



# Revista de Calidad Asistencial

[www.elsevier.es/calasis](http://www.elsevier.es/calasis)



## EDITORIAL

### Integración, cronicidad y otros aires de cambio en el «universo salud»: pistas para avanzar



### Integration, chronicity and other winds of change in the «health Universe»: Tracks to advance

A. Arcelay

Recibido el 28 de abril de 2014; aceptado el 29 de abril de 2014

Hoy en día, el considerable reto que plantea la cronicidad pone en solfa la actual concepción de nuestro sistema sanitario, obligándole a cambiar el paso y a adaptarse a las nuevas exigencias para aprobar la complicada asignatura de la sostenibilidad. En este sentido, la «integración»<sup>1</sup> entendida en su doble acepción, conceptual y metodológica, supone una herramienta para avanzar en este difícil camino. Pero este complejo proceso de transformación en una organización mastodóntica y poco acostumbrada a «virar» en espacios y tiempos cortos, exige una estrategia ajustada y una puesta en escena rigurosa y metodológicamente bien calibrada.

Además, ninguna estrategia debería obviar un enfoque más holístico, englobado en el concepto «salud», que va más allá del concepto de sanidad, abarcando muchos de los factores y condiciones que rodean nuestro día a día. El concepto que la Organización Mundial de la Salud propone contempla claramente el carácter multidisciplinar y multisectorial del término salud.

Asistimos por tanto a los albores de un proceso de transformación para responder a los principales retos planteados por la evolución demográfica y su emparentada

vertiginosa evolución epidemiológica (la denominada pandemia de la cronicidad), con la sostenibilidad seriamente amenazada. Este escenario impone dosificar los esfuerzos y esbozar cuidadosamente los pasos a dar para acertar con los ingredientes a activar, y la necesaria contextualización local en su desarrollo.

En este sentido, Conrandiopoulos<sup>2</sup>, profesor e investigador de la Universidad de Montreal, desarrolló un esquema teórico que nos permite reflexionar sobre los procesos de integración en las complejas organizaciones sanitarias, y nos puede aportar pistas para avanzar. Se compone de 3 elementos (*gobernanza, sistema clínico/modelo asistencial, valores/personas*) de cuya interrelación y desarrollo depende el devenir de estos procesos de integración. Estos 3 elementos constituyen los vértices de un triángulo, y de cada uno de ellos deriva un abigarrado conjunto de actividades y herramientas que conforman el arsenal con el que contamos para transformar nuestras organizaciones sanitarias.

En un primer análisis de este esquema, desde nuestra perspectiva clínica, se nos antoja que el vértice correspondiente al *sistema clínico/modelo asistencial* constituye el elemento principal y prioritario, en tanto en cuanto define formas de atención ante las diferentes necesidades de pacientes y ciudadanía. Así, focaliza los esfuerzos en la cronicidad<sup>3</sup> que está acaparando en el último trienio la

Correo electrónico: [andoni.arcelayalazar@osakidetza.net](mailto:andoni.arcelayalazar@osakidetza.net)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2014.04.001>

1134-282X/© 2014 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

atención de los diferentes sistemas sanitarios, pero sin olvidar otros ámbitos de atención como el de la «agudicidad», eclipsada en este último periodo por la exclusividad otorgada a lo crónico. En este sentido, debe destacarse el trabajo que se viene realizando a pie de obra, buscando la continuidad asistencial en los procesos clínicos, mediante la confección de rutas asistenciales, que definen la secuencia de actividades y la actuación coordinada de los profesionales correspondientes a los niveles asistenciales sanitarios, y también al ámbito de los recursos sociales, tan necesarios en el paciente crónico complejo.

Y todo ello, sin perder de vista otra de las facetas de la atención, que constituye un filón nunca suficientemente explotado a la hora de salvaguardar la salud de la población. Me estoy refiriendo a las intervenciones de promoción de la salud y prevención en todos los ciudadanos y con especial hincapié en la población sana. Sin duda, ello conlleva dejar de mirarse al ombligo del sector sanitario y salir a la «caza» de alianzas con los numerosos agentes del ámbito comunitario. Las instituciones, el tercer sector, el ámbito educativo, el empresarial y demás instancias gubernamentales constituyen piezas fundamentales de la necesaria intersectorialidad tantas veces invocada para llevar a cabo ese abordaje «poblacional» dirigido a actuar sobre los determinantes de la salud.

Pero, atacando solo al «modelo asistencial», la tarea resulta incompleta, ya que un proceso de transformación de tal complejidad, y que afecta a miles de profesionales, debe acompañarse con el desarrollo de otros elementos que habitan en los otros vértices del triángulo. En esta línea, el que llamamos *gobernanza* alberga todo aquello a través de lo cual se asignan responsabilidades a los diferentes actores y permite dibujar estructuras capaces de materializar el delicado juego de poderes necesario para liderar y conducir las organizaciones sanitarias. Hablamos de planteamientos estratégicos, decretos de estructura, organigramas, órganos de participación, modelos de gestión como el que denominamos «gestión clínica», financiación, etc. Su desarrollo debe ir parejo a la evolución del modelo asistencial porque de esta manera facilitará que todo ese entramado operativo funcione correctamente. Concretamente en este vértice, en nuestro entorno del Sistema Sanitario Vasco, sobresale el actual proceso de construcción y desarrollo de las Organizaciones Sanitarias Integradas, que contribuye, como elemento normativo, al desarrollo del mencionado modelo asistencial.

Y, finalmente, debemos contemplar el tercer componente del triángulo, que representa el elemento más

intangibles, pero con una enorme trascendencia, ya que condiciona el devenir de las organizaciones. Se trata del elemento que alberga el sistema de *valores* de la organización y que gobierna las decisiones mediante esa etérea interiorización de pautas de comportamiento, creencias, valores compartidos, esquemas interpretativos, ilusiones, retos, etc. de sus profesionales.

Instrumentos como la comunicación, la formación, los mecanismos de participación y motivación, los estilos de liderazgo, etc. constituyen la «caja de herramientas» que con insuficiente conocimiento y escasa destreza utilizamos en nuestras organizaciones en este proceso de «gestión del cambio».

La alquimia de todos estos elementos, mezclados convenientemente y evolucionando en su justa medida, marca el camino de transformación de las organizaciones hacia modelos como el que ahora estamos denominando de integración. El equilibrio en su desarrollo dependerá de que, desde un liderazgo decidido, se dosifiquen e impulsen los referidos elementos y herramientas en un todo coherente que constituye la estrategia<sup>4</sup>. Solo de esta manera, mediante la confluencia de intervenciones sobre *el modelo asistencial, la gobernanza y los valores*, conseguiremos cambiar la cultura de nuestras organizaciones sanitarias, y traducir este cambio en acciones concretas, en lo que algunos autores denominan «el mundo real» que, a la postre, debe materializarse en resultados clínicos, mejoras en la calidad de vida y satisfacción de pacientes y ciudadanos, y eficiencia.

El trabajo es arduo y extenso por lo que se impone la necesidad de priorizar tareas a la hora de desarrollar en nuestras organizaciones todo este despliegue instrumental.

Y finalizar con una reflexión sobre la importancia de ser constantes, pertinaces más bien, en un liderazgo compartido y paciente que impulse, facilite y evalúe esta transformación.

## Bibliografía

1. Rosen R, Ham C. *Integrated care: Lessons from evidence and experience. Report of the Sir Roger Bannister Annual Health Seminar.* London: Nuffield Trust; 2008.
2. Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodríguez C. The integration of health care: Dimensions and implementation.
3. Wagner EH, Austin BT, von Korff M. *Organizing care for patients with chronic illness.* *Milbank Q.* 1996;74:511-44.
4. Ham C. *The ten characteristics of the high-performing chronic care system.* *Health Economics, Policy and Law.* 2010;5: 71-90.