

INCORPORACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA COMO PARTE DE TODOS LOS PLANES DE INTEGRACIÓN.

NICK GOODWIN

Director ejecutivo de la International Foundation for Integrated Care.

LOURDES FERRER

Directora de Programas de la International Foundation for Integrated Care.

SUMARIO

1. INTRODUCCIÓN.

2. IMPORTANCIA DE LA SALUD PÚBLICA EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRADA.

3. LA «QUINTA OLA» DE LA SALUD PÚBLICA: HACIA UNA GESTIÓN DE LA SALUD POBLACIONAL.

4. TRES EJEMPLOS DE CASOS INTERNACIONALES.

4.1 El Sistema Sanitario NUKA, Alaska, EEUU.

4.2 Gesundes Kinzigtal, Alemania.

4.3 Canterbury, Nueva Zelanda.

5. CONCLUSIONES.

6. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Atención responsable; Promoción de la salud; Atención integrada; Salud poblacional; Prevención; Salud pública.

RESUMEN

La noción de atención integrada ha evolucionado a lo largo de los años y ha empezado a reconocer la necesidad de adoptar un modelo más orientado a la población para promover la salud pública, prevenir la mala salud y garantizar el bienestar de las poblaciones. Sin embargo, la salud pública ha permanecido en general algo apartada de la planificación y la adquisición de servicios de atención sociosanitaria y, como consecuencia de ello, las intervenciones de la salud pública han tendido con frecuencia a trabajar de forma independiente en la prestación de cuidados médicos tradicionales. El presente artículo avala la necesidad de una «quinta ola» en la evolución de la salud pública para abordar la salud poblacional y concienciar sobre el valor social de la buena salud, reconociendo la importancia de las redes sociales y el beneficio de prestar atención tanto a la salud como al bienestar. Tras analizar tres estudios de casos internacionales, el artículo llega a la conclusión de que es necesario avanzar hacia unos sistemas de atención responsable con un enfoque de carácter más local para hacer posible la transformación necesaria para responder adecuadamente a los desafíos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios en la actualidad.

KEYWORDS

Accountable care; Health promotion; Integrated care; Population health; Prevention; Public health.

ABSTRACT

The notion of integrated care has evolved over the years and has begun to recognise the need to take a more population-oriented approach to promote public health, prevent ill-health and secure wellbeing for populations. Yet, for the most part, public health has remained somewhat separate to the planning and purchasing of health and social care services and, as a result, public health interventions have often tended to operate in separate silos to traditional care provision. This article supports the case for a ‘fifth wave’ in the evolution of public health to address population health and raise awareness of the societal value of good health, recognising the importance of social networks and the benefit of focusing on both health and wellbeing. By examining three international case studies, the paper concludes that the move towards more place-based accountable care systems is required to enable the transformational change necessary to adequately respond to today’s health system challenges.

1. INTRODUCCIÓN.

La agenda de integración se ha convertido en un elemento básico de la reforma del sistema sanitario en todo el mundo. La finalidad común ha sido rediseñar los sistemas de atención para que estén más «centrados en las personas» y ofrezcan una mejor coordinación de la atención y los servicios en torno a las necesidades integrales de las personas. Habida cuenta de los cambios demográficos de la sociedad, las prioridades de las políticas de integración han venido motivadas por la necesidad de ofrecer asistencia a las personas mayores con necesidades de atención a largo plazo, centrándose en desarrollar sistemas sanitarios más coordinados que hagan frente a las enfermedades crónicas y en abordar las necesidades de las personas con comorbilidad.

Hacer frente a estos problemas es realmente importante, pero la agenda de atención integrada tiene el propósito más amplio de hacer llegar sus beneficios a todas las personas en aquellos casos en los que la atención y los servicios se mantienen fragmentados. Para mejorar la atención y los resultados en grupos de población tales como niños y jóvenes, adultos con problemas de salud mental o personas que viven en comunidades de difícil acceso se necesitan estrategias que promuevan la salud y/o faciliten la adopción de medidas preventivas.

Nuestro concepto de los componentes de la atención integrada ha evolucionado a lo largo del tiempo hasta reconocer que estos grupos de población no deberían ser

objeto de intervenciones específicas para el control de enfermedades, sino que se debe intentar capacitar y comprometer a las personas y a las comunidades para que se conviertan en copartícipes de la atención (Ferrer, 2015; OMS, 2016). De manera más general, la noción de la atención integrada ha ido más allá de los límites del sistema sanitario para pensar más estratégicamente acerca de cómo abarcar los determinantes sociales de la mala salud (Goodwin et al., 2017); por ejemplo, en la necesidad de adoptar un modelo más basado en las capacidades y los recursos para promover la salud pública, prevenir la mala salud y garantizar el bienestar de las poblaciones.

2. IMPORTANCIA DE LA SALUD PÚBLICA EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN INTEGRADA.

La salud pública y la atención integrada comparten objetivos comunes, entre los que se encuentran:

- la promoción de la salud y de los entornos saludables;
- la prevención de las enfermedades;
- el tratamiento y la gestión de las enfermedades;
- la mejora de la calidad de vida.

Sin embargo, la salud pública ha permanecido en general algo apartada de la planificación y la adquisición de servicios de atención sociosanitaria y, como consecuencia de ello, sus intervenciones han tendido con frecuencia a trabajar de forma independiente en la prestación de la atención sociosanitaria. Una respuesta menos habitual ha sido pensar de forma más amplia en los beneficios positivos que podrían

derivarse de la integración de la atención de la salud pública y modelos de atención sanitaria más centrados en la persona.

La importancia de hacer llegar estrategias de promoción y prevención de la salud a los pacientes que reciben una atención integrada es particularmente importante, ya que son precisamente las personas más vulnerables dentro de las sociedades quienes mayor necesidad tienen de unos servicios integrados adecuados, constituyendo sin embargo el grupo con menos probabilidades de recibirlos (Ovretveit, 2011). Las personas que viven en comunidades apartadas o desfavorecidas, por ejemplo, tienen más probabilidades de desarrollar problemas de salud complejos a largo plazo (en especial problemas de salud mental) de manera mucho más prematura de lo que se reconocía anteriormente. Así, en el estudio de referencia de la población de Glasgow (Escocia) se comprobó que las personas que vivían en comunidades más desfavorecidas acudían a la atención primaria con un mayor número de problemas de comorbilidad y de forma mucho más prematura (Barnett et al., 2012).

El desarrollo de sistemas de atención integrada debe reconocer que la patología de la multimorbilidad empieza en la infancia y está condicionada por los determinantes socioeconómicos de la mala salud, tales como menores ingresos, peores viviendas, niveles educativos más bajos, aislamiento social y niveles más altos de consumo de alcohol y tabaco. Cualquier estrategia de atención integrada que intente coordinar mejor la atención en torno a las necesidades de las personas debe combinarse con un enfoque hacia la prevención primaria y la

promoción de la salud.

Para tratar de manera eficaz estos problemas se debe desarrollar un conjunto más amplio de asociaciones intersectoriales. La incorporación de la perspectiva de la salud pública es, por tanto, esencial para hacer posible que los programas de atención integrada alcancen sus objetivos, ya que:

- La salud pública subraya la idea de que la salud es una responsabilidad colectiva. Recalca la necesidad de establecer asociaciones eficaces entre todos los que contribuyen a obtener resultados en salud poblacional para maximizar el beneficio global y ampliarlo al mayor número posible de personas;
- La prestación de atención sanitaria queda apuntalada por un modelo de atención sanitaria de la población y por el desarrollo de soluciones de atención integrada que hagan frente a necesidades de atención complejas. Por tanto, se debe prestar la debida consideración a la forma en que el «sistema completo» interactúa dentro de las redes de atención, permitiendo de ese modo el desarrollo de planes asistenciales más eficaces que en otro caso podrían quedar limitados al tratamiento aislado de problemas particulares de forma; y
- La práctica de la salud pública tiene como finalidades ser equitativa, capacitante y eficaz, estar basada en la evidencia y ser imparcial e inclusiva, unos objetivos que resultan realizables por medio de una integración eficaz.

La implicación de este argumento es que

los equipos de la salud pública y el papel del sector del voluntariado y la comunidad deberían ser imprescindibles en la agenda de integración, ya que permiten conocer mejor las necesidades de las comunidades locales y pueden prestar servicios específicos y especializados que resulten proactivos a la hora de promover la salud y el bienestar y que ayuden a mejorar los resultados de la atención. La implicación de la salud pública subraya también la idea de que la salud es una responsabilidad colectiva.

Sin embargo, la salud pública ha permanecido en general algo apartada de la planificación y la adquisición de servicios de atención sociosanitaria y, como consecuencia de ello, las intervenciones de la salud pública han tendido con frecuencia a trabajar de forma independiente en la prestación de la atención sociosanitaria. En Inglaterra, por ejemplo, la Visión a 5 Años del Servicio Nacional de Salud (NHS) marca la necesidad de una «prevención y una agenda de la salud pública de carácter más activista», dando a entender que la salud pública debería ocupar un lugar central en la agenda de integración (NHS, 2014, p. 36). Para mejorar verdaderamente los resultados en las personas, el documento de política argumentaba que la integración debe atender a la salud del mismo modo que a la atención sanitaria y debe centrarse en la prevención, la intervención precoz y la promoción del bienestar y la resiliencia. Sin embargo, las estrategias descritas para aumentar los servicios de la salud pública se han mantenido apartadas de los modelos organizativos presentados para conseguir sistemas sanitarios más integrados, tales como proveedores para comunidades de

especialidades múltiples (MCP, del inglés *multispecialty community providers*) y sistemas primarios y agudos (PAC, del inglés *primary and acute systems*).

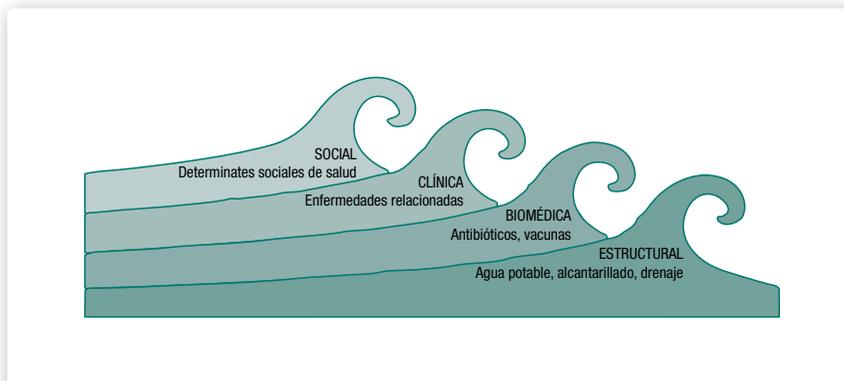
3. LA «QUINTA OLA» DE LA SALUD PÚBLICA: HACIA UNA GESTIÓN DE LA SALUD POBLACIONAL.

El papel de la salud pública en los sistemas sanitarios ha evolucionado en una serie de «olas» desde el origen del movimiento de la salud pública en el Reino Unido, que tuvo lugar en la década de 1830 (Hanlon et al., 2011). En el siguiente diagrama se presenta la teoría de las cuatro olas de la salud pública (véase la Figura 1):

- Ola 1: durante la ola estructural se consiguió una mejora de las condiciones sanitarias. Esta mejora estableció las bases para reforzar la protección de la salud mediante la separación del alcantarillado de las residencias y tuvo un papel fundamental en la notable mejora de la salud poblacional.
- Ola 2: la ola biomédica trajo consigo avances médicos que tuvieron un enorme impacto en la reducción de la mortalidad infantil, gracias a la eliminación de la viruela y la difteria por medio de vacunas.
- Ola 3: durante la ola clínica se logró un mayor conocimiento de los factores de riesgo relacionados con el estilo de vida. El enlace causal entre el tabaco y el cáncer de pulmón y entre el consumo de altas cantidades de grasas animales y las enfermedades coronarias condujo a la realización de actividades de promoción de la salud, como campañas de marketing.

- Ola 4: la ola social supuso un mayor conocimiento de las desigualdades sociales y los determinantes que pueden influir en los resultados.

Gráfico 1: Las cuatro 'olas' de evolución en la salud pública.



Hanlon et al. (2011) abogan encarecidamente por una quinta ola que haga que los responsables de las políticas sanitarias aborden la salud poblacional e incremente la concienciación sobre el valor social de la buena salud, reconociendo la importancia de las redes sociales y el beneficio de prestar atención tanto a la salud como al bienestar. En términos prácticos, esta agenda tiene dos características clave: en primer lugar, la necesidad de adoptar un modelo de atención basado en la salud poblacional; en segundo lugar, el enfoque en la promoción de la salud y la prevención de la mala salud.

La salud poblacional representa un modelo de atención sanitaria que busca mejorar los resultados en la salud de un grupo de individuos, incluyendo la distribución de esos resultados en el grupo. Por tanto, la salud poblacional no se refiere a poblaciones nacionales, sino a comunidades específicas y poblaciones locales en las que la atención sanitaria se puede planificar y

efectuar de forma que queden reflejadas realmente las circunstancias y necesidades locales. Así, un modelo de salud poblacional busca centrarse en las prioridades clave para mejorar la salud y el bienestar con un enfoque específico hacia la superación de las desigualdades en la atención, abordando la prestación de servicios a grupos de difícil acceso y promoviendo la justicia social.

Las pruebas obtenidas en diversos planes de coordinación llevados a cabo con gran éxito a nivel internacional sugieren que la gestión de la salud poblacional es un elemento de diseño fundamental para obtener una atención integrada eficaz (Goodwin et al., 2013, 2014). Es esencial contar con un conocimiento explícito de las necesidades sanitarias de las comunidades, apoyándose cuando sea posible en datos que puedan proporcionar información sobre las prioridades que deberían ser atendidas o sobre los individuos y las localidades en riesgo específico. Sin ese

conocimiento, los programas de atención integrada corren el riesgo de errar el objetivo de sus intervenciones. Esto es algo que puede ocurrir con frecuencia en los planes de gestión de la atención que incluyan a muchas personas «en riesgo» no detectadas, por ejemplo.

También existe una tendencia a nivel internacional a desarrollar modelos de atención integrada con un mayor «enfoque local» centrados en la prestación de una «atención responsable» a poblaciones específicas. Por ejemplo, y volviendo a la experiencia de Inglaterra, su conjunto más reciente de reformas (conocido como Sostenibilidad y Planes de Transformación

[del inglés *Sustainability and Transformation Plans*]) ha fomentado un nuevo impulso para iniciativas significativamente más ambiciosas basadas en la población que introducen nuevos modelos de atención sociosanitaria integrada con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar, así como la eficacia de los servicios (Alderwick et al., 2016).

La consecución de mejoras sustanciales y duraderas requerirá, por tanto, de un esfuerzo coordinado. Una forma en la que se puede fomentar es con el desarrollo de un conjunto de principios rectores que resulten viables (véase el Cuadro 1).

Cuadro 1: Marco de principios viables para integrar la salud pública en la prestación y planificación de atención integrada (adaptado del Institute of Medicine, 2012).

Promoción de la salud y prevención de la mala salud en individuos, familias y comunidades locales.

Compartición del objetivo de mejora de la salud poblacional.

Implicación de la comunidad en la definición y la satisfacción de las necesidades sanitarias de la población.

Alineación del liderazgo con el gobierno colectivo.

Sostenibilidad mediante el establecimiento de una infraestructura compartida.

Compromiso con la creación de una relación de valor e impacto duraderos.

Compartición de datos y colaboración en el análisis de los mismos.

4. TRES EJEMPLOS DE CASOS INTERNACIONALES.

4.1. El Sistema Sanitario NUKA, Alaska (EE UU).

Uno de los ejemplos internacionales de mayor éxito que ha demostrado mejoras-

significativas y sostenidas en la salud poblacional es el Sistema Sanitario NUKA implantado en Alaska. A mediados de la década de 1990, la población local determinó que su sistema sanitario debía ser propiedad y estar regido directamente por ellos, aunque desarrollando al mismo tiempo una

«responsabilidad compartida» entre la comunidad local y los proveedores de atención sanitaria en la promoción del bienestar físico, mental y espiritual. La prevención y la promoción constituyen una parte fundamental de los servicios prestados, habiéndose desarrollado un espíritu de «caminar con las comunidades» en cuanto a la forma en que los servicios de atención deberían diseñarse y prestarse. El sistema funciona con la población local actuando como «consumidores-propietarios», en el sentido de que el sistema sanitario está regido por dicha población y es su responsabilidad (Gottlieb, 2013).

Se realizaron inversiones para establecer diversos centros de atención primaria que ofrecieran un conjunto interdisciplinar de servicios, como atención primaria, odontología, optometría, fisioterapia, salud conductual, servicios ambulatorios y tratamiento residencial para adolescentes y mujeres. Se prestó especial atención a la inclusión de las prácticas curativas tradicionales y de la medicina complementaria valoradas por la población local, así como a la atención médica domiciliaria, la educación sanitaria y los programas específicos de apoyo a mayores y niños.

Entre los resultados clave obtenidos desde 1997 se encuentran los siguientes:

- mayor número de inscripciones en la atención primaria, pasando del 35% al 95% de la población;
- acceso en el mismo día para consultas rutinarias, cuando antes se necesitaban 4 semanas;
- eliminación de las listas de espera para consultas de salud conductual;
- incremento de la satisfacción de los pacientes y del personal con un mayor respeto por la cultura y las tradiciones;
- reducción de la rotación del personal en un 75%;
- reducción significativa del uso innecesario de asistencia y tratamientos especializados, incluyendo una reducción del 36% en los días de hospitalización; una reducción del 42% en las visitas al servicio de urgencias; y una reducción del 58% en el tratamiento en clínicas especializadas; y
- mejora en los resultados de la atención en personas con cáncer, obesidad, diabetes y caries dental, además de reducción en los niveles de abuso infantil, abandono infantil, violencia doméstica, consumo de drogas y suicidios (Gottlieb, 2013).

4.2. **Gesundes Kinzigtal, Alemania.**

Otro importante ejemplo internacional de cómo se ha conseguido este objetivo con un éxito significativo es el modelo adoptado en Kinzigtal (Alemania). Para esta comunidad, se ha formado una coalición orientadora integrada por más de cien socios para promover la salud poblacional en una comunidad de 35.000 personas. Las actividades de prevención y promoción apuntalan el objetivo de conseguir un «Kinzigtal saludable» en todo el espectro de proveedores y de compartir la responsabilidad por los resultados de salud poblacional mediante un contrato de «mejora de salud compartida». Con este modelo de «sistema completo» no solo se han visto mejoras demostrables en la calidad de vida de la población, sino que también se han reducido significativamente los costes (Groene y Hildebrandt, 2017).

El sistema funciona como una unión de empresas de una compañía regional de gestión sanitaria (Optimedis AG) en cooperación con una red de médicos (Red de Calidad Médica-Iniciativa de Médicos de Kinzigtal). Desde enero de 2006, Gesundes Kinzigtal ha sido responsable contractual de la atención sanitaria de la población y colabora con casi 100 proveedores, entre los que se incluyen médicos de familia, especialistas, hospitales, psicoterapeutas, residencias para mayores, agencias de atención ambulatoria en el hogar (atención social) y fisioterapeutas. Más recientemente se han incluido acuerdos con farmacias, clubes de salud y deportivos, empresas con programas de promoción de la salud en el lugar de trabajo, centros educativos para adultos, grupos de autoayuda y gobiernos locales.

Una de las características fundamentales de Gesundes Kinzigtal es el desarrollo de un modelo de «mejora de salud compartida» por medio de un contrato de ahorro compartido. Alcanzar este objetivo implica el ahorro de dinero en la región de Kinzigtal con respecto a los costes normalizados alemanes (costes medios y ajustados al riesgo en todas las cajas de seguros de enfermedad) y con respecto a un periodo de referencia antes de la intervención. El presupuesto es «virtual», de modo que los proveedores siguen recibiendo el pago directo de las cajas de seguros de enfermedad (no se realiza a través de Gesundes Kinzigtal), pero si las cajas de seguros de enfermedad gastan menos de la media nacional en la población asegurada de Kinzigtal, los «ahorros» son compartidos entre las cajas de seguros de enfermedad y Gesundes Kinzigtal.

Los sistemas de atención integrada han permitido desarrollar estrategias clave que unen a los socios para proporcionar servicios de una manera diferente; por ejemplo, mediante planes de tratamiento individuales y acuerdos de fijación de objetivos entre médicos y pacientes, mediante un modelo de autogestión de los pacientes y toma de decisiones compartida, y con una atención de seguimiento y una gestión de casos apoyada por un registro electrónico de pacientes a nivel de todo el sistema. Las actividades de prevención y promoción desempeñan un papel clave; por ejemplo, con programas escolares, con la salud en el lugar del trabajo, con campañas de aumento de la concienciación y con festivales promovidos por la comunidad que celebran la salud y el bienestar.

Entre los resultados clave desde 2006 se encuentran los siguientes:

- Mayor nivel de satisfacción de los pacientes y cambios positivos en el comportamiento con respecto a la salud y en la calidad de vida de acuerdo con sus propios informes;
- Reducción comparativa de la mortalidad en un 50% en 2,5 años de participación en Gesundes Kinzigtal (tasa de mortalidad del 1,76% en comparación con 3,74% en el grupo de comparación);
- Estancias más cortas y menor número total de días en cama en hospitales, aun cuando ha aumentado el número total de admisiones;
- Mejora del margen de contribución de 151€ por persona al año en los tres primeros años de funcionamiento en la población con atención integrada;

- Reducción de los costes totales para la aseguradora, con una mejora en la eficiencia ajustada a la morbilidad entre 2007-2010 de más del 16% de los costes totales (incluidos los costes farmacéuticos, hospitalarios, de enfermería, de urgencias, de fisioterapeutas y de bajas por enfermedad) (Groene y Hildebrandt, 2017).

4.3. Canterbury, Nueva Zelanda.

El sistema sanitario de Canterbury, Nueva Zelanda, ha emprendido una considerable transformación para adoptar un modelo de «atención responsable» mediante la formación de alianzas entre diferentes socios en la atención, que incluyen a la comunidad y grupos de voluntarios. Como consecuencia de los cambios realizados a lo largo de un periodo de más de diez años, el sistema sanitario ha permitido prestar una mayor atención y apoyo en los hogares y las comunidades de las personas con una moderación de la demanda de atención hospitalaria, especialmente entre las personas de más edad (Charles, 2017).

La experiencia de Canterbury empezó con el reconocimiento de que era una economía sanitaria de bajo rendimiento con servicios de atención altamente fragmentados y un índice de hospitalizaciones creciente y descontrolado. Después de una serie de talleres celebrados con pacientes, médicos clínicos y gerentes surgió una nueva visión unificada de «un sistema, un presupuesto» que pretendía conectar de nuevo a los proveedores de atención sanitaria. Esto se consiguió inicialmente con el desarrollo de planes asistenciales mejorados para los pa-

cientes (la iniciativa Rutas de Salud [Health Pathways]) y con el apoyo de una alianza formal entre líderes, profesionales y proveedores sanitarios de todo el sistema sanitario (la Red Clínica de Canterbury [Canterbury Clinical Network]) (Dolan et al., 2017).

En 2010, este modelo basado en la comunidad y centrado en la salud poblacional se plasmó en tres principios rectores para su sistema sanitario: prestar apoyo a las personas para que asuman una mayor responsabilidad con respecto a su propia salud; prestar apoyo a las personas para que se mantengan en buen estado de salud en sus propios hogares y comunidades; y hacer posible que las personas reciban una atención apropiada y oportuna en caso de tener necesidades complejas. En febrero de 2011, el sistema sanitario transformado se puso a prueba después de un grave terremoto, aunque a largo plazo esta situación se tradujo en una aceleración de la reflexión y las iniciativas sobre atención basada en la comunidad (Gullery y Hamilton, 2015).

Hoy en día, el sistema sanitario de Canterbury presta apoyo a más personas en sus hogares y comunidades y tiene una demanda moderada de atención hospitalaria, en especial entre las personas de más edad. En comparación con el resto de Nueva Zelanda, Canterbury tiene unos índices de ingresos médicos por trastornos agudos más bajos; unos índices de reingresos por trastornos agudos más bajos; unas estancias medias más cortas; un menor uso de los servicios de urgencias; unos gastos superiores en servicios basados en la comunidad; y unos gastos inferiores en atención hospitalaria de urgencias. La mejora de la

interconexión entre la atención primaria y la secundaria ha dado lugar a derivaciones de pacientes de mayor calidad, a la reducción de los tiempos de espera y a un menor gasto en pruebas patológicas y de obtención de diagnóstico por imágenes (Charles, 2017).

Entre las enseñanzas clave obtenidas de la experiencia de Canterbury se encuentran las siguientes (de acuerdo con Dolan et al., 2017):

- Centrarse en la persona y crear un potente sentimiento de identidad;
- Crear una visión y unos principios clave que den forma a los comportamientos y las acciones;
- Encender la pasión y el compromiso;
- Fomentar una mejora continua;
- Desarrollar redes integradas de atención que permitan y faculten el cambio;
- Capacitar y confiar en las personas para que proporcionen soluciones.

5. CONCLUSIONES.

Aunque se está llevando a cabo un gran trabajo a nivel internacional para demostrar cómo se puede entretelar la salud pública de una forma proactiva con estrategias de atención integrada, sigue siendo difícil para muchos poderes adjudicadores invertir en actividades de prevención y promoción. Con frecuencia, la oportunidad de invertir en estrategias de prevención y de promoción de la salud a largo plazo se ve contrarrestada por los factores siguientes: la necesidad de actuar rápidamente; las incertidumbres sobre cómo implementar de forma eficaz esas estrategias; y la falta

de convicción asociada de que se pueda obtener un «retorno de la inversión» suficientemente bueno dada la realidad de las limitaciones financieras y las demandas rápidamente crecientes de atención.

Aunque son tiempos de austeridad financiera en los que se estiran los presupuestos y en los que el plan subyacente es entregar más por menos, no ha habido nunca argumentos más sólidos para invertir en atención sanitaria primaria y en otros servicios de una forma que pueda ayudar a mantener a las personas en buen estado de salud y prestarles así apoyo para que tengan una vida más saludable, cuiden de sí mismas y sigan siendo independientes y estando activas para que, en última instancia, permanezcan fuera del hospital y de las instalaciones de atención a largo plazo. El reto está en conseguir que este planteamiento funcione a gran escala, de forma que pueda introducirse un cambio real en la forma en que se prestan los servicios sanitarios y de atención. Sin embargo, dentro de ese reto, parece que conseguir un impacto sostenido y sustancial requiere un trabajo duro e incesante a nivel local en el que hace su aparición un cambio fundamental a través de la combinación de ganancias marginales a lo largo del tiempo (Bohmer, 2016).

Lo que nos dicen las evidencias obtenidas es que los sistemas de atención que han creado de forma eficaz un modelo basado en la salud poblacional proporcionando atención integrada basada en la comunidad son tal vez los que posean un mayor potencial para el cambio transformacional para cumplir la «triple finalidad» de mejorar las experiencias de atención y los resultados

de la atención, reduciendo al mismo tiempo los costes de dicha atención. Esto requerirá el desarrollo continuo de sistemas de atención responsable en los que trabajen juntos múltiples proveedores de atención socio-sanitaria bajo nuevas formas de organizaciones de gobierno colectivo y marcos de compartición de riesgos que trabajen con y junto a las comunidades locales. A día de hoy, el desarrollo de estos sistemas es algo raro, ya que se enfrentan a retos continuos y significativos que requieren un liderazgo comprometido y sostenido, y que necesitan un tiempo considerable para desarrollarse y madurar.

Agradecimientos.

Este artículo se basa en un documento de posición no publicado elaborado por la International Foundation of Integrated Care (Fundación Internacional de Atención Integrada, IFIC) con financiación de Public Health England. Los puntos de vista expresados en el artículo son exclusivamente los de sus autores.

6. BIBLIOGRAFÍA.

Alderwick, H., Dunn, P., McKenna, H., Walsh, N. y Ham, C. (2016) Sustainability and Transformation Plans in the NHS In: How are they being developed in practice? (Sostenibilidad y planes de transformación en el Servicio Nacional de Salud [NHS] de Inglaterra: ¿cómo se están desarrollando en la práctica?) Londres: The King's Fund.

Barnett, K., Mercer, S., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., Guthrie, B. (2012) Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study (Epidemiología de la multimorbilidad e implicaciones para la atención sanitaria, la investigación y la educación médica: un estudio transversal). *The Lancet*, 308, 37-43.

Bohmer, R. (2016) The hard work of care transformation (El duro trabajo de la transformación de la atención). *New England Journal of Medicine*, 375(8), 709-710.

Charles, A. (2017) Developing accountable care systems – lessons from Canterbury, New Zealand (Desarrollo de sistemas de atención responsable: enseñanzas de Canterbury, Nueva Zelanda). The King's Fund, Londres, agosto de 2017.

Dolan, B., Gullery, C., Hamilton, G., Mates, D. (2017) New Zealand: Canterbury Tales, in 573-585 (Nueva Zelanda: Cuentos de Canterbury, en 573-585).

Ferrer, L. (2015) Engaging patients, carers and communities in the provision of coordinated/integrated health services: strategies and tools (Implicación de pacientes, cuidadores y comunidades en la provisión de servicios de salud coordinados/integrados). Oficina Regional de la OMS para Europa, Copenhague.

Goodwin, N., Amelung, V., Stein, V. (2017) What is integrated care? (¿Qué es la atención integral?) En Amelung V, Stein V, Goodwin N, Balicer R, Nolte E, Suter E (eds.) (2017) *Handbook Integrated Care (Manual de atención integral)*. Springer International Publishing, 3-24.

Goodwin, N., Dixon, A., Anderson, G., Wodchis, W. (2014) Providing integrated care for older people with complex needs. Lessons from seven international case studies (Prestación de una atención integral para las personas mayores con necesidades complejas. Enseñanzas de siete estudios de casos internacionales). (Sostenibilidad y planes de transformación en el Servicio Nacional de Salud [NHS] de Inglaterra: ¿cómo se están desarrollando en la práctica?) Londres: The King's Fund.

Goodwin, N., Sonola, L., Thiel, V., Kodner, D. (2013) Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success (Atención coordinada para personas con problemas de salud crónicos complejos. Enseñanzas y marcadores clave para el éxito). (Sostenibilidad y planes de transformación en el Servicio Nacional de Salud [NHS] de Inglaterra: ¿cómo se están desarrollando en la práctica?) Londres: The King's Fund.

Gottlieb, K. (2013) The Nuka System of Care: Improving Health through Ownership and Relationships (El Sistema Sanitario Nuka: mejora de la salud a través de la participación y las relaciones). *Int J Circumpolar Health*, 72, 21118.

Groene, O., Hildebrandt, H. (2017) Germany: Evolution and Scaling-Up of the Population-Based Integrated Health Care System "Gesundes Kinzigtal" (Alemania: evolución y ampliación del sistema de atención sanitaria integral centrado en la población, en Amelung, V., Stein, V., Goodwin, N., Balicer, R., Nolte, E., Suter E (eds.) (2017) *Handbook Integrated Care (Manual de atención integral)*. Springer International Publishing, 511-524.

Gullery, C., Hamilton, G. (2015) Toward integrated person-centred health care – the Canterbury journey (Hacia una atención sanitaria integral centrada en la persona: el viaje de Canterbury). *Future Hospital Journal*, 2, 111-116.

Hanlon, P., Carlisle, S., Hannah, M., Reilly, D., Lyon, A. (2011) Making the case for the 'fifth wave' in public health (En apoyo de la «quinta ola» en la salud pública). *Public Health*, 125 (1) 30-36.

Institute of Medicine (2012) For the Public's Health: Investing in a Healthier Future (Instituto de Medicina (2012) para la salud pública: inversión en un futuro más saludable). Institute of Medicine of the National Academies, EE. UU.

NHS (2014) Five Year Forward View. NHS England (Visión a Cinco Años. Sistema Nacional de Salud [NHS] de Inglaterra), disponible en:

Ovretveit, J. (2011) Does clinical coordination improve quality and save money? (¿Sirve la coordinación clínica para mejorar la calidad y ahorrar dinero?) The Health Foundation, Londres, junio de 2011.

Convenio marco de la OMS (2016) para los servicios sanitarios integrales centrados en la persona. Informe de la Secretaría, 69.a Asamblea Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

