

Resumen

En este capítulo se examina cómo deberían aplicarse en la práctica los cuidados integrados para personas mayores y pacientes con dolencias complejas. Se describen cuáles son los componentes necesarios de las estrategias efectivas para alcanzar los objetivos de la *Triple Meta* y se formulan siete estrategias clave para una implementación con éxito: gestión de salud poblacional; prevención en los niveles de atención primaria y secundaria, con un fuerte énfasis en la autogestión asistida de los pacientes; coordinación personalizada de los cuidados; sistemas de información, comunicación y tecnología efectivos; sistemas de provisión integrada que alineen los incentivos financieros y de gobernanza; integración normativa que promueva una cultura colaborativa; e inversión en investigación y evaluación para proporcionar datos que respalden la mejora continua de la calidad.

Palabras clave: coordinación de los cuidados, comorbilidad, complejidad, cuidados integrados, personas mayores, *Triple Meta*.

Abstract

This chapter examines how integrated care should be applied in practice to older people and those with complex medical problems. It describes the components of effective strategies that can meet Triple Aim objectives and sets out seven core strategies for successful implementation: population health management; primary and secondary prevention with a strong focus on supported self-care; personalised care coordination; effective information, communication and technology systems; integrated delivery systems that align financial and governance incentives; normative integration to engender a collaborative culture; and investment in research and evaluation that provides data to support continuous quality improvement.

Key words: care coordination, co-morbidity, complexity, integrated care, older people, *Triple Aim*.

JEL classification: I10, I11.

INTEGRANDO LOS CUIDADOS DE PACIENTES MAYORES CON PROBLEMAS MÉDICOS COMPLEJOS

Nick GOODWIN

Director General de la International Foundation for Integrated Care

I. INTRODUCCIÓN

LOS cuidados integrados de pacientes con dolencias crónicas complejas suponen un reto de alcance mundial. Ante los profundos cambios ocurridos en la demografía y el estatus de las enfermedades, las patologías crónicas (tanto físicas como mentales) relacionadas con la edad han pasado a consumir la proporción más grande de los presupuestos de salud a escala internacional, rondando el 75 o el 80 por 100 (Nolte y McKee, 2008). Entre 2010 y 2030, se prevé que el número de personas con 65 años o más en los países de la OCDE aumente del 15 al 22 por 100 (OCDE, 2009). Dicho de otro modo, la esperanza de vida de una mujer que en 2009 tenía 65 años es actualmente de 21 años, es decir, un 40 por 100 más que hace cincuenta años (OCDE, 2011).

Si bien el aumento de la longevidad es un hecho que merece ser celebrado, lleva aparejados nuevos retos en la provisión de asistencia médica. La consecuencia de estas tendencias ha sido una mayor demanda de servicios sanitarios para tratar enfermedades crónicas médicas y mentales, lo que ha ido acompañado asimismo de mayores requerimientos de apoyo a las personas en sus actividades cotidianas (como el vestido, el aseo y la cocina). Sin embargo, los cuidados de los pa-

cientes con necesidades de asistencia sociosanitaria complejas suelen adolecer de cierto déficit de coordinación. La fragmentación es un rasgo endémico del modo de organizar, financiar y dispensar la atención, agravado por el carácter cada vez más especializado de las funciones desempeñadas por los profesionales sanitarios y del diferente marco competencial de los proveedores de servicios. A resultas de todo ello, la experiencia que reciben los pacientes y los cuidadores de personas con necesidades complejas es, en muchas ocasiones, deficiente, y sus resultados de atención, inferiores a los óptimos. Sin una mejor coordinación de los cuidados que ponga las necesidades de los pacientes en el centro, todos los aspectos del rendimiento de un sistema sanitario podrían resentirse al disminuir el potencial de coste-efectividad (Kodner y Spreeuwenberg, 2002).

En este capítulo se ofrece una explicación de lo que se entiende por «cuidados integrados», y de los problemas que se pretende abordar con la coordinación de la atención a personas con dolencias médicas complejas y de larga duración. Se examina el potencial de los cuidados integrados para alcanzar los objetivos agrupados bajo el concepto de la *Triple Meta* (mejor salud, mejores cuidados y menores costes), ilustrándolo con el estudio de varios casos internacionales. A conti-

nuación, se expone de forma resumida la evidencia práctica más reciente sobre prestación efectiva de cuidados integrados a personas mayores, concluyendo con un examen de siete estrategias interrelacionadas que son necesarias para el éxito de los cuidados integrados.

II. CUIDADOS INTEGRADOS

1. Comprendiendo el concepto

Si bien el concepto de cuidados integrados se utiliza de forma generalizada en diferentes sistemas de salud de todo el mundo, no existe una única definición universalmente aceptada. Esto refleja la naturaleza poliédrica de un concepto que se ha aplicado desde perspectivas disciplinares y profesionales diversas, y que está asociado a objetivos a su vez variados (Nolte y McKee, 2008). Sin embargo, en muchos aspectos, los cuidados integrados representan un concepto sencillo: se trata de integrar (es decir, unir las diferentes partes individuales de un sistema para que funcionen conjuntamente como un todo) y cuidar (es decir, prestar tratamiento y asistencia a personas que lo necesitan). De ahí que los cuidados integrados surjan cuando la primera de las acciones citadas (integración) sea imprescindible para optimizar la prestación de la segunda (cuidar), y revisten, por consiguiente, especial trascendencia en aquellos casos en que la fragmentación de la atención ha producido un impacto negativo en las experiencias, los resultados y los costes del cuidado prestado.

En toda definición de integración está implícito que el cuidado debería centrarse y organizarse

en torno a las necesidades de los usuarios de los servicios y de las comunidades de las que forman parte (Shaw *et al.*, 2011). Garantizar que los programas y estrategias de cuidados integrados rindan cuentas de cómo influyen positivamente en las experiencias y resultados de los pacientes es importante, pues ello ayuda a conciliar las opiniones potencialmente enfrentadas de los distintos grupos de interés y a sintetizarlas en un único relato, que aporte una argumentación sólida sobre el enfoque, así como una base para la forma de juzgar el éxito alcanzado (Ham y Walsh, 2013).

La razón por la que se requiere una comprensión ligada a las personas de los cuidados integrados queda claramente de manifiesto si pensamos en la actual complejidad de los cuidados que muchos usuarios sienten al transitar por unos sistemas de salud fragmentados. Este es un motivo de especial preocupación entre el grupo cada vez más numeroso de personas mayores con necesidades asistenciales complejas, para quienes resulta difícil gestionar simultáneamente sus pluripatologías crónicas junto con sus necesidades sanitarias físicas y mentales. La evidencia revela que la ausencia de una coordinación adecuada de la atención a dichas personas, sumada a la fragmentación estructural y profesional en la forma de organizar los cuidados, han impedido adoptar soluciones útiles para prevenir el deterioro de su estado de salud y/o mejorar su calidad de vida (Øvretveit, 2011). De hecho, la falta de una buena coordinación de los cuidados conduce a inequidades al afectar de forma desproporcionada a quienes más lo necesitan: los pobres, los vulnerables y las personas pertenecientes a minorías étnicas (Øvretveit, 2011).

2. Los cuidados integrados y la Triple Meta

Las personas con necesidades asistenciales complejas padecen varios problemas clave asociados a la fragmentación del servicio de salud, entre los que se incluyen:

- la falta de responsabilización del problema de la persona por parte de los proveedores sanitarios, promovida por una mentalidad de «compartimentos estancos» y la separación de los sistemas profesionales y organizativos;

- la escasa implicación y compromiso con los pacientes y los usuarios del servicio a la hora de apoyarles a tomar decisiones eficaces sobre sus opciones de cuidado y tratamiento, o bien de empoderarles a vivir mejor con sus enfermedades mediante el autocuidado asistido;

- la insuficiente comunicación entre los profesionales y los proveedores sanitarios, exacerbada por la incapacidad de estos para compartir y transmitirse información entre sí y por prácticas culturales arraigadas;

- como resultado de ello, la coexistencia simultánea de duplicidades (por ejemplo, repetición de pruebas) y lagunas en la atención (por ejemplo, incumplimiento de citas o no aplicación de información y monitorización debido a una mala programación de los cuidados);

- una experiencia frustrante y desincentivadora de los usuarios del servicio, malos resultados de salud e ineficiencias del sistema (por ejemplo, hospitalizaciones innecesarias).

La hipótesis subyacente a los cuidados integrados es que la

aplicación de dicho enfoque debería permitir corregir estos resultados derivados de la fragmentación del servicio y, por consiguiente, ayudar a alcanzar los objetivos de la *Triple Meta* en los sistemas de salud, es decir:

— mejores cuidados para los usuarios del servicio, los cuidadores y la comunidad;

— mejor salud de las personas y la población atendida; y

— mayor eficiencia del sistema, tanto a nivel funcional como técnico (Institute for Healthcare Improvement, 2013).

Sin embargo, en la práctica, la adopción exitosa de los cuidados integrados se ha revelado como un considerable reto, pues ha exigido una transformación desde sistemas centrados en los cuidados hospitalarios a otros basados en la comunidad. También ha implicado el desarrollo de nuevas alianzas entre los servicios sanitarios y los servicios sociales y, en muchos casos, la involucración del sector voluntario y de grupos basados en la comunidad. Por consiguiente, los cuidados integrados plantean altas exigencias a los grupos profesionales, las organizaciones sanitarias y los departamentos de salud pública para emprender una colaboración intersectorial. Esta empresa se ha demostrado difícil. Si bien se han desarrollado estrategias de coordinación de los cuidados en muchos países, la evidencia sugiere que no todos han conseguido sus objetivos, y la tasa de fracaso ha sido elevada (Curry y Ham, 2010). En concreto, pese a contar con amplios conocimientos sobre los elementos que deberían estar presentes en la atención a personas con necesidades complejas, existe un desconocimiento general sobre la

forma más idónea de reunir y aplicar los cuidados integrados en la práctica (Bodenheimer, 2008).

III. CUIDADOS INTEGRADOS DE PERSONAS MAYORES Y PACIENTES CON NECESIDADES COMPLEJAS

Existe abundante evidencia que apunta a que los enfoques de cuidado integrado holísticos basados en la población, dirigidos a coordinar proactivamente los servicios tomando como base las necesidades de las personas con requerimientos complejos, puede contribuir a mejorar la calidad del servicio y a apoyar y empoderar a los pacientes mayores a vivir de forma más independiente y disfrutar de una mayor calidad de vida (Devers y Berenson, 2009). Una reciente revisión no sistemática de la evidencia reveló que los enfoques «de éxito» en coordinación de los cuidados poseen varias características singulares (cuadro n.º 1). De dicha evidencia se deduce la necesidad de conjugar dos enfoques estratégicos clave: en primer lugar, la provisión por parte de los responsables de política sanitaria y las autoridades públicas de una plataforma sostenida y habilitadora que brinde apoyo a las iniciativas de cuidados integrados (por ejemplo, mediante reformas en materia de financiación y métodos de gobernanza, o la inversión en programas de innovación); y en segundo lugar, un impulso para introducir nuevas fórmulas de cuidados coordinados que tomen como eje las necesidades de los usuarios a nivel tanto clínico como del servicio. No obstante, como se observa en el cuadro n.º 1, parece existir un abanico de herramientas y enfoques posibles para la coordinación de los cuidados, y la evidencia sugiere que

los enfoques que combinan múltiples componentes cuentan con mayores probabilidades de éxito en la mejora de los resultados de la coordinación de los cuidados que aquellos que se circunscriben a una o un número reducido de estrategias (Powell-Davies *et al.*, 2006).

Pese a dicha evidencia, sigue habiendo un insuficiente entendimiento de la manera óptima de implementar en la práctica la coordinación de los cuidados a personas mayores con necesidades complejas (Curry y Ham, 2010). En esta sección se revisan dos estudios recientes dirigidos por el propio autor, en los que se aborda esta cuestión: el primero es una evaluación de cinco casos, localizados en Reino Unido, sobre coordinación de cuidados (Goodwin *et al.*, 2013); el segundo consiste en una comparación internacional de siete estudios de caso de cuidados integrados para personas con necesidades complejas (Goodwin *et al.*, 2014).

1. Coordinación de cuidados a personas con necesidades complejas y enfermedades crónicas de larga duración en Reino Unido

Un análisis realizado recientemente por The King's Fund en 2012-2013 consistió en la investigación a fondo de cinco programas de coordinación de los cuidados a personas con necesidades complejas en Reino Unido. Cada una de las cinco sedes estudiadas fue seleccionada a través de un proceso de selección competitivo que valoró el grado de éxito en la consecución de la *Triple Meta* (mejor experiencia de los cuidados dispensados, mejores resultados de salud y una prestación más coste-efectiva del

CUADRO N.º 1

CARACTERÍSTICAS DE LOS ENFOQUES «DE ÉXITO» EN COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS

Nivel de sistema	<p>Cobertura universal o atención gratuita a la población inscrita en el punto de utilización</p> <p>Impulsado por cuidados primarios/comunitarios</p> <p>Énfasis en cuidados crónicos y de larga duración</p> <p>Énfasis en gestión de salud poblacional</p> <p>Alineación de marcos regulatorios y objetivos con los cuidados integrados</p> <p>Flexibilidades en cuanto a financiación/pago para promover los cuidados integrados</p> <p>Plantilla formada y cualificada en cuidados crónicos, trabajo en equipo y coordinación de los cuidados</p>
Nivel organizativo	<p>Firme liderazgo (clínico y gerencial)</p> <p>Valores comunes y misión compartida</p> <p>Estructuras financieras y de gobernanza alineadas</p> <p>Integrar historias clínicas digitales</p> <p>Responsabilidad respecto a una población o servicio asignado</p> <p>Enfoque en medición y mejora continua de la calidad</p>
Integración clínica y profesional	<p>Gestión de población</p> <p>Detección de casos y uso de estratificación de riesgos</p> <p>Diagnósticos estandarizados y criterios de admisibilidad</p> <p>Evaluación conjunta exhaustiva</p> <p>Planificación conjunta de los cuidados</p> <p>Enfoque holístico, no basado en la enfermedad</p> <p>Historias clínicas únicas o con acceso compartido</p> <p>Herramientas de apoyo a la decisión, como directrices sobre cuidados y protocolos</p> <p>Tecnologías que respaldan la monitorización continua y remota del paciente</p>
Integración de servicios	<p>Teleasistencia /asistencia domiciliaria</p> <p>Único punto de entrada</p> <p>Coordinación de los cuidados y coordinadores designados</p> <p>Gestión de casos</p> <p>Gestión de medicamentos</p> <p>Único punto de entrada</p> <p>Trabajo en equipos multidisciplinares</p> <p>Redes interprofesionales</p> <p>Responsabilización compartida de los cuidados</p> <p>Co-localización de servicios</p> <p>Acuerdos efectivos para el alta a pacientes y gestión de las transiciones en los cuidados</p> <p>Autocuidado asistido</p>

Fuente: Goodwin et al., 2013: 5.

servicio). El recuadro n.º 1 contiene una descripción general de las características de los cinco casos.

Pese a las significativas diferencias en sus modelos de organización y financiación, se advierten algunos elementos comunes en el diseño de los cinco casos, como un enfoque en las necesidades holísticas de los usuarios del servicio y la explora-

ción de fórmulas por las que los usuarios puedan contar con un mayor apoyo para gestionar mejor sus necesidades complejas y vivir de forma más independiente y con mayor calidad de vida. Por tanto, en lugar de ver primordialmente los cuidados integrados como un sistema de ahorro de costes, los objetivos medibles se centraron en actuaciones tales como mejorar el es-

tado de ánimo y de salud mental; posibilitar una mayor independencia funcional para que las personas puedan vivir (y morir) en su casa; y centrarse en el papel de los familiares y los cuidadores para ayudarles a reducir el estrés y reforzar sus capacidades para desarrollar autocuidado asistido. Evitar y/o reducir los ingresos hospitalarios o la admisión en residencias para personas mayores también fueron otras estrategias concretas. En cambio, conseguir ahorros financieros no se consideró una meta prioritaria (los programas solo pudieron demostrar un impacto marginal en los costes), por lo que la coordinación de los cuidados se definió principalmente como una estrategia de mejora de la calidad. Con todo, la incapacidad para probar su coste-efectividad fue percibida como una debilidad, en vista del contexto global de presión financiera en los presupuestos públicos y de la teoría general imperante sobre las políticas de cuidados integrados en toda Europa, que ve los cuidados integrados como un instrumento de contención de los costes.

2. Cuidados integrados para personas mayores con necesidades complejas: un análisis de siete países

En 2014, The King's Fund (Reino Unido) y la Universidad de Toronto (Canadá) publicaron un informe financiado por el Commonwealth Fund, en el que se examinaba una síntesis transversal estructurada de siete programas de cuidados integrados, extraídos de Australia, Canadá, Países Bajos, Nueva Zelanda, Suecia, Reino Unido y Estados Unidos (Goodwin et al., 2014). El objetivo del análisis consistía en examinar las diferentes lecciones para los responsables de la polí-

RECUADRO N.º 1

**CINCO EJEMPLOS DE CASOS LOCALIZADOS EN REINO UNIDO DE COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS
A PERSONAS CON PROBLEMAS MÉDICOS COMPLEJOS**

Midhurst Macmillan Community Specialist Palliative Care Service (Inglaterra)

El servicio Midhurst Macmillan es un programa especializado de cuidados paliativos basado en la comunidad y liderado por asesores en West Sussex (Inglaterra), con una población atendida de 150.000 personas en una zona eminentemente rural que abarca tres condados. El servicio posibilita que pacientes con necesidades complejas y que se hallan en la recta final de su vida sean cuidados en su propio domicilio, permitiéndoles morir en el lugar de su elección. El servicio está a cargo de un equipo multidisciplinar formado por enfermero(a)s y asesores sobre cuidados paliativos, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, así como de un nutrido grupo de voluntarios. Seis miembros de la plantilla —todos ellos enfermeros clínicos especializados— actúan como coordinadores de los cuidados para los pacientes (Thiel *et al.*, 2013a).

Oxleas Advanced Dementia Service (Inglaterra)

El Oxleas Advanced Dementia Service presta cuidados paliativos y apoyo para facilitar la atención en su propio domicilio de personas en un estadio de demencia avanzada hasta su fallecimiento. Para acogerse al programa, los pacientes han de presentar un diagnóstico moderado o severo de demencia avanzada, con un rango de comorbilidades mentales y físicas complejas que requiera la intervención de asistentes sociales. Un cuidador (normalmente un familiar) también debe estar disponible y dispuesto a ocuparse del enfermo en el domicilio. Los pacientes se encuentran por lo general en el último año de su vida, con una edad media de 75 años. El servicio está dirigido por un psiquiatra de personas mayores, encargándose de la coordinación de los cuidados un titulado superior en enfermería, o un(a) enfermero(a) de psiquiatría de comunidad o un(a) enfermero(a) jefe de comunidad especializado en neurología, junto con un trabajador social para pacientes con demencia. El equipo sigue un enfoque específico de apoyo a los cuidadores para la provisión de cuidados paliativos; colabora estrechamente con otros profesionales sanitarios, incluidos terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, equipos de salud mental de comunidad y médicos de familia (Sonola *et al.*, 2013a).

The Sandwell Esteem Team (Inglaterra)

El equipo Sandwell Esteem, con sede en la región de West Midlands, es un enfoque holístico de atención primaria y de comunidad concebido para mejorar la salud y el bienestar social, tanto mental como físico de las personas. El equipo proporciona coordinación de los cuidados a pacientes con problemas de salud mental leves o moderados, comorbilidad y necesidades sociales complejas en una comunidad caracterizada por elevados niveles de pobreza y mala salud, tanto física como mental. El objetivo clave es prevenir el deterioro de la salud y el ingreso en el nivel de atención secundaria. El equipo busca empoderar a los pacientes para que tomen el control de sus vidas ofreciéndoles terapias guiadas y herramientas de autoayuda, así como asistiendo a los pacientes para abordar sus problemas sociales derivándolos a servicios de los sectores social y voluntario, como agencias de asesoramiento sobre finanzas personales, servicios de apoyo contra los malos tratos o agencias de ayuda para la búsqueda de vivienda (Thiel *et al.*, 2013c).

Salas virtuales comunitarias en South Devon y Torbay (Inglaterra)

Las salas virtuales comunitarias ubicadas en los centros de salud en South Devon y Torbay utilizan un modelo predictivo de riesgos para identificar a pacientes que se encuentran en riesgo de ingreso hospitalario y gestionarlos proactivamente a través de equipos multidisciplinarios basados en la comunidad, integrados por médicos de familia, personal sanitario de comunidad y de salud mental, trabajadores sociales y representantes del sector de voluntariado. Los equipos multidisciplinarios también trabajan con servicios de emergencias y de urgencias para evitar los ingresos innecesarios. La coordinación con el nivel asistencial secundario y los equipos de enlace de altas hospitalarias tratan de asegurar que los pacientes ingresados puedan ser dados de alta rápidamente (Sonola *et al.*, 2013b).

Equipos de recursos comunitarios en Pembrokeshire (Gales)

Equipos multidisciplinarios de recursos comunitarios coordinan los cuidados de personas con enfermedades de larga duración, comorbilidades y salud frágil. El objetivo es permitir la permanencia de los pacientes en sus domicilios durante el mayor tiempo posible y evitar innecesarios ingresos hospitalarios. Los equipos se componen de personal sanitario comunitario, trabajadores sociales y representantes del sector de voluntariado. También hay participación de los médicos de familia y enfermero(a)s especializado(a)s. Durante las reuniones semanales, los miembros del equipo discuten los casos de los pacientes a quienes consideran en mayor riesgo de ingreso, y se desarrolla un plan para reducir este riesgo y mejorar la salud y el bienestar del paciente (Thiel *et al.*, 2013b).

Fuente: Goodwin *et al.*, 2013: 7-8.

tica sanitaria y los proveedores de servicio, a fin de promover mejoras en el diseño, la implementación y la diseminación de modelos «de éxito» de cuidados integrados de personas con necesidades asistenciales complejas. En el recuadro n.º 2 se expone un resumen de los siete casos estudiados.

Tal como concluyen Goodwin *et al.* (2014) en su comparativa de estos siete estudios de caso internacionales, no parece existir un «modelo único» de cuidados integrados. Más bien, el análisis puso al descubierto la existencia de muchos tipos diferentes de integración en los siete programas, que iban desde organizaciones sociosanitarias «completamente integradas» hasta enfoques que han optado en su lugar por tejer alianzas y construir redes entre profesionales y proveedores sanitarios para una mejor coordinación de los cuidados, muchas veces mediante relaciones contractuales entre los distintos socios. También detectaron variaciones en el grado con que los enfoques buscaban integrar «horizontalmente» (es decir, entre los socios que trabajaban a nivel comunitario) y «verticalmente» (es decir, en las vías clínicas y transiciones entre los niveles asistenciales primario y hospitalario). Esta diversidad en el enfoque organizativo respecto a los cuidados integrados es un rasgo característico de las innovaciones en este campo, lo que hace que resulte problemático emitir juicios sobre el enfoque «óptimo» para los cuidados.

3. Lecciones clave en el diseño y la prestación de cuidados integrados

De la evidencia de estos dos estudios se deduce que alcanzar

el objetivo de la *Triple Meta* con los cuidados integrados es posible, pero que el proceso para conseguirla es complejo, dinámico y a largo plazo. De hecho, se observa que los cuidados integrados nunca surgen de manera espontánea gracias al legado de estructuras de gobernanza, financiación, organizativas y funcionamiento profesional preexistentes. Más bien, los cuidados integrados requieren de un liderazgo firme y constante a nivel de políticas que fortalezca el crecimiento y sostenimiento de las innovaciones «desde abajo» (Bengoa, 2013). Esta última capacidad de los sistemas sanitarios para impulsar cambios «desde abajo» se perfila como el factor más determinante, en tanto en cuanto el aspecto crucial para el éxito parece ser el modo en que los cuidados y los servicios se organizan en función de las necesidades holísticas de las personas a nivel clínico y del servicio. Lo que también parece intuirse es que estas iniciativas a escala local necesitan de su encuadramiento en sistemas integrados de provisión de cuidados. Dichos sistemas de provisión deben ayudar a alinear los incentivos gubernamentales y financieros, apoyando el establecimiento de redes profesionales y nuevas fórmulas de asociación a nivel organizativo, que redunden en unos servicios más integrados y coordinados.

Coherente con esto, la evidencia obtenida de Reino Unido y otros países apunta a la necesidad de introducir elementos de integración en cada «capa» del sistema, desde la toma de decisiones a alto nivel macro hasta la coordinación personalizada de los cuidados de los pacientes y sus familias (Valentijn *et al.*, 2013). Lograr el éxito a través de los cuidados integrados representa, pues, una tarea compleja y

multidimensional, si bien la evidencia permite extraer una serie de lecciones clave y marcadores de éxito respecto al modo de diseñarse y prestarse los cuidados integrados a las personas mayores con necesidades complejas (de acuerdo con Goodwin *et al.*, 2013, y Goodwin *et al.*, 2014):

— Factores a nivel de sistema

A un nivel de sistema se dispone de considerable evidencia indicativa de la necesidad de tener en cuenta el apoyo a los cuidados integrados en la esfera de las políticas cuando se aborde la importancia de mejorar la atención a personas mayores con necesidades complejas. En concreto, los responsables políticos deben empezar a consensuar entre los distintos departamentos públicos la necesidad de una coalición vertebradora para ello, quizá ayudados por un relato sugerente que aluda a la necesidad de cambio y proponga una visión sobre el futuro de los servicios sanitarios. Dicho enfoque es necesario para mitigar la tendencia natural a reformar los sistemas sanitarios tras cada cambio político, ya que los cuidados integrados precisan de una estrategia a largo plazo. Los elementos clave de esta estrategia podrían requerir cambios fundamentales en el sistema de gobernanza y en la financiación de la sanidad y otros servicios sanitarios, que coadyuven a alinear los incentivos y objetivos del sistema con los cuidados integrados. Esto es importante, pues el éxito en los cuidados integrados requiere eliminar las barreras que se interponen en el trabajo conjunto entre las distintas organizaciones y grupos profesionales. Por ejemplo, los servicios sanitarios y de asistencia social albergan diferentes expectativas y cuentan con diferentes mecanis-

RECUADRO N.º 2

SIETE EJEMPLOS INTERNACIONALES DE CASOS SOBRE CUIDADOS INTEGRADOS DE PERSONAS MAYORES Y PACIENTES CON PROBLEMAS MÉDICOS COMPLEJOS

Caso 1: HealthOne Mount Druitt, Sídney, Australia

HealthOne Mount Druitt constituyó un modelo de cuidados con estructura radial, que opera en torno a un centro de salud comunitario en un área socialmente desfavorecida de la parte oeste de la ciudad australiana de Sídney. El modelo hace hincapié en la planificación compartida para mejorar la coordinación de los cuidados de personas mayores con necesidades asistenciales complejas, reducir las hospitalizaciones innecesarias y garantizar la adecuada derivación a servicios de comunidad y a especialistas. Las enfermero(a)s de enlace en los centros de salud organizan conferencias multidisciplinares sobre los casos y coordinan los cuidados entre los distintos proveedores involucrados en la atención del paciente.

Caso 2: Programa Te Whiringa Ora (TWO) en Eastern Bay of Plenty, Nueva Zelanda

TWO es una colaboración entre una organización de cuidados comunitarios y tres centros de salud recientemente fusionados. El programa comenzó con un enfoque en la enfermedad respiratoria crónica y se ha ampliado para incluir cualquier paciente crónico con elevada frecuencia de los servicios de salud. Se sigue un enfoque basado en objetivos, poniendo el énfasis en los resultados de salud y bienestar fijados por los propios pacientes. El programa TWO incluye evaluación, coordinación de los cuidados, apoyo telefónico y telemonitorización como herramientas para la educación sobre autocuidado. Estos servicios son prestados por parejas formadas por un enfermero y un coordinador de los cuidados comunitario.

Caso 3: Geriant, provincia de Noord-Holland, Países Bajos

Geriant ofrece a las personas con diagnóstico de demencia un servicio continuo durante las veinticuatro horas del día basado en la comunidad a través de equipos que incluyen a gestores del caso, geriatras sociales, psiquiatras, psicólogos clínicos, asesores sobre demencia y enfermeros especializados en asistencia domiciliaria. Los gestores del caso actúan como el punto de referencia para los clientes y sus cuidadores informales y coordinan los servicios prestados por el equipo y otros socios de la red, como médicos de familia, hospitales y organizaciones de asistencia domiciliaria y bienestar. Si necesitan someterse a un tratamiento más intensivo o a observación, los clientes tienen acceso a un centro para estancias cortas dotado con dieciséis camas.

Caso 4: Health and Care Trust de Torbay y Southern Devon, Reino Unido

El Health and Care Trust de Torbay y Southern Devon (conocido simplemente como Torbay) se creó para comprar y prestar asistencia médica y social a través de una única organización. Los cuidados son proporcionados por equipos multidisciplinares de salud y asistencia social, con coordinadores de los cuidados que trabajan en «zonas» geográficas delimitadas en función de la ubicación de los centros de salud, para prestar una gama de servicios requeridos por las personas mayores una vez que han sido dados de alta en el hospital. Más recientemente, la gestión proactiva de los casos de personas mayores en riesgo mediante herramientas predictivas del riesgo ha brindado una capacidad expandida para intervenir antes de que tenga lugar la hospitalización. Estos equipos también dispensan cuidados continuos y apoyo en el entorno doméstico.

Caso 5: Modelo Norrtalje, Suecia

El Ayuntamiento de Estocolmo y la Autoridad Local de Norrtalje formaron una comisión mixta de gobierno para asumir la prestación de servicios de salud y asistencia social. Esta comisión posee y dirige una sociedad pública responsable de la compra y provisión de los servicios sanitarios. El modelo Norrtalje se centra en la promoción de la salud para la población asignada, con especial énfasis en la utilización de coordinadores de los cuidados y el apoyo a una mejor transición entre el ingreso y la salida del hospital.

Caso 6: Programa Care Management (CMP) de Massachusetts General, Boston, Estados Unidos

El CMP se centra en pacientes de alto coste con numerosos ingresos hospitalarios y pluripatologías crónicas, a los que ofrecen cuidados que son integrados por un gestor del caso encuadrado en un centro de asistencia primaria. Los gestores del caso basados en el centro de salud entablan relaciones intensivas e individualizadas con sus pacientes a través de interacciones en persona en la consulta médica o, cuando estos están hospitalizados, mediante llamadas telefónicas periódicas (al menos una vez cada 4-6 meses), y visitas al domicilio en caso necesario.

Caso 7: Programa de Análisis para Integrar los Servicios para el Mantenimiento de la Autonomía (PRISMA) Quebec, Canadá

El objetivo de PRISMA es articular una red de provisión de servicios integrados para mejorar la salud, el empoderamiento y la satisfacción de las personas mayores de salud frágil, con vistas a modificar su tasa de frecuentación de los servicios sanitarios y sociales sin incrementar la carga de los cuidadores. Los componentes clave son la coordinación de los servicios, un único punto de entrada, la gestión de los casos, una herramienta única de evaluación funcional, planes de servicio individualizados y un sistema de compartición de información.

Fuente: Goodwin et al., 2014.

mos de financiación y gobierno, lo que puede hacer problemática la provisión de un servicio conjunto a una persona mayor que podría requerir la atención de ambos. Otro aspecto clave de la reforma del sistema es evitar una reestructuración de las organizaciones «desde arriba» y/o suponer que la solución pasa por refundir las organizaciones existentes en entidades nuevas. En lugar de eso, lo que se requiere son sistemas que posibiliten la integración a nivel clínico y del servicio, un proceso este que parece susceptible de alcanzarse a través de redes de atención, siempre que los proveedores cuenten con la capacidad para trabajar conjuntamente hacia un mismo objetivo.

— Factores a nivel organizativo

La evidencia sugiere que no hay un único modelo organizativo de cuidados integrados que funcione en todos los contextos y circunstancias. Más bien, el punto de partida debería centrarse en comprender cuál es el proceso de cuidados a nivel clínico/de servicio compatible con una estrategia emergente de cambio, y no en imponer un modelo con un diseño predeterminado. Por ejemplo, la totalidad de los doce casos de estudio reseñados anteriormente surgieron de una secuencia de iteraciones durante una serie de años antes de llegar a su modelo de práctica actual, y cada uno de ellos sigue evolucionando en la actualidad. Por tanto, hay que dar tiempo para que los enfoques sobre los cuidados integrados se desarrollen y maduren. De nuevo, el desarrollo de nuevas organizaciones o centrarse en soluciones estructurales no ha de ser el objetivo primordial (si bien puede resultar útil en determinadas circunstancias).

— Factores a nivel funcional

Uno de los hallazgos comunes derivados de la evidencia es la importancia de la información, la comunicación y la tecnología (ICT) a la hora de apoyar la implementación y prestación, y en concreto, la compartición de registros o historias clínicas digitales (véanse Ham, 2010; Hofmarcher *et al.*, 2007; Øvretveit, 2011). Es evidente que la ICT puede ser un importante mecanismo habilitador, por ejemplo, para compartir información entre profesionales; apoyar una toma de decisiones compartida con los pacientes; o ayudar a comparar la calidad de los servicios sanitarios a lo largo del espectro de profesionales y organizaciones. Por tanto, la ICT puede aportar no solo el «pegamento» que aglutine a las personas en un sistema de intercambio de información y comunicación robusto, sino también el «lubricante» que posibilite un flujo de información en tiempo real para apoyar la toma de decisiones efectiva sobre el terreno.

No obstante, la evidencia también sugiere que conseguir unos buenos cuidados integrados no depende prioritariamente de la tecnología, sino de la efectividad de la comunicación y el intercambio de información. Por consiguiente, las «viejas» tecnologías (como el teléfono) o la simple capacidad de discutir y debatir la atención prestada a las personas en reuniones de grupos multidisciplinares siguen siendo sumamente importantes. En el citado análisis realizado con estudios de caso, la mayoría de los modelos de atención eran *high touch, low tech* (altos en interacciones personales, bajos en tecnología), es decir, funcionaron gracias al contacto cercano, personal y cara a cara entre los miembros del equipo de cuidados y la coordinación

personalizada con los usuarios del servicio. Esto parece ser especialmente importante entre las personas mayores con necesidades complejas, cuya cambiante e impredecible naturaleza requiere un seguimiento personal cercano y continuado.

— Factores a nivel profesional

Un requisito previo para unos buenos cuidados integrados de personas mayores es en qué medida los profesionales son capaces de trabajar eficazmente juntos en equipos multidisciplinares o redes de proveedores que, por ejemplo, reúnan a generalistas y especialistas y/o a profesionales sanitarios y trabajadores sociales. Dentro de estos equipos parece haber la necesidad de un enfoque de «cuidados compartidos», donde la rendición de cuentas por los resultados y la calidad del servicio prestado a pacientes y usuarios del servicio sea un esfuerzo colaborativo. Esto requiere de la existencia de roles bien definidos en cuanto a la operativa de los equipos, si bien una de las características que distinguen a los equipos de mejor funcionamiento es la subsidiariedad de las funciones, esto es, la capacidad de hacerse cargo del trabajo de los demás y trabajar de manera flexible para atender las necesidades del cliente conforme estas surjan.

Una de las características peculiares de los programas de cuidados integrados para personas mayores es que el médico de familia no desempeña un papel tan capital en el proceso de prestación de la asistencia sanitaria como teóricamente cabría esperar. Este es un hallazgo inusual, puesto que la mayoría de los estudios sobre cuidados integrados de personas con dolencias cróni-

cas indican que los enfoques más efectivos tienen a un médico de familia o un facultativo de atención primaria en el centro del enfoque basado en un equipo (por ejemplo, Coleman *et al.*, 2009). En parte, esta anomalía parece reflejar el hecho de que la intensidad y naturaleza del apoyo que precisan las personas mayores va más allá de lo que una consulta de atención primaria tradicional puede brindar. De hecho, como sugieren Goodwin *et al.* (2014), los médicos suelen operar como empresas independientes, y tienen dificultades para integrar en sus modelos de negocio un sistema de atención más amplio debido a la existencia de unos recursos financieros limitados y a los requerimientos de tiempo adicionales por las exigentes y, a menudo, intensas cargas de trabajo a las que se ven sometidos los facultativos. En los estudios de caso basados en Reino Unido, sobre todo en el modelo de cuidados de Torbay, el hecho de que los centros de salud sean remunerados directamente vía un contrato nacional por la prestación de un conjunto predefinido de servicios a una población asignada hace que los cuidados integrados resulten una propuesta complicada de llevar a la práctica (Sonola *et al.*, 2013b).

— Factores a nivel de servicio y personal

A nivel clínico y de servicio, parece ser imperativa la presencia de varios elementos comunes en el diseño del proceso de cuidados; entre ellos, la capacidad para asumir una evaluación holística de los cuidados, un punto de entrada único a los servicios sanitarios, la coordinación de los cuidados a través de personas específicamente designadas, y una planificación compartida de los

cuidados que incluya al paciente y su familia en la toma de decisiones. También parece ser importante contar con una red de proveedores bien conectados capaces de facilitar el acceso al apoyo necesario, en especial para la autogestión de los pacientes.

Por último, la evidencia revela la importancia de la continuidad personal de los cuidados entre los profesionales sanitarios, los cuidadores informales y los pacientes, con el fin de ayudar a las personas a convivir con sus enfermedades de la forma más independiente posible. Desde una perspectiva del paciente, la continuidad de la atención y la coordinación personal del cuidado para la cobertura de determinadas necesidades es un factor importante y altamente valorado.

IV. CONCLUSIONES

La capacidad para integrar los cuidados de las personas mayores y de los pacientes con dolencias complejas y de larga duración es, por tanto, una tarea compleja que precisa actuar a varios niveles, desde un nivel de sistema hasta un nivel de paciente. Parecen existir siete estrategias clave que facilitan este proceso:

— Gestión de la salud poblacional: la capacidad para llegar a una profunda comprensión de las necesidades asistenciales de las comunidades, apoyada en datos que permitan una estratificación del riesgo de los sujetos que forman la población (por ejemplo, riesgo de un ingreso hospitalario, como se ha hecho en el País Vasco). Si no se cuenta con la capacidad para adecuar los recursos a las necesidades a nivel poblacional, la falta de conciencia de las necesidades asistenciales pueden generar in-

tervenciones mal enfocadas o bien oportunidades perdidas para apoyar a quienes lo necesitan.

— Prevención en atención primaria y secundaria: la capacidad para ayudar a los pacientes a vivir mejor con sus enfermedades (por ejemplo, mediante el apoyo a la autogestión, de modo que se favorezca su independencia y actividad durante más tiempo). La incapacidad para apoyar o motivar a las personas a llevar una vida más saludable puede impedir a los sistemas sanitarios tener un impacto significativo sobre la mayor demanda de cuidados en entornos institucionales.

— Coordinación personalizada de los cuidados: la ausencia de coordinación de los cuidados que ayude a salvar la fragmentación existente en el modo de proveer los servicios sanitarios se traducirá en una experiencia y resultados en los cuidados inferiores al óptimo.

— Sistemas efectivos de información, comunicación y tecnología: sin la capacidad de los profesionales sanitarios para comunicarse bien entre ellos, y sin la capacidad de las personas para interactuar eficazmente con los proveedores de salud en aras a una toma de decisiones compartida, es imposible que los cuidados integrados tengan éxito. Las nuevas tecnologías son importantes para establecer historias clínicas digitales de los pacientes y permitir la compartición de información en tiempo real que redunden en una mejor atención de los pacientes.

— Sistemas de provisión integrados: los sistemas de salud deben dar solución a las necesidades de las personas, sobre

todo en épocas de crisis. La incapacidad de las redes de proveedores para responder en tiempo real a las necesidades de los pacientes puede dar al traste con los esfuerzos de coordinación de los cuidados.

— Integración normativa: los sistemas de salud funcionan óptimamente cuando están soportados por un sentido de propósito común y unos valores culturales compartidos. Los cuidados integrados desafían las normas y valores existentes por lo que respecta a la forma de trabajar de los directivos y profesionales, de modo que enfatizar la promoción y el compromiso con unos valores compartidos es un requisito previo para implementar el cambio hacia los cuidados integrados.

— Investigación y evaluación: la incapacidad para crear evidencia con la que juzgar o comparar el impacto de los esquemas de cuidados integrados es un problema común a escala internacional, que podría lastrar la credibilidad de las innovaciones en materia de cuidados integrados a largo plazo. La capacidad de medir y monitorizar los resultados puede ayudar a los sistemas de salud a demostrar su contribución al rendimiento y proporcionar impulso para mejorar la calidad de la atención.

Es importante comprender, al analizar la evidencia, que para que los cuidados integrados tengan éxito, es decir, para que los programas se desplieguen de forma efectiva y puedan ayudar a alcanzar la *Triple Meta*, es necesaria la adopción *simultánea* de todas estas estrategias.

En conclusión, la creación de enfoques efectivos que ayuden a integrar los cuidados es un pro-

ceso complejo, y la experiencia sugiere que el éxito y la sostenibilidad de los programas de cuidados integrados no están garantizados pues con frecuencia operan «fuera» de los lindes normales de asistencia, en lugar de formar parte del «negocio estratégico». Si los cuidados integrados no gozan de la total adhesión de los ámbitos político, regulatorio, organizativo y profesional, la consecución del cambio se hará reposar en exceso en los líderes locales y los innovadores.

Si realmente se desea que los cuidados integrados se conviertan en una estrategia para alcanzar la *Triple Meta* en España, es preciso que las regiones acometan una profunda reevaluación de sus enfoques sobre diseño y provisión de los cuidados. Ello pasa por avanzar en un camino complejo y a largo plazo de transformación del sistema, que ha de contar tanto con el apoyo político al más alto nivel como con la confianza e involucración de los profesionales sanitarios. Si bien llevar adelante dicho proceso no será fácil, ya se han documentado algunos éxitos, por ejemplo, en el País Vasco, en términos de mejoras en la gestión de los enfermos crónicos (Bengoa, 2013).

En otras zonas de España, como Aragón o Cataluña, el compromiso con una integración que trascienda el sector sanitario para incluir también al sector de los servicios sociales y otros servicios basados en la comunidad se ha convertido en una estrategia de reforma clave. Ahora bien, si atendemos a lo revelado por la evidencia internacional, los sistemas sanitarios en España necesitarán considerable paciencia y persistencia para que los cuidados integrados den frutos. La transformación de sistemas sani-

tarios hacia un modelo que incluya los cuidados integrados es indudablemente un esfuerzo a largo plazo, pero el premio será un sistema más sostenible económicamente y de mayor calidad, que dé mejor respuesta a las crecientes necesidades de la población española y, en especial, de las personas mayores y de pacientes con requerimientos médicos complejos.

BIBLIOGRAFÍA

- BENGOA, R. (2013), «Transforming Healthcare: An approach to system-wide implementation», *International Journal of Integrated Care*, 13, julio-septiembre [online].
- BODENHEIMER, T. (2008), «Co-ordinating care – a perilous journey through the health care system», *The New England Journal of Medicine*, 358(10): 1064-1071.
- COLEMAN, K.; AUSTIN, B.T.; BRACH, C., y WAGNER, E.H. (2009), «Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium», *Health Affairs*, 28(1): 75-85.
- CURRY, N., y HAM, C. (2010), *Clinical and Service Integration: The route to improved outcomes*, The King's Fund, Londres.
- DEVERS, K., y BERENSON, R. (2009), *Can Accountable Care Organizations Improve the Value of Health Care by Solving the Cost and Quality Quandries? Timely Analysis of Recent Health Policy Issues 13*. Urban Institute, Washington DC.
- GOODWIN, N.; DIXON A.; ANDERSON, G., y WODCHIS, W. (2014), *Providing Integrated Care for Older People with Complex Needs: Lessons from seven international case studies*, The King's Fund, Londres.
- GOODWIN, N.; SONOLA, L.; THIEL, V., y KODNER, D. (2013), *Co-ordinated care for people with complex chronic conditions*, The King's Fund, Londres.
- HAM, C. (2010), «The ten characteristics of the high-performing chronic care system», *Health Economics, Policy and Law*, 5: 71-90.
- HAM, C., y WALSH, N. (2013), *Making Integrated Care Happen at Scale and Pace: Lessons from experience*, The King's Fund, Londres.
- HOFMARCHER, M.; OXLEY, H., y RUSTICELLI, E. (2007), *Improved Health System Performance through Better Care Coordination*. OECD Health Working Paper n.º 30. OECD, París.

<p>INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENTS (2013), «The IHI Triple Aim». IHI website. Disponible en: www.ihl.org/offerings/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx (último acceso el 11 de octubre de 2013).</p> <p>KODNER, D., y SPREUWENBERG, C. (2002), «Integrated care: meaning, logic, applications and implications – a discussion paper», <i>International Journal of Integrated Care</i>, 2(14).</p> <p>NOLTE, E., y MCKEE, M. (2008), «Integration and chronic care: a review», en E. NOLTE y M. MCKEE (Eds.), <i>Caring for People with Chronic Conditions: A health system perspective</i>, Open University Press, Maidenhead, pp. 64-91.</p> <p>ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (2009), «Ageing societies», en <i>OECD Factbook 2009: Economic, Environmental and Social Statistics [online]</i>. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2009-3-en (último acceso el 24 de abril de 2013).</p> <p>— (2011), «Life expectancy and healthy life expectancy at age 65», en <i>Health at a</i></p>	<p><i>Glance 2011: OECD Indicators</i>, OECD, París. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-66-en (último acceso el 24 de abril de 2013).</p> <p>ØVRETVEIT, J. (2011), <i>Does Clinical Coordination Improve Quality and Save Money?</i>, The Health Foundation, Londres.</p> <p>POWELL DAVIES, G.; HARRIS, M.; PERKINS, D.; ROLAND, M.; WILLIAMS, A.; LARSEN, K., y McDONALD, J. (2006), <i>Coordination of Care within Primary Health Care and with Other Sectors: A systematic review</i>. Research Centre for Primary Health Care and Equity, School of Public Health and Community Medicine, University of New South Wales, en association with the University of Manchester (United Kingdom).</p> <p>SHAW, S.; ROSEN, R., y RUMBOLD, B. (2011), <i>What is integrated care?</i>, The Nuffield Trust, Londres.</p> <p>SONOLA, L.; THIEL, V.; GOODWIN, N., y KODNER, D. (2013a), <i>Oxleas Advanced Dementia Service: Supporting carers and building resilience</i>, The King's Fund, Londres.</p>	<p>— (2013b), <i>South Devon and Torbay: Proactive case management using the community virtual ward and Devon Predictive Model</i>, The King's Fund, Londres.</p> <p>THIEL, V.; SONOLA, L.; GOODWIN, N., y KODNER, D. (2013a), <i>Midhurst Macmillan Community Specialist Palliative Care Service: Delivering end-of-life care in the community</i>, The King's Fund, Londres.</p> <p>— (2013b), <i>Pembrokeshire: Community care closer to home</i>, The King's Fund, Londres.</p> <p>— (2013c), <i>The Esteem Team: Co-ordinated care in the Sandwell Integrated Primary Care Mental Health and Wellbeing Service</i>, The King's Fund, Londres.</p> <p>VALENTIN, P.; SCHEPMAN, S.; OPHEIJ, W., y BRUINZEELS, M. (2013), «Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care», <i>International Journal of Integrated Care</i>, 13.</p>
---	--	---