención que mejor responda a sus preferencias e identificando qué enfoque estimula a los pacientes a participar en el tratamiento y manejo de su enfermedad.

Por favor, complete cada una de las columnas después de la lectura del texto.

Metas para Juan	<i>Metas para los proveedores de servicios</i>

3.3. El Servicio de Farmacia en un área integrada

Irene Zarza/Modesto Martínez

Cada hospital realiza la misma actuación con más o menos fortuna: crea una comisión de farmacia para seleccionar fármacos, en la mayor parte de los casos con muy escasa colaboración de los clínicos que lo consideran una intromisión en su trabajo. Ahora bien, en una misma organización, que tiene centros de salud y hospitales, no se entiende muy bien qué criterios son válidos en uno que los hace inválidos en el otro. Criterios como seguridad, eficacia y coste que puede utilizar una comisión de farmacia de un hospital, parece que no puedan aplicarse para la Atención Primaria y viceversa. El lugar de los acuerdos en un área integrada también son las comisiones de farmacia o comités técnicos asistenciales. Un camino para la integración es utilizar las comisiones clínicas para hacer equipo con visión de área integral.

Ahora bien, el objetivo, no es solo tener una guía farmacoterapéutica del centro o, idealmente, del área, sino que sirva para mejorar la adecuación y la indicación en la utilización de la farmacia. No obstante, es en el momento de la prescripción cuando se deben tener en cuenta las indicaciones de esas guías y esas comisiones. No parece metodológicamente muy difícil diseñar un sistema que ayude al facultativo a seleccionar la mejor opción y tener presente recomendaciones de uso alternativo cuando se prescriba un fármaco no recomendado, por su falta de seguridad o por su menor efectividad, o efectos adversos desconocidos o por no ser la opción indicada. De ahí que los efectos de medidas como las listas negativas de fármacos llevan a corto plazo a que compense de forma rápida por sustitución de otros fármacos no incluidos en esas listas, y probablemente con mayor coste.

Una atención integrada, basada en la eficiencia tendrá armonizados sus intereses y con los que el paciente considere importantes. En una atención integrada se necesita conocer qué se prescribe, qué se consume y cuánto cuesta por prescriptor y persona. Así, no tienen que ser necesariamente los pacientes de mayor edad quienes consumen más recursos en los hospitales (la intensidad de los cuidados es mayor en pacientes menores de 44 años).

El siguiente paso pasa por tener una relación entre el consumo farmacéutico y morbilidad; obviamente este dato implica unos sistemas de información potentísimos que permitan conocer qué se prescribe cuando el paciente está hospitalizado, sino cuando acude a urgencias, a Atención Primaria, a cirugía sin ingreso, en hospital de día, en un centro sociosanitario. Unos sistemas de agregación validados (de igual forma que los GRD en los pacientes hospitalizados) p.ej. *Clinical Risk Groups* que⁴ establecen categorías excluyentes con distintos niveles de gravedad si existe una enfermedad crónica a través de los contactos con el sistema de salud. Por ejemplo, si ahora se amplían científicamente las indicaciones de tratamientos para la dislipemia en pacientes con diabetes mellitus, o se pretende detectar mayores niveles de hipertensos, por campañas que busquen pacientes en riesgo y no acuden a su centro de Atención Primaria, se espera un incremento de los grupos terapéuticos relacionados. Y por otro lado, se puede incrementar la prescripción de tratamientos contra la dislipemia, y sin embargo no reducirse la proporción de pacientes con infarto de miocardio²⁰. Antes de que alguien tenga la tentación de descalificar la prescripción, hay que valorar que se trata más intensamente a pacientes que se pueden beneficiar en poco, valorado por el número de infartos. Los pacientes con dislipemia y pacientes con Diabetes Mellitus tienen en sí mismo mayores posibilidades de padecer un infarto, que agregadamente en la sociedad no tiene gran impacto por un tratamiento contra la dislipemia. De ahí que hablar de forma global de la factura del gasto farmacéutico es equivalente a hablar de forma global de la demora media en cirugía programada. Es suficiente que se mencione la demora de la cirugía cardíaca para que esos datos, incluso estupendos, de demora quirúrgica general, se vuelvan en contra de quien los proclama.

Un asunto es el gasto farmacéutico y otra la eficiencia. Y no son lo mismo. No es lo mismo lenguaje, en realidad son dos lenguajes distintos, hablar de reducir el consumo farmacéutico que buscar el mayor valor marginal por euro adicional gastado. La utilización de evaluaciones homogéneas (*criterios de Beers*) tiene como propósito mejorar la selección de fármacos, reducir sus efectos adversos y proporcionar una herramienta para evaluar costes, patrones y calidad de la atención de fármacos utilizados en personas de 65 años de edad o mayores. En revisiones, se modifican o directamente, se consideran no efectivos determinados criterios, otros recomendados con precaución. **Los fármacos desempeñan un papel en la salud y bienestar de las personas mayores, en especial, y puede ser una de las herramientas para realizar programa de gestión integrada.** La incorporación y revisión del arsenal terapéutico es un momento para el trabajo en equipo. Un ejemplo²¹ es la colaboración de cardiología, nefrología y medicina de familia en la **revisión**²² de los criterios de uso **adecuado** de unos medicamentos -los diuréticos del asa- cuyo uso es muy común en atención **primaria** para tratar los edemas (piernas hinchadas, disnea) y aliviar la sobrecarga de fluidos.

Es difícil articular medidas creíbles en un Área Integrada, mientras se siga dando la misma importancia al control del gasto que a la calidad. Precisamente la calidad de la prescripción, la asignación correcta por persona ajustada por los factores que se consideren potencialmente importantes en su variabilidad puede dar herramientas para mejorar los procesos asistenciales integrados.

Y por el lado del cumplimiento: los facultativos de un Área Integrada tienen que conocer las dificultades de los pacientes para seguir el tratamiento, manejar las emociones de los pacientes (y las propias), buscar la modificación del comportamiento (pacientes que no ven riesgo inmediato en no tomar una dosis). **También tener presente que es importante en la gestión integrada, realizar el seguimiento del tratamiento correcto**, con una simple llamada de teléfono, repasando conjuntamente con el enfermo la forma correcta de dosificación del inhalador, o enseñándole que debe hacer ante una eventualidad, reportan más beneficios. Entender que no seguir un tratamiento, conscientemente, es una opción que el paciente tiene derecho a decidir.

4. GESTIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRADA

Modesto Martínez Pillado
Antonio Regueiro Martínez

4.1. Gestión estratégica de la atención integrada. Retos en el gobierno y la ubicación de responsabilidades a profesionales y gestores en atención integrada.

La atención integrada es considerada una herramienta para todos aquellos sistemas en lo que el incremento de costes no se vincula a una mejora de los resultados o se señala la fragmentación de la atención o posibles mejores medidas para afrontar el envejecimiento de la población.

Las áreas integradas podemos analizarlas como **innovaciones organizativas** que pretenden mejorar los resultados mediante la integración de procesos, servicios o estructuras, para buscar la efectividad a un menor coste. No requiere que todos los servicios sean provistos por una sola organización (*Ver caso San Juan de Dios*). Una misma organización puede ser fragmentada en sí misma, si no hay canales de comunicación evaluados que consigan resultados. Incluso puede suceder que si Atención Primaria realiza alguna intervención novedosa para la población (cirugía menor, seguimiento del embarazo, etc.), se convierta en una lista de espera mayor que en el hospital (estructura y utilización). Fantásticas son las peleas mediáticas, sobre si tiene que venir más veces a “pasar consulta” para integrar la asistencia, e intento tras intento, no cambia la situación previa. Integrar no es sustituir al médico de familia. Se abren centros comarcales, haciéndolos equivalentes a una mejora en la atención al ciudadano, y, sin embargo, llevan a la paradoja de un incremento de gastos y un posible incremento de los riesgos y seguridad del paciente. Obviamente la frecuentación se dispara respecto a la situación previa, porque los procesos asistenciales tienen que modificarse en un área integrada.

Hay que ser muy cuidadosos con los inputs que crean determinados índices. Algunos inputs hacen equivalentes recursos con calidad del sistema. El número de camas como ejemplo indicador del éxito, puede llevar a que la calidad, o el coste por paciente, disminuya precisamente con la integración en el área y se hagan equivalentes a una minoración de la calidad. Parámetros tan singulares como el gasto sanitario per cápita o el número de médicos o enfermeras, o trabajadores sociales, o dispositivos de atención mental, pueden ser aplicados para evaluar el resultado de un Área Integrada. Esto es, un área integrada que aumentara el número de camas, o el número de psiquiatras, se puede hacer equivalente a éxito precisamente por ser un input que se haga equivalente a mejora. Ahora bien, que no sea suficiente evaluar el número de recursos, antes-después de un área integrada para evaluar los resultados del cambio organizativo, debería llevarnos a preocuparnos por los resultados en salud. Para vincular resultados en salud, con la mejora de procesos, necesitamos indicadores precisos y sensibles a las modificaciones que promuevan los distintos proveedores en las áreas integradas.

La integración de procesos, servicios o estructuras busca la eficiencia reduciendo la fragmentación organizativa, que se señalaba como causa de la búsqueda de esa mejora. La

enfermedad no es solamente una merma en la salud. Generalmente se asocia a otros aspectos sociales, aunque no sea necesariamente un proceso crónico. El manejo clínico incluye variables habitualmente recogidas por el familiar del paciente, siendo recomendable incorporarlo en la realización de la anamnesis y posteriormente en la toma de decisiones terapéuticas, puesto que es el familiar quien tiene la perspectiva más aproximada, después del propio paciente, para asumir si las recomendaciones vertidas por su médico son realmente factibles.

Incluso podemos hacer extensibles a la atención integral, los factores ambientales que incluyen en un paciente EPOC. En las Áreas Integradas de salud interesa tener en consideración el aspecto social de los pacientes de cara a conseguir mejores resultados de salud. Es ahí donde la disparidad de criterios a la hora de una gestión integrada no permite una homologación exacta. La mejora de la coordinación (en genérico), la puesta en marcha de equipos multidisciplinarios y planes de atención individual, entre otras herramientas, como todo lo digital, se utilizan para lograr la integración.



Barreras en la atención sanitaria como la dificultad para llegar al centro sanitario, los copagos farmacéuticos en enfermos de renta baja, el escaso apoyo sociofamiliar o la insuficiente cultura preventiva de la población conlleva mayor riesgo de recaída de las enfermedades crónicas y menor supervivencia a largo plazo. Los servicios integrados deben asumir estos condicionantes sociosanitarios y promover intervenciones asistenciales específicas para ellos. La hospitalización a domicilio ha demostrado mejoras en la eficiencia por la menor ruptura con el entorno del paciente y el aprovechamiento del cuidado que proveen los familiares. Este servicio realizado en las residencias sociosanitarias supone usar los recursos sanitarios de forma incluso más racional.

La tecnología (“lo digital” por extensión) supone una oportunidad para mejorar la asistencia sanitaria, sobre todo en regiones con importante dispersión geográfica o deficiente red de transporte. Ahora bien, no todo es telemedicina, ni telemetrías porque no implican necesariamente mejoras de la eficiencia, ya que existe un aumento de la demanda asociada a esta tecnología.



La comunicación no presencial (más allá de una e-interconsulta) entre médicos de Atención Primaria y Hospitalarios, como entre la enfermera de familia y el hospital y desde el domicilio del paciente podrían resultar útiles un proceso de integración, **si se modifican los procesos asistenciales simultáneamente a la incorporación de la e-consulta.**

Las expectativas ante una atención integrada, va más allá de la visión cortoplacista de listas de espera o diez minutos por paciente. Las actividades de promoción y educación para la salud son una parte fundamental en el cuidado global del área sanitaria. Por ello, sensibilización y atención integral deberían colaborar con asociaciones de pacientes asegurando aportar información fiable y adecuada relacionadas con su área de conocimiento. Hay que tener en cuenta las redes sociales, siendo necesario incorporar en ellos las reco-

mentaciones generales hacia enfermos crónicos que consigan mejorar su calidad de vida. Cuando la atención es integrada, entendida no solo como un saltar el gap entre Atención Primaria y Hospitalaria, sino de la integración de la atención sanitaria, la salud pública juega un papel de primera índole. Esto es, medidas preventivas, promoción del autocuidado y la participación de los pacientes en su enfermedad, y programas de intervención temprana se vinculan con la salud pública, como la levadura que hace crecer el pan.

A nivel del proveedor, (Ver Caso: **ATENCIÓN INTEGRADA EN UNA ORGANIZACIÓN PRIVADA**) el pago relacionado con el rendimiento suele estar vinculado a la coordinación y el cumplimiento de las pautas clínicas basadas en la evidencia, en particular para la atención brindada a pacientes ancianos con diagnósticos múltiples.

ATENCIÓN INTEGRADA EN UNA ORGANIZACIÓN PRIVADA

Dr. Miguel Ángel Guzmán Ruiz Director Médico

Hospital Vithas Parque San Antonio

Centros Vithas Salud Rincón

Zona Vithas Costa del Sol

La **atención integrada** busca mejorar los resultados de salud en los pacientes mediante la agregación de los procesos asistenciales. Se trata de establecer sinergias entre los diferentes niveles de demanda/necesidad asistencial para lograr que los cuidados sanitarios sean menos fragmentados, más cohesionados, más eficientes y de mayor calidad.

En los últimos años se han desarrollado numerosas experiencias de atención integrada en los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, encontrando modelos igualmente identificables a nivel internacional.

La atención integrada es complementaria de la **atención integral**, pues ésta requiere coordinación entre todas las partes para garantizar el abanico de necesidades sociosanitarias: educación, promoción, prevención, atención primaria, secundaria, terciaria, paliativa y apoyo para el auto-cuidado.

Desde la atención privada estamos en condiciones de aportar

Atención centrada en el paciente

Diagnóstico precoz, tratamiento, curación y rehabilitación constituyen el núcleo de la praxis médica convencional, si bien la integralidad nos exige extendernos en el antes y el después de estos momentos para impactar con mayor alcance sobre la salud de nuestra población diana desde una concepción holística.

Aulas Vithas destacan como foro presencial permanente para educación sanitaria en general y consejos acerca de enfermedades más o menos frecuentes, pero que siempre cuentan con soluciones concretas en los diferentes centros. Las campañas de detección precoz de procesos oncológicos y enfermedades prevalentes, fomento de hábitos saludables, cuidados especiales para enfermedades crónicas, educación de padres, preparación al parto, encuentros de pacientes y acompañantes, eventos alineados con el calendario nacional e internacional de hitos relacionados con el bienestar y la salud,

etc. son sólo una muestra rápida del esfuerzo por mantener una relación antes, durante y después de los procesos con nuestros usuarios y su entorno sociofamiliar.

Atención en red:

Lejos de pensar que se trataría de una práctica reservada a los sistemas públicos, en la medicina privada podemos encontrar ejemplos que ofrecen a sus pacientes soluciones estructuradas, como ocurre en el caso del Grupo Vithas donde, además del conjunto de hospitales (19) que forman parte de su oferta asistencial en España, se suman otros 28 centros que complementan el catálogo de servicios a disposición de la sociedad a nivel nacional (pacientes privados, compañías aseguradoras y mutuas, servicios públicos de salud...), así como con gran potencial de atracción internacional.

Vithas Costa del Sol no sólo desarrolla el concepto de Atención integrada (los servicios de los centros periféricos y monográficos, en buena parte y cada vez más, están jerarquizados con los servicios de los hospitales, de forma que sus facultativos además de ofrecer consultas o practicar cirugía en diversas localizaciones próximas al paciente, bajo criterios de liderazgo clínico y organizativo diseñados por la Dirección Médica y los Jefes de Servicio correspondientes), también practican una Atención integral.

Profesionales:

Especialidades con vocación integral e integrada en Vithas Costa del Sol, podemos destacar Alergología, Cardiología, Dermatología, Ginecología y Obstetricia, Oftalmología, Pediatría, Traumatología, así como en Urgencias Generales y Pediátricas. En los diferentes centros y hospitales se trabaja continuamente para ofrecer servicios asistenciales con continuidad asistencial, garantizando políticas activas de calidad certificada y percibida, sin olvidar aspectos deontológicos que son tuteados por un Comité de ética específico.

Las newsletters InfoVithas para profesionales y pacientes ofrecen formación continua, información actualizada sobre la cartera de servicios, promociones de salud, etc.

Resultados:

A través de la Fundación Vithas-Nisa, se canalizan numerosos ensayos clínicos, proyectos de investigación, colaboraciones en formación de profesionales, así como iniciativas de asistencia social y sanitaria, reinserción laboral, etc.

Un comentario:

En definitiva, se han sentado las bases para desarrollar y crecer alrededor de proyectos centrados en el paciente y en su experiencia como usuario de servicios asistenciales en un modelo sanitario privado que, representado por una empresa de servicios socialmente responsable, entiende su éxito absolutamente ligado a la satisfacción y referenciación primero de los pacientes, aunque sin olvidar por extensión a todas las partes interesadas en el proyecto global: empleados, profesionales colaboradores, proveedores, aseguradoras y mutuas, administración pública, etc.

4.2. Gestión del cambio: Necesidad de entorno receptivo. Cambio perspectivas y desarrollo de relaciones de confianza



El área integrada debe de superar la burocracia “que no aporta valor”, ayudando a romper los silos de especialidades que reclaman mantener status quo sin una orientación al paciente. Un área integrada debe permitir mostrar el potencial de los profesionales (y de los directivos) con herramientas mejores y de visión al futuro.

En un Área Integrada, es necesario analizar el contexto, identificar los requisitos, necesidades y expectativas de las partes interesadas para proporcionar una atención coordinada, continua y en el que se tenga al paciente en el centro de la puesta en marcha. Por lo tanto, un Área Integrada necesita conocer qué factores del contexto, tanto interno como externo, influyen en las decisiones de integración. ¿De qué manera ha de organizarse para que dichas decisiones puedan ser puestas en marcha y tengan éxito?

El cambio²³ hacia la integración asistencial, implica una organización en función de las necesidades de la población del área sanitaria, pacientes incluidos. Es importante este matiz. De forma reiterada asistimos a que el cambio hacia un área integrada es la mejor respuesta para la gestión de pacientes complejos o la cronicidad por extensión. Un área integrada también tiene que dar respuesta efectiva para aquellos que no son pacientes complejos ni su cronicidad es equivalente a polimedicación y pluri-patologías. Los pacientes crónicos tienen diabetes mellitus, hipertensión arterial, pero también son pacientes con cronicidad aquellos que tienen endometriosis, psoriasis. (Ver caso: **Dermatología se pone en los zapatos de un paciente de psoriasis en un Área Integrada**) o artritis reumatoide. Esto es, la cronicidad entendida como una sumatoria de enfermedades, responde a una visión de modelos que pronto pueden ser superados por una generación de pacientes crónicos (típicamente, generación de los años 60), que será diametralmente opuesta a esa visión para las que una organización se convierte en integrada (pacientes complejos con pluripatología). La estratificación de grupos poblacionales (*ver e- senior chronics como ejemplo*), es imprescindible para orientar las propuestas en un área integrada, con el fin de gestionar a partir de competencias y necesidades, no desde la enfermedad. Evaluar de acuerdo con la gestión de datos (*ver experiencia EMPACT, como ejemplo*), utilizando la evidencia.



Un área integrada debe comenzar por integrar los datos que genera, aportar información común y construir desde el conocimiento mutuo. Control de Gestión o Departamentos como Auditoría Contable o similares, deben de ser modificados para crear conocimiento a partir de los datos agregados de las organizaciones integradas



La visión en silos, como falta de una cultura de colaboración, podrá ser contrarrestada compartiendo datos (Historia Clínica Electrónica como ejemplo), y la comunicación, la colaboración y la coordinación entre los proveedores de atención sociosanitaria. La integración aborda la mejora de la salud, como la situación sociosanitaria de la persona, con visión comunitaria. La integración

de los servicios asistenciales debería ser útil para concentrar el volumen de pacientes en función de su complejidad y descentralizar aquello que sea frecuente y de baja complejidad, evitando duplicidades (típicamente cuando se integran varios hospitales en un área sanitaria integrada). Esta integración de servicios, que no necesariamente equivale a una integración de sistemas, debería llevarnos a ser más eficientes, precisamente, por esa economía de escala que se invoca como la ventaja que aportan las áreas integradas. (Ver Anexo: **LA VISION DEL PROFESIONAL EN UN AREA INTEGRADA Procesos Integrados en Obstetricia hacia un AREA ASISTENCIAL INTEGRADA**)



La comparación es obligada, siquiera para mejorar. (¿Qué nivel de riesgo anestésico se puede atender en cada centro integrado?, ¿Cómo se asigna?, ¿Cómo se colabora para evitar reiteradas revisiones preanestésicas, en hospitales de la misma área integrada?, ¿Pueden solicitar consultas externas o pruebas independientemente del centro en el que se encuentren del área integrada?, ¿Qué

alarmas y qué alertas existen para identificar los riesgos que conlleva una integración de un área, o literalmente, de un proceso asistencial?)

Iniciativas de benchmarking sanitario con experiencias internas o de otros centros sanitarios, en las que se consigue un doble objetivo: incentivo del excelente y aprendizaje compartido de toda la institución. Existen experiencias referidas reiteradamente desde la Central de Resultados de Catsalud o el proyecto Essencial o el Observatorio de Salud en Asturias, o en Madrid o en Andalucía, entre otras. Son informaciones accesibles a resultados en salud y calidad de los distintos proveedores que integran el sistema sanitario. De manera anual se publican resultados nominalizados de los centros de Atención Primaria, hospitalaria, salud mental y adicciones, sociosanitaria, centros de investigación, salud pública, emergencias médicas y formación sanitaria especializada, inspirado en movimientos como *NICE*, *Choosing Wisely* entre otros, para identificar prácticas clínicas que aporten poco valor al no ser efectivas, por no existir evidencia sobre su efectividad o el programa de analítica de datos para la investigación y la innovación en salud (*PADRIIS*) que podrían ser utilizados como base para una evaluación.

4.3. Cultura de equipo multidisciplinar y competencias profesionales

Los proyectos tienen que gestionar procesos, con una adecuada monitorización que permita ver la efectividad de las mejoras planteadas, con un trabajo sistemático. Uno de los objetivos fundamentales de la incorporación de todo el personal a la mejora de la calidad del servicio, a través de equipos estructurados, es que sean capaces de analizar y resolver los problemas que existen en el desarrollo de su trabajo, mediante técnicas y solución de problemas (p. ej., *Kaizen Healthcare*). La asistencia integrada, necesita de este tipo de personas que comprendan que mejorar el proceso es una de las claves.



Una atención integrada debería beneficiarse de una continuidad en los cuidados, o quizás de forma inversa, la continuidad de los cuidados debería ser un resultado de la atención integrada. Esa continuidad no es solamente la enfermedad, sino que las actividades preventivas de promoción de la salud en la comunidad, estarían en el core de un área integrada. Por tanto, muy ligado a una Atención Primaria con visión comunitaria. En ocasiones se innova por eliminación (*Pharmacy Care Program*²⁴ aumentó la adherencia en un 15%, con una intervención sencilla).

Una de esas palabras que deberíamos enviar a un lavado higiénico para que nos fuera devuelta libre de atributos, es la **multidisciplinariedad** (y su derivada interdisciplinariedad). Es válida para todo aquello que signifique mezcla de algo, ya sean profesionales, conocimientos o fuerzas armadas. La generalidad nos lleva por multidisciplinariedad a una visión común, holística como suele decir la enfermería, por la cual no hay una enfermedad sino una persona que tiene una enfermedad con sus implicaciones sociales, físicas y mentales, que necesitaría una intervención.

Visto así, parece una suma de individualidades. Con esa multidisciplinariedad, podemos consensuar, a falta de evidencias, los procesos asistenciales. Una perspectiva sistémica se aplicó en un reciente²⁵ estudio del proceso de atención multidisciplinar en la esclerosis múltiple. Tres hospitales adoptaban esa organización orientada al proceso, agrupando las tareas relacionadas con un proceso de atención específico dentro de un único equipo multidisciplinario.

¿Qué **competencias** son necesarias para los profesionales que se quieren coordinar, integrar o que participen en procesos asistenciales integrados? Un Área Integrada agrupa conocimientos, técnicas y recursos, para hacer una gestión del conocimiento. Son necesarias competencias nuevas, y hacer visibles esas competencias que se requieren para que el área integrada responda. Donde los profesionales comparten un objetivo, que entiendan y respeten lo que aporten. (¿Por qué no se hace el diagnóstico con Atención Primaria en el 80% de los procesos?). El Área Integrada, por ejemplo, minimiza los desplazamientos promueve que la e-interconsulta que se presenta como éxito, sea en realidad una e-consulta sincrónica. Combinar la subespecialización en las competencias de los profesionales, con la generalización de una atención que se señala integrada como respuesta, necesitaría también de esas nuevas competencias en esos profesionales.

“Los recursos humanos son el principal activo de una organización”. La participación, la comunicación, compartir valores, es tan importante como el resultado técnico de un trabajo en equipo. Esta es una máxima que no debe olvidar ninguna organización cuyo objetivo último sea llegar a ser excelente. Si la calidad es considerada como sinónimo de excelencia, la concepción de un Programa de la Calidad no debe estar basada únicamente en aspectos técnicos, materiales u operativos. Hay que diseñar y ejecutar programas concretos de mejora y sistemas que no penalicen a las personas. Para tratar de alcanzar éxito debe de estar apoyado en Recursos Humanos de la organización porque depende directamente de la implicación que tenga todo el personal de la organización en los niveles y en las responsabilidades que a cada uno le competen. Otra vez surge lo habitual, la organización, el liderazgo, el tratamiento de las iniciativas, los recursos empleados, la gestión de los procesos, los resultados, y la orientación a la mejora. El **trabajo en equipo** dentro de una organización integrada supone la incorporación de distintos perfiles a la mejora de la Calidad. Es necesario disponer de un modelo contingente de formulación e implementación de la estrategia de integración, en el cual, el ajuste organizativo se convierte en un elemento central, pues de la coherencia entre las decisiones de integración y la organización depende el éxito de la estrategia.

4.4. Liderazgo que potencie una cultura de innovación

Sin estrategia, cualquier cosa se puede considerar importante. Hacia dónde y qué se quiere hacer; todo lo demás responde a esto. Buscar una estrategia ayuda a decidir qué es importante, para quién, qué necesidades se cubren y qué se va a aportar de forma distinta a otros proveedores. No puede quedar todo en un congreso, los pasillos de un hospital o las paredes de un servicio, lo mejor tiene que estar al servicio de los demás y ser reconocido y recompensado. En los hospitales y en los equipos de Atención Primaria hay personas con una alta cualificación y con orientación hacia el servicio de las personas, por lo que reúnen las características ideales para participar en proyectos de mejora y de innovación. Se necesita estar comprometidos con la organización, conocer qué se quiere y qué se espera de los profesionales. En todas las organizaciones coexisten permanentemente múltiples problemas que requieren una solución, y personas suficientemente preparadas para resolverlos. Parece por tanto, oportuno promover las mejoras utilizando la creatividad para que desaparezcan o se mitiguen esos problemas. **No es posible conseguir mejoras sin la participación de los propios profesionales.** Ahora bien, esa participación tiene que estar articulada y conseguida mediante la promoción y el fomento de equipos de personas en los que se consiga un alto grado de integración y satisfacción. No hace falta expertos en management o en calidad sino sencillamente, personas con ganas de mejorar las cosas, con reconocida solvencia y con sentido crítico. A la hora de crear un equipo de trabajo para acometer un proyecto, se deberán escoger personas, profesionales que pueden desarrollar la misma o diferentes funciones, que habrán de ser dinamizados y convertidos en un equipo coordinado de trabajo.

Una transformación hacia una atención integrada necesita una estructura con un liderazgo claro, coherente con sus objetivos, qué se preocupa por transmitir los objetivos a corto

plazo y largo plazo pero también que reconozca las barreras con las que se encuentra, que promociona, que escucha, que tiene compromiso, que entiende a las personas como el mejor activo de la empresa. Es necesario preparar la organización para el momento de la verdad (y no el momento del subterfugio). Como siempre, la comunicación es clave. No tanto como deseo sino como valor. La comunicación interna es aún mejorable, a pesar de la expansión de Intranets o unidades de comunicación propias, perdiendo la oportunidad de trabajar la cultura organizacional por parte de los directivos del área sanitaria. Mantener una comunicación abierta es esencial para entender el cambio que se quiere conseguir. El gobierno escocés, presentó²⁶ también su propuesta de Integración de salud y asistencia social del gobierno escocés, haciendo hincapié en la comunicación a la población.

En suma, personas, procesos que requieren un liderazgo²⁷ para conseguir una optimización de la interacción de las partes para llegar a un estado, que, en ocasiones, no sabemos identificar claramente.

LECCIONES APRENDIDAS. ESTRUCTURAS ORGANIZATIVAS DE AREAS INTEGRADAS

Xosé Ramón Gómez Fernández. Gerente. EOXI Pontevedra e O Salnés.

- ¿Por qué se considera se constituyen las áreas integradas en Galicia?

El proyecto de Áreas Integradas nace en Galicia a principios del año 2000. En ese momento, la organización periférica del Servizo Galego de Saúde (SERGAS) estaba muy atomizada (14 gerencias de hospital, un equipo de gestión por centro) y 7 gerencias de atención primaria, para una población de unos 2.700.000 habitantes.

Si queremos resumir mucho la idea que prevalecía en aquel momento sobre las áreas integradas, debemos señalar que se pretendía que el paciente fuera el centro del proceso asistencial y que, a la vez, debería tener un papel más activo en la organización, puesto que en la práctica los recursos se organizaban de un modo en que no se garantizaba la continuidad de la atención, no se establecían objetivos congruentes entre las diferentes gerencias y se producía una ruptura entre el primer nivel asistencial, de Atención Primaria, y el segundo nivel, de Atención Hospitalaria.

La idea era crear una organización que pudiera evitar esta ruptura que los pacientes aprecian manifiestamente en su paso entre la Atención Primaria y la Hospitalaria. Para lograrlo se pretendía una organización más transversal (Gerencia de Gestión Integrada, Estructura Organizativa de Gestión Integrada, Gestión de Área, el nombre es lo de menos) que gestionara todos los recursos sanitarios de un espacio geográfico concreto para prestar servicios sanitarios a la población de dicha área geográfica.

-¿Cuál era el organigrama que se planteó para el cambio?

El cambio más importante fue la estructura en el ámbito asistencial, puesto que tanto la Dirección de Recursos Humanos como la de Recursos Económicos permanecieron sin grandes cambios.

En el ámbito asistencial la organización contaba básicamente con tres pilares:

- Dirección de procesos ambulatorios. Se configura como la responsable de la gestión de los procesos ambulatorios a través de los cuales se establece la relación de la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria. De esta dirección dependería la asistencia que se ofrece en Atención Primaria y todo el ámbito de las consultas externas del hospital, así como la atención a las urgencias y emergencias en los dos niveles de atención, tanto en los puntos de atención continua como en los servicios hospitalarios de urgencias. Esta dirección se concibe como la responsable de la gestión de unos 30.000.000 de contactos (datos aproximados actuales), que ocurren en el ámbito de Atención Primaria y Hospitalaria tanto de consultas como de urgencias. Alrededor del 70% de la actividad de consultas externas en hospitales, proviene de atención primaria.
- Dirección de Procesos con ingreso. Sería responsable de todos los procesos que se resuelvan en el hospital sin intervención de atención primaria. Esta dirección es responsable de la hospitalización y la actividad quirúrgica de cada área sanitaria.
- Dirección de procesos de soporte. Gestionaría todo lo relacionado con los servicios de apoyo: el laboratorio de análisis clínicos, microbiología, anatomía patológica, diagnóstico por imagen... que apoyaría las otras dos direcciones.

La primera experiencia se pilotó en Ferrol en 2004 y en 2009-2010 se desarrollaron en toda Galicia.

-¿Qué oportunidades de mejora señalaría en el despliegue de las áreas integradas?

Debemos reconocer, como en todo proceso de cambio, que se hayan cometido algunos errores en el desarrollo o que hayamos tenido que lidiar con este cambio en un período muy problemático debido a la crisis económica. Sin embargo, estoy convencido de que es el mejor modelo para una provisión adecuada de servicios, más eficiente y más efectiva. Esta estructura de Gestión Integrada gestiona todos los recursos de salud que en un área geográfica determinada prestan servicios a la población de dicha área.

Quizás el fallo más importante pudo ser que no hubo el mismo nivel de desarrollo del modelo en cada área sanitaria, por lo que en algún caso no se desarrolló la filosofía de la nueva organización, de forma que, aunque formalmente se estableció el organigrama, en la práctica el funcionamiento no se completó, por lo que no se desarrolló el esquema transversal con visión de proceso asistencial.

Me refiero a que la persona responsable de Atención Primaria nada tenía que ver con la gestión de las consultas externas de hospital que era, precisamente, la vía de entrada de los pacientes que remite Atención Primaria, por lo que las decisiones que se tomaban en el área ambulatoria no contemplaban todo el marco operativo. Esta situación mantuvo la falta de relación entre los profesionales de atención primaria y de hospital.

Por el contrario, en otras áreas el desarrollo fue mayor, de modo que se estableció una relación directa de los servicios hospitalarios con los de Atención Primaria y con esto se abrieron más líneas de acceso de la atención primaria al hospital, mayor nivel de acceso a pruebas y se establecieron protocolos y guías de manejo de pacientes de forma colaborativa entre profesionales de atención primaria y hospitalaria. Desde Atención Primaria se establecieron relaciones con servicios y unidades del hospital antes vedadas a primaria, entre las que podemos citar: la consulta externa del dolor, la de neurocirugía o la consulta externa de raquis. ...

4.5. Retos para la organización efectiva en atención integrada.

Es probable que la falta de implantación real del concepto de área integrada de salud tenga sustrato en una errónea distribución de los recursos. El mayor gasto en hospitales y en Farmacia detrae recursos para la atención preventiva. Marcarse como objetivo la mejora de resultados de salud poblacional podría ayudar para redistribuir ese gasto y estructurar mejoras en búsqueda de la máxima eficiencia. Así, la dirección clínica ayudaría a destinar los recursos según las necesidades detectadas por el profesional asistencial, mejor conocedor de las necesidades del paciente.

4.6. Superar barreras

La escasa inversión en innovación, no solo tecnológica, en los centros sanitarios, disminuye la posibilidad de incrementar la eficiencia de los procesos. Se continúa tratando cada episodio asistencial por separado, sin una cultura de gestión por procesos real, en la que es indispensable el trabajo en equipo entre todos los profesionales de distintos niveles asistenciales.

Todo “lo digital” (tecnologías de la información se queda ya corto como descripción) ayuda hacia un área integrada de salud, pero la velocidad de adopción de la **transformación postdigital** aún está siendo más lenta de lo deseado. La historia clínica electrónica ha conseguido la vertebración de la información clínica del paciente y posibilita compartirla entre todos los agentes relacionados con su asistencia. La verificación de antecedentes personales y alergias se realiza de manera más eficaz, aportando seguridad clínica y longitudinalidad en la atención. Existen herramientas capaces de leer la información no estructurada en la historia clínica, que detectan términos clínicos claves para construir bases de datos útiles para la gestión más eficiente de los recursos o la investigación clínica (10 minutos por paciente como reclamación extemporánea). Los datos de la historia clínica serán cada vez más accesibles por el paciente, auténtico propietario de esos datos, siendo probable un futuro en que los sistemas de información no estén alojados en cada centro sanitario sino en la red general. En este ámbito, es importante desarrollar un manejo seguro de los datos, con tecnologías como blockchain o estándares de programación específicos para el ámbito sanitario.

En un futuro próximo, llegarán a manos del médico clínico soluciones digitales basadas en el reconocimiento de voz y en inteligencia artificial capaces de potenciar su la-

bor asistencial gracias a la integración de las guías de práctica clínica con la experiencia clínica de muchos profesionales conectados en red. Tecnologías como el *machine learning* posibilitan el aprendizaje continuo de sistemas automatizados para mejorar la exactitud del diagnóstico basado en imágenes, y a medida que se consigan mejoras en la codificación de los datos clínicos en la historia clínica electrónica, los sistemas se comportarán como verdaderas herramientas de apoyo a la decisión clínica.

El paciente con enfermedades crónicas está cada vez más digitalizado (ver más adelante e-senior) y sus necesidades y expectativas en relación con el sistema sanitario incluyen el manejo de tecnologías de información durante el proceso asistencial. Los perfiles de pacientes digitalizados podrían diferenciarse en *e-Young chronics*, nativos digitales con alguna enfermedad crónica que dominan las redes sociales y la información disponible en Internet y reniegan de la atención sanitaria convencional; y los *e-senior chronics*, personas de edad avanzada con varias enfermedades crónicas, que son receptivas al uso de aplicaciones digitales para monitorizar su enfermedad o aprender estrategias de autocuidado. Son este tipo de pacientes a quienes urge caracterizar adecuadamente en el contexto asistencial para adecuar la prescripción de soluciones de Salud Digital. Demandan menor actividad asistencial presencial, posibilidad de comunicación con el profesional sanitario a través de redes sociales o videoconferencia, mayor accesibilidad a la vez que una gestión más eficiente de las consultas y más información médica veraz sobre su patología. Son ellos quienes se benefician de la prescripción de aplicaciones móviles, blogs y páginas web especializadas, de la relación con sus iguales a través de redes sociales, de estrategias basadas en la Telemedicina y de herramientas que integran realidad virtual o realidad aumentada.

El concepto de medicina de precisión (o personalizada) se basa en el uso masivo de todos los datos relacionados con la salud y la enfermedad de una persona, incluyendo sus datos genéticos, para tomar decisiones más específicas. Es necesario apoyarse en sistemas de información muy potentes, basados en inteligencia artificial, para analizar todos los datos clínicos, genéticos, de monitorización y administrativos de un solo paciente y conseguir un resultado que ayude al clínico a tomar decisiones personalizadas.

4.7. Estratificación de pacientes por competencias tecnológicas y las necesidades de cuidados: e-Senior Chronics

El Barómetro social de los jubilados en España²⁸, nos describe un perfil de población que merece una reflexión. En una muestra de 1.500 entrevistas a personas de entre 65 y 77 años, destacan los siguientes datos:

Vida y actividad física

84%

Se sigue cuidando y realiza ejercicio de forma habitual, caminar como actividad más frecuente

Vida y Relaciones sociales

70%

Pasa la mayor parte del tiempo con familiares

94%

Cuidan de sus nietos

60%

Cuidan de otros familiares

26%

Realiza actividades de voluntariado

- Inquietudes formativas y culturales: el 34% asiste a actividades formativas: lectura (74%), visitar museos y exposiciones y asistir a conciertos

- Impregnación tecnológica: Disponen de una media de tres dispositivos electrónicos, con esta proporción: un 75% tiene ordenador, un 70% dispone de Smartphone y un 45% Tablet. Llegando a que el 7% dispone de videoconsola y un 4% de cámara deportiva

- **Redes Sociales:** Facebook es la preferida de un 46%, en las que el 65% asegura usarla una vez al día o varias. YouTube, 43% de los encuestados, el 76% entra una vez a la semana. WhatsApp 70% tiene en su teléfono y Skype, utiliza un 20% aun siendo sorprendente esta cohorte de pacientes, que podemos reconocer como no habituales en nuestro entorno, se nos muestra que disponen y utilizan la tecnología con una conectividad sorprendente. (Los jubilados están digitalizados, prácticamente 3 de cada 4 tienen PC y Smartphone. Disponen de media de 3 dispositivos).



Existen experiencias de modelos colaborativos de mejora de la calidad (QICs) donde se implican profesionales asistenciales, directivos sanitarios, expertos en calidad y otras áreas. *The Atlantic Healthcare Collaboration for Innovation and Improvement in Chronic Disease (AHC)* en el que Canadá es un buen ejemplo. Sin embargo, hay variables nuevas que invitan a adoptar una nueva perspectiva. Un estrato de población mayor con unas competencias nuevas, en especial, en relación con la tecnología. Las tecnologías de la comunicación, en especial, Smartphones que permiten la geolocalización, interacción. Salud digital (e-Health) como una herramienta de intervención y mejora de las competencias en salud de los pacientes

- Un estrato de población mayor con unas competencias nuevas, en especial, en relación con la tecnología.

- La estratificación del riesgo poblacional “es una herramienta que permite identificar y/o agrupar pacientes con mayor riesgo de empeorar o de padecer un nuevo problema de salud, que requieran una atención más intensa y mayores recursos de salud en el futuro”. Esta perspectiva ha alimentado casi todos los modelos de atención a la cronicidad.
- La estratificación de la población por las expectativas de interacción con el sistema sanitario, la estratificación en función de su necesidad de cuidados, es un abordaje, al menos, singular. Esto es, gestionar la atención sanitaria o simplemente la mejora de la salud de forma amplia, a partir de las expectativas de los usuarios y de su potencial necesidad de cuidados, permitiría establecer modelos predictivos de comportamientos y organizar la atención. Esa atención, no es solo la interacción con el equipo de Atención Primaria, sino que esa atención pasa por identificar cuándo son necesaria la “prescripción” de “medicamentos digitales”.

Salud digital (e-Health) como una herramienta de intervención y mejora de las competencias en salud de los pacientes en un área integrada

Hasta el momento la salud digital aparece como una herramienta pasiva, sin interactuar con los pacientes más allá de un deseo vago de consulta. Sin embargo, la segmentación de pacientes crónicos permite predecir la posible evolución de dichos pacientes y su tratamiento en términos de calidad, utilización de servicios y costes. Abordar la estratificación en función de las expectativas y no por las enfermedades que padece el paciente, es una forma distinta de mantener una interacción entre ese perfil de personas mayores que tiene una impregnación digital mayor.

4.8. Caracterización de pacientes e-senior chronics

Los grupos focales son una metodología de investigación que aporta una interesante perspectiva si son parte de la propuesta de mejora. A partir de un grupo focal de profesionales, directivos y metodólogos, además de pacientes, se debatió sobre la existencia del perfil de nuevo paciente mayor (digitalmente conectado con redes sociales, con inquietudes formativas y culturales estandarizadas, pero no muy frecuentes, y con una actividad física habitual, en un entorno social de aceptación y participación). Se reconoce como un perfil no habitual, pero que puede encontrarse en la consulta. Por un lado, no se puede segmentar por la población en la que se vive en determinadas áreas y por otro, es probable que los pacientes con impregnación tecnológica tengan unas expectativas distintas de relación con el sistema Sanitario.

En el primer abordaje a la caracterización de e-Senior chronics, se utilizó el Mapa de Empatía para identificar las influencias que reciben los pacientes mayores que no responde al estereotipo. El objetivo de esta primera intervención buscaba encontrar consenso en la existencia de ese estrato de población, en adelante. En el segundo consenso, se identificaron las competencias básicas y las adicionales para la caracterización de los pacientes e-senior chronics.

4.9. Definir un Relatorio argumental para la puesta en marcha de la atención integrada

La propuesta de un Área Integrada debería de contar, entre otros, con los siguientes aspectos:

- **Relacionar estrategia y planificación:** definición del tipo de integración que se pretende ofrecer a profesionales, población y qué beneficios se esperan (al menos “cinco beneficios básicos” concretos que sirvan para la visibilidad del camino que se quiera recorrer). En el apartado TAKE HOME MESSAGES, se señalan recomendaciones para la argumentación de la puesta en marcha de la atención integrada.

21 “TAKE HOME MESSAGES” PARA DIRECTIVOS y DECISORES POLÍTICOS

POR LAS PROMESAS

- 1 Calidad clínica y calidad de gestión, son un binomio imprescindible en la Atención Integrada.
- 2 La calidad de servicio implica que la organización se orienta al resultado tratando bien al cliente, comenzando por aprender de lo que necesita.
- 3 Reforzar el papel del ciudadano. El cambio que se quiere conseguir está basado en las necesidades de la población que se quiere atender de forma integrada.
- 4 Garantizar la seguridad, en especial, disminuir las tasas de infecciones (sepsis)

POR CAMBIO DE ESTATUS Y ESTRATEGIA

- 5 Establecer con claridad la gobernanza del área sanitaria, modelo, desempeño, objetivos y la inevitable evaluación de resultados
- 6 Estructura de gestión del control
- 7 Un entorno de cambio en el que la retribución sea proporcional al esfuerzo realizado (p.ej., ¡asumir áreas integradas en directivos que duplican su trabajo!)
- 8 Atención Primaria, es el punto mejor situado para ejercer la función de coordinación. Probablemente, en una alianza con Salud Pública y de orientación a la mejora de la salud en lugar de prioridad a la atención a la enfermedad, podría darle el verdadero papel de coordinador de un área integrada.
- 9 Plan de Comunicación (p.ej., un mensaje permanente que justifique el cambio), tanto para pacientes crónicos como quienes no lo son.
- 10 La información no es que se comparta (con profesionales, sin duda), es vital para el éxito.
- 11 Tener un portfolio para una política sanitaria que presenta la integración como respuesta a las demandas. El objetivo no es el éxito de la atención integrada sino la mejora en la atención que se presta, con una orientación a la mejora continua a partir de la evaluación.

- 12 Identificar las fuerzas que favorecen la interacción. Entre ellas, imagen de marca, el componente ético del cambio y aquellos nuevos aspectos de remuneración que se realiza para la integración (¿se paga por un “buenos días”?)

POR LAS OPERACIONES

- 13 Un rol más protagonista para una enfermería que gestiona los cuidados, con una visión poblacional.
- 14 Estructurar y planificar los productos mínimos viables y esperables de una organización integrada (¿Qué se espera a los seis meses, al año, en resultados de salud?)
- 15 Mejorar el clima “profesional” del servicio que se presta.
- 16 Propuestas de mejora más allá de un año natural.
- 17 Conseguir hospitales eficientes por su mejor colaboración con los proveedores. RRHH ajustados y movilidad posible para responder a las demandas.
- 18 Para integrar, es imprescindible definir el alcance y el despliegue. La integración de procesos de salud con procesos sociales implica una coordinación intensiva previa.
- 19 Articular cuidados integrados con los pacientes.

POR LAS COMPETENCIAS

- 20 Las nuevas competencias que se requieran implican una formación para modificar actitudes, entre otros aspectos, para prestar atención al público de primer nivel.
- 21 Las competencias que se requieren para un cambio de organización, implica un trabajo en equipo que la propia organización no favorece (“los cupos de Atención Primaria como ejemplo). El trabajo en equipo, implica cambios en los procesos internos de forma recíproca, sobre todo, en el ámbito hospitalario.

- **Relacionado con la puesta en marcha.** Financiación con sistemas de pago ajustados por variables relacionadas con las necesidades y las competencias de la población. Una atención transversal, centrada en las necesidades del paciente, interdisciplinar, en red, con base comunitaria y base territorial que generase valor para los usuarios. Teniendo el paciente como centro de atención para ofrecerle servicios hospitalarios, sociosanitarios y comunitarios de forma independiente pero coordinada; integrar no implica necesariamente una fusión. La atención integrada es compleja pero sólo a través de la transversalidad, de prácticas compartidas, territorializadas y centradas en el paciente, se puede avanzar hacia una mejor salud. Aquellas acciones que no deben suceder (**RED FLAGS**) en la puesta en marcha de una atención integrada, condicionan la evaluación que se haga de sus resultados.
- **Relacionadas con los mecanismos de coordinación e información** que se van a utilizar para la integración tanto de la atención sociosanitaria, dependencia. Los protocolos y la definición de vías clínicas continúan escribiéndose en formatos poco accesibles, en documentos que se guardan en el cajón (ahora en la Intranet). Las sesiones clínicas o los cursos de formación continuada continúan estando circunscritas a los servicios, con escasas experiencias formativas multi e interdisciplinarias.

- **Relacionados con evaluación y métrica.** Más allá del número de pacientes, la clave de la mejora son los resultados en salud. Utilizar un área sanitaria a partir de la enfermedad, en lugar de la prevención, convierte la propuesta en una integración vertical en la que los hospitales de agudos asumen la centralidad.
- **Relacionados con la efectividad:** Incremento de la CMA, estandarización de atención preoperatoria con Atención Primaria, racionalización de las técnicas de diagnóstico, mejorar la adecuación e indicación.
- **Relacionado con los valores:** equidad: *Bárbara Starfield*, como referencia eterna de Atención Primaria, señala que la Atención Primaria reduce incluso las diferencias en la salud en determinados subgrupos. La aportación de Atención Primaria hacia la mejora de la salud de la población con una orientación hacia la prevención de la enfermedad y la mejora de la salud poblacional. Además, se vincula a una mejora de la equidad. En lugar de la integración con hospitales, vinculados a enfermedad por definición, quizás la vocación de la Atención Primaria estaría en integrarse como un gran participante de actividades con visión preventiva. Un papel en la articulación local, incluso con adaptaciones y diferencias particulares, con una visión poblacional, relacionado con la atención sociosanitaria. La atención más cercana, las organizaciones de apoyo a pacientes, las organizaciones de cuidados, todo lo relacionado con la articulación de salud pública, está más cerca de la salud y de Atención Primaria, que de una integración hecha desde el Hospital con visión central. Ejemplos, como la integración entre el sistema de salud y los servicios sociales en el abordaje integral de la salud mental.

A partir de las necesidades y de las competencias de pacientes (y profesionales), el área sanitaria integrada debe dar respuesta con un equipo multidisciplinar en la planificación de cuidados a la enfermedad de un paciente a grupos de pacientes en unidades integradas de práctica.

17 “RED FLAGS” HACIA UNA ATENCIÓN no INTEGRADA PARA DIRECTIVOS y DECISORES POLÍTICOS

POR LAS PROMESAS

- 1 No utilizar los procesos integrados para mejorar la calidad y seguridad clínicas
- 2 No se puede tener de todo y a la vez y de forma instantánea en la atención integrada

POR CAMBIO DE ESTATUS Y ESTRATEGIA

- 3 No definir una red Hospitalaria coherente
- 4 No tener en cuenta las necesidades y expectativas de Atención Primaria y Salud Pública
- 5 No profundizar en acuerdos estratégicos en el sector social con la atención sanitaria
- 6 No disponer de una financiación sostenible y demostrable
- 7 No realizar una Planificación estratégica y operacional con alcance y despliegue claros
- 8 No entender que la información al SNS ayuda en la mejora
- 9 Presentar la atención integrada como una respuesta a la cronicidad

POR LAS OPERACIONES

- 10 Presentar la reformulación de la arquitectura de la red hospitalaria como una consecuencia de la atención integrada
- 11 No realizar una evaluación ni benchmarking en indicadores con visión poblacional
- 12 No realizar reformas legales que aporten consistencia a los cambios
- 13 No priorización de los objetivos poblacionales en los contratos programa
- 14 No reformar el papel de los cuidados con una visión integral
- 15 No tener en cuenta la opinión de profesionales, en especial, de los descontentos con la reforma
- 16 No incorporar un componente ético en la argumentación del cambio

POR LAS COMPETENCIAS

- 17 No tener en cuenta las competencias tecnológicas de los pacientes y profesionales para reformular la atención

PROPÓSITO DE UN CASO:

“Quiero un área integrada, pero no así”. María Dolores Acón.

Durante la última década nuestro sistema sanitario ha sufrido directamente las consecuencias de una serie de cambios relacionados directa o indirectamente con los de ámbito social y económico que han acontecido en este periodo. Como no podía ser de otro modo, y al igual que aconteció en otros sectores, nuestro modelo sanitario tuvo que hacer, por primera vez en mucho

tiempo, una profunda reflexión para encontrar la fórmula que nos permitiera ser solventes si queríamos que nuestro sistema sanitario pudiera seguir siendo tal y como la habíamos conocido y disfrutado hasta el momento. En medio de esta reflexión y de la grave situación financiera que se avecinaba y que posteriormente atravesó nuestro país, surgió la necesidad de adoptar reformas encaminadas a buscar la eficiencia en el manejo de los recursos disponibles, es decir aplicar fórmulas empresariales y de profesionalización de la gestión sanitaria. Además, la crisis cuando llegó no lo fue tan solo económica sino también de valores, y en ese punto, ante una población con una esperanza de vida muy elevada pero con elevado coste sanitario debido a alto porcentaje de pacientes crónicos y pluripatológicos, surge la necesidad de defender más que nunca que “el paciente debe ser el centro del sistema”. Y eso, ¿Qué significaba realmente? Significaba que debíamos tener a la ciudadanía en un sistema de salud, que de una manera holística, tal y como dice la OMS, le proporcionara herramientas para la prevención de la enfermedad, los cuidados y tratamientos, tanto en atención primaria como en el hospital, en el entorno más próximo a su lugar de residencia, con la mayor calidad, con el mayor impacto en la mejora de su calidad de vida y con una reducción de costes basados en una mayor efectividad y eficiencia. Así comenzó a modelarse y a adoptarse el nuevo concepto de procesos asistenciales y estructuras sanitarias integradas. Sin embargo, no siempre se ha conseguido el resultado esperado ya que no en todos los casos estos modelajes han respondido a una integración basada en la transversalidad y continuidad de los procesos asistenciales entre atención primaria y hospital, sino que más bien en muchos casos han respondido tan sólo a una “unificación” de estructuras de gestión y cuyo ahorro se ha basado en la reducción de estructuras y puestos directivos, dado que tampoco se conseguían integrar, en la mayoría de los casos los procesos administrativos, de gestión del personal y de provisión de servicios entre ambas estructuras. Algunos procesos de unificación de áreas llegaron previos a un momento en que también llegó un Real Decreto que supuso un punto de inflexión para la sanidad de nuestro país. Así pues, y pudiendo hablar de mi experiencia en esta cuestión en la época que se menciona, puedo relatar el caso que me tocó vivir como Directora Gerente de un Área Sanitaria Integrada en una comunidad autónoma del norte del país entre los años 2011 al 2015. El área sanitaria que yo tenía asignada, atendía a una población que en ese momento era de 100.000 habitantes censados y una población flotante de unos 60.000 por su proximidad limítrofe a otras dos comunidades autónomas. Tenía una estructura compuesta de un hospital comarcal y 9 centros de salud. El hospital de 110 camas, poseía una cartera de servicios básica de hospital comarcal y en la que también estaban incluidos la atención obstétrica y los partos.

Esta área “unificada” era la única ya que en el resto de áreas sanitarias solo existía un hospital comarcal para la población asignada estando el resto de centros de atención primaria agrupados en una sola gerencia que abarcaba todo el territorio a excepción de los nueve asignados al área sobre la que yo era responsable. A mi llegada lo único que fue susceptible de reorganizar fue la “integración” de los equipos directivos (lo que antes se hacía con dieciséis directivos, se pasó a hacer con cuatro). En esta situación, los mandos intermedios del hospital y los coordinadores de los centros de salud, habrían de compensar y complementar la función directiva de esta estructura. Había dos presupuestos separados, uno para primaria y otro para el hospital; dos servicios de farmacia, uno de primaria y otro en el hospital; dos servicios de informática, pediatras de hospital y de primaria, listas de contratación diferenciadas, central de suministros diferenciadas, sistemas de información distintos, HIS del hospital y HIS de primaria sin capacidad de integración posible entre ambos... Sólo la Dirección era única ya que la “unificación” administrativa, la cual podía realmente facilitar y propiciar la integración, no se había producido ni había posibilidad a corto plazo de que pudiera producirse. En estas circunstancias la “integración” parecía una cuestión harto imposible. Sin embargo, con la práctica asistencial no sucedió lo mismo ya que desde el hospital se empezó a trabajar con los equipos de Atención Primaria en la “integración” real de los procesos asistenciales. Se comenzó a trabajar con procesos “de ida y de vuelta”, primaria-hospital-primaria, y así nacieron las “rutas asistenciales” en las patologías más prevalentes como la EPOC, insuficiencia cardíaca, diabetes y paliativos, en definitiva aquéllas que suponían el 80% de las patologías más prevalentes. El trabajo participativo y colaborativo entre profesionales obró el éxito de estos planes. Por ello, y dado que para conseguir el fin que suponía la integración, es decir la mejora en la atención de los pacientes y los resultados en salud del área de referencia, los medios no eran la estructura orgánica ni administrativa, sino la organizativa y funcional. Se vio, que por encima de todo, la integración tenía un altísimo componentes de voluntades individuales y de trabajo en equipo de los profesionales que estaba por encima de cualquier estructura, que aunque legal, se había creado de una manera forzada al albur de una inadecuada interpretación de lo que debe significar una auténtica integración. Por ello se solicitó la “desunificación” del área. El hospital quedó como hospital de referencia para el área y los nueve centros de salud quedaron administrativamente adscritos a la Gerencia Única de atención Primaria existente para toda la comunidad autónoma. Después de este paso el trabajo entre hospital y la primaria siguió con la misma sistemática colaborativa e integrada en procesos conjuntos, criterios de derivación consensuados, programas de atención a domicilio para reducción de las urgencias y de los reingresos, la atención a los paliativos con profesionales de hospital y de primaria, contrato programa con objetivos compartidos e indicadores de seguimiento conjuntos. Se pudieron mantener los mismos niveles de participación de los profesionales

y con los resultados asistenciales y de salud que se pretendían conseguir, es decir lo realmente importante para la población a la que se prestaba el servicio.

5. INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN EN ATENCIÓN INTEGRADA

Modesto Martínez Pillado
Ismael Said Criado

La evaluación de los resultados de la atención integral no es sencilla, al constar de objetivos distintos ya sea por alcance o despliegue, con lo cual los diferentes aspectos de la integración necesitan una métrica efectiva. A pesar de la generalización de la integración como la respuesta efectiva para afrontar la fragmentación de la atención sanitaria, la evaluación de los resultados no permite definir con evidencia si los pasos han sido los adecuados, y qué parte de la integración se ha logrado.

Los datos de que dispone una organización ya sean con visión estratégica, de gestión u operativa, deben de reflejar una visión real de la empresa con perspectiva del futuro. La evaluación²⁹ del nivel de integración organizativa implica resultados (con visión poblacional), costes (que no sea una mera minimización) y procesos (con indicadores con perspectiva transversal), todo ello compartiendo información (más allá del citado cuadro de mandos tradicional). Originariamente, el cuadro de mandos se orientaba a procurar una visión predeterminada, integral y a largo plazo. La ambigüedad conceptual para vincular la interacción de estructuras, procesos y resultados, que componen la atención integrada, no permite una fácil sistematización. El entorno es cambiante, como siempre, salvo que ahora ese cambio se produce a mayor velocidad. Anticiparse a esos cambios, o al menos, saber que se están produciendo debe tener una operativa para una modificación organizativa donde la integración asistencial se entiende como visión estratégica. En nuestro entorno, son habituales indicadores referidos a la accesibilidad, algunos al proceso, a la estructura y muy pocos, relacionados con el impacto de la atención sanitaria integrada en la población de referencia. Otra métrica, también como parte de la integración puede ser la evaluación³⁰ del seguimiento de procesos integrados de atención a la cronicidad.



Si no se mide la efectividad, no hay eficiencia real, y el proceso se acaba convirtiendo en lo medible, en aquello que se puede medir. La estandarización y normalización de los reportes que se necesitan de los distintos actores en un área integrada implica definir el flujo del trabajo clínico y de apoyo, que nos permitan conocer la evaluación del seguimiento de una enfermedad o un conjunto de pacientes para tomar decisiones. La evolución en los sistemas de información de los centros sanitarios avanza en aspectos de seguridad del paciente, con mayor control del proceso asistencial y evitación de errores pero la información necesaria para la evaluación del ciclo de cuidado de los pacientes todavía necesita una semiología y definiciones estandarizadas.

En la evaluación de resultados de las áreas integradas, podemos centrarnos en su evaluación en su conjunto, como la herramienta de gestión que pretende conseguir unos beneficios o la parte que las compone o la evaluación de las partes que forman la integración (la cronicidad como core)

5.1. Evaluación de la atención integrada a partir de la suma de las partes

La atención integrada puede entenderse como una suma de procesos que nos llevaría a una evaluación global que se identifiquen como incluidos en la asistencia integrada. Por ejemplo, la transferencia del paciente al alta puede ser un proceso evaluable³¹ y que haga referencia del avance de la integración. Sin embargo, no se puede concluir que la mejoría clínica que conlleva el alta hospitalaria supone la resolución del problema. Un comité de expertos identifica³² más de 15 recomendaciones para la mejora de la coordinación de cuidado (destacar la recomendación relacionada con las transiciones del hospital al hogar más efectivas). La participación del centro de salud, un control efectivo de la medicación prescrita.

Los objetivos asistenciales en pacientes con enfermedades crónicas se vinculan en determinar la situación clínica dentro de un continuum mórbido y no tanto en descartar la enfermedad en sí misma. Por ello, un episodio clínico ya no puede ser medido con las mismas herramientas que antaño, ya que un proceso mórbido trasciende los niveles asistenciales habituales. De esta forma, una patología no puede ser equiparada al episodio de ingreso hospitalario, porque también es atendida en Atención Primaria, en Urgencias, en Hospital de día, en consulta externa o incluso en el propio domicilio. Quizás el proyecto *ICHOM*, que trata de estandarizar ('standard sets') con un conjunto mínimo de aspectos centrados en los **resultados que más importan a los pacientes**, pueda ser una vía para unos análisis más homogéneos de resultados. Los profesionales sobrestiman la mortalidad muy por encima de las expectativas de los pacientes que dan importancia a otros aspectos. Son precisamente los resultados que importan a los pacientes, aquellos más vinculados con la orientación a un área integrada. Resultados de enfermedades como diabetes mellitus, hipertensión, o cáncer de pulmón, cáncer colorrectal, depresión, degeneración macular, osteoartritis de cadera y rodilla o insuficiencia cardiaca.

Un indicador que en sí mismo no garantiza más que la toma del tratamiento o el seguimiento de las pautas recomendadas, no implica necesariamente una mejora la salud de las personas. Los **patient reported outcomes**, información de resultados evaluada por los pacientes (una forma cualitativa de evaluación)

En una revisión³³ sistemática sobre intervenciones vinculadas a los resultados en áreas integradas, la educación del paciente y el empoderamiento clínico de los cuidadores se identifica como los factores más relacionados. Tras una revisión hasta el año 2015, de otras 34 revisiones sistemáticas y 9 estudios adicionales, tomaron como indicadores de evaluación, los ingresos hospitalarios y la evolución del HbA1c como monitorización de la atención a la Diabetes Mellitus. Más allá de los indicadores proxy que utiliza, donde hace equivalente a buen cuidado únicamente el nivel de Hb glicada y la tasas poblaciones de ingreso, es un intento para evaluar la integración de áreas sanitaria. Dos puntos finales en particular: admisiones al hospital y, para intervenciones dirigidas a personas con diabetes, cambios en HbA1c. En comparación con la atención habitual en programas dirigidos a personas con diabetes, la atención integrada, como intervención multicomponente, se asoció con una reducción media de 0,5 puntos porcentuales en HbA1c. ¿Sería suficiente por tanto un índice sintético a partir de métricas que definan la centralidad del paciente?

En una revisión³⁵ para la priorización de las características de las áreas integradas, mostraron mayor consenso, por un lado, el modelo de prestación de cuidados, la política, los recursos, la toma de decisiones y la calidad. Mientras que, por otro, la gobernanza, cultura organizacional, el contexto, los sistemas de información sanitaria, entre otras, eran aquellas dimensiones con menor acuerdo. Otro reciente³⁶ estudio, aporta un listado de 23 dimensiones para la caracterización de Áreas Integradas. Así, colaboración, coordinación, transparencia, empoderamiento, responsabilidad compartida etc. mientras en una revisión se vincula más a valores, otra se focaliza en líneas estratégicas.

Gesundes Kinzigtal Ltd es responsable económicamente del presupuesto total de asistencia médica de 31.000 asegurados en Alemania. La evaluación con indicadores como la prevalencia de la co-morbilidad, % polimedicación, % fármacos genéricos y la prevalencia de prescripciones de medicamentos potencialmente peligrosos (como la prescripción a largo plazo de benzodiazepinas). Como resultados, señala que en cada año durante el período de observación se redujo la prevalencia de fracturas entre los pacientes con diagnóstico de osteoporosis (por ejemplo, reducción de la morbilidad, incidencia y prevalencia de la reducción de enfermedades crónicas) incluso presenta mejores resultados en la esperanza de vida en solo tres años, a unos menores costes, que incluso concreta en 151€ de ahorro potencial frente a un grupo control. Se presentan resultados. En suma, incrementar la calidad de la atención, a un menor coste, tanto operativo como financiero, nos llevaría a la triple corona en una atención asistencial integrada. Sin embargo, no todo es tan sencillo de evaluar, ni necesariamente cualquier cambio, que se presente como mejora, lleva a dar un salto hacia adelante.

Tratar de lograr una métrica común, ha llevado a iniciativas como el programa SUSTAIN (Atención integral adaptada y sostenible para personas mayores en Europa), donde la evaluación de los resultados se hace equivalente a riesgos

5.2. Evaluación de la atención integrada como un todo

El programa INTEGRADE³⁸, en una revisión de la literatura sobre resultados en áreas integradas, únicamente 18 artículos, entre los años 2006 y 2016, pudieron ser incluidos. El análisis identificó 175 ítems agrupados en 12 categorías.

Para descontextualizar y poder aplicarse otros entornos, se han consensuado³⁹ distintas acciones en Europa, para que puedan ser sistematizadas en otras áreas.

Una parte de la evaluación de la atención integrada se realiza⁴⁰ con cuestionario que mide el clima relacional entre los dos niveles asistenciales. También el **cuestionario D'Amour** evalúa 10 parámetros para la valoración de la colaboración ente atención Primaria y Hospitalaria (una parte de la atención integrada). Evalúa la existencia de objetivos compartidos, una organización centrada en el paciente, el conocimiento mutuo, la confianza, la utilización de guías estratégicas, el liderazgo compartido, el apoyo a la innovación, las reuniones y foros, así como la estandarización de las prácticas y por último, los sistemas de información.

La validación de la métrica⁴¹ **B3 Maturity Model**” (B3-MM) para evaluar la madurez de una atención integrada, supondrá un punto de partida para la adaptación y comparación de la atención integrada de la salud.

Con la utilización del Análisis Envolvente de Datos para analizar⁴²⁴³ la eficiencia técnica de 58 Equipos de Atención Primaria pertenecientes a tres servicios de Atención Primaria de Barcelona constata que los modelos que emplean solamente indicadores de cantidad de inputs y outputs se señalan como eficientes apenas un 16% de los EAP. La incorporación de variables que se vinculan con la calidad asistencial aumenta dicha proporción hasta un 58,6%.

Sin embargo, los resultados en salud de los enfermos crónicos no son sólo responsabilidad de cada nivel asistencial. Para que una persona con enfermedad crónica consiga controlarse de la forma óptima posible, hay que tener en cuenta múltiples variables clínicas, pero también variables sociosanitarias y socioeconómicas. Variables como la adherencia terapéutica, el fácil acceso a los servicios sanitarios o la alfabetización se relacionan con una mejor gestión de la enfermedad. Si la evaluación de una atención integrada, estuviera relacionada con los resultados de la atención a la cronicidad, con herramientas como *The Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC), sería otra evaluación parcial de lo esperable de un atención Integrada. El cuestionario ligado al Modelo de atención a la cronicidad (CCM), aceptado como una herramienta útil para la mejora de los pacientes con enfermedades crónicas como diabetes, sería una métrica propia de solo una parte de lo esperable de un área integrada.

La evaluación de resultados intermedios, también vinculados a la calidad, tasas de vacunación, seguimiento de cribados poblacionales de cáncer (mama, cérvix, colorrectal), o número de mamografías o resonancias, o nivel de HbA1, o evaluación de la retinopatía diabética, o la utilización adecuada de betabloqueantes o tasa de amputaciones es una parte muy pequeña para tener una imagen real de la atención integrada.

5.3. Indicadores homogéneos para la evaluación de la atención integrada

Para medir el progreso hacia la integración no es fácil porque faltan indicadores y herramientas adecuadamente probadas. En una nueva parametrización se señalan dos grupos de indicadores. Aquellos relacionados (PROs) con la percepción del paciente sobre su salud (ansiedad, síntoma, distrés o necesidades no identificadas), a partir de cuestionarios para el dolor (NPRS), de calidad de vida (EQ-5D, AQoL, SF-36c), Distrés, depresión (K10, PHQ-2), ansiedad (GAD7). Con la perspectiva (PREs), se tendría en cuenta la visión del paciente, sobre accesibilidad, facilidades para la solicitud de cuidados, el autoconocimiento del plan de cuidados y rutas asistenciales, la calidad de la comunicación, los cuidados sociosanitarios en la cronicidad y la reputación que otorga al servicio. Identifica la experiencia del paciente, con indicadores para la evaluación CAHPS, o nuevas herramientas como cuestionario SINGER, Picker, o la Federación Internacional de Atención Integrada. Cada una de las dos orientaciones PROMs y PREMs, tiene una visión a corto y largo plazo. En el corto, una visión PROM, debe recibir información inmediata de los cuidados y con una visión a largo, de los resultados clínicos. Mientras que en el scope PREM, recibir re-

troalimentación sobre la situación actual de la integración, es posible que el entorno no invite a evaluar resultados. Resultado, entendido como cambio en el estado de salud previo supervivencia, mejora en la sintomatología y o la calidad de vida ajustados por calidad, la adherencia al tratamiento como un área de mejora. Ahora bien, ¿cómo se combinan los resultados de los objetivos individuales que tienen importancia para el paciente (**patient-reported outcomes (PROs)**) con aquellos relacionados con la experiencia de atención (**patient-reported experience (PREs)**)?⁴⁴

5.4. Complejidad práctica de los modelos actuales de evaluación de los resultados de Áreas Integradas.

Quizás más que buscar los indicadores estáticos para una evaluación de resultados, la minería de datos o el análisis masivo de datos supondrán un cambio de paradigma en la investigación clínica, dando protagonismo a la asistencia clínica del paciente con enfermedad crónica y a la correcta gestión del dato clínico. Las unidades de medición del desempeño clínico cambiarán desde la codificación del diagnóstico final de un episodio clínico, al síntoma, el signo clínico o el resultado analítico, vertiéndose ingentes datos a los sistemas de información. Éstos ayudarán a realizar tareas de investigación y gestión de recursos de forma mucho más rápida y eficiente, llegando a asistir de forma eficaz al profesional sanitario de forma instantánea durante incluso la entrevista clínica, con herramientas como los sistemas de apoyo a la decisión clínica.

Las series de casos clínicos quedarán obsoletas, imponiéndose la medición de procesos asistenciales completos, teniendo en cuenta todos los datos almacenados en los sistemas de información disponibles, tanto clínicos como administrativos. Los resultados de la atención sanitaria deben cambiar desde la medición de resultados subrogados, relacionados con el proceso asistencial, para detectar aquellos relacionados con la situación clínica real del paciente. Sería deseable evaluar los resultados en salud que definan la máxima estabilidad clínica de los pacientes. Así, las herramientas de investigación a usar en un futuro muy próximo serán aquellas derivadas del análisis masivo de datos, como la minería de datos, o minería de procesos, usada actualmente para el estudio de procesos asistenciales como el ictus en Barcelona o las vías de diagnóstico de cáncer colorrectal en Pontevedra.



Imagen extraída de:
<https://aer.eu/norrbotten-and-scotlands-nhs24-help-regions-to-deploy-integrated-care-systems/>

Ahora bien, si no logramos una métrica homogénea para la atención integral, puede suceder como los caballitos de madera, que se muevan, pero no avanzan. Una organización buena salva vidas y la forma de organizarnos en áreas integradas, es esencial⁴⁵. Sistematizar ¿qué se pretende y qué resultados hemos obtenido?

En la Unión Europea, el interés del Consejo Europeo de Regiones y Administraciones locales,⁴⁶ promueve la evaluación de la atención sociosanitaria integrada (*ICT4Life project*). **Kronikgune** (País Vasco), con el proyecto europeo *SCIROCCO*, facilita el escalado y la transferencia exitosa de buenas prácticas en la atención integrada, con el fin de facilitar el proceso de intercambio de información. Compartir lecciones aprendidas sobre lo que puede acelerar la adopción y el escalado de intervenciones y una herramienta que identifique, analice y facilite la transferencia de conocimiento de los requerimientos multidimensionales de la madurez de las buenas prácticas y los sistemas de atención sanitaria.

A partir de un diagnóstico de situación sobre la efectividad de la inversión en salud, y la utilización de los datos para generar información [*CIHI Canadian Institute for Health Information*]⁴⁷, Canadá se planteó un cambio sostenible en el modelo de salud. Valores (efectividad, innovación, requisitos de las partes interesadas), medidas y herramientas para el cambio que tenían como objetivo conseguir la sostenibilidad del sistema sanitario. La sostenibilidad (Canadian Healthcare Sustainability Challenges⁴⁸) mediante la efectividad, propone soluciones innovadoras de acuerdo con las “necesidades de las personas y los recursos”.

La rendición⁴⁹ de cuentas de los últimos años, sumado a un análisis de datos acumulados de toda la organización realizado por un organismo con reputación (CIHI Canadian)⁵⁰, señala la integración, de forma genérica, como una respuesta para la mejora del reputado Sistema Sanitario Canadiense.

IEMAC-ARCHO: (Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad) es un modelo autoevaluación sobre la implantación de modelos de gestión de la cronicidad. Está orientado a la evaluación de organizaciones a nivel marco meso y micro. Basado en el modelo CCM (Chronic Care Model) de MacColl Institute for Health Car Innovation. El CCM señala los elementos esenciales en la atención de un paciente crónico por un sistema sanitario (organización, comunidad, prestación de servicios asistenciales autocuidados de los pacientes, herramientas de apoyo a la decisión y sistemas de información). p.ej. la Dimensión 2, Salud Comunitaria, se compone de los ítems: estrategias de salud comunitaria, alianza con los agentes comunitarios, conexión del paciente a recursos comunitarios



¿Qué da valor a una asistencia integrada?: Preguntas poderosas

Resultados en salud desde el paciente

La mejora	Preguntas poderosas
Evaluación de resultados en salud desde la perspectiva del paciente	¿Qué nivel de independencia mejoran las áreas integradas en las actividades de la vida diaria?

Debemos generar soluciones a las necesidades que debemos atender. Es necesario evaluar y mirar de otra forma, para evaluar necesidades en lugar de seguir evaluando tecnologías (corto plazo). En realidad, deberíamos superar ya la evaluación de la tecnología **para pensar en una situación postdigital que es la que nos permitirá una verdadera diferenciación del servicio**. Si seguimos pensando en tecnología como diferencial, es posible que ya lleguemos tarde. Es necesario pensar en procesos y en cómo se adapta el servicio a las necesidades reales. Las soluciones podrán ser analógicas y digitales pero la verdadera transformación de la asistencia sanitaria integrada pasa por organizar el sistema de salud y la asistencia por las necesidades de la población.

Organizaciones centradas en el paciente, afrontar la dependencia⁵¹ (necesidades)

La mejora	Preguntas poderosas
Un ciudadano social, autónomo, informado, al que se le ofertan los servicios según sus necesidades y competencias.	¿Podrían desaparecer las salas de espera en una atención integrada?
Datos que respondan a preguntas poderosas	¿Hasta dónde el Estado?
Pacientes con competencias y necesidades estratificadas.	¿Qué resultados se esperan?

EL **patient journey**, como guía para construir procesos, incluso antes de tener cualquier enfermedad, hasta el diagnóstico y rehabilitación.

Población y pacientes como drivers

La mejora	Preguntas poderosas
El driver que orienta una gestión integrada son las experiencias acumuladas de la población y los pacientes.	¿Qué redes sociales de apoyo mejoran el Área integrada?

Población con competencias y necesidades estratificadas.

Profesionales comprometidos

La mejora	Preguntas poderosas
Dificultades para combinar normas y valores de la profesión con otras lealtades. Afrontar las (supuestas) lealtades contrapuestas con los requerimientos y demandas que imponen un compromiso organizativo. Es necesario compatibilizar los compromisos, reconocer las distintas contribuciones, y dar importancia a los jefes de mandos intermedios.	¿La sobreutilización es entendida como un problema ético? ¿Somos suficientemente competentes para superar una mentalidad en silos?

Hay que explicar con narrativas de impacto a los profesionales y a la ciudadanía para ser capaces de generar estudios de Real World Data. Tenemos en salud datos, pero hay otros tantos (p.ej., wearables) que no están integrados.

Estructura de gobierno y relaciones con las partes interesadas

La mejora	Preguntas poderosas
Mudar el pensamiento en funciones al de gestión por necesidades y competencias tecnológicas de los pacientes.	¿Cómo se organiza? ¿Qué forma de gobierno?
Pasar de funciones a procesos y tecnología, asociada a la mejora de la calidad y seguridad.	¿Qué autonomía de gestión? ¿Qué alianzas?
Datos: Sistemas de Información, dirección clínica que incorporan el coste a la práctica	¿Qué integración de niveles asistenciales? ¿Qué transversalidad de los procesos?
Seguridad: evitar efectos adversos.	¿Qué externalización de servicios?

Hay coincidencia, como generalización, que la integración asistencial tiene como premisa estar centrado en el paciente. Visto así, la evaluación de un área integrada estaría vinculada a la métrica que se utiliza para valorar la centralidad del paciente.

GESTIÓN SANITARIA INTEGRADA a través de PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS

Antonio Castro. Gerente Hospital Virgen Macarena -Sevilla

¿Para qué sirven los procesos asistenciales⁵²?

Se entendía que el trabajo mediante procesos asistenciales es una muy buena herramienta para la mejora de la calidad asistencial y la reducción de la variabilidad en la práctica clínica. Sirve para la ordenación de los flujos de trabajo y el acer-

camiento entre atención hospitalaria y atención primaria, para el compromiso de la garantía de plazos (plazo máximo de tiempo para ser atendidos en listas de espera) y para la gestión de la cartera de servicios que ofrecen los centros sanitarios.

¿Cuál es el objetivo clave de los procesos asistenciales?

Los procesos asistenciales nacieron con un objetivo clave: que la asistencia sanitaria incorporara la visión del paciente en el conjunto del equipo asistencial para la mejora de la continuidad asistencial. Asimismo, perseguían que la práctica clínica se desarrollara en base a la mejor evidencia científica disponible, y que los profesionales tuvieran una guía que les permitiera disminuir la variabilidad en la práctica clínica cada vez más compleja y especializada. Así, y dado que el trabajo con procesos asistenciales se enmarca en el ámbito organizativo de la gestión clínica, los procesos asistenciales integrados se constituyen en piedra angular del entorno de la gestión clínica.

Es clave en la versión actual de los procesos asistenciales que sea más visible la persona que entra en un proceso asistencial y desde el inicio todo se organice siguiendo el recorrido que realiza el paciente en el desarrollo de su proceso. Por ello, toda la actividad del proceso asistencial integrado se organiza, describe y realiza siguiendo el recorrido que realiza el paciente:

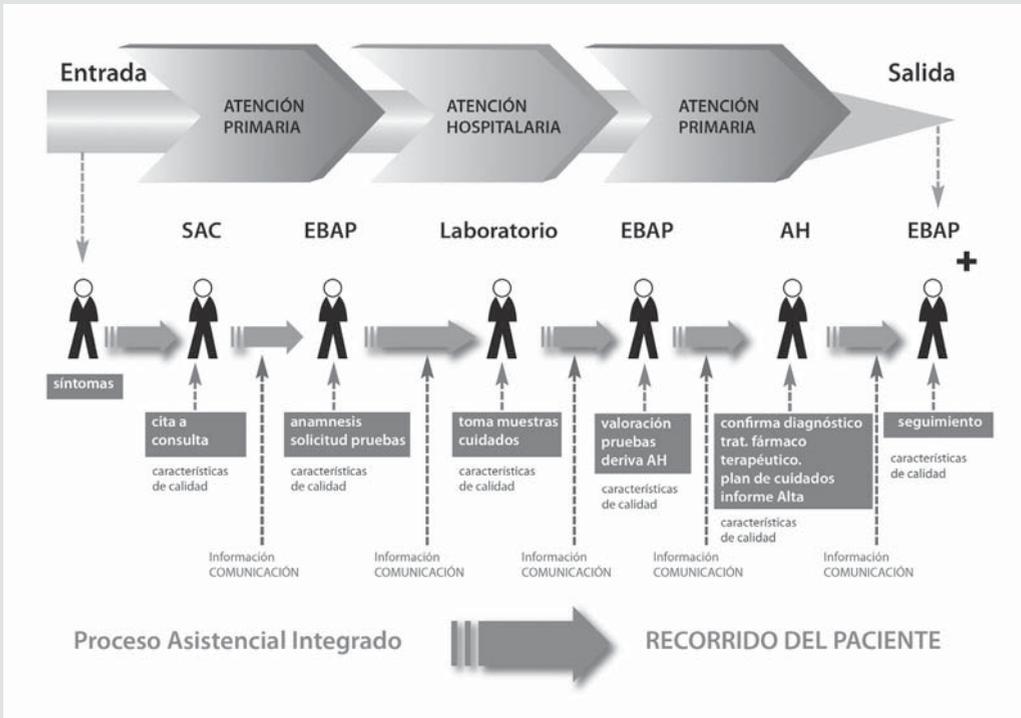


Imagen extraída de: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai.html>

¿Cómo podemos medir el impacto de la atención integrada?

En una revisión preliminar de la literatura sobre el tema (ver Anexo II), para experiencias españolas, y se ha encontrado que la evidencia disponible es escasa, parcial y fragmentada. Por todo ello, dado el importante potencial teórico de mejora de la continuidad asistencial y la eficiencia económica que podría proporcionar este modelo, y la falta de pruebas que demuestren su desempeño real, proponemos como necesario un estudio que pueda ofrecer evidencia empírica que cubra esta laguna de conocimiento. Esto permitirá aportar información sólida a los decisores sanitarios, a la hora de tomar decisiones sobre qué fortalezas pueden potenciarse en las AGSI y qué debilidades deben ser corregidas y mejoradas. Asimismo, permitirá ofrecer información relevante para el resto del ámbito sanitario español. Como herramienta que ayuda a la integración de las áreas y como manera de ofrecer continuidad asistencial se ponen en marcha los procesos asistenciales integrados.

Evaluar modelos organizativos es técnicamente complejo. Al contrario de lo que ocurre en el ámbito biosanitario, no existe en el campo de la gestión sanitaria un modelo estándar de evaluación universalmente aceptado. Por ello, será necesario combinar diversas técnicas que hayan mostrado, en la práctica, su utilidad para evaluar actuaciones organizativas. En este sentido, la propuesta sería utilizar un modelo de evaluación que combina técnicas cuantitativas de análisis de datos, técnicas cualitativas de análisis de opiniones de informantes clave, y hallazgos de la literatura relevante sobre el tema, para ofrecer conclusiones sobre fortalezas y áreas de mejora encontradas, a partir de las cuales se elaboran conclusiones y recomendaciones para los decisores.

Propuesta de herramientas que pueden ayudar a la integración de áreas asistenciales.

Las herramientas las organizaríamos por apartados en función de sus objetivos. En primer lugar, establecer la dirección estratégica y los objetivos a conseguir. Para ello, explicar qué centros se unen, por qué se unen, qué grado de unión tendrán y cuál es el horizonte organizativo hacia el que se camina. Asimismo, especificar los objetivos sobre los pacientes, los profesionales y la organización, así como el horizonte temporal durante el que se trabajará para integrar ambos centros.

En segundo lugar, explicar cómo se realizará la gestión de las personas, explicando qué se hará para disminuir la competición entre grupos y aumentar la estima recíproca, ayudando así a que aparezca una nueva identidad común; estableciendo un plan de comunicación y cuidando las diferencias culturales entre ambos centros.

En tercer lugar, explicar cómo será la estructura de la nueva área tras la integración, definiendo la composición del equipo directivo y la estructura de cargos

intermedios. También, explicando cómo se alinearán los objetivos de los centros, de las unidades asistenciales y de los profesionales con la estructura y la estrategia de convergencia.

En cuarto lugar, definir qué procesos de los ámbitos clínico y no clínico es conveniente unificar.

Por último, explicar qué resultados se pretenden obtener una vez finalizado el proceso de convergencia.

6. ATENCIÓN INTEGRADA: CASOS ESTUDIO

Modesto Martínez Pillado
Ismael Said Criado

El estudio de estructuras, programas e iniciativas⁵³ en España y otros países de nuestro entorno puede ayudar a conocer mejor la situación actual del desarrollo del concepto de área integrada de salud. Una implantación desigual y lentamente progresiva de los distintos proyectos beneficia el aprendizaje por comparación.

En **Asturias**, en su organización territorial, se estructura en Gerencia de ÁREA, que incluye Atención Sanitaria y Salud Pública, Gestión de cuidados y enfermería, y una dirección económica. En la actualidad la configuran 8 áreas sanitarias, cada una referencia para las zonas básicas de salud. En las **Islas Canarias**, el organigrama adjudica un área sanitaria por cada Isla. En **Baleares**, en Ibiza y Menorca, existen gerencias de áreas integradas. En Mallorca una gerencia de Atención Primaria y cuatro sectores por cada hospital (Son Llatzer, Son Espases, Hospital Comarcal de Inca y Hospital de Manacor). En **Cantabria**, se estructura en cuatro áreas de salud.

Madrid. El Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid⁵⁴ se estructura de forma descentrada a través de las denominadas *Áreas Sanitarias* que tienen carácter funcional, según reza su Ley de Ordenación Sanitaria. “Estas Áreas desarrollan actividades relativas a la salud pública y la promoción de la salud, prevención, asistencia sanitaria, y rehabilitación de la salud individual y colectiva de la población, de una manera plenamente integrada y más próxima al ciudadano, instaurando, un modelo basado en la concepción integral de la salud, que pone fin a la tradicional e indeterminada dicotomía entre salud pública y asistencia sanitaria”. Desde 2010 está constituida la Gerencia de Atención Primaria en el *Área Única de Salud* en toda la Comunidad, diferenciada de la Gerencia Asistencial de Atención hospitalaria y de la Gerencia del SUMMA 112, todas ellas bajo la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

En **Castilla y León**, el IV Plan de Salud 2016-2020 trabaja en torno a cinco áreas de intervención con 26 objetivos generales, 85 objetivos específicos y el desarrollo de 340 medidas. Una de las cinco áreas en torno a las que gira este plan prevé reorientar el Servicio de Salud hacia una atención integrada y una responsabilidad compartida. El modelo comenzó a implantarse en Soria, con la figura de *Gerencia de Asistencia Sanitaria* que más tarde se ha generalizado.

Andalucía también ha apostado por este modelo bajo la denominación de *Áreas de Gestión Sanitaria*, que gestionan Atención Primaria y Hospitalaria, así como de la salud pública en una demarcación territorial específica y de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar. Actualmente, existen 14 áreas de gestión sanitaria: Norte de Almería, Campo de Gibraltar, Norte de Cádiz, Norte de Córdoba, Sur de Córdoba, Nordeste de Granada, Norte de Huelva, Norte de Jaén, Este de Málaga-Axarquía, Norte de Málaga, Serranía de Málaga, Osuna y Sur de Sevilla. De manera análoga, debido a que entre el 60-80% de la actividad asistencial que se genera en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) tiene que ver

con los procesos asistenciales integrados (PAI) actualmente elaborados, una mejora en la gestión de los procesos asistenciales puede tener un alto impacto en la coordinación entre niveles, con la correspondiente mejora de la satisfacción de los pacientes, y un incremento de la eficiencia, al eliminarse actividades sin que no aportan valor. **Áreas de Gestión Sanitaria Integrada** (AGSI), se trata de un modelo de gestión unificada de los niveles de Atención Primaria y de Hospitalaria, en una demarcación territorial específica, con una sola dirección gerencia y resto de direcciones del centro comunes para ambos niveles. Es decir, el director gerente, y cada uno de los miembros directivos del equipo de dirección, tienen responsabilidad sobre ambos niveles asistenciales, lo que facilite en gran medida la coordinación. También, es más fácil la colaboración de profesionales entre ambos niveles (por ejemplo, un médico ya contratado por el Área podría más fácilmente hacer guardias en el Servicio de Urgencias Hospitalario). Por tanto, las AGSI son responsables de la gestión unitaria de los dispositivos asistenciales, tanto de la Atención Primaria como de la Atención Hospitalaria, así como de la salud pública (epidemiología, promoción de la salud, y protección de la salud, es decir, salud ambiental y seguridad alimentaria), en una demarcación territorial específica, y también son responsables de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellos. Se crearon con el objetivo de impulsar la coordinación entre unidades asistenciales y mejorar la continuidad en la atención sanitaria. También se crearon con proveedores no públicos, (Ver caso **Procesos asistenciales integrados en un área sanitaria con distintos proveedores. Una experiencia de éxito**).

Almería: Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería (2006) Cádiz. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar (2002) Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz (2013). Córdoba: Sanitaria Norte de Córdoba (1996). Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba (2013). Granada: Área Gestión Sanitaria Nordeste (2013). Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada (2006). Huelva: Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva (2009). Jaén: Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén (2013). Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Jaén (2013). Málaga: Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga -Axarquía (209). Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga 82006). Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga (2006). Sevilla: Área de Gestión Sanitaria de Osuna (1994). Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla (2013)

Cataluña. Dentro del Servei Català de la Salut, el Instituto Catalán de la Salud (ICS) cuenta con **Delegaciones Territoriales**, estructuras que podrían entenderse como áreas de gestión integrada. En la actualidad son Alto Pirineo y Aran, Gerona, Lérida, Cataluña Central, Metropolitana Norte, Tierras del Ebro, Campo de Tarragona, Metropolitana Sur y Barcelona.

Comunidad Valenciana. A partir de 2011, se crean 24 **Departamentos de Salud** con un alto grado de autonomía, que en 2016 se agregan en 6 Áreas Asistenciales. Este modelo se sostiene sobre cuatro pilares básicos: la financiación capitativa en todos los departamentos de salud, la gestión integral de la atención sanitaria, la facturación de la asistencia sanitaria entre departamentos y la dirección por objetivos.

Murcia. El sistema integral para los dos niveles asistenciales tiene un solo equipo directivo. Existen **Redes Asistenciales Integradas** que dan respuesta a necesidades asistenciales

en todo el Sistema Regional de Salud y de favorecer la innovación en la organización de las estructuras asistenciales.

En **Aragón**, está distribuido en **SECTORES** que incluyen todos los centros de ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA, ATENCIÓN SOCIOSANITARIA y SALUD MENTAL correspondientes a su área geográfica. (Sector Sanitario Alcáñiz, Barbastro, Calatayud, Huesca, Teruel, Zaragoza 1, 2 y 3.

En **Castilla La Mancha**, el SESCAM, se define con un nuevo modelo de organización sanitaria centrado en el paciente que contempla la integración de los dos niveles asistenciales, Atención Especializada y Atención Primaria, a través de la creación de *Áreas Integradas de atención sanitaria y social*. En la provincia de Toledo: Talavera de la Reina. En Albacete: Albacete, Almansa, Hellín y Villarrobledo. En Ciudad Real: Alcázar de San Juan, Ciudad Real, Manzanares, Puertollano, Tomelloso y Valdepeñas. Y las gerencias integradas de las provincias de Cuenca y Guadalajara. Este nuevo modelo de organización trata de dar respuesta al perfil predominante de paciente crónico y pluripatológico, garantizando una prestación sanitaria integral y coordinada. Los resultados de esta propuesta sería un seguimiento más cercano de estas cohortes de paciente y favorecer un trabajo en equipo de los distintos profesionales, evitando el agravamiento del proceso clínico del paciente y duplicidades de pruebas diagnósticas y prescripción de fármacos.

En el **País Vasco**, para afrontar la fragmentación por una falta de coordinación entre Atención Primaria y el ámbito hospitalario debido al poco conocimiento entre niveles asistenciales, ante un servicio sanitario orientado a la resolución de problemas agudos, sin dar relevancia al ámbito social, se creó la *Organización Sanitaria Integrada* (OSI). Los objetivos estratégicos de las OSI, pasan por situar al paciente como centro de todo el proceso, mejorar la calidad asistencial, en base a las mejores evidencias disponibles para optimizar la coordinación entre niveles.

Para ello, se optó por la vía de la integración asistencial, a partir de tres pilares básicos:

- creación de una cultura común en los dos niveles asistenciales,
- adecuación del sistema clínico para la provisión de atención coordinada y
- la definición de una fórmula de gobierno integradora.

Existen tres áreas de salud (Álava, Bizkaia y Gipuzkoa)⁵⁵. En cada una de ellas, las OSI coordinan Atención Primaria con Atención Hospitalaria y con los Servicios Sociosanitarios. En total se crearon 13 Organizaciones Sanitarias Integradas (6 en Gipuzkoa, 5 en Bizkaia y 2 en Araba) las cuales incluyen 13 hospitales de agudos, 153 centros de salud y 160 consultorios. La red además cuenta con Hospitales de media y larga estancia (Santa Marina y Gorliz). Destaca la OSI de Debabarrena, que fue premiada⁵⁶ por su estupendo despliegue, que consigue una estrategia definida para construir un marco integrador: comisiones y grupos de mejora, integración de la asistencia a partir de criterios explícitos y unidades de gestión (lugar de los acuerdos) con responsabilidades definidas.

En **Galicia**, el SERGAS ha creado siete *Estructuras Organizativas de Gestión Integrada* (EOXI) que incorporan tanto la gestión clínica como la gestión de procesos mediante la superación de los diferentes niveles asistenciales existentes y la racionalización de los recursos.

Los objetivos que se señalan son los siguientes:

- Centrar la atención al paciente con la implicación de todos los profesionales en la toma de decisiones mediante el uso de la gestión clínica como una herramienta para evolucionar desde un sistema ya superado de organización a otro más transversal u horizontal.
- Garantizar la equidad, accesibilidad, continuidad, calidad y seguridad de la atención, mediante la gestión de procesos, con prioridad según criterios de planificación, gravedad, urgencia y frecuencia establecida.
- Minimizar la variabilidad clínica y eliminar la duplicidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos mediante la implantación de las recomendaciones contenidas en las guías y vías de la práctica clínica.
- Garantizar la transparencia y la autonomía de decisiones de los pacientes establecida en la legislación vigente, mediante el desarrollo adecuado de los sistemas de información y de comunicaciones.
- Orientar la planificación de los procesos alrededor de los problemas de salud, y especialmente a los priorizados por las directrices sanitarias de la Consellería de Sanidad según la repercusión sanitaria en la salud de los pacientes.
- Utilizar eficientemente todos los recursos mediante la promoción del trabajo en equipo y la implicación de los profesionales en la gestión.

Las EOXI, que no poseen personalidad jurídica, configuran los órganos periféricos que gestionan el Sistema Público de Salud de Galicia e integran todos los centros asistenciales del Servicio Gallego de Salud en su ámbito territorial. Les corresponde la gestión unitaria de los recursos sanitarios de su ámbito territorial, así como de las prestaciones y programas sanitarios que desarrollan, excepto las funciones de autoridad sanitaria.

Recientemente (2017) las siete estructuras de gestión integrada de Galicia se han reorganizado en 11 *Áreas Sanitarias* (divididas a su vez en 14 distritos): A Coruña, Ferrol, Vigo, Santiago de Compostela, Lugo-Cervo-Monforte de Lemos, Ourense-Verín-El Barco de Valdeorras y Pontevedra-O Salnés.

En **Europa** hay que destacar la labor de la Comisión Europea y su Action Group B3 (*European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*, EIP-AHA) sobre atención integrada, una red colaborativa que agrupa a más de 260 organizaciones nacionales, regionales y locales, para prevenir la hospitalización inadecuada de personas mayores con enfermedades crónicas. Los pacientes cuando abandonan el hospital, en ocasiones, salen con síndrome posthospitalización. Un conglomerado de síntomas, y patología que contribuyen a que el paciente reingrese nuevamente, incluso, por una patología distinta a la que motivó su ingreso. Es aquí, donde la visión de área integrada puede ser efectiva. La planificación del alta desde una atención integrada, identifica como riesgo, la propia hospitalización y también la falta de seguimiento del paciente y su adaptación a su contexto. Es una oportunidad, para nuevamente rescatar las hospitalizaciones inadecuadas como un marcador para el monitoreo de los resultados de un área sanitaria.

En **Reino Unido** se han desarrollado desde 2016 las denominadas asociaciones de sostenibilidad y transformación (*sustainability and transformation partnerships, STP*)⁵⁷ para una atención sanitaria integrada. Se crearon inicialmente con el objetivo de reunir a los líderes sociosanitarios locales para planificar las necesidades a largo plazo de las comunidades locales. Varias de estas asociaciones ahora se han convertido en sistemas de atención integrada y se espera que para abril de 2021 cada STP se convierta en uno solo. Merece especial mención la iniciativa del distrito Noroeste de Londres denominada *Whole Systems Integrated Care Dashboards*. Se trata de un conjunto de herramientas disponibles para médicos y demás profesionales sanitarios que proporcionan un resumen integrado de la atención médica y social del paciente. Se puede utilizar para encontrar y administrar casos de pacientes que requieren atención más específica y proactiva, mejorando así la calidad asistencial de los pacientes.

En **Irlanda del Norte**, el desarrollo de los *Integrated Care Partnership (ICP)*, presentadas dentro de Revisión de Salud y Asistencia Social del año 2011, para brindar atención integrada y centrada en la persona usando el enfoque RICE: estratificación del riesgo, intercambio de información, planificación de la atención y Evaluación. En la actualidad existen 17 ICP y se estructuran como redes colaborativas de proveedores de atención, reuniendo a profesionales de la salud (incluidos médicos, enfermeras, farmacéuticos, trabajadores sociales y especialistas de hospitales), voluntarios y asociaciones, representantes del consejo local, usuarios y cuidadores, para diseñar y coordinar la prestación de servicios locales sociosanitarios.

En **Holanda** se desarrolló la integración de los sistemas asistencial y de atención socio-sanitaria siguiendo un modelo⁵⁹ que sistematizaba los cuatro pasos necesarios para su implementación: fase de iniciativa y diseño, fase experimental y de ejecución, fase de expansión y seguimiento y fase de consolidación y transformación. Uno de los programas de integración del cuidado del paciente crónico es el *Embrace Programme*⁶⁰, que conecta el sistema de salud con los servicios comunitarios y refleja los cuatro elementos clave del Modelo de Cuidados del paciente Crónico (*Chronic Care Model, CCM*):

- Apoyo al autocuidado.
- Diseño del sistema asistencial.
- Apoyo a la decisión clínica.
- Sistemas de información clínica.

Estos cuatro componentes se combinan con el triángulo de Kaiser Permanente (KP), clasificando a los adultos mayores que viven en la comunidad⁶¹. Así, la cronicidad es considerada como base para el despliegue de un modelo integrado de cuidados de personas mayores, a partir de la coordinación del sistema de salud con los servicios comunitarios y el empoderamiento del paciente.

El diseño del modelo asistencial incluye Equipos de Cuidado de Ancianos (*Elderly Care Teams, ECTs*), están liderados por el médico de cabecera e incluyen una enfermera comunitaria y un trabajador social. También se constituyen las “comunidades de aprendizaje” con reuniones periódicas para intercambiar ideas y conocimientos entre profesionales y

líderes de proyectos, como método “centrado en los profesionales” para mejorar la atención integrada.

En **Bélgica** se optó desde 2015 por equipos multidisciplinares innovadores a través del plan *INTEGREO* (Atención integrada para una mejora de la salud), en los que se presentaban diferentes experiencias piloto para afrontar la cronicidad por parte de diferentes proveedores de ayuda comunitaria en co-creación con las diferentes autoridades. Este plan ha conducido a los actores locales a comprometerse en el desarrollo de lo que podría convertirse en “microcosmos de salud comunitaria” en el futuro. En enero de 2018 se pusieron en marcha 12 proyectos pilotos. Distintas áreas optaron por priorización de intervenciones, apostando por el empoderamiento del paciente (*Zorgregio Waasland*). La iniciativa *De Koepel* se basa en una intervención sobre pacientes crónicos polimedificados, con hospitalizaciones múltiples o precariedad social y la de *De Brug* busca permitir una cadena de atención, diagnóstico, tratamiento y apoyo, así como prevención, detección temprana y autogestión, con el paciente en el centro del abordaje. En el proyecto *Empact!* se opta por desarrollar un modelo genérico de atención integrada para todos los pacientes crónicos.

En **Alemania**, la aseguradora *Gesundes Kinzigta*⁶³ enfatiza sus programas de prevención y promoción de la salud. Promueve la “alfabetización en salud” y fomenta estilos de vida saludables para grupos específicos de la población, con especial énfasis en enfermedades crónicas y grupos de riesgo específicos, como residentes de hogares de ancianos, adultos mayores, fumadores, personas con riesgo de osteoporosis y personas con depresión.

En **Suecia** los proveedores de cuidados sanitarios proceden tanto del condado administrativo (la atención médica) como de los municipios (especialmente en enfermería y rehabilitación). En el año 2005, se introdujo la “regla 0-7-90-90” para mejorar y garantizar la igualdad de acceso en todo el país: contacto instantáneo (cero demora) con el sistema de salud; ver a un médico general dentro de siete días; ver a un especialista dentro de los 90 días; y no esperar más de 90 días para recibir tratamiento luego de ser diagnosticado. A nivel del proveedor, el pago condicionado al rendimiento se vinculaba a objetivos de calidad relacionados con la coordinación de la atención y el cumplimiento de las pautas clínicas basadas en la evidencia, en particular para la atención brindada a pacientes ancianos con pluripatología. Así, en 2014 el gobierno lanzó una iniciativa nacional de cuatro años para personas con enfermedades crónicas basadas en una atención centrada en el paciente, en la evidencia científica, en la prevención y en la detección temprana de enfermedades.

Procesos asistenciales integrados en un área sanitaria con distintos proveedores. Una experiencia de éxito.

María Dolores Acón. Gerente del Hospital San Juan de Dios. Distrito del Aljarafe.

El hospital de San Juan de Dios del Aljarafe pertenece a la red sanitaria pública de Andalucía. Su fórmula jurídica es de la de consorcio, es decir una fórmula jurídica participada al cincuenta por ciento entre dos entidades sin ánimo de lucro, la Consejería de Salud y la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (OHSJD). Atiende a una población de 298.000 habitantes del área del Aljarafe, área metropolitana de Sevilla y actualmente la de mayor expansión de la provincia. La fórmula de consorcio permite una prestación asistencial financiada con dinero público, pero gestionada bajo la estructura y el auspicio organizativo y de valores propios de la OHSJD. El edificio pertenece a la OHSJD. El régimen de su personal adscrito no es estatutario sino en régimen laboral, por lo que la gestión de los recursos no está sujeta al encorsetamiento propio de la gestión pública directa y la gestión económica no se hace a través de contabilidad presupuestaria sino de contabilidad financiera. A todos los efectos fue una apuesta de la sanidad andaluza por un modelo de alta eficiencia a través del cual es posible prestar una asistencia de alta calidad a un coste menor que a través de un modelo tradicional de gestión directa.

Desde su apertura en el año 2003, el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe ha apostado por un modelo de asistencia integral y holística de sus pacientes en el que integra el cuidado de la salud física, espiritual y social. Desde el primer momento ha trabajado integradamente con atención primaria. Son los propios profesionales del hospital quienes han propuesto y propiciado planes operativos que establecen formas normalizadas y consensuadas de trabajo en equipo, identificando claramente las acciones propias a desarrollar en cada ámbito y por cada profesional. Estos planes llevan asociados la formación específica de los profesionales, la identificación de necesidad de equipamientos y la formación para la delegación de competencias en médicos de familia y enfermería. Todo ello vinculado a indicadores de consecución de objetivos y de resultados en salud.

Estos Planes Integrales operativos, tienen como objetivo constituir redes de profesionales que, trabajando juntos, elaboran desde el análisis de situación en su ámbito de trabajo, la identificación de retos de mejora en los resultados en salud, la identificación y la monitorización de los avances alcanzados. Dado que estos Planes Integrales asientan sobre poblaciones diana que a veces coinciden, es imprescindible que dichos planes mantengan una coherencia de actuación; así por ejemplo, los objetivos del plan de Cuidados paliativos, tiene que asentar sobre pacientes del plan oncológico, al mismo tiempo que los objetivos del plan del dolor, o que la atención de los pacientes con patologías crónicas y/o musculoesqueléticas.

Se trata por tanto, de extraer de cada plan integral, aquellos objetivos que asientan sobre una misma población diana.

Los planes integrales operativos que se desarrollan en nuestro hospital son:

- Programa TELECOMPARTE: telemonitorización domiciliaria en pacientes con enfermedades crónicas complejas (documento anexo).
- Plan de abordaje de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
- Guía microbiológica del Aljarafe: reconocida como referente a nivel nacional por el Ministerio de Salud, Políticas Sociales e Igualdad.
- Planes integrados operativos locales (PIOL).
- Plan Andaluz del Ictus (ICTUS).
- Plan Andaluz del Dolor (PAAD).
- Plan Andaluz de Atención integral a las personas con enfermedades crónicas (PAAIPEC).
- Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (PACP).
- Plan integral de Cardiopatías en Andalucía (PICA).
- Plan integral de Diabetes de Andalucía (PIDMA).
- Plan integral de Oncología de Andalucía (PIOA).
- Plan integral de Salud Mental en Andalucía (PISMA).

- Plan de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (PAERME).

Al mismo tiempo que trabajamos en los Planes Integrales Operativos cuyo objetivo es aumentar los resultados en Salud sobre determinadas poblaciones objetivo, se hace imprescindible trabajar además, en acciones de continuidad asistencial en la asistencia a nuestros pacientes. Se trataría de incluir en los Acuerdos de Gestión Compartida (AGC) los objetivos verdaderamente compartidos entre la atención primaria y hospitalaria.

Humanización de la asistencia.

La pérdida de la salud coloca a las personas en una situación de especial vulnerabilidad, por lo que se hace necesario establecer un compromiso activo del Sistema Sanitario, profesionales y la propia ciudadanía con la humanización de la asistencia sanitaria. En ella se integran los valores propios de la OHSJD.

Nuestros objetivos en este sentido se orientan hacia:

- Consolidar la personalización asegurando que cada persona dispone de profesionales de referencia y los planes terapéuticos propuestos se adecuan a sus necesidades y expectativas.
- Implicar a las personas en la toma de decisiones que deben ser consensuadas y compartidas, diseñando para ello planes de acción personalizados, guías de acogida para la hospitalización, protocolos de información a familiares, guía de información al alta o guías de comunicación de malas noticias.
- Asegurar que el paciente y la persona que él decida dispongan de información clara, fiable y de calidad, durante todo el proceso, garantizando su confidencialidad.
- Desarrollar competencias humanísticas y relacionales en los profesionales, a través de valores, conocimientos, actitudes y habilidades para el acompañamiento terapéutico y la toma de decisiones compartida.

- Adecuar las situaciones y los espacios para preservar la intimidad de la persona y la confortabilidad durante los procesos de atención, con especial atención a la infancia o al final de la vida.
- Facilitar el acompañamiento de la familia o personas que se decidan durante todas las fases del proceso asistencial, especialmente, al final de la vida.

Nuestra organización cuida especialmente además la relación fluida y permanente con nuestros grupos de interés:

- Comité de participación ciudadana.
- Comité de pacientes.
- Reunión semestral con los 28 alcaldes de la comarca.

El hecho de ser un hospital de la OHSJD integrado dentro de la red sanitaria pública de Andalucía aporta al cuidado de las personas una proyección social a través de dos servicios específicos:

- Pastoral de la Salud.
- Desarrollo solidario con sus tres vertientes: Voluntariado, Obra Social y Cooperación Internacional.

7. ANEXOS

7.1. Anexo 1:

LA VISION DEL PROFESIONAL EN UN AREA INTEGRADA Procesos Integrados en Obstetricia hacia un AREA ASISTENCIAL INTEGRADA

Mercedes Martín Funes.

La gestión integrada no aparecía en los planes de estudio de enfermería. Antes de que llegara el plan Bolonia, una asignatura que podía acercarse a los modelos de gestión sanitaria, se llamaba Administración de los Servicios de Enfermería. Nos juntábamos en un aula alrededor de cien personas los viernes por la tarde, después de toda la semana con prácticas por la mañana y clases por la tarde, donde asignaturas como Anatomía y Fisiología se daban de lunes a jueves. Entre el cansancio y las ganas de salir, no era fácil retener conceptos de algo que nos resultaba ajeno. Era nuestro primer curso en la facultad, y desde luego la gestión no ocupaba ni nuestros objetivos a corto plazo ni, al parecer, los del programa docente. Por estos motivos, lo que recuerdo de aquella época era al profesor hablándonos de In-puts, Out-puts, Avedis Donabedian y la Joint Commission.

Donabedian, posteriormente, sí me ayudó a comprender mejor la importancia de la mejora de la calidad asistencial. Sus aportaciones para medir y mejorar dicha calidad sanitaria han servido para centrar mi trabajo en la actualidad, pero en aquel momento no era fácil de asimilar. Éste fue el escenario de mi primer contacto con la gestión sanitaria. No se volvió a hablar de calidad en la carrera de enfermería. Las prácticas eran el escenario perfecto para empezar a conectar con la mejora de los procesos, pero no se da ese enfoque al alumno. Prácticamente tu formación en el área asistencial se dedica exclusivamente a realizar tareas que forman parte del desempeño profesional diario del resto del colectivo enfermero.

Al finalizar mi formación, mi toma de contacto con el Sistema de Salud fue en un país europeo. En Italia, la asistencia de enfermería no se realiza centrada en el paciente, se realiza por funciones que se establecen en cada hospital. Esa era la realidad a la que se enfrenta el trabajador. Por detrás existía un sistema de gestión que estaba cambiando, los GRD (grupos relacionados con el diagnóstico) se movían por Europa y sin embargo la proactividad que pueden tener los trabajadores en los centros en los que estuve era poca. Las tareas se realizaban de forma muy mecánica y existían pocos espacios para la mejora continua de los procesos.

Posteriormente comienzo la formación como enfermera especialista en ginecología y obstetricia. Con un programa docente pionero denominado ABP (aprendizaje basado en problemas), tuvimos pocos problemas relacionados con la calidad, como marco de estudio y sí muchos con la parte asistencial. Esta metodología es pionera en España,

recurre a casos clínicos como objeto de reflexión para después desarrollar los temas que forman parte del contenido académico establecido por el Ministerio. Este tipo de metodología te ayuda a cuestionar, considerar lo que se explica por el docente como objetivo o no, y sobre todo, te enseña a tener una lectura crítica de aquello que pasa por tus manos, desde artículos de investigación hasta indicadores sanitarios. Como parte del proceso formativo, cada alumno debe realizar un proyecto de investigación. En mi caso fue presentado a los Fondos de Cohesión de la Unión Europea y se pudo llevar a cabo en el año 2008 en el hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Éste fue mi primer pasito dentro de la gestión integrada. Pero ¿cómo hacerlo en un hospital referente en Madrid, con una diversidad de perfiles profesionales que complejizan la puesta en marcha de proyectos innovadores?, ¿es posible?, ¿cómo se lleva a cabo?

Parecía imposible, pero se hizo, en tiempo y forma. Comenzamos reuniendo a los jefes de servicio de cada una de las especialidades que se relacionan con la mujer embarazada que llega al hospital y les contamos el proyecto con detalle. Se trataba de realizar intervenciones que disminuyeran el intervencionismo en el parto en un proceso que poco a poco según se ha ido protocolizando en los centros hospitalarios de España. Al ir disminuyendo intervenciones rutinarias y estableciendo nuevos documentos de apoyo a la historia clínica como el Plan de Parto, se otorga a la mujer un protagonismo en su proceso de parto que es necesario e innegable. Con ello la mujer se siente empoderada, partícipe del proceso y se crean vínculos de confianza con el personal sanitario que repercuten favorablemente en el proceso.

Como parte del proyecto de intervención, además de la creación del Plan de Parto, se contemplaron actividades que ya habían sido puestas en marcha en otros centros por su repercusión positiva en el ingreso hospitalario. En este caso se establecieron visitas guiadas al paritorio, como parte de la actividad asistencial de la maternidad. Las visitas guiadas se realizan porque al familiarizarte con un entorno antes de que suceda un evento, las descargas de adrenalina que se segregan desde la corteza suprarrenal, disminuyen cuando vuelves a ese mismo lugar. En el caso de la mujer embarazada, las descargas de adrenalina aumentan los tiempos de parto, y en ocasiones dificulta que éste se desencadene. Esto es debido a que la hormona responsable de que el parto progrese es la oxitocina. Para que los pulsos de oxitocina se produzcan de forma adecuada, la secreción de adrenalina debe ser lo más baja posible ya que son antagonistas (a mayor secreción de una, disminución de la otra) Hay ciertos entornos que favorecen que la adrenalina disminuya: la oscuridad, el silencio y la presencia de entornos conocidos. Para el cerebro, son entornos seguros, por lo que no debe de activar un mecanismo de alerta.

Basándome en todo lo anterior y consensuando con el jefe de servicio, desarrollamos la puesta en marcha de lo que es un ejemplo de gestión integrada llevado a cabo por iniciativa de los propios profesionales que trabajan en el centro. Esto fue posible al aunar varias circunstancias: una financiación externa que era beneficiosa tanto para los pacientes como para los profesionales, un equipo directivo con la disposición de incorporar procesos innovadores y un grupo de profesionales altamente motivados por lo que llevaríamos a cabo. Creíamos firmemente que eso era beneficioso para la

gestante, su proceso de parto y su recién nacido, y que era merecedor del esfuerzo que ello implicara. Pero ¿cómo se realiza esto?

Lo primero que hice fue crear un equipo de tres matronas muy implicadas con el proceso (dos matronas de atención primaria y una de atención especializada), que además recibían una pequeña retribución económica que venía derivada de los fondos concedidos. Entre las cuatro (dos de atención primaria y dos de especializada) establecimos el cronograma de las actividades que se debían realizar. Esto incluía desde reuniones con personal del hospital como de atención primaria, se detectaron matronas afines al proyecto y con ganas de colaborar en las actividades que se realizaran. Con ellas se creó un segundo grupo de trabajo y se realizaron reuniones conjuntas en las que participaban tanto matronas de atención primaria como especializada. Se estableció un calendario de visitas en coordinación con el hospital de tal manera que cuando llegaran las mujeres embarazadas al hospital ya se sabía que acudirían allí. El grupo de gestantes y acompañantes surgía de las clases de educación maternal que tienen lugar en los centros de salud del área uno de la Comunidad de Madrid. Se les informaba de la actividad y acudían en horario de tarde al hospital el día acordado por el equipo. Se realizaba una sesión informativa y posteriormente iban a visitar el paritorio. Siempre venían acompañadas por una matrona de atención primaria. Al llegar al hospital, una matrona del equipo integrante del proyecto de intervención les enseñaba el paritorio. Tomaban contacto con el área de urgencias, se les informaba del circuito que realizarían por el hospital desde que llegaran allí, hasta el momento del alta y accedían a la zona de paritorios que hasta ese momento no permitía la entrada a personas que estuvieran ingresadas o que fueran sus acompañantes.

Fue un proyecto piloto que tuvo unas repercusiones muy favorables en la calidad percibida por la gestante (como se recogió en las encuestas que se rellenaron después) y en los indicadores de parto que se obtuvieron a posteriori.

Por ello cuando tuvo lugar la apertura de nuevos centros hospitalarios en Madrid, las matronas que nos incorporamos al hospital Infanta Leonor recuperamos esta actividad y se institucionalizó. El jefe de servicio en este caso impulsó la creación de un documento anexo a la historia con un plan de parto que se entrega tanto en los centros de salud como en la consulta de monitores, y las visitas guiadas han ido poco a poco consolidándose como una actividad más del hospital. Comenzamos un grupo de matronas a llevarlas a cabo por iniciativa propia en colaboración con el equipo de ginecólogos. Posteriormente se integró el personal de enfermería de la planta de obstetricia, incluyendo enfermeras y auxiliares de enfermería, y en la actualidad es uno de los ejemplos que tiene el hospital de gestión integrada con un buen funcionamiento y unos resultados muy satisfactorios. Las fechas se señalan en el calendario a principios de años, las matronas de atención primaria ya las conocen con lo que cada centro puede organizarse para que las mujeres y acompañantes se desplacen al hospital, se ha integrado dentro del programa de educación maternal y siempre vienen acompañadas por matronas de los centros de salud asignados. El personal de paritorio también conoce las fechas y ese día se planifica una matrona más en paritorio para que pueda participar activamente de la visita. Las mujeres y sus acompañantes acuden al hospital y es el

servicio de admisión el que las dirige al salón de actos donde reciben una sesión formativa. Hay una ronda de preguntas donde tanto matronas de atención primaria como de especializada y personal enfermero de la planta de obstetricia puede intervenir. Se les entrega una encuesta de satisfacción y posteriormente visitan tanto el paritorio-urgencias, como la planta de obstetricia. La primera parte acompañados por matronas y la segunda parte por personal enfermero. Los resultados de las encuestas muestran siempre un elevado grado de satisfacción con la actividad, que recibe el apoyo de la dirección del hospital. Asimismo se ha evidenciado una mayor comunicación entre matronas de atención primaria y especializada abriéndose un espacio para intercambiar propuestas, discutir debilidades y proponer acciones de mejora.

Otro ejemplo de gestión integrada a nivel institucional deriva de mi experiencia como profesional en el Sistema de Salud Gallego (SERGAS). El programa IANUS es un programa informático que está implantado en hospitales y centros de salud. La Comisión Europea ya ha evidenciado los beneficios de él:

“La adopción del sistema de historia clínica electrónica IANUS ha ayudado al servicio gallego de salud pública a introducir enormes mejoras en la atención al paciente y a reducir el número de visitas y el tiempo de espera. Gracias a este sistema unificado innovador, todo el personal médico puede acceder a la información completa del paciente”

“IANUS funciona a pleno rendimiento en 14 hospitales y en más de 400 centros de atención primaria de salud, y ofrece una base sólida para un modelo completo centrado en el paciente que incluirá telesalud, telemonitorización y un modelo Web 2.0 para los pacientes”

¿Qué ventajas he observado en la consulta de matrona derivadas de este proyecto innovador? Como matrona de Atención Primaria, los beneficios son amplios: se tiene acceso a la historia clínica de la mujer en tiempo real y se observan las visitas a otros especialistas y sus anotaciones, lo que te hace tener una idea muy clara de cuáles son sus antecedentes, si está siguiendo algún tratamiento y cómo es el seguimiento de posibles patologías. Si la mujer es puérpera, tienes acceso a todo el historial clínico de su proceso de parto hospitalario incluyendo imagen de los registros cardiotocográficos realizados, lo que te da una idea muy aproximada de todo lo que ha sucedido. En mujeres que acuden como consulta ginecológica te ayuda a conectar con otros profesionales con lo que la detección precoz de patologías aumenta y se puede trabajar de una manera más acertada en anticoncepción.

El sistema gallego de salud incorpora la figura del ginecólogo de enlace. Este profesional responde las dudas de las matronas que se encuentran en Atención Primaria trabajando desde el hospital, en mi caso en el de Santiago de Compostela. De esa manera la gestión integrada redundo en el aumento de la confianza de los profesionales en la toma de decisiones al poder consensuar actividades y posibles derivaciones a otros profesionales cuando sea preciso. Sientes que no estás sola, que existe una red integrada que te tiende una mano, cuando tienes delante situaciones tan complejas como

tener que comunicar a una mujer embarazada una alteración en los marcadores de cromosopatías y cómo actuar según los protocolos que están establecidos, pero a la vez con sensibilidad y empatía. La gestión integrada va mucho más allá de conectar instituciones, crea redes entre profesionales con un bagaje diverso de experiencias previas. Diferentes perfiles académicos que tienen un objetivo común: mejorar la asistencia sanitaria día a día. Se crean lazos que benefician a los usuarios del sistema de Salud y eso merece la pena, siempre.

7.2. Anexo 2:

UNIDAD VIRTUAL DE PIE DIABÉTICO. PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO. DIABETES MELLITUS TIPO 2

Antonio Regueiro Martínez. Médico de Familia. EAP Vilanova de Arousa. EOXI PONTEVEDRA

El Sistema Sanitario se encuentra en fase de adaptación. La organización centrada en resolución de problemas de salud, más o menos agudos, bien delimitados en el tiempo y en el lugar en el que se deben resolver, poco orientada a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, sin tener en cuenta el avance en las tecnologías, va camino inexorablemente de un cambio radical. Es completamente necesaria esta adaptación que pueda equilibrar la creciente demanda con la limitación de recursos.

Cuando hablamos de cronicidad debemos tener en cuenta algunos términos que a menudo utilizamos erróneamente. Son “enfermedades crónicas”, en contraposición con las agudas, aquellas que tienen una duración prolongada y generalmente de progresión lenta. Así, es “paciente crónico complejo” aquel que presenta mayor complejidad en su manejo al presentar necesidades cambiantes que obligan a revalorizaciones continuas y hacen necesaria la utilización ordenada de diversos niveles asistenciales y en algunos casos servicios sanitarios y sociales.

Por otro lado, si coexisten dos o más enfermedades crónicas hablaríamos de “pluripatología” y de “comorbilidad” cuando se asocia cualquier patología a una entidad nosológica principal, tanto aguda como crónica, modulando su diagnóstico y tratamiento.

En el ejemplo de la diabetes, nos encontramos con una enfermedad crónica, con frecuencia en un paciente crónico complejo, pluripatológico y con comorbilidades asociadas.

El Proceso Asistencial Integrado (PAI) es una herramienta de mejora continua que ha contribuido a ordenar los diferentes flujos de trabajo, a integrar el conocimiento actualizado y a mejorar los resultados en salud, gracias a la importante implicación de los profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua de la calidad.

Enfermedades crónicas como la EPOC o la diabetes son buenos ejemplos en los que se han desarrollado diferentes modelos de PAI según los Servicios Sanitarios de las diferentes Comunidades autónomas incorporando en mayor o menor medida aspectos como la efectividad clínica, la seguridad del paciente, la información, el uso adecuado de medicamentos, la metodología enfermera basada en Nursing Outcomes Classification, intentando disminuir la variabilidad no explicada de las actuaciones en salud.

En 2015 se editó la última actualización del PAI Diabetes Mellitus tipo 2 del Servicio Galego de Saúde. En este documento se recoge como objetivo orientar las actuaciones de los profesionales en el diagnóstico y seguimiento del paciente con diabetes mellitus tipo 2 con el fin de reducir la morbi-mortalidad asociada, a través de la disminución de la variabilidad asistencial y bajo criterios de calidad y eficiencia. Este documento define el PAI, muestra los flujogramas del proceso y de la detección precoz y diagnóstico, describe las fases del proceso asistencial y representa un sistema de evaluación y mejora del proceso basado en indicadores.

Uno de estos indicadores de resultado es el de pacientes diabéticos tipo 2 con amputación no traumática de extremidades inferiores, que se obtiene a partir del número de altas válidas en estos pacientes por mil y dividido por el número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

EL PIE DIABÉTICO

El pie diabético ha sido definido por la OMS como un síndrome en el que interactúan factores de tipo sistémico con otros de tipo ambiental, que a menudo evolucionan hacia la ulceración crónica y amputación. Son factores sistémicos la angiopatía, la neuropatía y la infección, y son factores ambientales el modo de vida, la higiene o calzado.

Si bien es una definición completa, quizá sea más operativa la de cualquier lesión en el pie por debajo del maléolo producida por la diabetes o sus complicaciones.

La importancia de esta complicación radica no solo en la disminución de la calidad de vida del paciente y su familia sino también en el elevado coste del manejo de estas lesiones que es superior incluso al de cualquier cáncer. Además, es la primera causa de amputación no traumática en los países desarrollados.

VALORACIÓN DEL PIE DIABÉTICO

Tal y como se recoge en el PAI Diabetes Mellitus tipo 2 del Servicio Galego de Saúde, la exploración del pie debe incluirse en la revisión anual del paciente estable. Esta exploración consiste en la valoración de los siguientes puntos:

- a. Inspección.
- b. Monofilamento.

- c. Sensibilidad vibratoria.
- d. Pulsos pedios y tibiales posteriores.
- e. Calzado.

La última actualización de la American Diabetes Association de 2019 recomienda una exploración anual basada en:

- a. Identificar los factores de riesgo para las úlceras y amputaciones.
- b. Examen que incluya: Inspección de la piel, valoración de deformidades, valoración neurológica (monofilamento y al menos otro: pinchazo, temperatura, vibración), y evaluación vascular que incluye pulsos en el piernas y pies.
- c. A los pacientes con síntomas de claudicación, disminución o ausencia de pulsos distales se les debe calcular el índice tobillo-brazo.
- d. Es recomendado un enfoque multidisciplinar en individuos con úlceras en el pie y en pies de alto riesgo (por ejemplo pacientes en diálisis y aquellos con pie de Charcot o úlceras previas o amputaciones).

Por lo tanto, la valoración inicial y el seguimiento del pie en un paciente con DM es responsabilidad de Atención Primaria, que va a precisar de ese enfoque multidisciplinar para determinados pacientes. Según el PAI Diabetes Mellitus tipo 2 del Servicio Galego de Saúde, se debe valorar la derivación a atención hospitalaria por complicaciones si cumple alguno de los siguientes criterios:

A Cirugía Vascular	<ul style="list-style-type: none"> a. Clínica de claudicación intermitente. b. Índice tobillo-brazo < 0,6. c. Pie diabético con afectación vascular. d. Soplo carotídeo.
A Podología y Ortopedia	<ul style="list-style-type: none"> a. Trastornos ortopédicos. Hiperquerotosis severa.

A Cirugía Vascular:

- a. Clínica de claudicación intermitente.
- b. Índice tobillo-brazo < 0,6.
- c. Pie diabético con afectación vascular.
- d. Soplo carotídeo.

A Podología y Ortopedia:

- a. Trastornos ortopédicos.
- b. Hiperquerotosis severa.

AUTOCUIDADO Y EDUCACIÓN SANITARIA

Las prácticas adecuadas de autocuidado del pie pueden reducir el riesgo de lesiones, infecciones y amputaciones en una persona con un pie en riesgo. Incluyen la revisión diaria del calzado, la higiene diaria adecuada del pie, no caminar descalzo, usar el calzado adecuado, recortar las uñas de los pies, evitar el uso de productos abrasivos

en los pies, atención sanitaria precoz para heridas o lesiones en el pie y exámenes de rutina de los pies por un profesional capacitado para identificar las complicaciones del pie diabético. Son prácticas que debemos aconsejar de manera sistemática desde las consultas de Atención Primaria.

Así mismo, las intervenciones educativas para el cuidado de los pies tienen resultados en salud. Las lesiones en los pies y la ulceración se han asociado con un conocimiento deficiente del cuidado de los pies. Se acepta ampliamente que la educación adicional conducirá a un mejor conocimiento, a comportamientos de autocuidado y a una reducción de las complicaciones del pie. Las intervenciones educativas en cuidado de los pies han mostrado una clara reducción en las tasas de amputación.

UNIDAD DE PIE DIABÉTICO

Podemos definir Unidad de Pie Diabético (UPD) como una unidad a partir de la cual la atención del pie diabético se realiza en equipos multidisciplinarios, donde trabajan de manera coordinada endocrinólogos, podólogos, cirujanos (vasculares, generales y/u ortopédicos) y educadores en diabetes, entre otros. Son unidades ubicadas generalmente en hospitales o complejos hospitalarios que suelen estar liderados por un endocrinólogo.

Por niveles de atención, clásicamente podemos describirlas en función de los profesionales implicados como:

Nivel 1	Médico de familia, podólogo y enfermero en diabetes.
Nivel 2	Diabetólogo, cirujano (general y / o vascular y / u ortopédico), podólogo y enfermero en diabetes.
Nivel 3	Centro especializado en pies con múltiples disciplinas especializadas en el cuidado del pie diabético.

Nivel 1: Médico de familia, podólogo y enfermero en diabetes.

Nivel 2: Diabetólogo, cirujano (general y / o vascular y / u ortopédico), podólogo y enfermero en diabetes.

Nivel 3: Centro especializado en pies con múltiples disciplinas especializadas en el cuidado del pie diabético.

Siguiendo esta estructura en niveles, las UPD se clasifican según el modelo básico correspondiente al nivel 1, modelo intermedio al nivel 2, y modelo de excelencia al nivel 3.

La atención multidisciplinaria del pie diabético no significa que el paciente acuda a una consulta, seguido de una serie de interconsultas, muchas veces a profesionales que no están integrados en la unidad, ni muestran interés en esta patología. La atención coordinada entre los profesionales debe seguir criterios de calidad y estar basada en evidencias científicas. Los profesionales de las UPD deben estar implicados, formados y actualizados, con criterios comunes, con competencias y habilidades específicas sobre el proceso a tratar. Y todas las actividades a desarrollar en estos pacientes tienen

que aportar valor al control de su patología, sin caer en la rutina de sucesiones de consultas de revisión sin un objetivo claro.

En nuestro país, el número de UPD es insuficiente. Un estudio del 2014 realizado por el Grupo Español del Pie Diabético de la Sociedad Española de Endocrinología identificó 34 UPD en España, que dan cobertura únicamente al 25% de los pacientes diabéticos y que solo 1 de cada 4 UPD siguen un modelo de excelencia. Otro estudio más reciente, del 2017, abarcó tanto UPD como Unidades de Heridas Crónicas en sentido más general. Sus resultados mostraron 42 unidades a lo largo de la geografía nacional.

UNIDAD VIRTUAL DE PIE DIABÉTICO

Teniendo en cuenta la prevalencia e incidencia creciente de la diabetes, la importancia y gravedad del pie diabético y la limitación de recursos, debemos afrontar las UPD de otro modo. Las UPD del futuro deben estar integradas y coordinadas no solo entre los profesionales que las integran sino también con Atención Primaria y fundamentalmente con el paciente.

Para conseguir esta integración real surge la idea de la Unidad Virtual de Pie Diabético. A diferencia de los procesos asistenciales que describen el discurrir del paciente a través del Sistema Sanitario, en esta UPD virtual el centro lo forma el paciente y es el Sistema Sanitario el que se adapta al mismo.

Las nuevas tecnologías aplicadas al ámbito sanitario han permitido desarrollar la historia clínica electrónica y la telemedicina, herramientas que se hacen imprescindibles para desarrollar estrategias de atención virtual.

Las UPD virtuales están formadas por todo el Sistema Sanitario. El paciente acude a su centro de salud donde, siguiendo el proceso asistencial integrado correspondiente, en este caso diabetes, se realizan las exploraciones y técnicas recomendadas y se diagnostica un pie diabético que precisa una valoración en una UPD.

Este modo de trabajo permitirá que el paciente se desplace a una cita presencial únicamente cuando sea preciso, y en esa cita será valorado de forma global por los profesionales integrantes de la UPD virtual. Tras esta valoración se trazará un plan de actuación integrado e individualizado en el que también participará el personal de Atención Primaria.

El paciente es atendido en Atención Primaria siguiendo el proceso asistencial integrado correspondiente. Una vez valorado en este ámbito se clasificaría en función del riesgo:

RIESGO	ALTERACIÓN SENSIBILIDAD	PULSOS PALPABLES	DEFORMIDADES	ÚLCERA O ANTECEDENTE	REVISIONES
Leve	No	Si	No	No	Anual
Moderado	Si	No	No	No	Semestral
Alto	Si	Si/No	Si/No	No	Trimestral
Muy Alto	Si/No	Si/No	Si/No	Si	Mensual

Una vez clasificado en Atención Primaria, se remitirían a la UPD virtual los pacientes con riesgo alto o muy alto, que se beneficiarán de esa valoración integral de los objetivos de control de su diabetes, del estado vascular periférico y de la valoración ortopédica de las deformaciones.

El objetivo no es otro que reducir las amputaciones y reamputaciones no traumáticas y con ello la mortalidad. Pero además disminuir las complicaciones del pie diabético, mejorar el control de este tipo de pacientes, centrar en el paciente el control de su patología, formar a nuestros profesionales en patologías altamente prevalentes, y en definitiva poner en valor las nuevas tecnologías al servicio de nuestros pacientes,

8. BIBLIOGRAFÍA

- Cutler DM, Richardson E. Your money and your life: the value of health and what affects it. NBER Working paper series. Working Paper 6895. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 1999.
- J.Caminal, J, Rovira, A. Segura. Estudio de la idoneidad de la prescripción del tratamiento antibiótico en Atención Primaria y de los costes adicionales de la no adecuación. Revista Atención Primaria.
- Weingart and Iezzoni. Looking for Medical Injuries Where the Light Is Bright *JAMA*.2003; 290: 1917-1919
- *Saul N. Weingart, Roger B. Davis, R. Heather Palmer, Michael Cahalane, Mary Beth Hamel, Kenneth Mukamal, Russell S. Phillips, Donald T. Davies, Jr., and Lisa I. Iezzoni.* Discrepancies Between Explicit and Implicit Review: Physician and Nurse Assessments of Complications and Quality. *Health Services Research*; Volume 37: 483 - April 2002
- Mohr, J. J., Fisher, R. J., & Nevin, J. R. (1996). Collaborative communication in interfirm relationships: moderating effects of integration and control. *the Journal of Marketing*, 103-115.
- <https://www.academyforchange.org/leading-sustainable-transformation-workshop-with-peter-senge-darcy-winslow/>
- Integrated care models: an overview - WHO/Europe - World Health Organization.
- WHO | WHO Framework on integrated people-centred health services
- Integrated care - The King's Fund
- Áreas sanitarias integradas: ¿mejoran los resultados en salud?: No está demostrado. <https://gerentedemediado.blogspot.com/2017/02/areas-sanitarias-mejoran-los-resultados.html>
- Evaluación de la eficiencia técnica de la atención primaria pública en el País Vasco, 2010-2013. José Manuel Cordero, Roberto Nuño-Solinís, Juan F. Orueta, Cristina Polo, Mario del Río-Cámara, Edurne Alonso-Morán. <http://www.gacetasanitaria.org/es-evaluacion-eficiencia-tecnica-atencion-primaria-articulo-S0213911115002381>.
- Integración asistencial y áreas únicas. <https://saludconcosas.blogspot.com/2017/05/integracion-asistencial-y-areas-unicas.html>.

- Toro Polanco N, Berraondo Zabalegui I, Pérez Irazusta I, Nuño Solinis R, Del Río Cámara M. Building integrated care systems: a case study of Bidasoa Integrated Health Organisation. *International Journal of Integrated Care*. 2015;15(2):None. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.1796>
- Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911112002166>.
- Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un debate. Informe de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria.
- Transformando los servicios de salud hacia redes integradas. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34027/9789507101281_spa.pdf
- Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos: http://historic.consorci.org/publicacions/catalog-de-publicacions/lilibres-i-articles/organizaciones-sanitarias-integradas.-un-estudio-de-casos/at_download/arxiu
- Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Área Sanitaria Norte de Málaga. http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_cunidad_b49.
- Cartera de servicios de medicina interna HULA. <https://xxilugo.sergas.es/Paxinas/web.aspx?tipo=paxtxt&idLista=4&idContido=97&migtab=90%3B97&idioma=es>
- <https://www.gov.uk/search?q=INTEGRATED%2BCARE>
- <http://www.cprn.org/doc.cfm?doc=2036&l=en>

CASO Dermatología se pone en los zapatos de un paciente de psoriasis en un Área Integrada

1. DeCoster E, Alves de Medeiros A, Bostoen J, et al. A multileveled approach in psoriasis assessment and follow-up: A proposal for a tailored guide for the dermatological practice. *J Dermatolog Treat*. 2016;27(4):298-310.
2. Luelmo J, Gratacos J, Moreno Martinez-Losa M, et al. A report of 4 years of experience of a multidisciplinary unit of psoriasis and psoriatic arthritis. *Reumatol Clin*. 2014;10(3):141-146.
3. Monteagudo Pena JL. [Telemedicine and primary care]. In: *Aten Primaria*. Vol 41. Spain2009:129-130.
4. Romero-Aguilera G, Garrido-Martin JA. Teledermatology: A Tool to Bridge the Gap Between Primary and Specialized Care. *Actas Dermosifiliogr*. 2018.

5. Queiro R, Coto P. Multidisciplinary care for psoriatic disease: Where we are and where we need to go. In: *Rheumatology (Oxford)*. Vol 56. England 2017:1829-1831.
6. Lafuente-Urrez RF, Martín de Aguilera Moro MC. Is collaboration with nursing staff necessary for the management of patients with psoriasis? *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105(3):213-215.
7. Lopez-Ferrer A, Laiz-Alonso A. Psoriasis-Arthritis Units: Three Years on. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109(2):101-103.
8. Canete JD, Puig L. Multidisciplinary teams for psoriatic arthritis: on aims and approaches. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105(4):325-327.
9. Khoury LR, Skov L, Moller T. Facing the dilemma of patient-centred psoriasis care: a qualitative study identifying patient needs in dermatological outpatient clinics. *Br J Dermatol*. 2017;177(2):436-444.
10. Feldman S, Behnam SM, Behnam SE, Koo JY. Involving the patient: impact of inflammatory skin disease and patient-focused care. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53(1 Suppl 1):S78-85.
11. Hendricks AJ, Shi VY. Anticipating the Era of Dermatology Disease Trackers. *Br J Dermatol*. 2019.
12. Dominguez-Cruz JJ, Pereyra-Rodriguez JJ, Ruiz-Villaverde R. Empowerment in Dermatology. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109(2):133-139.
13. Miller DD, Brown EW. Artificial Intelligence in Medical Practice: The Question to the Answer? *Am J Med*. 2018;131(2):129-133.
14. Zubair R, Francisco G, Rao B. Artificial intelligence for clinical decision support. *Cutis*. 2018;102(3):210-211.

CASO Unidad Virtual de Pié Diabético

- 1.- De la Serna De Pedro I. Introducción y generalidades: La vejez en la historia. En: De la Serna De Pedro I. Manual de psicogeriatría clínica. Barcelona. Masson 2000:1-19
- 2.- Blanco Ramos MA. Evolución demográfica nas sociedades actuais. En: Blanco Ramos MA. Avaluación da calidade de vida da xente mayor. Aplicación práctica na provincia de Ourense. Ourense. Xerencia de Atención Primaria de Ourense 2004:44-51
- 3.- Portal de la dependencia. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en <http://www.dependencia.imserso.es> [último acceso: Febrero 2019].

- 4.- International Diabetes Federation. Diabetes Atlas 8^a ed. 2017 (Internet). Disponible en: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html> [último acceso: Febrero 2019]
- 5.- Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú, E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012; 55:88-93.
- 6.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012. Disponible en https://www.senefro.org/modules/grupos/files/estrategia_de_enfermedades_crnicas_copy1.pdf [último acceso: Febrero 2019]
- 7.- Atención a Pacientes Pluripatológicos. Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2018. http://www.afam.org.ar/textos/06_11_18/pai_atencion_pacientes_pluripatologicos.pdf [último acceso: Febrero 2019]
- 8.- Proceso Asistencial Integrado. Diabetes mellitus tipo 2. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/620/Proceso%20asistencial%20integrado.%20Diabetes%20mellitus%20tipo%202.%20Actualizaci%C3%B3n%202015.pdf> [último acceso: Febrero 2019]
- 9.- World Health Organization. Prevention of diabetes mellitus. WHO Technical Report Series 844. Ginebra;1994. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39374/1/WHO_TRS_844.pdf [último acceso: Febrero 2019]
- 10.- Boulton AJ. The diabetic foot: from art to science. The 18th Camillo Golgi lecture. *Diabetologia*. 2004;47(8):1343-53.
- 11.- American Diabetes Association. Older Adults: Standards of Medical Care In Diabetes 2019. *Diabetes Care*.2019;42(s1),S139-S147.
- 12.- Bonner T, Foster M, Spears-Lanoix E. Type 2 diabetes-related foot care knowledge and foot self-care practice interventions in the United States: a systematic review of the literature. *Diabet Foot Ankle*. 2016;7:29758.
- 13.- Bakker K, Apelqvist J, Schaper NC; International Working Group on Diabetic Foot Editorial Board. Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot 2011. *Diabetes Metab Res Rev*. 2012 Feb;28 Suppl 1:225-31.
- 14.- Fernández AP. Abordaje multidisciplinar. Organización de una Unidad de Pie Diabético. 2018. <https://www.aeev.net/guias/mact.1001.fs1802001-1-abordaje-multidisciplinar-organizacion-de-una-unidad-de-pie-diabetico.pdf> [último acceso: Febrero 2019]

- 15.- Rubio JA, Aragón-Sánchez J, Lázaro-Martínez JL, Almaraz MC, Mauricio D, Antolín Santos JB, et al. Unidades de pie diabético en España: conociendo la realidad mediante el uso de un cuestionario. *Endocrinol Nutr.* 2014;(61)2:79-86.
 - 16.- González H, Verdú J, García FP, Soldevilla J. (2017). Primer censo de unidades de heridas crónicas en España. *Gerokomos.*2017; 28(3), 142-150.
-

1. <http://www.easp.es/project/vii-jornadas-de-gestion-sanitaria-areas-sanitarias-mejoran-los-resultados-en-salud-2-febrero-2017/>
2. N. Toro, et al. Building integrated care systems: a case study of Bidasoa Integrated Health Organisation *Int J Integr Care* 2015; Apr-Jun; URN:NBN:N-L:UI:10-1-114831 <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.1796/>
3. NIHR Dissemination Centre. Comprehensive care: Older people living with frailty in hospitals [Internet]
4. Hospital Rey Juan Carlos. Plan de Gestión 2015-2018. Comunidad de Madrid.2018 (<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3D1.+Plan+de+Gesti%C3%B3n.Octubre+2015.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalReyJuanCarlos&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352904984529&ssbinary=true>)
5. Goodwin N, Dixon A, Andreson G, Wodchis W. Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies. 2014
6. Health Services Delivery Programme Division of Health Systems and Public Health Integrated care models: an overview .Ed OMS 2016
7. Esther Suter, PhD, MSW, Nelly D. Oelke, RN, MN, PhD (Candidate), Carol E. Adair , BA, MSc, PhD, and Gail D. Armitage, BA, MA Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration *Healthc Q.* 2009; 13(Spec No): 16–23
8. M^a L Vázquez Navarrete, I Vargas Lorenzo, J Farré Calpe y R Terraza Núñez. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis *Rev Esp Salud Pública* 2005,79 (6): 633-643.
9. *Volker Amelung, Nick Goodwin et al. Handbook Integrated Care, Ed. Springer 2017.* <https://integratedcarefoundation.org/news/new-handbook-offers-a-comprehensive-overview-of-the-main-ideas-and-concepts-of-integrated-care>

10. <https://www.gov.uk/government/collections/integrated-care-documents-and-guidance>
11. Lewis R, Rosen R, Goodwin N, Dixon J. Where next for integrated care organizations in the English NHS? London: The King's Fund; 2010.
12. María Belén López Panisello La integración vertical entre niveles asistenciales en el sistema sanitario español [tesis doctoral]. Universidad Rovira y Vigil 2018
13. Mohr, J. J., Fisher, R. J., & Nevin, J. RvCollaborative communication in interfirm relationships: moderating effects of integration and control. *Journal of Marketing*, . (1996) : 103-115.
14. <https://www.gov.uk/government/publications/integrated-care-how-to-comply-with-monitors-requirements/complying-with-monitors-integrated-care-requirements>
15. Jordi Amblàs-Novellas, Joan Espauella-Panicota. Armonización terapéutica: la necesaria alineación de los sistemas de salud con los resultados que importan a las personas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018;53(5):245-246
16. Romano, Patrick S., et al. "Impact of Public Reporting of Coronary Artery Bypass Graft Surgery Performance Data on Market Share, Mortality, and Patient Selection." *Medical Care*, vol. 49, no. 12, 2011, pp. 1118–1125. JSTOR, www.jstor.org/stable/23053859
17. <https://oshpd.ca.gov/data-and-reports/healthcare-quality/cabg-reports/>
18. Raj Verma. Overview: What are PROMs and PREMs? NSW Agency for Clinical Innovation 2016.
19. Consumers Health Forum. (2013). Capturing, analysing and using consumers' health experience narratives to drive better health outcomes
20. A Majeed, P Aylin, S Williams, A Bottle, B Jarman "Prescribing of lipid regulating drugs and admissions for myocardial infraction in England? *BMJ*. 2004 Sep 18;329(7467):645.
21. Steven D Anisman, Stephen B Erickson, Nancy E Morden, How to prescribe loop diuretics in oedema *BMJ* 2019;364:l359 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.l359>
22. Steven D Anisman, Stephen B Erickson, Nancy E Morden, primary care physician How to prescribe loop diuretics in oedema *BMJ* 2019;364:l359 <https://www.bmj.com/content/bmj/364/bmj.l359.full.pdf>

23. <http://elmedicointeractivo.com/medicion-de-resultados-en-salud-el-analisis-y-comparacion-de-indicadores-se-convierte-en-tendencia-global/>
24. Lee JK1, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006 Dec 6;296(21):2563-71. Epub 2006 Nov 13.
25. Pless, S, et al. Advancing a Systemic Perspective on Multidisciplinary Teams: A Comparative Case Study of Work Organisation in Four Multiple Sclerosis Hospitals. *International Journal of Integrated Care*, 2018; 18(3): 3, 1–10. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.3745>
26. <https://www2.gov.scot/Topics/Health/Policy/Health-Social-Care-Integration/Comm-Toolkit>
27. Senge P, Hamilton H, Kania J (2015). ‘The dawn of system leadership’ *Stanford Social Innovation Review*, winter, pp 27–30.
28. Obra Social La Caixa. Barómetro VidaCaixa: “Retrato de un jubilado en España”. [monografía en Internet]. Obra Social La Caixa: [acceso 03.enero.2018]. Disponible en: <https://www.vidacaixa.es/uploads/files/conclusiones-barometro-vidacaixa-retrato-del-jubilado.pdf>
29. SEDAP. Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un debate Sociedad Española de Directivos en Atención Primaria. Edita Grupo Saned. 2010
30. Vestjens et al. An integrated primary care approach for frail community-dwelling older persons: a step forward in improving the quality of care. *BMC Health Services Research* (2018) 18:28
31. Healthcare Inspectorate Wales. Patient Discharge from Hospital to General Practice:- Thematic Report 2017-2018. Ed govern wales
32. Améliorer le continuum des soins. Rapport du Comité consultatif concernant les hospitalisations évitables. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée du Canada. Novembre, 2011
33. Grail Dorling, Tim Fountaine, Sorchá McKenna, Brindan Suresh The evidence for integrated care *Healthcare Practice March* Ed. McKinsey 2015 <https://www.mckinsey.com/~media/McKinsey/Industries/Healthcare%20Systems%20and%20Services/Our%20Insights/The%20evidence%20for%20integrated%20care/The%20evidence%20for%20integrated%20care.ashx>

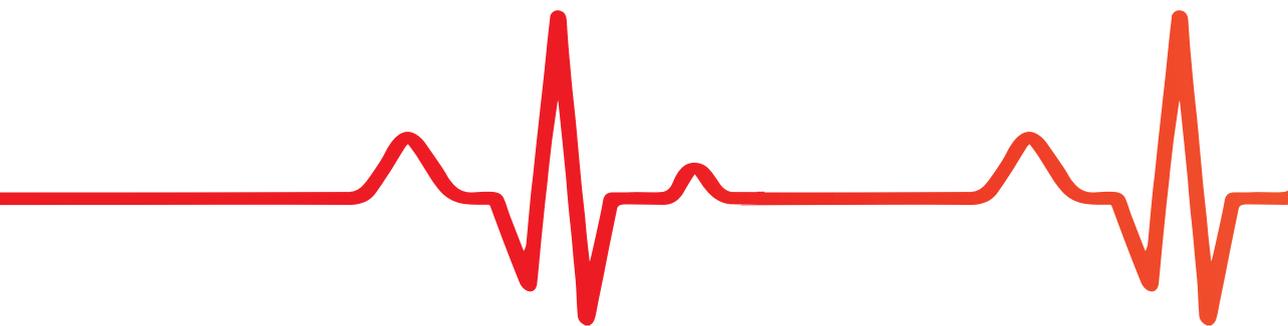
34. <https://obsaludasturias.com/obsa/?indicador=cuidados-inadecuados-en-diabetes&tipo=0&anio=2018>
35. González-Ortiz, LG, et al. The Core Dimensions of Integrated Care: A Literature Review to Support the Development of a Comprehensive Framework for Implementing Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*, 2018; 18(3): 10, 1–12.
36. Zonneveld, N, et al. Values of Integrated Care: A Systematic Review. *International Journal of Integrated Care*, 2018; 18(4): 9, 1–12. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.4172>
37. Ketelaars C. Integrated care requires integrated supervision. *Int J Integr Care*. 2011 Jan-Mar; 11: e009. Mar 14;11. [accessible en: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/550>. <http://persistent-identifier.nl/?identifier=URN:NBN:NL:UI:10-1-101303>.
38. González-Ortiz, LG, et al. The Core Dimensions of Integrated Care: A Literature Review to Support the Development of a Comprehensive Framework for Implementing Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*, 2018; 18(3): 10, 1–12. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.4198>
39. Bruin SR, Stoop A, Billings J, Leichsenring K, Ruppe G, Tram N, et al.. The SUSTAIN Project: A European Study on Improving Integrated Care for Older People Living at Home. *International Journal of Integrated Care*. 2018;18(1):6. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.3090>
40. Nuño-Solinís, R., Zabalegui, I. B., Arce, R. S., Rodríguez, L. S. M., & Polanco, N. T. (2013). Development of a questionnaire to assess interprofessional collaboration between two different care levels. *International Journal of Integrated Care*, 13.
41. Grooten, L, et al. An Instrument to Measure Maturity of Integrated Care: A First Validation Study. *International Journal of Integrated Care*, 2018; 18(1): 10, 1–20
42. José Romanoa, Álvaro Choi. Medida de la eficiencia de la atención primaria en Barcelona incorporando indicadores de calidad *Gac Sanit*. 2016;30(5):359–365
43. Cordero, J. M., Nuño-Solinís, R., Orueta, J. F., Polo, C., Río-Cámara, M. D., & Alonso-Morán, E. (2016). Evaluación de la eficiencia técnica de la atención primaria pública en el País Vasco, 2010-2013. *Gaceta Sanitaria*, 30(2), 104-109.
44. Coulter A. Measuring what matters to patients. *BMJ*. 2017;356:j816.14.
45. Bautista, MC, Nurjono, M, Wei Lim, Y, Dessers, E and Vrijhoef, HJM. Instruments measuring integrated care: A systematic review of measurement properties. *Milbank Quarterly*, 2016; 94(4): 862–917. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12233>

46. <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/integrated-care-europe-way-ahead-and-euregha-annual-conference-eu-regions-health-changing-today>
47. <https://www.cihi.ca/en>
48. http://www.conferenceboard.ca/press/newsrelease/17-05-15/health_care_system_sustainability_a_key_concern_as_canadians_get_older.aspx
49. How does Canada track kits healthcare expenditure? <https://www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-database-metadata>
50. Canadian HEALTHCARE SUSTAINABILITY CHALLENGES
51. <http://www.fedea.es/pub/otros/LIBRODEPENDENCIA-FAZ-Sergi.pdf>
52. <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai.html>
53. “María Luisa Vázquez Navarrete, Ingrid Vargas Lorenzo Organizaciones sanitarias integradas. Un estudio de casos.. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2009, 260 pp. (http://www.consorci.org/media/upload/pdf/osi_un_estudio_de_casos_1432545988.pdf)
54. http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?option=VerHtml&nmnorma=403&cdestado=P#no-back-button
55. http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-skorga04/es/contenidos/informacion/organigramas_osakidetza/es_def/index.shtml
56. <http://www.euskalit.net/qepea/Osidebabarrena.pdf>
57. <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/stps/view-stps/>
58. <http://www.hscboard.hscni.net/icps/more-about-icps/faq1/>
59. Mirella MN Minkman, Kees TB Ahaus Robbert Huijsman A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. *BMC Health Services Research* 2009, 9:42 (<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/42>)
60. https://www.act-programme.eu/gro_embrace
61. https://www.youtube.com/watch?v=-SpU0_8eDuY

62. De Winter M. Implementing an Integrated Care System for Chronic Patients in Belgium: a Co-creation Process. *International Journal of Integrated Care*. 2018;18(s2):202. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.s2202>.
63. *Int J Integr Care* 2014; Swiss TPH Conf Suppl; URN:NBN:NL:UI:10-1-116230).
64. https://ec.europa.eu/regional_policy/es/projects/spain/electronic-medical-record-system-ianus-improves-regional-health-care



RRII 7027



9 788409 108602

