



Modelos de atención integrada en España

Identificación de factores clave
de éxito para su implementación

Con la colaboración de





Modelos de atención integrada en España

Identificación de factores clave de éxito para su implementación

Documento elaborado por la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)

Coordinadores del informe:

Bayona García Manuel

López-Pardo Pardo Estrella

Merino Hernández Marisa

Con la participación de:

Avilés Martínez M^º José

Catalán Colera Luis Vicente

Méndez Castell Consuelo

Morera Castell Ramón

Sánchez Herrero Rafael

Sarrión Bravo Juan Antonio

Tordera Sánchez Manuel

Vega Otero María Dolores

Con la colaboración de expertos de diferentes Comunidades Autónomas.

Reservados todos los derechos.

Se permite su reproducción, distribución y comunicación, siempre y cuando se mantenga reconocimiento de su autor y de la propiedad de los derechos, no se haga uso comercial de la obra, y no se realice ninguna modificación de ésta.

Edita: Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)

JUNIO, 2019

ISBN: 978-84-09-26336-3

Depósito Legal: C 1727-2020

Consulta documento on line



Colaboradores en la elaboración del informe:

- Azcutia Gómez, María Rosario. Directora de Continuidad Asistencial de Madrid, Madrid.
- Baylin Zaldúa, Elena. Unidad Gestión Sanitaria OSI Donostialdea, País Vasco.
- Bustinduy Bascarán, Ana. Directora médica OSI Alto Deba, País Vasco.
- Delgado Ruíz, Enrique. Gerente del Área Integrada de Soria, Castilla y León.
- Dolz Sinisterra, Francisco. Gerente del departamento de Valencia-Peset, Valencia.
- Domene García, Juan. Jefe de sección de auditorías sanitarias. DG de Investigación, Innovación, Tecnología y Calidad, Valencia.
- Domínguez González, Nieves. Médico de Atención Primaria en EOXI en A Coruña, Galicia.
- Fernández Planelles, Concha. Directora Atención Primaria del Departamento de Elda, Valencia.
- Hernández Miro, Montserrat. Gerente Asistencial de Atención Primaria de Madrid, Madrid.
- Hernández, Jose Antonio. Socio responsable de Sanidad, Grant Thornton.
- Ibarrola Gillén, Cristina. Jefa de Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial, Navarra.
- Jauregui García, Mariluz. Jefa Unidad Gestión Clínica OSI Tolosaldea, País Vasco.
- Jodar Solà, Gloria. Directora del equipo de Atención Primaria en el Instituto Catalán de Salud, Cataluña.
- Lapuente Mariezcurrena, Iñaki. Responsable de la Oficina de Cronicidad y Pluripatología del Servicio Cántabro de Salud, Cantabria.
- López Ponga, Beatriz. Subdirectora de Organización de Servicios Sanitarios, Asturias.
- Lorusso, Nicola. Epidemiólogo en Distrito Sanitario Costa del Sol, Andalucía.
- Martínez, Daniel. Senior Manager de Sanidad, Grant Thornton.
- Miralles, María. Consultora de Sanidad, Grant Thornton.
- Narbona González, Francisco Javier. Responsable de Calidad, Formación, Procesos Asistenciales y Seguridad del Paciente en el DSAP Córdoba y Guadalquivir, Andalucía.
- Pino Ríos, Auxiliadora. Directora de Enfermería del Área Integrada Serranía de Málaga (Ronda), Andalucía.
- Pozo Muñoz, Francisco. Director Asistencial de Área Integrada Norte de Málaga (Antequera), Andalucía.
- Rodríguez Ledo, Pilar. Subdirectora médica de la EOXI de Lugo, Galicia.
- Sánchez Hernández, Coro. Jefa del Servicio de Atención Primaria Virxe Peregrina Pontevedra. Galicia.
- Sánchez Castro, José. Jefe del Servicio de A Estrada en EOXI Santiago de Compostela, Galicia.
- Soler Company, Enrique. Director de Atención Primaria departamento Valencia La Fe, Valencia.
- Tórtola Graner, Dantes. Director Atención Primaria del Departament de Valencia-Peset, Valencia.
- Tristancho Álvarez, Rita. Jefe de Servicio de Atención Primaria en el Servicio Canario de Salud, Islas Canarias.
- Urruzola Lizarribar, Arantxa. Adjunta de enfermería OSI Tolosaldea, País Vasco.
- Verde Remeseiro, Luís. Gerente EOXI en A Coruña, Galicia.
- Vicente Catalán, Luís. Vicesecretario de SEDAP.

Modelos de atención integrada en España

Identificación de factores clave de éxito para su implementación

ÍNDICE

1/ ANTECEDENTES DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN INTEGRADA	11
¿Qué entendemos por un modelo de atención integrada?	12
Tipos de integración de los modelos de atención.....	13
Clasificación de iniciativas de continuidad asistencial según su nivel de impacto en las organizaciones	14
Valor de los modelos de atención integrada	15
Nivel de implantación de la atención integrada en españa.....	18
Iniciativas de atención integrada con enfoque sistémico	19
Iniciativas de atención integrada con enfoque en torno a la condición del paciente.....	21
2/ DESAFÍOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE MODELOS DE ATENCIÓN INTEGRADA	22
Retos en la integración asistencial - clínica - funcional	22
Retos en la integración sistémica - normativa	23
3/ FACTORES CLAVE DE ÉXITO	24
Factores claves de éxito para la implementación - gobernanza.....	24
Factores claves de éxito para la implementación - sistema clínico	25
Factores claves de éxito para la implementación - cultura y valores	25
Priorización de los factores clave	26
4/ ACTUACIONES RECOMENDADAS	27
Recomendaciones en materia de gobernanza	28
Recomendaciones en materia de sistema clínico	29
Recomendaciones en materia de cultura y valores	29
ANEXO	34
ANEXO A: Acrónimos y abreviaturas	34
ANEXO B: Metodología.....	34
ANEXO C: Bibliografía de referencia y fuentes de información	35

¿Por qué identificar las claves de implementación de la atención integrada?

El sistema sanitario en España está inmerso en un proceso de cambio derivado de factores tan relevantes como el envejecimiento poblacional, el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, la innovación continua en el ámbito diagnóstico y terapéutico o la incorporación de tecnologías disruptivas. Al mismo tiempo el sistema debe contribuir a la mejora de los resultados en salud y la calidad de vida de los pacientes en un contexto de contención del gasto público y permanente búsqueda de la sostenibilidad del sistema. Son retos de gran alcance y que requieren repensar el abordaje de la atención al paciente en todas sus dimensiones.

Los modelos de atención integrada se plantean como iniciativas de transformación del sistema cuya implementación puede resultar decisiva para dar respuesta a estos retos. Así, situar al **paciente en el centro del sistema**, desarrollar la **continuidad asistencial e impulsar el abordaje integral** de la atención influye directamente sobre los objetivos de resultados, calidad y sostenibilidad, a través de ámbitos como el refuerzo de la prevención, de la atención precoz y de la proximidad al paciente. En estos ámbitos el papel de la Atención Primaria juega un rol decisivo.

Existen múltiples iniciativas de impulso de la atención integrada, con diferentes enfoques, alcances y niveles de desarrollo, pero también con diversidad de grados de éxito. Se trata habitualmente de actuaciones con impacto en distintas dimensiones, dispositivos y perfiles profesionales, que aúnan objetivos, perspectivas, organizaciones y procesos distintos entre sí, aumentando la complejidad de su implementación.

La Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) quiere contribuir a impulsar estas iniciativas y a que sean un éxito. Por ello, este informe pretende ser una herramienta de ayuda a todos aquellos agentes responsables de la implementación de los modelos de atención integrada. Con la visión de los 38 expertos que han participado en el estudio se quiere aprovechar la experiencia acumulada hasta el momento para **identificar los principales condicionantes** en la puesta en marcha de estas iniciativas, **así como las claves de éxito** de su implementación.

Para ello, se ha analizado el contexto y los motivos por los que se plantean este tipo de modelos de atención. Se han identificado los distintos ámbitos de integración y se han clasificado las tipologías de iniciativas de acuerdo con el impacto sobre la integración del modelo, según fuera este bajo, medio o alto.

Asimismo, los expertos han dado su visión sobre el **valor aportado** por los modelos de atención integrada **a los distintos perfiles de agentes implicados**, singularmente para los pacientes, para los profesionales sanitarios y para los responsables de gestión sanitaria. Se han identificado las iniciativas con un mayor nivel de desarrollo



e implementación en España, destacando las de alto impacto, ya sean de carácter sistémico, p.ej. estructuras integradas de atención, o entorno a una condición particular del paciente, p.ej. procesos asistenciales integrados.

Los agentes consultados han identificado los **retos más relevantes en la integración** en sus distintas perspectivas, **determinando y priorizando las claves de éxito** para su puesta en marcha, en las que el liderazgo y el compromiso continuado y la disponibilidad de una hoja de ruta destacan como elementos de alto impacto y esfuerzo limitado.

Por último, **se recogen recomendaciones para una implementación adecuada** en torno a ámbitos como la planificación, la involucración de los agentes, la adaptación de organizaciones y procesos, la comunicación y formación, o la disponibilidad de recursos. Acciones que contribuyan a lograr la excelencia del sistema de salud.

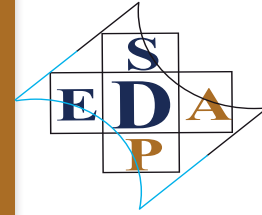


La visión de los expertos consultados aporta la experiencia acumulada en atención integrada, identificando los principales condicionantes y las claves de éxito de la implementación.



Resumen ejecutivo

El envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, precisan de estrategias de salud enfocadas a un nuevo modelo de atención, donde la prevención, la proactividad o el abordaje integral son fundamentales.



El envejecimiento de la población conlleva un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, las cuales exigen a las autoridades sanitarias políticas y estrategias de salud enfocadas a un nuevo modelo de atención, en los que aspectos como la prevención, la proactividad o el abordaje integral aparecen como fundamentales.

De este modo, aparece la necesidad de abordar la implantación de modelos de atención integrada en los que el paciente sea el auténtico eje central en torno al que organizarse.

Múltiples iniciativas con un único objetivo: el desarrollo de la atención integrada

No existe un único modo de abordar la atención integrada, atendiendo tanto a las características y necesidades particulares de las organizaciones y de su contexto, como a los diferentes enfoques y alcances a plantear en este tipo de iniciativas.

Pueden destacarse dos tipos de integración, complementarios entre sí. Por un lado, la **integración asistencial-clínica-funcional** está orientada a homogeneizar la asistencia del paciente. Por otro, la **integración sistémica-normativa** se centra en la unificación de estructuras de gestión y asistenciales, tanto a nivel organizativo como estratégico.

Desde el punto de vista del impacto, las iniciativas de atención integrada se estructuran en tres niveles, de **bajo, medio o alto impacto** sobre el nivel de integración que logran. En este último nivel destacan medidas como la implementación de Procesos Asistenciales Integrados (PAIs) o los modelos sistémicos.

Modelos de atención integrada para aportar valor a los agentes

El impacto de los modelos de atención integrada tiene un valor potencial diferente para cada agente. Así, según los expertos consultados, los **pacientes** buscan una mejora en los resultados y la calidad de vida, una mayor integración en el proceso de atención de la dimensión psicosocial de la persona y una mejora de la experiencia y de la resolutivez.

El principal valor para los **profesionales sanitarios** es la mejora de la coordinación, así como el desarrollo de una visión holística de la situación del paciente gracias a dicha coordinación y la mejora en el acceso a la información. Asimismo, estas mejoras inducen también cambios positivos en la minimización de duplicidades y errores.



La mejora de la calidad de la atención es el aspecto más destacado para los gestores sanitarios. Otros elementos destacados son la mayor capacidad en la gestión de la complejidad de la atención, así como la mejora en la capacidad, eficacia y eficiencia del propio sistema, aspectos vinculados a la propia gestión sanitaria.

Recorriendo el camino en España: hacia un mayor impacto de la atención integrada

Según los agentes consultados, **existe en España un elevado margen de actuación para desarrollar e implantar los modelos de atención integrada**. Así, un 50% de los expertos considera que el nivel de implementación de estos modelos en España era bajo, mientras que el otro 50% lo valoró como de nivel medio.

Entre las medidas con mayor éxito y nivel de implantación se identificaron principalmente dos tipos, para las que se han determinado sus características principales:

- Iniciativas de enfoque sistémico, principalmente las **organizaciones integradas**, como por ejemplo las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs) del País Vasco o las Estructuras Organizativas de Xestión Integrada (EOXIs) de Galicia.
- Iniciativas vinculadas a la condición del paciente, caracterizadas por estar centradas en una patología o estados de salud concretos, como los **PAIs** que se han desarrollado en múltiples CC.AA.

La resistencia al cambio y garantizar el compromiso directivo, principales retos

La implementación efectiva de la atención integrada supone un desafío para el sistema sanitario en conjunto y para cada una de las organizaciones que lo integran.

En la **integración asistencial-clínico-funcional**, los expertos han identificado por **unanimidad como reto principal superar la resistencia al cambio de los profesionales** ante la puesta en marcha de una iniciativa de atención integrada. Asimismo, han coincidido en más de un 90% en otros dos retos relevantes: la implantación efectiva de los mecanismos de coordinación, y el rediseño de los procesos en línea con la atención integrada.

Con respecto a la **integración sistémica-normativa**, los agentes consultados han mostrado un amplio consenso en identificar tres retos prioritarios. **En primer lugar, garantizar el liderazgo, la priorización y el compromiso de los responsables** en la implantación de los modelos de atención integrada. En segundo lugar, impulsar la innovación y el cambio cultural necesarios en el seno de la organización. Por último también se ha destacado como reto altamente relevante el lograr la vertebración de la atención y de la propia organización de los recursos en torno al paciente.



El reto principal, ante la puesta en marcha de una iniciativa de atención integrada, es superar la resistencia de los profesionales al cambio.



Liderazgo, impulso y hoja de ruta para el éxito

Para dar respuesta a estos y otros retos, los expertos participantes valoraron y priorizaron múltiples aspectos para acabar seleccionando 13 factores considerados las claves de éxito de la implantación de modelos de atención integrada.

Estos factores, seleccionados a partir de su conocimiento y experiencia en estas iniciativas, se han estructurado alrededor de tres ámbitos de actuación, identificando:

- **Gobernanza:** 8 factores clave
- **Sistema clínico:** 2 factores clave
- **Cultura y valores:** 3 factores clave

Estos factores se han priorizado a su vez atendiendo al nivel de esfuerzo requerido y al potencial de impacto. Así, si bien los 13 elementos identificados se valoran como críticos para el éxito global de la implantación de un modelo de éxito, en materia de gobernanza destacan especialmente 3 factores que, de acuerdo con su valoración por parte de los expertos, pueden considerarse los primeros elementos a considerar en el abordaje de cualquier modelo de atención integrada:

- Liderazgo y compromiso continuado de la dirección a lo largo de todo el proceso.
- Identificación, coordinación, impulso y respaldo a los responsables.
- Diseño de una hoja de ruta global para el despliegue del modelo de atención integrada.



Es imprescindible el liderazgo y compromiso continuado de la dirección a lo largo de todo el proceso de atención integrada.

Recomendaciones para una **implantación adecuada de los modelos de atención integrada**

Teniendo en cuenta los factores clave de éxito identificados, los expertos han seleccionado **21 recomendaciones para la puesta en marcha** y despliegue de iniciativas de atención integrada, alrededor de los 3 ámbitos analizados: gobernanza, sistema clínico y cultura y valores.

- **Gobernanza:** definición de objetivos compartidos en los acuerdos de gestión, difusión de dichos objetivos, diseño de un plan de transformación global, unidades y relaciones jerárquicas adecuadas, disponibilidad de profesionales y recursos adecuados, incentivación de los profesionales, indicadores SMART, indicadores de resultado intermedio, modelo de evaluación continuada y transparente, y alineamiento de mecanismos de registro y transmisión de la información.
- **Sistema clínico:** alineamiento con los principios de atención centrada en el paciente, adecuación de protocolos con participación de profesionales y pacientes, incorporación de la última evidencia disponible, definición de los perfiles y roles necesarios, establecimiento de las relaciones funcionales y de los mecanismos requeridos, identificación de acciones que impulsen el empoderamiento del paciente y la concienciación.
- **Cultura y valores:** comunicación y difusión de los objetivos de la atención integrada y de su valor, impulso de la mejora continua, difusión y transparencia de los resultados, identificación y capacitación de líderes, y formación de los profesionales en contenidos y habilidades vinculadas a atención integrada.

Estas recomendaciones surgen de la experiencia acumulada por los agentes participantes en la puesta en marcha y gestión de múltiples iniciativas de atención integrada en España. Atender a estas recomendaciones e incorporarlas a la definición y despliegue de una iniciativa de atención integrada, pueden suponer la diferencia para lograr el éxito.



Para poner en marcha iniciativas de atención integrada, ha de estar alineados el modelo de gobernanza, el modelo clínico y la cultura y valores de la organización.

1. Antecedentes de los modelos de atención integrada

Los sistemas sanitarios deben dar respuesta a unas necesidades sociales que se encuentran en continua evolución. En el caso de España, el Sistema Nacional de Salud (SNS) se encuentra ante un **envejecimiento de la población** cada vez más pronunciado, con un aumento del peso demográfico de la tercera edad del 18, 0% en 2008 al 20, 2% en 2017, y un **incremento de la esperanza de vida** de 81, 3 años a 83, 1 años durante el mismo período de tiempo, según el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Junto a otros factores como el cambio en el estilo de vida -aumento del sedentarismo, modificación de los patrones dietéticos...- o los avances en nuevos tratamientos y la mejora de la supervivencia a largo plazo, se produce un escenario de **transición epidemiológica**, desde la predominancia de las patologías agudas hacia la mayor prevalencia de las **enfermedades crónicas**. Entre las patologías con mayor prevalencia entre la población española se encuentran la diabetes, la insuficiencia cardíaca (IC), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la enfermedad renal crónica (ERC) o las enfermedades neurodegenerativas.

El abordaje de las patologías crónicas sitúa al sistema sanitario ante el reto de prestar una **atención integrada**, desarrollando la continuidad asistencial en torno al paciente y con un enfoque cada vez más personalizado. La colaboración y coordinación entre todos los dispositivos de atención, así como en el seno de dichos dispositivos, se configura como un elemento clave, fundamental del abordaje global de la atención.

Asimismo, los expertos consultados señalan que existen otros factores que conjuntamente y/o derivados de los anteriores contribuyen a **promover un cambio en el modelo de atención**. En un escenario en el que la atención se dilata en el tiempo, asegurar que el paciente es atendido por el recurso adecuado en cada momento pasa necesariamente por un enfoque holístico de la atención, individualizado en su aplicación y con una aproximación progresivamente más preventiva y proactiva que reactiva.

El abordaje integrado convierte al **paciente en el centro del sistema**, dejando atrás la figura de receptor pasivo ante los servicios prestados. Se promueve así la **proactividad y corresponsabilización** del paciente en el abordaje de su enfermedad. También se fomenta la **educación, capacitación e implicación** del paciente en todo el proceso de atención, así como una mayor responsabilidad en el uso de los recursos asistenciales disponibles.

La mejora en la eficiencia y eficacia de los recursos no es sólo una necesidad ante un escenario continuado de contención del gasto sino un objetivo común por parte de todos los agentes que componen el sistema para garantizar su **sostenibilidad**. Junto a la corresponsabilización de todos los implicados, el impulso de la **prevención**

Principales factores que impulsan la implementación de los modelos de atención integrada



Envejecimiento de la población



Aumento de prevalencia de enfermedades



Evolución de atención episódica a continuada



y de la actuación temprana, la disminución de la variabilidad de la práctica clínica o las sinergias que puedan derivarse de un enfoque integral e integrado son factores que contribuyen al replanteamiento del modelo de atención.

Una correcta implementación de dichos principios puede ayudar a mejorar la calidad global de la atención. De este modo, una atención coordinada optimiza el valor aportado al paciente y su propia experiencia en el proceso asistencial, así como permite minimizar errores y riesgos asociados a la atención del paciente a lo largo de dicho proceso.

Para llevar a cabo estos cambios, existen múltiples herramientas tecnológicas que actúan tanto de facilitadores como de impulsores del cambio. Los avances en tecnología diagnóstica y terapéutica, con el desarrollo de la medicina personalizada, la incorporación de la genética a la práctica clínica, la progresiva implantación del big data o la generalización del uso de los smartphones y las capacidades de comunicación remota son sólo algunos de los elementos que posibilitan y promueven un cambio en el modelo global de atención.

A pesar de la progresiva informatización de los centros y del potencial de este tipo de elementos, los expertos señalan que existe un amplio recorrido de mejora en la transformación digital del sistema, en ámbitos como la accesibilidad e intercambio de información, la incorporación efectiva de tecnología a la gestión y la atención el despliegue y uso efectivo de las herramientas de comunicación entre profesionales y con el paciente.

La consecución de estos objetivos y el cumplimiento de las expectativas de todos los agentes implicados -pacientes, profesionales sanitarios, gestores, etc. del paciente y de los profesionales implicados en su atención, resulta inviable en ausencia de un modelo que evite la fragmentación de servicios, que fomente la coordinación entre profesionales y dispositivos, y que potencie la capacitación del paciente, es decir, de un modelo de atención integrada.

a.

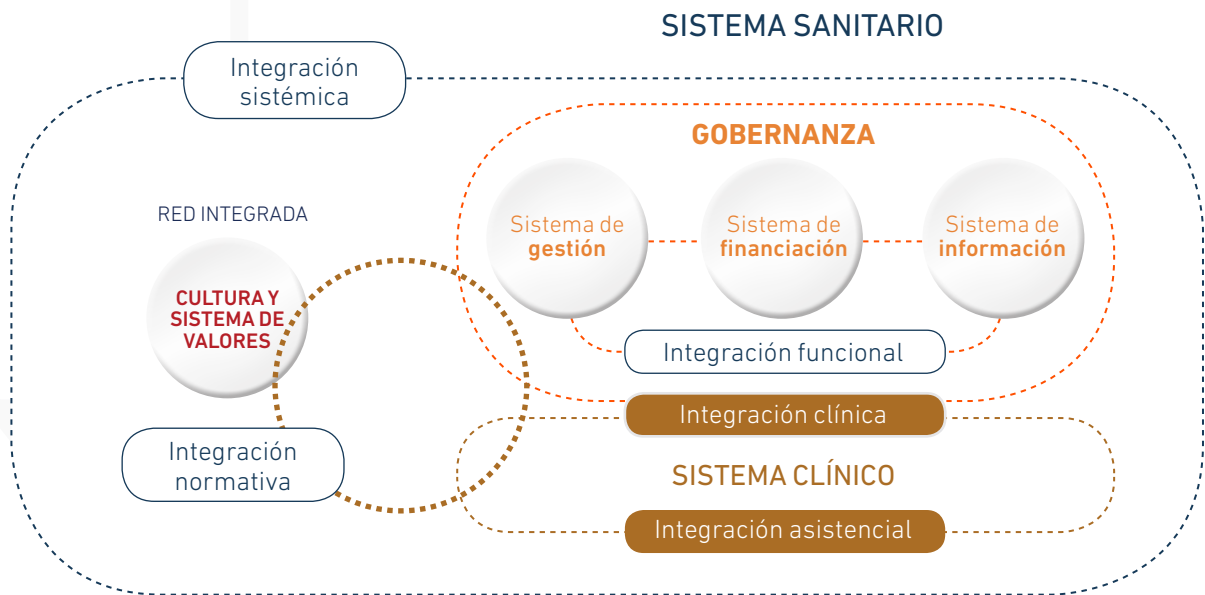
¿Qué entendemos por un modelo de atención integrada?

La atención integrada es un principio de organización de la asistencia enfocada a la coordinación de los recursos y dispositivos disponibles, que tiene como objetivos la mejora de la calidad, de la eficacia y de la eficiencia a través de una mayor coherencia del abordaje global de la atención al paciente, de la obtención de sinergias y de la disminución de la fragmentación asistencial.

Para desarrollar el concepto de atención integrada se configuran modelos con mayor o menor alcance y desarrollo en función de los objetivos que se pretendan y de los recursos implicados en ellos.



Dimensiones / sistemas de la atención y tipos de integración



b. Tipos de integración de los modelos de atención

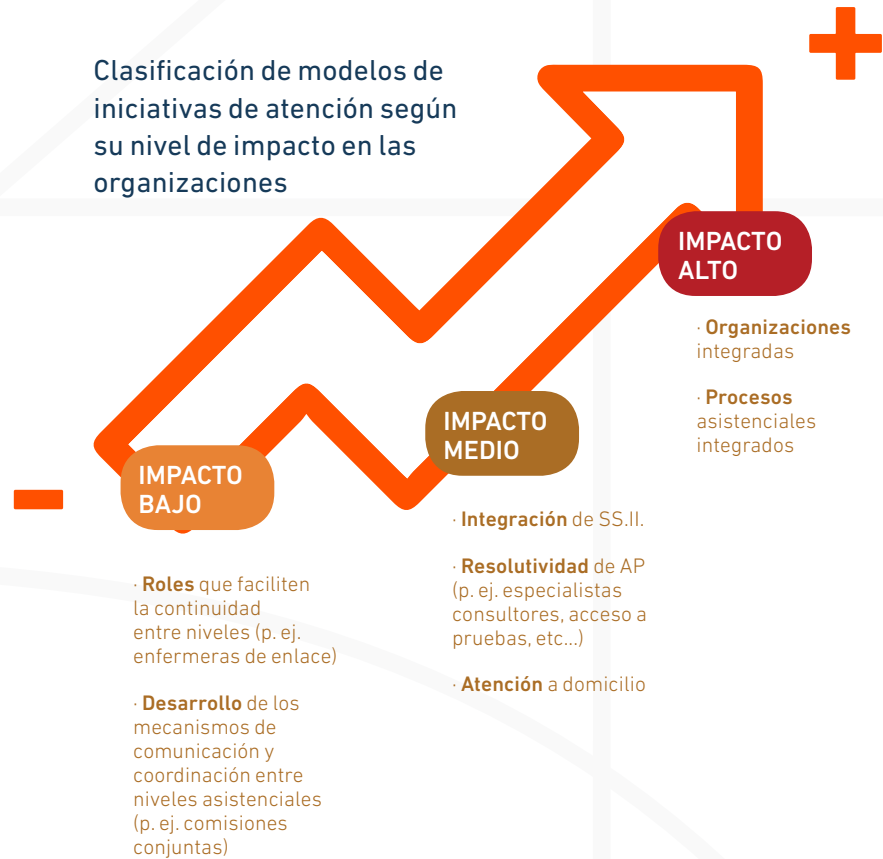
El desarrollo de la integración en el sistema sanitario puede darse en diferentes niveles, actuando sobre los **sistemas de gobernanza** (financiación, gestión, información), sobre el **ámbito clínico**, con respecto a la **cultura y el sistema de valores** de las organizaciones, sobre varios de estos ámbitos o sobre todos ellos en su conjunto. De este modo, se da lugar a diferentes tipos de integración, con objetivos e impacto diferenciados.

En cualquier caso, a efectos prácticos, estos tipos de integraciones pueden agruparse principalmente en torno a **dos grandes tipologías**, distintas pero complementarios entre sí:

- **La integración asistencial-clínica-funcional**, con la que se pretende unificar y estandarizar el abordaje asistencial, principalmente en el ámbito de la gestión y del proceso de atención al paciente. Este tipo de integración implica en la mayoría de los casos el desarrollo de un **enfoque multidisciplinar** de la atención. La **definición de nuevos roles** y la **capacitación de los profesionales** para asegurar la efectividad y la continuidad de la asistencia a los pacientes son aspectos necesarios para la implementación efectiva de los modelos en este ámbito. Su impulso puede producirse tanto de arriba abajo (desde los niveles decisores de las organizaciones hacia los profesionales) como, en ocasiones, de abajo arriba (a iniciativa de los propios profesionales).
- **La integración sistémica-normativa**, centrada en la unificación de estructuras de gestión y asistenciales, tanto a nivel organizativo como estratégico. De este modo se promueven cambios en las **relaciones funcionales y jerárquicas** entre los profesionales y los recursos del sistema de atención para un mayor alineamiento en los objetivos y en la planificación, organización, gestión y provisión de la atención por parte de todos los implicados. Debido a la naturaleza de este tipo de integración suele conllevar cambios de configuración de las propias organizaciones, con implicaciones legales, y se impulsa de arriba abajo.

C.
Clasificación de iniciativas de continuidad asistencial según su nivel de impacto en las organizaciones

El enfoque, nivel de desarrollo e implementación de este tipo de modelos es muy heterogéneo. En este sentido, es importante tener en cuenta que, aún compartiendo el objetivo de desarrollo de la atención integrada, el modelo concreto puesto en marcha puede variar en función de aspectos como los **recursos disponibles**, el **nivel de esfuerzo requerido**, el **alineamiento de los diferentes agentes implicados** o las **propias variables demográficas** y de configuración actual del sistema de atención.



Así, la tipología de medidas para el desarrollo de la atención integrada es muy variada con variaciones significativas en el alcance e impacto en las organizaciones. De esta forma, y desde el punto de vista del nivel de desarrollo e impacto de la continuidad asistencial, las iniciativas se pueden clasificar en:

- **Impacto bajo:** son iniciativas orientadas a promover y reforzar los modelos de coordinación entre profesionales, lo que favorece la mejora de la continuidad asistencial, tanto entre niveles asistenciales como dentro de un mismo nivel.

En este ámbito, se engloba la actuación de las **enfermeras de enlace o gestoras de casos**, que favorecen la gestión integrada del paciente, garantizando la continuidad asistencial e involucrando a otros dispositivos en función de las necesidades del paciente en cada momento. Igualmente, las comisiones conjuntas entre médicos de AP y AH favorecen la atención de proximidad al paciente en AP a la vez que logran una mayor efectividad del sistema.

- **Impacto medio:** mediante estas iniciativas se consiguen modelos de coordinación más robustos y consolidados. De esta forma, la **integración de SS.II.** es clave



para establecer circuitos de atención integrados, que permitan hacer accesible la información clínica del paciente a los diferentes profesionales implicados, así como, favorecer la petición de pruebas y procedimientos diagnósticos, con independencia del dispositivo y/o nivel asistencial en el que estén ubicados.

Asimismo, la puesta en marcha de especialistas consultores ya sea mediante consulta del especialista en los propios centros de salud o consultas virtuales y/o telefónicas accesibles para el médico de atención primaria, favorece la resolutiveidad en este nivel de atención al tiempo que reduce el número de derivaciones a los especialistas de AH, disminuye tiempo de diagnóstico y refuerza la coordinación interniveles.

- **Impacto alto:** hace referencia a aquellos modelos que permiten un elevado grado de integración asistencial, como por ejemplo mediante la **definición y despliegue de procesos asistenciales Integrados (PAIs)**, en los que se ordenan las funciones y roles de los profesionales implicados en la atención de los pacientes en cada momento y se explicitan los criterios y mecanismos de coordinación asistencial y derivación de pacientes.

En este nivel de impacto cabe destacar los **modelos sistémicos** que persiguen la integración asistencial mediante la reorganización de los recursos y dispositivos bajo una perspectiva única no sólo asistencial, sino también organizativa y de gestión.

d.
**Valor de los
modelos
de atención
integrada**

Para lograr la implementación de actuaciones que aporten una mejora global en la calidad del proceso asistencial es necesario analizar las circunstancias y necesidades de los agentes implicados, de modo que el desarrollo del modelo atienda a dichas situaciones y facilite su propia puesta en marcha. Desde esta perspectiva, los expertos participantes en este estudio han identificado distintos elementos de valor asociados a los modelos de atención integrada según las expectativas de los pacientes, de los profesionales y de los gestores.

Según los agentes consultados, los **pacientes** esperan que la implantación de este tipo de modelos de atención favorezca una **mayor orientación a resultados y calidad de vida**. En esta línea, la orientación del conjunto del sistema hacia el paciente, atendiendo a sus necesidades y objetivos vitales en todo momento es fundamental. La plena inclusión de la **dimensión psicosocial** de la persona en el abordaje de la atención aparece como un elemento clave para lograr este objetivo.

La **percepción del paciente** sobre su atención es igualmente importante en la medida en que puede condicionar el resultado. La revisión y mejora de la experiencia del paciente a lo largo del proceso no sólo genera valor en sí misma, sino que redundan en los resultados y en la calidad de vida del paciente. En particular, la resolutiveidad y capacidad de respuesta en las diferentes fases del proceso, así como la gestión de expectativas y tiempos se configuran a juicio de los expertos en uno de los elementos de mayor valor para los pacientes.

Otros aspectos destacados por los expertos como elementos generadores de valor para los pacientes fueron la reducción de la frecuentación e individualización de la atención, una mayor accesibilidad, longitudinalidad y la continuidad asistencial y de la información. Cabe destacar que un 67% de los agentes consultados considera que no se tiene en cuenta la visión de los pacientes en la definición e implementación de modelos de atención integrada. Así, se considera que existe una falta de sensibilización general para hacer partícipes a los pacientes desde el propio diseño del modelo hasta su puesta en marcha, p.ej. a través de grupos de trabajo, y que se sientan realmente como el centro del sistema.

En cuanto a las expectativas de los **profesionales sanitarios** respecto de los modelos de atención integrada, los expertos destacan la **visión global de la situación del paciente** y el **aumento de la coordinación inter e intra-niveles** como los aspectos de mayor valor. El necesario aumento de la comunicación y transmisión/accesibilidad de la información entre los múltiples dispositivos que forman parte del continuo asistencial promueve el acceso a datos e información, lo que posibilita una mejor toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Asimismo, permite evitar errores, no sólo de carácter sanitario si no que facilita la no repetición de pruebas o la pérdida del control de la situación del paciente a lo largo del proceso.

Junto a estos elementos, los expertos señalan otros aspectos de generación de valor para los profesionales en relación con el abordaje asistencial, como es una capacidad de actuación más global, el refuerzo del seguimiento del paciente, el mayor foco en actividades de valor o el impulso a la atención de proximidad, con la AP como paradigma de este último cambio.

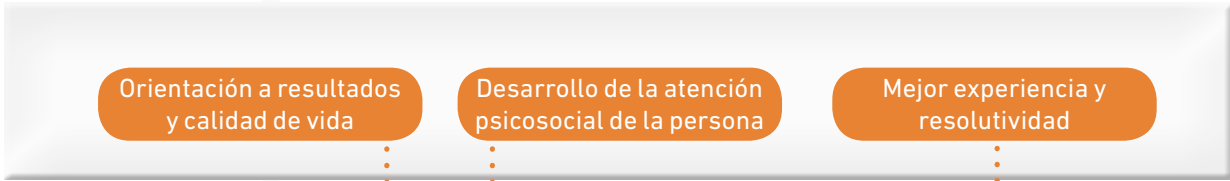
Un 45% de los agentes consultados considera los profesionales sanitarios no son tenidos en cuenta en la definición de estos modelos de atención. Si bien la percepción es mejor que en el caso de los pacientes, los expertos creen que debería mejorarse el nivel de participación de los profesionales en el diseño, implementación y mejora continua de estas iniciativas, tanto en relevancia como en número y alcance global dentro de las organizaciones.

Los expertos destacan la **mejora de la eficacia, de la capacidad y de la eficiencia del sistema** como uno de los aspectos de mayor valor para los gestores sanitarios en la implementación de un modelo de atención integrada. Las sinergias y la mejora en el aprovechamiento de recursos que se generan al impulsar la coordinación y colaboración entre los agentes implicados en la atención son el principal causante de este efecto. Por otro lado, esa misma coordinación, la cuál se encuentra en muchas ocasiones sustentada también por una mayor integración en materia de sistemas de información y el desarrollo de herramientas para facilitar la toma de decisiones, hace posible una mayor capacidad de gestión de la complejidad, aspecto igualmente destacado por los expertos.

Por último, desde la perspectiva de la **gestión sanitaria**, se valora muy positivamente el impacto sobre la mejora de la calidad del modelo de atención que puede tener un desarrollo adecuado de la atención integrada, visión compartida por profesionales y pacientes.



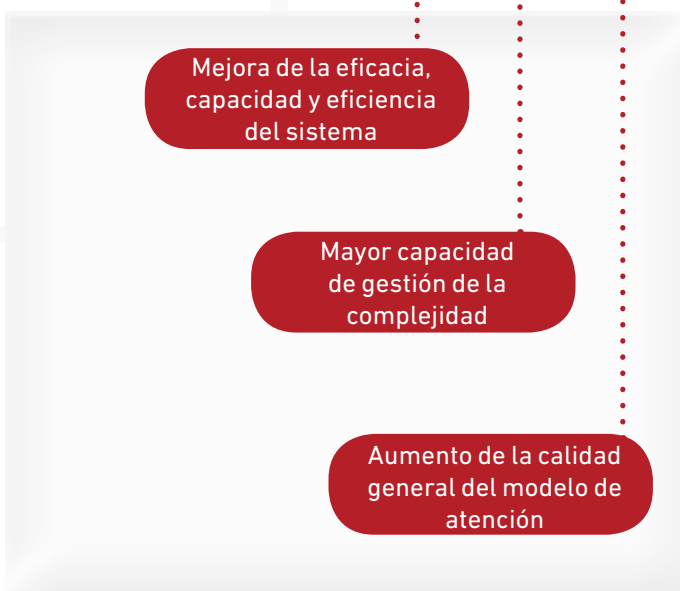
PACIENTES



PROFESIONALES SANITARIOS



GESTORES SANITARIOS



Valor de los modelos de atención integrada para los agentes implicados



e.

Nivel de implantación de la atención integrada en España

Al valorar la situación actual en el Sistema Nacional de Salud de la atención integrada, la visión de los expertos consultados coincide en señalar la **falta de un mayor nivel de desarrollo**, así como la elevada heterogeneidad en su abordaje, en buena medida condicionadas por las diferencias intrínsecas entre los servicios de salud de las distintas CC.AA.

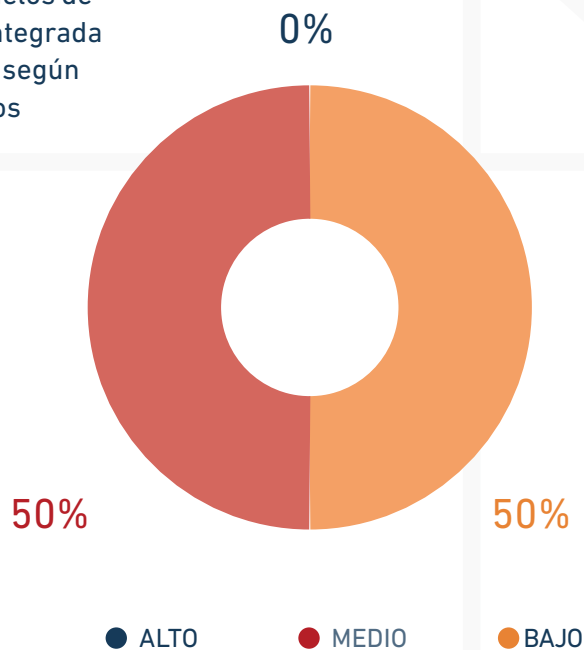
El 50% de los agentes consideran que la implementación de los modelos de atención integrada en España se encuentra en un nivel medio, frente a otro 50% que valoran el grado de implementación como bajo. Nadie ha valorado el grado de desarrollo de la atención integrada como alto.

Las diferencias en la tipología, alcance, características y nivel de desarrollo de las iniciativas de atención integrada son significativas no sólo entre CC.AA. sino también incluso dentro en las propias comunidades, coincidiendo todo tipo de iniciativas de bajo, medio y alto impacto con distintos objetivos y ámbitos de actuación.

Entre las iniciativas con mayor nivel de implementación en España, los expertos destacan **dos tipos de modelos de atención integrada**, que se encuentran a su vez entre aquellas con mayor impacto y alcance. Por un lado, las iniciativas con un **enfoque sistémico**, delimitadas por el área geográfica en la que se implementan.

Por otro lado, las iniciativas orientadas al **abordaje de una condición particular del paciente**, centradas en definir el proceso de atención en el abordaje de una patología o estado de salud concreto, es decir, limitadas a un grupo de pacientes determinado más o menos numeroso.

Nivel de implantación real de los modelos de atención integrada en España según los expertos





f.

Iniciativas de atención integrada con enfoque sistémico

El **enfoque sistémico** implica el despliegue de un único modelo de atención que integre a todos los recursos dentro de una determinada **demarcación territorial**. En base a la evidencia existente, se pueden señalar algunos elementos clave presentes en iniciativas sistémicas con mayor nivel de desarrollo:

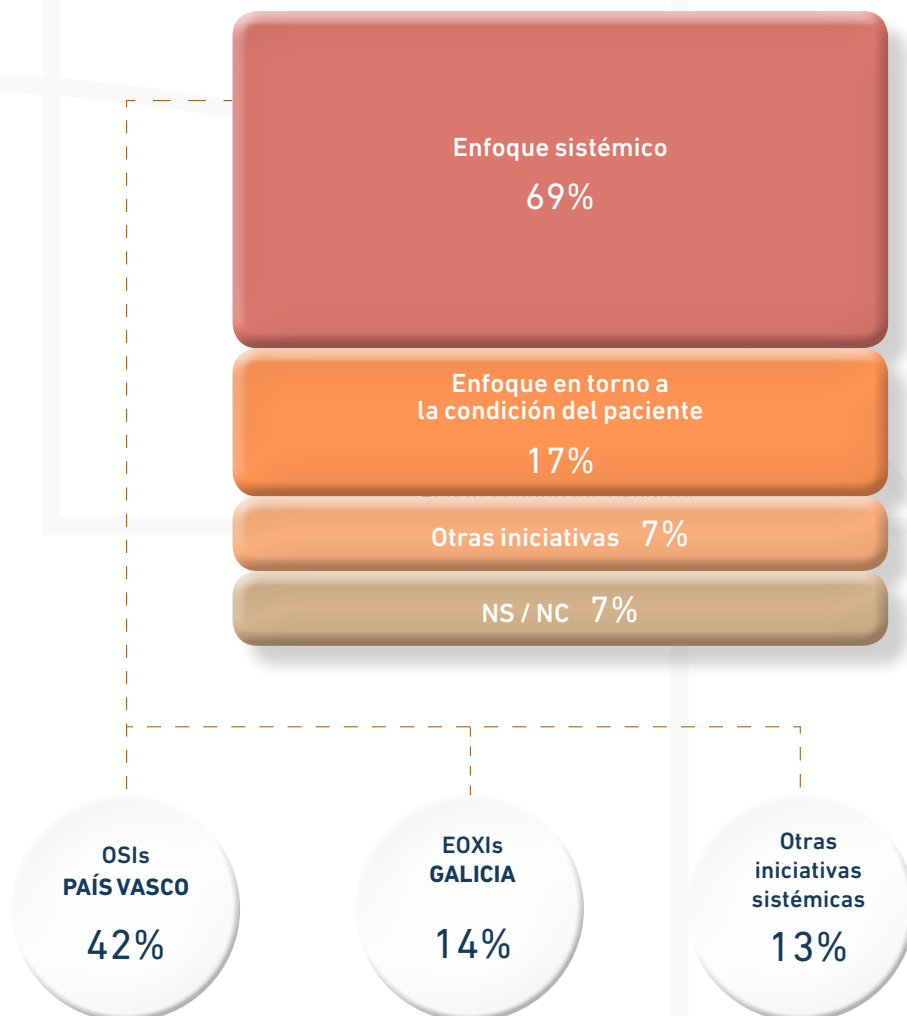
- **Una estrategia previa** a la puesta en marcha del modelo de atención integrada, compartida y asumida por todos los recursos implicados e impulsada por el nivel directivo de mayor rango de la organización que lidere la atención en el área geográfica correspondiente, de modo que se impulsa el alineamiento de objetivos, organización, procesos y gestión de recursos entre todos los dispositivos implicados.
- **Un sistema de gobernanza consistente y robusto**, que promueva el desarrollo de procedimientos y actuaciones basados en la toma de decisiones conjunta y transparente.
- **Actuaciones destinadas a aumentar la integración estructural y organizativa**, que impulsen la definición compartida de la estrategia, el control y evaluación integral de los resultados y la detección y resolución de las necesidades locales, así como velar por el buen funcionamiento del gobierno clínico de la organización.
- **Un sistema de financiación y evaluación** orientado hacia una presupuestación objetiva y equitativa, alineado con la definición de objetivos y evaluación de resultados, promoviendo la sostenibilidad del conjunto del sistema.
- **Desarrollo de mecanismos de coordinación entre niveles y dispositivos asistenciales**, como por ejemplo el desarrollo de rutas asistenciales, la creación de unidades específicas o la puesta en marcha de roles y mecanismos de impulso de la continuidad, como punto de unión.
- **Un enfoque poblacional** que permita la definición de intervenciones a grupos poblacionales determinados, de acuerdo con la estrategia común sobre la que se basa la implementación del modelo de atención integrada.
- **La integración de los sistemas informáticos (SS.II)**, de forma que se evolucione hacia una única plataforma compartida en la que se garantice la accesibilidad a la información a lo largo del proceso de atención, así como su unicidad y calidad.

Si bien las iniciativas sistémicas tienen un elevado potencial por cuanto tratan de alinear todos los elementos implicados en la atención bajo un único modelo, los expertos consideran fundamental valorar determinados factores condicionantes previamente a su diseño e implementación. Entre los factores con un mayor impacto se destacan los siguientes:

- **Tamaño de la población atendida:** el desarrollo de un modelo de atención integrada con enfoque sistémico en áreas sanitarias de más de 200-300 mil personas se ha demostrado empíricamente complejo, dificultando el éxito de la iniciativa. Por el contrario, en áreas de salud de 150-200 mil personas, los resultados son notables siempre que se implantan de un modo adecuado.

- **Complejidad de la integración de los servicios:** existen numerosos casos de éxito en este tipo de modelos de atención en áreas sanitarias con hospitales de nivel primario o secundario. Sin embargo, la complejidad asociada a hospitales terciarios dificulta el desarrollo de este tipo de iniciativas.
- **Integración con los servicios sociales:** a pesar de que la experiencia en un abordaje sistémico de integración del ámbito sanitario y social es escasa, las sinergias posibles y la capacidad de desarrollo del abordaje de la atención plantean este ámbito como la siguiente etapa a desarrollar en iniciativas sistémicas ya maduras. No obstante, se considera que la integración en el alcance del ámbito social desde el inicio en una iniciativa de este tipo puede incrementar excesivamente la complejidad de la iniciativa y dificultar un desarrollo adecuado de la misma en sus fases iniciales.

Un 42% de los expertos consultados identificaron las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs) del País Vasco como la iniciativa de atención integrada de mayor grado de implementación en España, mientras que un 14% señalaron las Estructuras Organizativas Integrales (EOXIs) de Galicia y un 13% otro tipo de iniciativas sistémicas.



g.

Iniciativas de atención integrada con enfoque en torno a la condición del paciente

Las iniciativas con un **enfoque en torno a la condición del paciente** se caracterizan por estar centradas en una patología o estados de salud concretos. Típicamente se plantean para mejorar el abordaje de situaciones de alto impacto o elevada complejidad en la atención a través de los denominados Procesos Asistenciales Integrados (PAIs) o, en el caso de plantearse en un área de salud o en un dispositivo concreto, como rutas asistenciales integradas. Por dicho motivo, las enfermedades crónicas de mayor prevalencia suelen encontrarse entre sus objetivos más habituales: diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc. Asimismo, es común el desarrollo de PAIs para el caso del paciente crónico complejo, en el que deben conjugarse múltiples enfermedades crónicas de relevancia.

Estas iniciativas buscan la **redefinición y homogeneización del proceso de atención** de una cierta patología o condición del paciente, minimizando la variabilidad clínica en su atención y fijando los recursos más adecuados en cada momento para los pacientes, buscando así la mejora tanto de la calidad asistencial como de la sostenibilidad del sistema. Así, el diseño de los procesos y rutas asistenciales integradas implica la **definición del “qué”, “quién”, “cuándo” y “dónde”** realiza una actividad, bajo el consenso de los profesionales implicados y teniendo como base la mejor evidencia disponible, así como el sistema de evaluación que se va a utilizar.

Los principales elementos que caracterizan los PAIs son:

- **La definición del alcance** del proceso de atención, delimitando el perfil de pacientes a atender en el proceso.
- **La identificación de las tareas** a realizar a lo largo de todo el proceso, centradas en el recorrido del paciente y que abarca típicamente desde la confirmación diagnóstica hasta su eventual salida del proceso.
- **La caracterización** de dichas tareas, determinando con claridad los criterios de calidad, las responsabilidades de los diferentes agentes implicados y los sistemas y mecanismos de registro y comunicación de la información.
- **El flujograma de atención**, definiendo visualmente el recorrido del paciente a lo largo del proceso, así como los diferentes caminos en función de la evolución de su situación en cada momento.
- **Los indicadores del proceso**, tanto de propio proceso, orientados a valorar la correcta implantación de este como de resultados.

Este tipo de iniciativas se han implantado en mayor o menor medida en buena parte de las CC.AA. españolas, entre las que se encuentran la Comunidad Valenciana, el País Vasco, Cataluña o Castilla y León, en las que el abordaje de los PAIs se lleva a cabo a nivel de área de salud. Por el contrario, en comunidades como Andalucía o Galicia, el diseño del proceso se produce a nivel regional, para el conjunto del servicio de salud, si bien su eventual implementación recae en las áreas de salud.

2. Desafíos en la implementación de modelos de atención integrada

En el proceso de implementación de las actuaciones destinadas a la atención integrada existen determinadas barreras y retos que deben abordarse, bien desde una perspectiva asistencia-clínica-funcional, relacionada con la continuidad asistencial, la práctica clínica y el funcionamiento de cada centro bien desde el punto de vista sistémico- normativo, vinculado a la dirección y organización de los dispositivos y su relación entre ellos.

a Retos en la integración asistencial **CLÍNICA - FUNCIONAL**

Más del 90% de los expertos consultados coinciden en que los retos más relevantes en la implantación de este tipo de iniciativas en el ámbito de la integración asistencial clínica y funcional son:

- Superar la **resistencia al cambio** por parte de los profesionales, a través de incentivos e información acerca del valor positivo que aportan los modelos de atención integrada, no sólo desde una perspectiva global de sostenibilidad o mejora de la calidad de la atención, sino también desde el punto de vista específico del impacto en su día a día, en términos de información y visión global de los pacientes, capacidad de actuación o resultados en salud.
- Impulsar y consolidar la implementación de los **mecanismos y herramientas de coordinación** entre los profesionales, dispositivos, niveles y ámbitos que corresponda, y con los pacientes, empleando para ello herramientas sencillas y eficaces, asumidas por todos los implicados e integradas de forma natural en la práctica asistencial diaria. En este sentido, la comunicación y coordinación entre todos no ha de suponer una carga administrativa sino una herramienta de mejora para pacientes y para profesionales cuyo uso esté reconocido por la dirección de las organizaciones.
- Rediseñar los **procesos de atención con foco en la persona** alineando el abordaje asistencial de los dispositivos implicados con las necesidades del paciente y de su entorno, con especial atención en las enfermedades crónicas y en las situaciones de dependencia. En particular, los agentes implicados consideran fundamental contar con una participación activa de los profesionales en su rediseño, que facilite al mismo tiempo la adecuación del proceso a la realidad e impulse su adopción y su evolución en el tiempo. Junto a estos retos, los agentes consultados han mencionado otros aspectos que suponen en mayor o menor medida un condicionante para la correcta integración asistencia-clínica-funcional de las iniciativas de atención integrada:
 - Asegurar la **dedicación necesaria y oportuna de los profesionales** implicados en el proceso de atención para la correcta aplicación de un abordaje integral e integrado.
 - Implantar **objetivos asistenciales realistas**, enfocados a resultados y medibles mediante mecanismos de evaluación transparentes, que orienten a las organizaciones hacia su consecución.
 - Desarrollar la **coordinación con los dispositivos de carácter social y sociosanitario**, en particular con los centros residenciales.

b
Retos en la
integración
**SISTÉMICA -
NORMATIVA**

- Promover la **codecisión** y la **transparencia** en el seno de las organizaciones, tanto entre los profesionales implicados en el proceso de atención, como con los pacientes.
- **Formar y capacitar a los profesionales**, especialmente en el trabajo multidisciplinar y en la comunicación con los pacientes y con su entorno.
- **Instaurar incentivos** que contribuyan a la motivación de los profesionales para la asunción de este tipo de modelos asistenciales.

Los agentes que han participado en este estudio han identificado diversos retos en el ámbito de la integración sistémica y normativa.

Tres de estos retos han logrado un consenso superior al 90% entre los expertos:

- **Vertebrar la atención y su organización en torno al paciente**, impulsando la integración de las estructuras de gestión y atención que corresponda, promoviendo el alineamiento de todos los dispositivos alrededor de un enfoque multidisciplinar y multidimensional de la atención y en la que se impulse la atención de proximidad. A este respecto, la Atención Primaria puede jugar un papel clave en el abordaje global, facilitando la adaptación a las particularidades y necesidades locales.
- **Garantizar el liderazgo, la priorización y el compromiso** continuado de la organización para acometer la transformación necesaria. Así, una dirección claramente definida y sostenida en el tiempo permite acometer con mayores garantías una iniciativa que persiga una integración sistémica, superando progresivamente las resistencias internas.
- **Impulsar la innovación y el cambio cultural** en el seno de las organizaciones que faciliten la adopción de un cambio de estas características. Para ello se requiere un trabajo a largo plazo en todos los niveles de la organización en la que se va a implementar el modelo de atención integrada, con medidas visibles que refuercen la transformación deseada, entre las que se debe encontrar la necesaria adecuación de los recursos a las nuevas necesidades.

Asimismo, los expertos han identificado otros factores que pueden suponer un cambio significativo en las probabilidades de éxito de una integración de carácter sistémico-normativo, entre los que destacan:

- **Superar las limitaciones normativas y/o administrativas** para hacer posible la adecuación organizativa y/o de roles requerida.
- **Impulsar la visibilidad e impacto** de los resultados, tanto en el seno de las organizaciones como entre ellas y de cara a la sociedad, como factor impulsor de mejora continua.

**Tres retos ampliamente compartidos:
Vertebrar la atención en torno al paciente, liderazgo e
impulsar la innovación y el cambio cultural.**



3. Factores claves del éxito

Los expertos han identificado y valorado según su experiencia y conocimiento las claves del éxito para la implementación de modelos de atención integrada. Estos factores han sido priorizados, atendiendo a la inmediatez de su impacto y al esfuerzo necesario para abordarlos.

De este modo se han identificado aquellos elementos que, a juicio de los participantes en este estudio, marcan la diferencia en el éxito de la puesta en marcha y despliegue de los modelos de atención integrada.

En total se han identificado **13 factores clave de éxito** alrededor de tres ámbitos: **gobernanza, sistema clínico y cultura y valores.**

a
Factores claves
de éxito para la
implementación
GOBERNANZA

1_ Liderazgo y compromiso continuado de la dirección a lo largo de todo el proceso con la transformación del modelo, liderando internamente el cambio, visibilizando su prioridad e importancia estratégica y promoviendo el cambio cultural interno necesario, en torno a la innovación, la sostenibilidad y los resultados, en todos los niveles de la organización.

2_ Diseño de una hoja de ruta global para el despliegue del modelo de atención, que tenga en cuenta todas las dimensiones de integración y cambio, así como todos los agentes implicados, e incorpore no sólo el diseño, implantación y despliegue del modelo sino también su evolución y mejora continua.



b
Factores claves
de éxito para la
implementación
SISTEMA CLÍNICO

3_ Ejecución de las medidas legales, administrativas y funcionales necesarias para adecuar el modelo de atención, incluyendo los aspectos organizativos y de roles profesionales.

4_ Identificación, coordinación, impulso y respaldo a los responsables en los distintos niveles, fomentando la toma de decisiones, la corresponsabilidad y la confianza mutua.

5_ Potenciar el papel de AP en el marco de un liderazgo compartido en la dirección y la gestión del conjunto del sistema.

6_ Previsión y garantías de disponibilidad de la dedicación de recursos y soporte necesario la implementación del modelo y su evolución, incluido el reconocimiento y disponibilidad de los propios profesionales.

7_ Puesta en marcha de herramientas de apoyo para profesionales y gestores.

8_ Implementación de sistemas de evaluación y medición de resultados a través de indicadores objetivos y de la valoración de los pacientes y profesionales, que promuevan la identificación de propuestas de actuación para la mejora continua del modelo.

9_ Involucración de todos los agentes en el diseño, implantación y evolución del modelo.

10_ Rediseño y adecuación de servicios, prestaciones, equipos, competencias y roles a las necesidades del nuevo modelo, identificando las necesidades existentes para ello y las acciones a desplegar, en particular en materia de colaboración y coordinación entre profesionales y dispositivos asistenciales, reforzando la integración de los procesos asociados.

c
Factores claves
de éxito para la
implementación
**CULTURA Y
VALORES**

11_ Formación sobre los conceptos de atención integrada y las características y claves de la iniciativa, tanto al inicio de la implementación del modelo como con carácter continuado, atendiendo a las necesidades generales y específicas de los agentes.

12_ Fomento estructural de la corresponsabilización de la ciudadanía mediante la transmisión de los principios de la atención integrada, sobre todo en materia de prevención, autocuidado y uso responsable de los recursos, en el que destacan las escuelas de pacientes y la labor de pacientes expertos y de asociaciones de pacientes, que se configuran como recursos de apoyo y soporte para los pacientes y su entorno, así como un medio a través del cuál se impulsan y se hacen efectivas las campañas de prevención y concienciación.

13_ Definición y ejecución de un plan de comunicación externa e interna para dar a conocer y poner en valor la atención integrada y la iniciativa a implantar.

d

Priorización de los factores clave

Todos estos elementos se identifican como **claves de éxito** y, por lo tanto, los expertos consultados consideran que deben ser tenidos en cuenta ante cualquier iniciativa de despliegue de un modelo de atención integrada. Sin embargo, estas claves tienen un distinto impacto en materia de **nivel de esfuerzo requerido** por parte de la organización para su materialización, así como de la **inmediatez y visibilidad de su impacto**.

Por ello se ha considerado adecuado valorar estos dos ámbitos y así facilitar elementos de reflexión adicionales a gestores y profesionales para plantear la implementación de estos modelos y definir adecuadamente la estrategia de implantación.

Los **factores clave con un impacto más inmediato y con un menor esfuerzo** entre todos los considerados deberían asumirse como los primeros pasos a abordar en el proceso de transformación del modelo e incluyen:

- El **liderazgo de la dirección** de la organización con el despliegue del modelo de atención, con un compromiso continuado en el tiempo, que asegure la transformación del modelo.
- El **impulso y respaldo a los responsables en el diseño y puesta en marcha** en el seno de la organización.
- La **elaboración de una hoja de ruta global** de implementación.

Por otro lado, la **ejecución de medidas legales y la corresponsabilización** de la ciudadanía son actuaciones que requieren un trabajo a más largo plazo para lograr el impacto necesario.



**Siempre hay comunicación,
por lo tanto, es mejor planificarla
que dejarla a la suerte.**



4. Actuaciones recomendadas

Para asegurar la obtención de los factores clave de éxito identificados, los expertos han identificado varias recomendaciones de actuación basadas en su experiencia económica y conocimiento de la implementación de iniciativas de atención integrada. A efectos prácticos se han ordenado dichas actuaciones en torno a los tres ámbitos en los que se estructuran los factores clave:





a
Recomendaciones
en materia de
GOBERNANZA

1_ Introducción de objetivos compartidos en los acuerdos de gestión, asegurando la alineación de estos con los de la iniciativa de atención integrada por parte de todos los agentes implicados.

2_ Difusión de dichos objetivos dentro de la organización, impulsando el cambio entre los agentes implicados y promoviendo la participación conjunta.

3_ Diseño de un plan de transformación global consensuado con los agentes, que aborde las necesidades de actuación en todos los niveles asistenciales y dispositivos implicados, orientada a la obtención de los objetivos.

4_ Existencia/creación de las unidades y relaciones jerárquicas adecuadas, promoviendo la definición de los roles y funciones determinados para cada agente, promoviendo la cohesión y coordinación entre ellos.

5_ Disponibilidad de los profesionales y recursos necesarios para comprometerse y acometer la transformación del modelo de atención.

6_ Incentivación a los profesionales para la transformación del modelo, alineada con los objetivos planteados, p.ej. a través de contrato programa o mecanismos similares.

7_ Definición de indicadores SMART: específicos, medibles, alcanzables, realistas y en un horizonte temporal definido.

8_ Inclusión de indicadores de resultado intermedio en los acuerdos de gestión, para la evaluación de la utilización/adecuación de los servicios, el empoderamiento del paciente y la implementación de estructuras integradas.

9_ Impulso de un modelo de evaluación continuada de la implantación y desempeño del modelo de atención y transparente para la organización.

10_ Alineamiento de los mecanismos de registro y transmisión de la información según las posibilidades de los SS.II.



b
Recomendaciones
en el ámbito del
SISTEMA CLÍNICO

1_ Garantizar el alineamiento de la iniciativa con los principios de atención centrada en el paciente desde su concepción y diseño, así como a lo largo de su implementación.

2_ Adecuación de protocolos con participación de profesionales y pacientes, a elaborar con el consenso y conocimiento de los agentes, con una visión multidisciplinar a lo largo del proceso, facilitando la superación de resistencias internas y su implantación.

3_ Incorporación de la última evidencia disponible al abordaje de la atención en todos sus elementos, tanto en la práctica clínica como en lo relacionado con la coordinación, gestión, provisión y soporte.

4_ Definición de los perfiles y roles necesarios, que permitan cubrir las necesidades que se deriven del nuevo abordaje asistencial y que faciliten la integración de la atención.

5_ Establecimiento de las relaciones funcionales y de los mecanismos requeridos para mejorar la coordinación entre agentes, la compartición de información, minimizar las diferencias en la gestión y clarificar la definición de objetivos y de funciones, según los procesos definidos.

6_ Identificación de acciones que impulsen el empoderamiento del paciente y su concienciación, y así promover una participación informada en la toma de decisiones y, en consecuencia, una mejora de los resultados en salud, fomentando el autocuidado y el uso racional de los recursos.

c
Recomendaciones
en materia de
**CULTURA Y
VALORES**

1_ Comunicación y difusión de los objetivos de la atención integrada y de su valor para los profesionales, los pacientes y la sociedad en su conjunto, con el objetivo de reducir reticencias entre los agentes mediante la información, impulsando su participación e involucración en hacer partícipes a los profesionales implicados, pacientes y conjunto de la sociedad de un proyecto común que aumenta la sostenibilidad del sistema sanitario y mejora la calidad de vida del paciente.

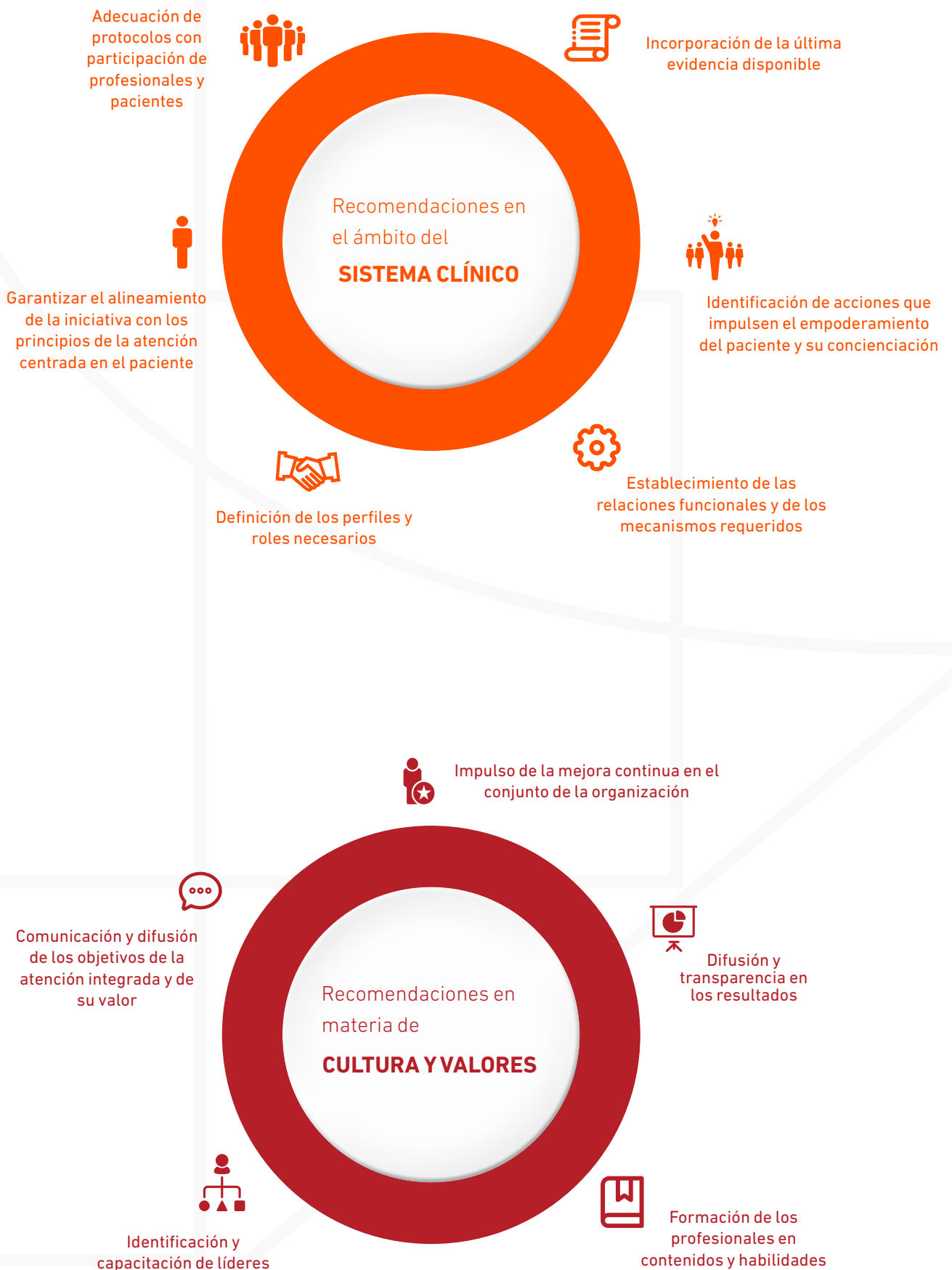
2_ Impulso de la mejora continua en el conjunto de la organización, promoviendo la revisión y evaluación de procesos y protocolos, en el marco de una cultura orientada a la innovación no sólo desde el ámbito de la dirección y la gestión sino también desde los propios profesionales.

3_ Difusión y transparencia en los resultados obtenidos por la organización, tanto interna como externamente y en línea con los objetivos previstos, facilitando la identificación de áreas de mejora y de buenas prácticas.

4_ Identificación y capacitación de líderes, impulsando la detección de futuros líderes de la organización entre sus profesionales, su formación en habilidades y competencias de comunicación, gestión y dirección, que promueva el cambio cultural hacia la colaboración y la innovación, y el compromiso y coordinación interna y con otros dispositivos.

5_ Formación de los profesionales tanto en contenidos como en habilidades, impulsando la orientación a resultados, el desarrollo de la innovación interna y la mejora continua, la colaboración y el trabajo multidisciplinar y la capacitación en materia de habilidades comunicativas, especialmente en la relación con el paciente y su entorno.







SEDAP recomienda una mayor integración, para dotar al sistema sanitario de garantías de calidad, mejora continua, capacidad de adaptación al cambio y sostenibilidad.



Desde SEDAP se considera imprescindible apostar por una mayor integración en la atención como pilar fundamental para dotar al sistema de garantías de calidad en la atención, de sostenibilidad, de mejora continua y de capacidad de adaptación.

En suma, los modelos de atención integrada dan respuesta a buena parte de los retos y necesidades a los que se enfrentan los sistemas de salud, y que previsiblemente se agudizarán en el futuro. Pero para una correcta implementación, son múltiples los retos y condicionantes por afrontar.

Aunque algunos de estos factores varían según el contexto y la iniciativa, comparten trazos comunes: resistencia al cambio, desconocimiento, desalineamiento de los implicados, falta de recursos, etc.

Las actuaciones recomendadas, definidas a partir de la experiencia acumulada por los 38 expertos que han participado, pretenden facilitar una guía a profesionales y gerentes para abordar estas cuestiones en el diseño, la planificación y la implantación de modelos de atención integrada y aumentar sus posibilidades de éxito.

Porque, en última instancia, el éxito en lograr una atención integrada pasa por alcanzar el objetivo último de toda institución sanitaria: mejorar la salud y la calidad de vida de la población. Ya disponemos del conocimiento y las herramientas para ello.

Anexos

Anexo A. Acrónimos y abreviaturas

AH	Atención Hospitalaria
AP	Atención Primaria
CC.AA	Comunidades Autónomas
EOXI	Estructura Organizativa de Gestión Integrada
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ERC	Enfermedad Renal Crónica
IC	Insuficiencia Cardíaca
INE	Instituto Nacional de Estadística
OSI	Organización Sanitaria Integrada
PAI	Proceso Asistencial Integrado
SEDAP	Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
SS.II	Sistemas Informáticos

En los meses en los que se ha llevado a cabo la iniciativa, se han desarrollado las siguientes actuaciones:

- Creación del **grupo de trabajo**, compuesto por 38 agentes representantes de todas las CC.AA. con experiencia en el diseño e implementación de iniciativas de atención integrada y con perfiles diversos en los que se combinan tanto responsabilidades de dirección y gestión sanitaria como experiencia en la práctica asistencial.
- La cumplimentación por parte de los miembros del grupo de trabajo de un **cuestionario online**, diseñado para identificar las principales barreras, los puntos clave en la implementación y recomendaciones. Bajo un formato semiestructurado, con opciones de respuesta cerradas y abiertas, el cuestionario constaba de 15 preguntas en las que se recogían aspectos relativos a 4 ámbitos:
 - _ Antecedentes y situación actual en España
 - _ Retos en la implementación de modelos de atención integrada
 - _ Factores clave de éxito
 - _ Recomendaciones de actuación
- Participación del grupo del trabajo en un **taller sobre síntesis de resultados de los cuestionarios**, orientada a obtener consensos y clarificar áreas controvertidas (resultados heterogéneos) o no explorados en el cuestionario. El taller tuvo lugar durante la jornada del 28 de marzo en el XXI Congreso de SEDAP, celebrado en la ciudad de León.

Anexo B. Metodología

Este proyecto tiene como objetivo ser una herramienta de ayuda a los responsables de implantación de iniciativas de atención integrada, a través de la identificación de una serie de recomendaciones de carácter práctico que den respuesta a los principales retos a los que se enfrentan en este ámbito.

Para ello la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) ha contado con la colaboración de Boehringer Ingelheim en el impulso de este proyecto, así como con el soporte técnico en su ejecución por parte de la consultora Grant Thornton.

- Elaboración y validación del **informe** con las conclusiones del taller y de la priorización surgida del Congreso, incluyendo entre sus contenidos:
 - _ La visión de la situación de la atención integrada en España
 - _ La identificación de las limitaciones y barreras existentes y la determinación de claves de implementación
 - _ Checklist de recomendaciones para asegurar la implementación efectiva de modelos de atención integrada.

Anexo C. Bibliografía de referencia y fuentes de información

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- The NHS Long Term Plan, National Health Service of England; 2019.
- Informe de Evaluación Plan de Salud 2017, Comisión Directora Plan de Salud 2013 - 2020. Departamento de Salud de Euskadi; 2018.
- The Chronic Care Model. Improving chronic illness care. The MacColl Center. 2018.
- Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad. Dirección General de Asistencia Sanitaria, Servicio Gallego de Salud, Consellería de Sanidad, Xunta de Galicia; 2018.
- Proceso Asistencial Integrado de Esclerosis Lateral Amiotrófica. Dirección General de Asistencia Sanitaria, Servicio Gallego de Salud, Consellería de Sanidad, Xunta de Galicia; 2018.
- Varela, J. Atención primaria: segmentación versus continuidad, o ambas. Avances en Gestión Clínica; 2018.
- Rosen, R. Divided we fall: getting the best out of general practice. Research report, Nuffield Trust; 2018.
- Merino, M. Desarrollo de un nuevo modelo organizativo de atención integrada para pacientes crónicos con necesidades complejas apoyado en las tecnologías. Experiencia en el País Vasco. Universitat Oberta de Catalunya; 2017.
- Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas. Conceptualización e Introducción a los elementos operativos. Versión 6.0. Programa de prevención i atenció a la cronicitat. Pla de Salut 2011-2015. Generalitat de Catalunya; 2017.
- Keenoy, E., Nalin, M., Alhambra, T., Avolio, F., Baroni, I., Bedbrook, A., et al. White Paper on Deployment of Stratification Methods, Activation of stratification strategies and results of Intervention on frail patients of healthcare services (ASSEHS), Comisión Europea; 2016.
- Estrategia 2020 SERGAS, Servicio Gallego de Salud; 2016.
- Estrategias para la renovación de la Atención Primaria, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2016.
- Pérez Irazusta, I. Experiencias en atención Integrada, Unidad de Continuidad Asistencial (OSIBidasoa), Observatorio de modelos integrados en Salud (OMIS) de New Health Foundation; 2016.
- Naharro, A., Tárraga, P. Innovando en gestión asistencial: análisis del modelo de integración primaria, especializada y sociosanitaria. Sociedad Española de Medicina General y Familia (SEMG); 2016.
- Varela, J. Ocho propuestas de futuro para la atención primaria, Avances en Gestión Clínica; 2016.
- Primary Care Workforce Commission. The future of primary care. Creating teams for tomorrow; National Health Service of England; 2015.
- Jauregui, M. Rutas asistenciales, un camino hacia la integración asistencial. ESIO SIGoierri-Aito Urola. Osakidetza; 2014.
- Plan de Atención Integrada en Euskadi. Osakidetza; 2013.
- Nuño-Solinís, R., Toro, N. Estudio de caso. Kaiser Permanente. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias 1 BIO Eusko Fundazioa; 2012.
- Strandberg-Larsen, M., Schiotz, M., Silver, J., Frolich, A., Andersen, J., Graetz, J., et al. Is the Kaiser Permanente model superior in terms of clinical integration A comparative study of Kaiser Permanente, Northern California and the Danish healthcare system. BioMed Central; 2010.
- Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2009.
- Ham, C., Oldham, J., Integrating Health and Social Care in England: Lessons from Early Adopters and Implications for Policy. Journal of Integrated Care, Volume 17, Issue 6; 2009.
- Nuño-Solinís, R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Revista Adm. Sanitaria Siglo XXI. Buenas prácticas en gestión sanitaria. Red de Innovadores de la Organización Mundial de la Salud. Universidad del País Vasco; 2007.
- Decreto 74 /2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. Conselleria de Sanidad; 2007.
- Contandriopoulos, AP., Denis, JL., Touati, N., Rodríguez, C. The integration of healthcare: dimensions and implementation, Université de Montreal; 2003.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Página web del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España.
- Páginas web de las distintas consejerías de sanidad de España.
- Base de datos de la Organización Mundial de la Salud.
- Base de datos del Instituto Nacional de Estadística.
- Buenas Prácticas (BBPP) en el Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Gobierno de España, 2018.

E



SEDAP

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA

Síguenos en:

<http://www.sedap.es>

 @sedapatencionprimaria

 @sedap_es

