



## Integración del cuidado de la salud en Euskadi: estudio cualitativo y diagnóstico del proceso de implementación de Osakidetza-Sistema Vasco de Salud

### *Integration of health care in Euskadi: qualitative research and diagnosis of the implementation process of Osakidetza-Basque Health System*

Goizalde Hernando-Saratxaga<sup>\*</sup>, Julen Izagirre-Olaizola<sup>a</sup>, María-Soledad Aguirre-García<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Dpto. Economía Financiera II. Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Plaza Oñati 1, 20018, Donostia (España) – [julen.izagirre@ehu.es](mailto:julen.izagirre@ehu.es) – <https://orcid.org/0000-0002-8854-3995>

<sup>b</sup> Dpto. Economía Financiera II. Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Avenida Lehendakari Aguirre 83, 48015, Bilbao (España) – [marisol.aguirre@ehu.es](mailto:marisol.aguirre@ehu.es)

<sup>\*</sup> **Corresponding author:** Dpto. Economía Financiera II. Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Avda. Lehendakari Aguirre, 83. 48015 Bilbao, España – [goizalde.hernando@ehu.es](mailto:goizalde.hernando@ehu.es) – <https://orcid.org/0000-0003-0090-3739>

#### ARTICLE INFO

Received 5 October 2018,  
Accepted 30 October 2019

Available online 10 December 2020

DOI: 10.5295/cdg.181030gh

JEL CODE: I18, H51

#### RESUMEN

Este artículo analiza el proceso de integración del cuidado de la salud implementado en la Comunidad Autónoma del País Vasco (España) en su sistema público de salud (Osakidetza), que es un referente internacional, así como la percepción de aquellas personas que lo están protagonizando e, incluso, liderando. El proceso de integración se hace necesario en el contexto actual y propone intervenir con una visión amplia del concepto de la salud de la ciudadanía, lo cual exige rechazar una visión limitada de sanidad en pro de un trabajo coordinado y transversal del sistema sanitario con el resto de administraciones y agentes sociales. El nuevo modelo pretende avanzar hacia un sistema proactivo y mucho más centrado en los pacientes e implica un cambio importante en sus estructuras y herramientas asistenciales. Se ha aplicado una metodología cualitativa consistente en el estudio de un caso y basada en la realización de entrevistas en profundidad. Todo ello permite concluir como aspectos más positivos la integración organizativa formal, la mayor coordinación derivada de la aplicación de Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) y el empoderamiento del paciente. Por el contrario, se han detectado elementos del proceso que no han arrojado por el momento los resultados que se esperaban, como el nuevo contrato programa, la interconsulta no presencial, los nuevos roles de enfermería o la colaboración con el ámbito comunitario y social.

*Palabras clave:* Salud, integración, Osakidetza, gestión pública, sistema de salud, atención integrada.

#### ABSTRACT

This article analyzes the health care integration process implemented in the Basque Country (Spain) within its public health system (Osakidetza – an international benchmark), as well as the perception of people leading it. The integration process is necessary in the current context and it proposes to intervene with a broad vision on the health of citizens, which requires rejecting a limited vision of health in favor of a coordinated and transversal work of the health system with other public administrations and social agents. The new model aims to move towards a proactive and much more patient-centered system and implies a significant change in its structures and care tools. A qualitative methodology applied consists on a case study based on in-depth interviews. The research enables to identify its strengths and to detect the key elements to improve. Among these factors, we can identify the Integrated Sanitary Organization (ISO), the integrated information and ICT systems, the new roles of nurses, the program contract, as well as the changes addressed to the empowerment of the patient and to the coordination among professionals as well as among the community and social ambit.

*Keywords:* Health, integration, Osakidetza, public management, health system, integrated care.

## 1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población y la atención a la dependencia, la discapacidad y la cronicidad se están convirtiendo en algunos de los grandes retos para las políticas públicas de bienestar y, en última instancia, para la organización económica y social de nuestro entorno (Singer *et al.* 2011). Así, el 91,3% de la mortalidad en España, uno de los países europeos con mayores tasas de envejecimiento y cronicidad, es atribuible a las enfermedades crónicas (Nuño-Solinís 2016). Este tipo de personas son las que requieren mayor inversión de recursos por parte del sistema sanitario. Esto genera importantes tensiones y dificulta la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud, tal y como han sido concebidos en Europa, en general, y en España, en particular, hasta hace poco más de una década. Los sistemas de atención médica enfrentan, por tanto, desafíos crecientes para poder seguir prestando una atención de alta calidad a un coste asumible y sostenible (Jaugregui *et al.* 2016). Hoy en día, las organizaciones sanitarias se enfrentan a un entorno cada vez más complejo, lo que les exige mejorar su agilidad a la hora de adaptarse y anticiparse a los nuevos retos a través de la mejora de capacidades organizativas internas (Asgarnezhad Nouri y Mousavi 2020).

La creciente prevalencia de enfermedades crónicas y la complejidad y coste de los tratamientos ponen de manifiesto la necesidad e importancia de coordinar los servicios de atención médica (Ahgren y Axelsson 2007; Valentijn *et al.* 2013; Segato y Masella 2017). Por otra parte, la rápida expansión del conocimiento médico y, unido a ella, la creciente especialización de los proveedores, contribuyen cada vez más a la fragmentación de la información crítica relativa a cada paciente entre los profesionales que comparten la responsabilidad de su atención. Al mismo tiempo, los servicios públicos de salud deben reconocer y acomodar las necesidades médicas individuales de los pacientes, los entornos sociales y las preferencias de atención (Singer *et al.* 2011). Además, en las organizaciones de salud pública existe una diferenciación estructural y de funciones y tareas en relación con la prevención de enfermedades, promoción de la salud, tratamiento médico, rehabilitación, etc.

Asimismo, los diferentes servicios de asistencia social se han vuelto cada vez más especializados y son proporcionados por un número cada vez mayor de organizaciones diferentes. No solo agencias gubernamentales, sino también organizaciones no gubernamentales, grupos comunitarios, fundaciones sin ánimo de lucro y empresas privadas (Bate 2000; Axelsson y Axelsson 2006). La integración de todos ellos se ha convertido en un aspecto fundamental en el desarrollo de los estados de bienestar modernos, y está dominando la política de salud y las agendas de planificación en la mayoría de los países occidentales (Singer *et al.* 2011; Segato y Masella 2017). El modelo actual fracasa a la hora de dar respuesta a un buen número de pacientes que requieren continuidad asistencial y prevención de situaciones de dependencia (Jaugregui *et al.* 2016).

Por todo ello resulta estratégicamente necesario un replanteamiento del sistema de salud orientado a la búsqueda de una **atención integrada**, que garantice una continuidad asistencial y que, además, sitúe a la persona en el centro del sistema (Ahgren y Axelsson 2007). La integración impide que los pacientes complejos

«caigan entre las grietas» de sus vías de atención, lo que aumenta la calidad ofrecida y percibida y limita las duplicaciones y el desperdicio de recursos (Segato y Masella 2017). Consecuentemente, se espera que la integración brinde soluciones efectivas para los dos principales desafíos que enfrentan los sistemas de salud en la última década: aumentar la eficiencia en el uso de los recursos y sostener o incluso aumentar la calidad de la atención (Singer *et al.* 2011).

Quienes se encargan de la formulación de políticas tienden a definir las estructuras y los resultados esperados de la integración y pasan por alto los procesos que deben ponerse en práctica para alcanzarlos (Segato y Masella 2017). Esto contribuye a que el proceso de implementación de la política de atención integrada sea una especie de «caja negra» cuyo funcionamiento no es completamente conocido y, como tal, no puede controlarse y apoyarse coherentemente. Es decir, todavía hay una considerable incertidumbre sobre si se logrará la colaboración entre profesionales de la salud, y de qué manera y bajo qué condiciones se dará dicha colaboración (De Stampa *et al.* 2013; Nuño-Solinís 2017; Segato y Masella 2017). La literatura existente sobre implementación de políticas para la atención integrada no es útil para aclarar estos temas. La mayoría de las contribuciones en este campo tienden a centrarse en los resultados de las políticas (Cramm *et al.* 2013; Dai *et al.* 2013; Birrell y Heenan 2014; Segato y Masella 2017) o en los factores que mantienen u obstaculizan la participación de las agencias involucradas en la política (Holum 2012), mientras que ha habido pocos intentos de adentrarse en la «caja negra» del proceso de implementación de la política integradora (Segato y Masella 2017).

Por ello, el objetivo principal de este trabajo es analizar el proceso de integración del cuidado de la salud implementado en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) en su sistema público de Salud (Osakidetza). Además, se trata de dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿Cómo se reciben, interpretan e implementan las políticas de atención integrada por parte de los profesionales de la salud, así como de los pacientes y gestores de las organizaciones de salud? ¿Qué dificultades y posibilidades de mejora al respecto perciben estas mismas personas?

Para ello, se ha aplicado una metodología cualitativa consistente en el estudio de un caso y basada en la realización de entrevistas en profundidad a personas que han protagonizado, vivido profesionalmente e, incluso, liderado el proceso de integración. Concretamente, se analiza el proceso de integración implementado en la Comunidad Autónoma del País Vasco (España) y su sistema público de salud (Osakidetza-Servicio Vasco de Salud) que despliega su actividad en tres territorios históricos y que es un referente a nivel internacional según el informe de la OCDE (2014).

## 2. MARCO CONCEPTUAL: LA ATENCIÓN SANITARIA INTEGRADA

### 2.1. Definición de atención sanitaria integrada: la centralidad del paciente

Los conceptos de diferenciación e integración fueron presentados hace décadas por dos investigadores organizaciona-

les: Lawrence y Lorsch (1967). En una reconstrucción teórica, concluyeron que gran parte del conocimiento existente sobre las organizaciones podría reducirse a estos dos conceptos. De acuerdo con su teoría de «contingencia», una organización tiene que adaptarse a lo que sucede en el mundo exterior. Para hacerlo, tiende a diferenciarse o dividirse en partes, y el funcionamiento de estas partes separadas debe integrarse para que toda la organización sea viable. La integración se define como «la calidad del estado de colaboración que existe entre los departamentos que se requieren para lograr la unidad del esfuerzo según las demandas del entorno» (Lawrence y Lorsch 1967, p.11).

Sin embargo, tal y como se ha señalado, el concepto de integración sanitaria debe poner a la persona usuaria de la sanidad en el centro del sistema. De esa manera, la atención integrada al paciente puede definirse como «atención al paciente que se coordina entre profesionales, instalaciones y sistemas de apoyo; continuo en el tiempo y entre visitas; adaptado a las necesidades y preferencias de los pacientes; y basado en la responsabilidad compartida entre el paciente y los cuidadores para optimizar la salud» (Singer *et al.* 2011, p. 113). Esta definición enfatiza la atención a las preferencias y capacidades del paciente para su autocuidado, en lugar de simplemente satisfacer sus necesidades médicas, como componentes integrales del cuidado de la persona. Otras definiciones del enfoque centrado en el paciente enfatizan el acceso, la dignidad y el respeto, el intercambio de información, la participación, la simplificación y la coordinación como objetivos clave (Davis *et al.* 2005). Desde un punto de vista de integración sanitaria, adaptar la atención para mejorar la salud de los pacientes requiere que los cuidadores pasen de ver a los pacientes como receptores pasivos a verlos como participantes activos en su atención (Rittenhouse y Shortell 2009), colaborando de esta manera en la co-creación de valor (Gallarza *et al.* 2020).

## 2.2. Objeto y componentes de la atención sanitaria integrada

La integración debe llevarse a cabo en diferentes niveles dentro de un sistema para facilitar la prestación continua, integral y coordinada de servicios a personas y poblaciones. Cómo interactúan estos niveles de integración variará de acuerdo con el contexto específico en el que se desarrollan.

El concepto de integración se utilizó originalmente en la teoría de la organización para describir actividades de colaboración entre unidades diferenciadas dentro de una organización que les permite, no obstante, lograr la «unidad de esfuerzo» (Singer *et al.* 2011). Además, hay muchas organizaciones diferentes involucradas en la salud pública. Estas son organizaciones no solo del sector de la sanidad, sino también de otros sectores con potencial influencia determinante en la salud (social, educativo, deportivo, etc.). Uno de los principales desafíos es unir a todas estas organizaciones de diferentes sectores en el objetivo común de la búsqueda de la salud pública. Según la Carta de Ottawa para la promoción de la salud (OMS 1986), existe una gran necesidad de colaboración intersectorial en salud pública. Esta colaboración se ha descrito en términos de asociaciones de salud comunitaria, alianzas

saludables o enfoques «socio-ecológicos» para la prevención y la promoción de la salud (Axelsson y Axelsson 2006). Sin embargo, a menudo se ha señalado la naturaleza problemática de tal integración interorganizativa, especialmente debido a que se trata de procesos que requieren un gran esfuerzo y motivación, pero que en muchos casos apenas proporcionan una mínima parte de los efectos deseados (Mur-Veeman *et al.* 1999).

La discusión de Thompson (1967) sobre la interdependencia amplió esta línea de pensamiento sobre la integración en la atención de la salud al delimitar tres mecanismos de coordinación para manejar diferentes formas de interdependencia dentro y entre organizaciones, todas ellas presentes en el cuidado de la salud. La «estandarización» ayuda a reunir personas o grupos interdependientes que contribuyen a un objetivo común, como cuando los pacientes reciben atención de múltiples agentes. La «planificación» es compatible con grupos interdependientes que realizan tareas en secuencia, como cuando un médico prescribe el tratamiento después de las pruebas diagnósticas correspondientes. Y se requiere un «ajuste mutuo» de grupos recíprocamente interdependientes que dependen unos de otros para la información y el desempeño de los roles asignados para producir un bien o servicio.

Basándose en este trabajo pionero, la investigación en atención médica ha abordado al menos cinco objetos potenciales de integración, categorizados recientemente en diversas revisiones de evidencia sobre integración y cuidado crónico: integración funcional, organizacional, profesional, clínica y sistémica (Nolte y McKee 2008; Valentijn *et al.* 2013). La integración funcional busca coordinar las funciones y actividades de soporte clave, como la gestión financiera y de la información, la planificación estratégica y la mejora de la calidad (Nolte y McKee 2008). La integración organizativa describe la propiedad, los arreglos contractuales y las alianzas entre las instituciones de atención de la salud (Singer *et al.* 2011). La integración profesional se refiere a la colaboración formal entre profesionales de la salud, dentro y entre las instituciones. Estas asociaciones se pueden caracterizar como formas de integración vertical y/u horizontal. Los profesionales tienen la responsabilidad colectiva de brindar una continua, integral y coordinada atención a una población (Valentijn *et al.* 2013). Por su parte, la integración clínica describe actividades organizacionales destinadas a coordinar los servicios de atención al paciente entre personas, funciones, actividades y unidades operativas a lo largo del tiempo para maximizar el valor de los servicios prestados a los pacientes (Nolte y McKee 2008). La integración de un sistema de salud, por último, es un enfoque holístico que coloca las necesidades de las personas usuarias en el centro del sistema para satisfacer las necesidades de la población atendida (Valentijn *et al.* 2013).

Un profundo análisis realizado por Valentijn *et al.* (2013) con el objetivo de construir un marco de referencia válido para la atención integrada, y partiendo del análisis de 50 artículos previos, detecta los elementos clave de la atención integrada, tal y como recoge la Tabla 1.

Tabla 1  
Elementos clave de la atención primaria y la atención integrada

Concepto	Elementos clave
Atención integrada	<p><b>Integración horizontal:</b> se relaciona con estrategias que vinculan niveles similares de cuidado.</p> <p><b>Integración vertical:</b> se relaciona con estrategias que vinculan diferentes niveles de cuidado.</p> <p><b>Integración del sistema:</b> se refiere a la alineación de reglas y políticas dentro de un sistema.</p> <p><b>Integración organizacional:</b> se refiere a la medida en que las organizaciones coordinan servicios en diferentes organizaciones.</p> <p><b>Integración profesional:</b> se refiere a la medida en que los profesionales coordinan servicios en diversas disciplinas.</p> <p><b>Integración clínica:</b> se refiere a la medida en que los servicios de atención se coordinan.</p> <p><b>Integración funcional:</b> se refiere al grado en que se coordinan las funciones de back-office y soporte.</p> <p><b>Integración normativa:</b> se refiere a la medida en que la misión, los valores de trabajo, etc. se comparten dentro de un sistema.</p>

Fuente: Valentijn *et al.* 2013

### 3. LA ATENCIÓN INTEGRADA COMO RESPUESTA A LOS RETOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE EUSKADI

#### 3.1. La necesidad de renovar el modelo

En los últimos años, la necesidad de que el sistema sanitario vasco afrontara un profundo proceso de adaptación se ha ido haciendo cada vez más evidente (Jauregui *et al.* 2016). Como se ha mencionado, el constante envejecimiento poblacional y el incremento de pacientes crónicos y pluripatológicos han hecho ineludible la renovación del sistema, dado que el modelo preexistente, concebido en su origen más para la atención de pacientes agudos, es poco adecuado para las actuales necesidades.

Por tanto, tres son los factores fundamentales sobre los que pivota la necesidad de la reorientación del modelo: i) el contexto **demográfico** de Euskadi, cuya población se mantiene estable los últimos años, con una de las esperanzas de vida más altas del mundo, pero con la consiguiente tendencia al envejecimiento; ii) el incremento de la **cronicidad**, tanto por el envejecimiento de la población como porque muchas

enfermedades han pasado a ser crónicas, lo que ha supuesto un aumento significativo de la frecuentación y la actividad sanitaria; y iii) el contexto **económico**, donde el gasto sanitario se ha incrementado de manera notable en la última década (Departamento de Salud del Gobierno Vasco 2014 y 2015). Para mantener un modelo sostenible de futuro se deben abordar nuevas soluciones y profundizar en aquéllas que han demostrado ser efectivas.

#### 3.2. De «Sanidad» a «Salud»: una visión integral

Dada la dificultad de incidir sobre el contexto demográfico, el incremento de la cronicidad en Euskadi y la situación económica, la solución necesariamente pasa por trabajar más allá de la sanidad. En este sentido, es preciso progresar, rechazando una visión limitada de la sanidad en pro de un enfoque integral de la salud, y, para llegar a ello, se ha de cambiar el paradigma. Desde un modelo enfocado en la conservación de estructuras a otro con enfoque de sistema en el que los diferentes recursos y dispositivos colaboran como un todo con el paciente-persona. En este sentido, la Figura 1 recoge el punto de partida de un sistema basado en estructuras fragmentadas, reactivas y paternalistas, y la necesaria evolución hacia un sistema proactivo en el que el paciente está empoderado y en el que se da una continuidad asistencial (Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria 2013-2016).

Este modelo potencia la atención primaria, dándole más responsabilidad y capacidad de resolución, a la vez que permite mayor especialización de los servicios hospitalarios, y mejor coordinación global con los servicios sociales. Ha supuesto, además, una horizontalización de la gestión de las organizaciones, así como una disminución de las estructuras directivas.

El nuevo planteamiento supone una profunda transformación del modelo asistencial y de gestión, demasiado fragmentado, basado en la atención de episodios aislados y que no ofrece la continuidad y la transversalidad de cuidados necesaria para una buena gestión de los enfermos crónicos. Se propone un modelo centrado en el paciente y que pueda dar continuidad de cuidados sanitarios y sociales, facilitando nuevas estructuras, procesos y herramientas que permitan atender sus necesidades de salud de forma efectiva, más eficiente y más coordinada por parte de los profesionales sanitarios y sociales, con el potencial añadido de prevenir hospitalizaciones innecesarias y, como consecuencia, reducir costes económicos, personales, sociales y de oportunidad (Departamento de Salud del Gobierno Vasco 2017).

Se pretende avanzar hacia un sistema proactivo y mucho más centrado en pacientes que hayan recibido la formación y todo el apoyo necesario para autogestionar su enfermedad y prevenir complicaciones.

El nuevo modelo sanitario implica también un cambio importante en sus estructuras y herramientas asistenciales, sacando de los hospitales aquellas actuaciones que se puedan desarrollar en espacios más adecuados, próximos y amigables para la persona afectada y más eficientes, potenciando formas de atención adaptadas a las necesidades de los pacientes, tales como los hospitales de media y larga estancia, la telemedicina o la hospitalización a domicilio.

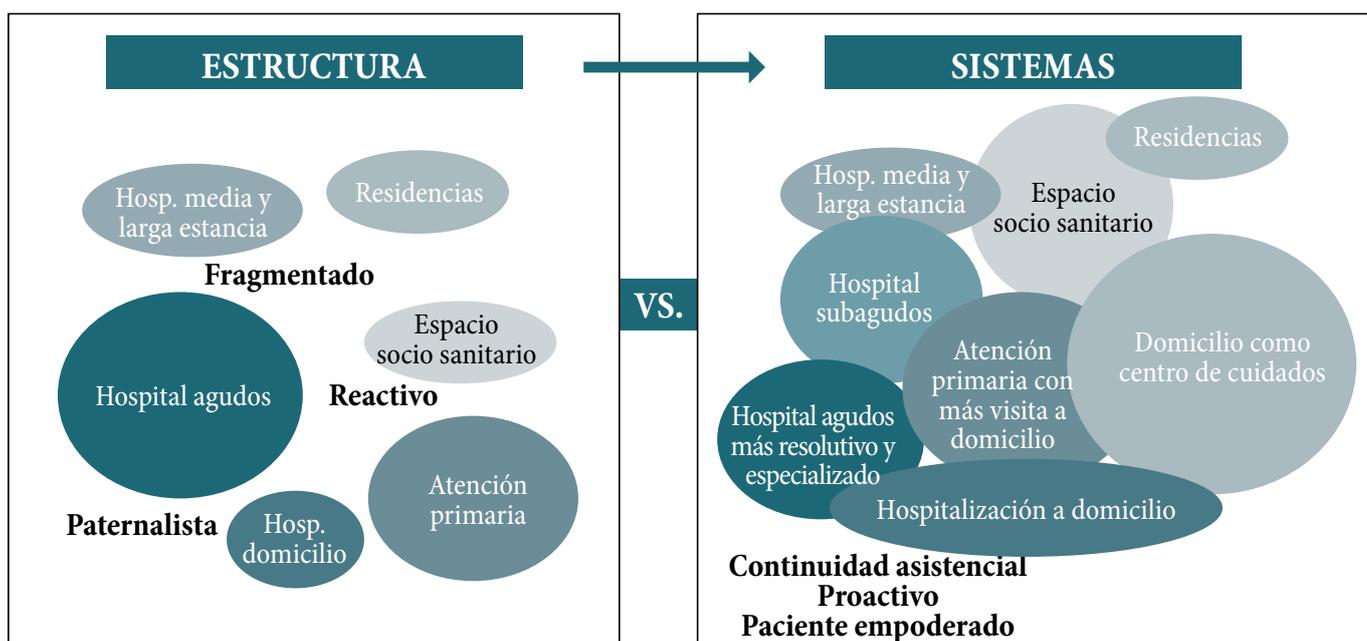


Figura 1

La evolución desde el sistema actual

Fuente: Organización Mundial de la Salud 2015

Tabla 2  
Transformación del modelo sanitario vasco

ANTES	AHORA
De un modelo centrado en la medicina de agudos...	...a uno adaptado a las necesidades de los <b>ENFERMOS CRÓNICOS</b>
De un modelo de carácter reactivo, que cura las enfermedades...	...a uno <b>PROACTIVO</b> , que cura, cuida y hace prevención según factores de riesgo
De un modelo con un paciente pasivo al que se atiende...	◦
De un modelo fragmentado, con ineficiencias y descoordinación entre niveles asistenciales y sociales...	...a uno que permita la <b>CONTINUIDAD DE CUIDADOS</b> , mediante la integración asistencial y de recursos sociales
De una ordenación de recursos con elevado peso en los hospitales de agudos...	...a estructuras que priman las intervenciones en los lugares más adecuados y eficientes (subagudos, telemedicina...)
De un pago por actividad realizada...	...a un pago por la consecución de resultados en <b>SALUD</b>

Fuente: Departamento de Salud del Gobierno Vasco 2017

Todo ello ha supuesto un cambio estructural y cultural, por una parte, para los profesionales, que han tenido que asumir nuevos roles y afrontar nuevos retos, y, por otra, para los pacientes y la ciudadanía en general, que deberán asumir un papel más activo y participar en la gestión de su salud y en la toma de decisiones.

### 3.3. Cambio organizativo y concreción de la atención integrada en el País Vasco

Tal como explican **Toro Polanco et al. (2014)**, el cambio descrito anteriormente se concretó en el País Vasco en la creación de nuevas estructuras organizativas, denominadas OSI (organización sanitaria integrada) que pretenden impulsar una asistencia multidisciplinar, coordinada e integrada entre los diferentes servicios y niveles de atención, orientados muy especialmente a fomentar la colaboración e integración organizativa entre atención primaria y asistencia especializada.

En enero de 2011, se constituyó la primera de tales OSI en Gipuzkoa y actualmente existen 13 OSIs, además de 2 hospitales de larga y media estancia no integrados en OSIs, y tres redes de salud mental (una en cada territorio; Bizkaia, Gipuzkoa y Alava)<sup>1</sup>. Es decir, se ha pasado de una estructura general constituida por 35 organizaciones independientes unas de otras (15 hospitales y 20 comarcas sanitarias de atención primaria que sumaban en total 475 centros sanitarios extra hospitalarios), a una constituida por 18 organizaciones que integran en su seno

<sup>1</sup> En este enlace pueden verse su reparto por provincias: [http://www.osa-kidetza.euskadi.eus/r85-ckcent11/es/contenidos/informacion/nuestros\\_centros/es\\_nc/nuestros\\_centros.html](http://www.osa-kidetza.euskadi.eus/r85-ckcent11/es/contenidos/informacion/nuestros_centros/es_nc/nuestros_centros.html)

centros de atención hospitalaria y extra hospitalaria y comparten dirección, objetivos, estrategias y una información común sobre todas las personas que atienden. La gestión económica financiera es también común. Se pretende con todo ello lograr resultados intermedios como un mejor control del paciente, la coordinación y continuidad de cuidados, y la colaboración interprofesional, y resultados finales relacionados con la mejora de la satisfacción del paciente y con una mayor eficiencia basada, entre otras cuestiones, en la eliminación de duplicidades (Vázquez *et al.* 2012).

Pero alcanzar la integridad de cuidados y los resultados pretendidos ha requerido no solo de la implementación de nuevas estructuras, sino también del desarrollo de nuevas tecnologías e instrumentos (como la receta electrónica o la historia clínica y farmacológica unificadas) y de nuevas prácticas clínicas basadas en la colaboración (Toro Polanco *et al.* 2015), como las reuniones periódicas entre profesionales de hospitales y de atención primaria, las interconsultas no presenciales entre profesionales, etc.

#### 4. MÉTODO Y DISEÑO DEL ESTUDIO

Tal y como se exponía anteriormente, la metodología utilizada en el presente trabajo es de tipo cualitativo y consiste en el estudio en profundidad de un caso relativo a la integración de Osakidetza-Sistema Vasco de Salud. A tal fin se ha recurrido a la realización de entrevistas en profundidad a personas que están protagonizando, viviendo profesional o personalmente e, incluso, liderando el proceso de integración implementado en la Comunidad Autónoma del País Vasco (España).

La idoneidad de la investigación cualitativa en estudios exploratorios orientados a la comprensión de problemas o fenómenos complejos y diversos es ampliamente defendida en el terreno de las ciencias sociales, pero también en el terreno de la salud y la gestión sanitaria (March Cerdà *et al.* 1999; García González 2010; Bedregal *et al.* 2017). Su naturaleza inductiva y holística y su carácter abierto y flexible están entre sus características más destacables (Patton 2002). También su capacidad para conocer fenómenos y realidades que incorporan fuertes dosis de subjetividad, fundamental en un trabajo de este tipo. Como afirman González López y Ruiz Hernández (2011, p. 192): «Las cosas no son, significan» y significan o pueden significar algo diferente para cada persona, «Habrà que admitir entonces que, también en medicina es real lo que la persona define como real (...) los hechos son cuantificables, pero no así su significado. Pero ambos, hecho y significado, son caras de la misma moneda, dimensiones de la realidad a las que sólo podemos aproximarnos desde la perspectiva adecuada: cuantitativamente a los hechos, cualitativamente a sus significados».

Frente a las metodologías cuantitativas, las cualitativas permiten además obtener mayor profundidad, riqueza y detalle de información (Belk 2006; Murgado-Armenteros *et al.* 2015), que resultan cruciales en este caso.

Así, personas con cargos de responsabilidad y gestión en Osakidetza-Sistema Vasco de Salud fueron entrevistadas en varias ocasiones por el equipo investigador en las primeras fases del proceso de trabajo. Por parte de la institución exis-

tía especial interés en conocer, de la manera más detallada, profunda y libre posible, la opinión y percepción subjetiva de personas que habían participado y vivido con mayor protagonismo y relevancia el proceso de integración en sus diversas fases de aplicación. Por ello, emplear una metodología de naturaleza inductiva aporta una flexibilidad y una libertad que en este caso resultan fundamentales. Es precisamente en este tipo de circunstancias en las que más recomendable resulta el recurso a metodologías cualitativas (Goodwin y Horowitz 2002).

El equipo inicial de trabajo estaba formado por cuatro personas, expertas en materia de organización y economía de la empresa. Tras la revisión y análisis en profundidad de bibliografía especializada y múltiples documentos internos, se diseñó un cuestionario-guía común para todas las entrevistas. Dicho cuestionario se adaptó dependiendo del papel en el proceso de integración de la persona que se pretendía entrevistar (personal médico, de enfermería, de gestión o pacientes).

En cualquier caso, en el proceso de las entrevistas se procuró en todo momento generar un clima de máxima libertad y propiciar que la persona entrevistada hablara de aspectos que entendiera relevantes, aunque en algunos casos el equipo investigador no los hubiera tenido en cuenta o preguntado de manera expresa.

Así, en esta fase del estudio se entrevistó a un total de 17 personas con distintos perfiles y de diferentes territorios históricos (Araba, Bizkaia y Gipuzkoa) y alguna de las personas entrevistadas respondían a la totalidad de los territorios. El tipo de perfiles que interesaba entrevistar fue decidido por el equipo investigador junto con personas del servicio vasco de salud, con el objetivo de incorporar diversas visiones y puntos de vista que compusieran un análisis completo y exhaustivo. Para ello, se realizó un profundo estudio y análisis de todos los cambios, tanto organizativos como operativos, implementados en el proceso de integración de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. El objetivo era entrevistar a personas que hubieran vivido el proceso de integración desde muy diferentes funciones y perspectivas: la médica, la de enfermería, la de la gestión, la de la asistencia primaria, la hospitalaria, la de pacientes y cuidadores, etc. Las personas concretas que fueron entrevistadas, están recogidas en la Tabla 3.

Tabla 3  
Ficha técnica del estudio cualitativo

<b>Metodología</b>	Estudio de un caso mediante entrevistas en profundidad
<b>Procedimiento</b>	Dos personas entrevistadoras rotatorias con cada persona entrevistada Entrevistas grabadas, transcritas por las otras dos personas del equipo que no acudían a la entrevista
<b>Fechas del trabajo de campo</b>	Junio-Julio de 2016
<b>Duración entrevistas</b>	Media de dos horas

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4  
Personas entrevistadas

Tipología de agente protagonista	Persona concreta entrevistada	Territorio	Sexo de la persona
Responsables de Administración y Gestión de la Salud u organizaciones sanitarias	Responsable de Coordinación OSI Mediana	Bizkaia	Mujer
	Responsable de la Consejería de Salud/ Contrato-Programa	Euskadi	Hombre
	Responsable de Salud Mental de uno de los tres territorios	Bizkaia	Hombre
Agentes de Innovación e Investigación Sanitaria	Responsable de BIOEF 1	Euskadi	Mujer
	Responsable de BIOEF 2	Euskadi	Hombre
Médicos de Asistencia Primaria	Médico de primaria y JUAP (Jefatura de Unidad de atención Primaria)	Gipuzkoa	Hombre
Médicos Especialistas de Hospital	Especialista Neumología de Hospital de OSI grande + Ambulatorio	Bizkaia	Hombre
	Médico Especialista de Medicina Interna de Hospital de OSI pequeña	Gipuzkoa	Mujer
Médicos Especialistas de Hospital con Responsabilidad de gestión/ Jefatura de Servicio	Neumólogo/Responsable de Servicio de Neumología de un Hospital de OSI grande	Bizkaia	Hombre
	Médico y Responsable de Servicio de Urgencias hospital de media/larga estancia	Bizkaia	Mujer
	Internista/Responsable de Servicio Medicina Interna hospital de OSI pequeña	Gipuzkoa	Hombre
Enfermeras de Hospital	Enfermera de Enlace hospital de OSI pequeña	Gipuzkoa	Mujer
Enfermeras de Asistencia primaria	Enfermera de práctica avanzada (paciente pluripatológico)	Araba	Mujer
	Enfermera de Asistencia Primaria	Bizkaia	Mujer
Representantes de Pacientes y/o Cuidadores/as	Jubilado, Cuidador de Paciente, Asociación de Vecinos de un distrito urbano	Bizkaia	Hombre
	Presidente de la Asociación de Jubilados Gipuzkoa y Federación Vasca	coa + Euskadi	Hombre
	Responsable ASVIDIA (Asociación Vizcaina de Diabetes)	Bizkaia	Mujer

Fuente: Elaboración propia

## 5. RESULTADOS

A fin de enriquecer este análisis y contribuir a la mejora y reorientación de todo este proceso de cambio, el estudio recoge, mediante entrevistas en profundidad, la percepción de los profesionales presentados en la tabla anterior.

Gracias a las aportaciones de todas las personas entrevistadas y a su diferente experiencia, visión y sensibilidad, así como al criterio experto en materia de organización y dirección del equipo de redacción de este documento, se ha procedido a evaluar los principales aspectos clave del proceso de integración y del nuevo modelo. Con ello se ha obtenido información sobre cuestiones entendidas de manera general como positivas en dicho proceso y otras que presentan aspectos mejorables.

Para estructurar el análisis de los resultados se ha empleado el modelo propuesto por Wagner (1998), *The Chronic Care Model* (CCM), y que es el marco conceptual que utilizó la estrategia de cronicidad de Euskadi (Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco 2010). En este modelo, la atención a crónicos discurre en tres ámbitos: la comunidad, el sistema sanitario y el paciente (Departamento de Salud del Gobierno Vasco 2014).

Así, entre los elementos clave de este modelo destacan, entre otros, los siguientes:

- Un **Marco Asistencial Funcional Integrado** (las Organizaciones Sanitarias Integradas OSI).
- Un soporte de **Sistemas de Información y TIC integrados**, como la historia clínica unificada, los canales de interacción entre profesionales, la historia farmacológica común o la receta electrónica y canales no presenciales de relación con el paciente a través de «Osarean».
- Herramientas para su **evaluación**, como el nuevo contrato programa como instrumento también de financiación y orientador del cambio.
- La **colaboración con el ámbito comunitario y social**, mediante la elaboración de metodologías propias y creación de comisiones y equipos sociosanitarios.
- Un **cambio** estructural y cultural (creación de nuevos roles de enfermería y empoderamiento del paciente y cuidador).

A continuación, se desarrollan dichos elementos clave en su aplicación en el proceso de integración de Osakidetza.

### 5.1. Marco asistencial funcional integrado

#### A. ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS (OSI)

Partiendo de la convicción de que la transformación del sistema sanitario se debe gestar en el lugar donde se encuentran los profesionales sanitarios y donde se produce la asistencia y la interacción con los pacientes, el nuevo Modelo Sanitario Vasco se concreta, tal como se ha expuesto, en la creación de 13 nuevas estructuras organizativas (denominadas OSI), 4 Organizaciones de servicios especiales (Emergencias, Centro Vasco de Transfusiones y 2 hospitales de Larga y media estancia —Gorliz y Santa Marina en Bizkaia—) y 3 redes de Salud Mental (RSM Araba, Bizkaia, y Gipuzkoa). Estas organizaciones están compuestas por todos aquellos agentes que proveen asistencia sanitaria a la misma población y que, por tanto, comparten responsabilidad sobre su salud.

Se considera agentes sanitarios a las áreas de atención primaria, hospitalaria y salud mental y emergencias, pero también a las organizaciones de salud pública, y a otros agentes de la comunidad como colegios, ONG, Diputaciones, Ayuntamientos y asociaciones de pacientes y/o afectados o asociaciones vecinales, entre otros. Son todos estos agentes quienes, contando con los apoyos necesarios, están realizando multitud de actuaciones en su ámbito local para transformar la prestación de los servicios sanitarios y sociales orientados a la búsqueda de resultados en salud y de valor para la ciudadanía. Es decir, se amplía el foco a agentes que, no teniendo aparentemente relación directa con el concepto de Sanidad, sí tienen cabida al evolucionar hacia una perspectiva más global de Salud. La evolución del concepto de Sanidad al de Salud implica ampliar la visión de los agentes implicados en el proceso.

De acuerdo con el nuevo modelo asistencial, las OSI, junto con el resto de organizaciones, priorizan atender al paciente crónico fuera del hospital. Esto permitirá la obtención de eficiencias procedentes de la reducción de hospitalizaciones y re-hospitalizaciones, de gasto en medicamentos y menor frecuentación a urgencias, entre otras ventajas. En consecuencia, este modelo exige «desplazar» gradualmente recursos hacia el ámbito domiciliario/comunitario y hacia la atención primaria.

En este sentido, las opiniones de los profesionales consultados son, en general, positivas acerca de la nueva organización en OSIs y otras estructuras. Principalmente, se considera que las OSI facilitan la integración entre niveles asistenciales (primaria y hospitalaria), promoviendo una atención en el lugar más adecuado y que mejor se adapta a las necesidades de los pacientes. Así se expresaba a este respecto un médico de atención primaria: «*Son necesarias. Se partía de dos realidades distintas, con objetivos distintos, directores distintos... que trabajábamos para el mismo paciente*».

Por su parte, un cargo directivo del departamento de Salud del Gobierno Vasco afirmaba que «*el cambio de estructura organizativa no es un objetivo en sí mismo, pretende ser simplemente un elemento facilitador de la integración*».

Cabe destacar, no obstante, que existían reticencias previas en el sentido de temer que la integración en OSI fomentara una mayor acumulación de poder y recursos por parte de los hospitales reduciendo importancia a la primaria (Toro Polanco et al. 2015), cuando en general se reconoce una necesidad de refuerzo de la misma. Si bien se percibe que esas reticencias han disminuido sensiblemente, hay quien sigue teniéndolas, tal como se infiere de las siguientes palabras de una de las enfermeras entrevistadas: «*Tiene más poder y más peso el hospital. Todavía no se ha notado mucho en el día a día pero yo creo que lo vamos a notar y para mal para primaria. La base del sistema es la primaria y si no tienes una primaria muy fuerte, no podemos mantener el sistema*».

Por otra parte, y aunque en las entrevistas realizadas no se percibiera un especial descontento al respecto, a la luz de noticias aparecidas en prensa durante los últimos meses, la atención primaria en el servicio vasco de salud, sí parece haber llegado al límite de su capacidad. De hecho, médicos y enfermeras de Atención Primaria en Euskadi, convocaron tres jornadas de huelga para los tres meses siguientes a la redacción del presente trabajo, con el fin de reclamar soluciones al Gobierno Vasco para hacer

frente a una situación límite de sobre carga asistencial (El Mundo 2019).

## B. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y HOSPITALARIA

La búsqueda de la mejora en la atención continuada al paciente conlleva la necesidad de coordinación entre áreas que históricamente vivían realidades paralelas con poca interacción y confluencia (área hospitalaria y primaria). La creación de las OSI proporciona un marco formal que facilita la comunicación y coordinación entre ambas. De esta manera, la apertura de espacios de intercambio y el establecimiento de objetivos comunes dentro de sus especificidades facilitan algo que no se estaba dando y que los profesionales entrevistados valoran muy positivamente. Tal y como muchos afirman, «poner cara» a las personas, y conocer mejor a otros colegas y profesionales que atienden a los mismos pacientes desde otros estamentos, les permite conocer mejor su trabajo y, por ende, empatizar en mayor medida y coordinarse mejor. En este sentido se expresaba, por ejemplo, una internista de hospital: «*Hay un conocimiento entre los profesionales y eso en el día a día facilita las cosas. Porque no siempre las relaciones humanas y profesionales son fáciles... pero conocerse, ponerse cara, reunirse, etc. ayuda mucho*».

Esta mayor comunicación tiene efectos positivos sobre el cuidado del paciente, que se siente más arropado y comienza a percibir que los diversos profesionales que le atienden se comunican y se entienden. Así, un especialista y responsable del servicio de Neumología de un hospital afirmaba con rotundidad que esto «*mejora la comunicación y permite no abandonar al paciente a su suerte*».

### 5.2. Sistemas de Información y TIC integrados

#### A. HISTORIA CLÍNICA UNIFICADA

Gracias a la nueva historia clínica unificada, los profesionales sanitarios pueden acceder a la información médica del paciente, con acceso total en asistencia primaria, hospitales y consultas externas extrahospitalarias de todas las OSI. De esta forma, se incrementa la coordinación asistencial, y se dispone de una información totalmente actualizada y compartida que permite tomar la mejor decisión terapéutica para cada paciente.

En general, la valoración prácticamente unánime de los diversos profesionales acerca de la historia clínica unificada es muy positiva, y le atribuyen un papel central en el proceso de integración y atención centrada en la persona. Especialmente, se valora el potencial de la herramienta como canalizador de una atención continuada al paciente, ya que permite obtener una visión global del mismo. El intercambio de datos entre todos los profesionales facilita una mayor seguridad, fomenta la comunicación y conlleva un diagnóstico más rápido y una mayor precisión clínica. Además, evita la duplicación de pruebas y peticiones y también que sea el paciente quien realice la labor de «mensajero» entre profesionales, con los consabidos problemas y riesgos que de ello se derivan.

Una enfermera de casos afirmaba que «*poder compartir todo lo que se hace en todos los estamentos y profesionales con el paciente es muy útil (...). Importante para todos, pero en primaria es*

vital (...) Ha sido esencial. Permite a todos los profesionales tener un elemento común y compartir información del paciente (...). Ha facilitado la comunicación entre distintos profesionales que no comparten un espacio. Esto redundará en beneficio del paciente y favorece que su proceso sea mejor seguido y mejor controlado, y que esté mejor».

En la misma línea, se considera que permite gestionar mejor al paciente, contribuyendo incluso a racionalizar recursos: «una cosa muy buena es que podemos hacer una gestión más racional de las peticiones de pruebas», afirmaba un especialista con práctica en ambulatorio y hospital.

Las principales sombras al respecto tienen que ver, así, no con el valor o utilidad de la herramienta en sí misma, sino con problemas de índole técnico u operativo de la herramienta informática que ralentizan excesivamente la búsqueda de la información realmente relevante.

#### B. HISTORIA FARMACOLÓGICA COMÚN-RECETA ELECTRÓNICA

Para integrar los procesos de la prestación farmacéutica y potenciar la integración clínica se ha desarrollado la receta electrónica, como instrumento que permite disponer de una misma herramienta de prescripción para atención primaria y atención hospitalaria con un vademécum y ayudas a la prescripción común. De esta manera, se aumenta la seguridad para los pacientes, evitando eventos adversos potencialmente derivados de una prescripción inadecuada o excesiva y controlando la adecuada administración y utilización de la medicación por parte del paciente. Todo ello contribuye, además, a una gestión más racional de los recursos e, incluso, a un mejor tratamiento y una mayor calidad de vida de los pacientes, permitida por la disminución de errores y duplicidades e incluso por la deprescripción en los casos de excesiva prescripción acumulada por los distintos profesionales que participan en la gestión de la enfermedad u enfermedades de una misma persona (especialmente crónicos y pluripatológicos).

Además de estas importantes ventajas, también reconocen que «se han evitado muchos errores; y aporta transparencia, seguridad, control y control del gasto. Todos vemos qué está tomando el paciente y si realmente lo está tomando o no y si lo hace de manera adecuada, en las dosis adecuadas, el tiempo adecuado, etc.».

Por otro lado, la receta electrónica facilita la coordinación entre los profesionales sanitarios y las oficinas de farmacia que dispensan los medicamentos, mejorando la continuidad de cuidados. Los profesionales valoran la mejoría en la atención y prescripción que el paciente recibe, así como la reducción de trámites administrativos y desplazamientos innecesarios. La prescripción en e-osabide incluye todo el circuito de prescripción, validación, preparación, dispensación, administración y seguimiento de la medicación, e implica el trabajo conjunto de médicos, enfermería y farmacia con un único programa, si bien en este sentido todavía se pueden encontrar espacios de mejora.

#### C. INTERCONSULTA NO PRESENCIAL

Las interconsultas no presenciales entre profesionales son otra herramienta con gran potencial. Así, durante el primer semestre de 2016 las interconsultas no presenciales entre atención

primaria y especializada aumentaron por encima del 40%. Estas consultas mejoran la actividad en atención primaria actuando como consultores, facilitando al paciente una respuesta más rápida y evitando desplazamientos innecesarios a los centros hospitalarios, al trabajar ambos niveles de forma coordinada. Se evita, además, que el paciente ejerza de intermediario transmitiendo mensajes entre profesionales.

En general, la opinión de los profesionales entrevistados es positiva, valorando favorablemente el potencial de la herramienta, pero se critica su falta de inmediatez, lo que motiva que en algunos casos se opte por vías más inmediatas, como la comunicación telefónica. Varias de las personas entrevistadas afirman que «la herramienta es interesante y valiosa y tiene un efecto aprendizaje. Se utiliza para consultas no urgentes y evita desplazamientos. Tiene además la ventaja de la rapidez, pero el inconveniente de la ausencia de trazabilidad; y más cuando intervienen muchos profesionales. No queda muy claro quién dijo qué o prescribió qué; y como todos estamos un poco preocupados con las quejas y denuncias de pacientes y a veces practicamos una «medicina defensiva», cuanto más escrito esté todo, mejor».

No obstante, en general afirman que «en algunos casos funciona muy bien, pero en otros es poco ágil y se tira de teléfono porque se precisa una respuesta rápida, con el inconveniente de que no deja constancia».

#### D. OSAREAN (CANALES NO PRESENCIALES)

Para favorecer la accesibilidad y mejorar el servicio a los ciudadanos, se ha desarrollado Osarean, un centro de servicios sanitarios multicanal (CSSM) cuya misión es facilitar a quien lo desee, pacientes, familiares y profesionales, poder relacionarse con la sanidad pública vasca de forma no presencial: por teléfono, e-mail, videoconferencia, TV, web, redes sociales, etc.

Estos nuevos canales facilitan la autogestión del paciente activo y contribuyen a dar respuesta a necesidades de los pacientes con patologías crónicas no cubiertas anteriormente, aportando herramientas a los profesionales para mejorar la atención. Como afirma una de las enfermeras entrevistadas, «se gana mucho tiempo y se ahorran costes y desplazamientos innecesarios. Evita muchas derivaciones que se pueden solucionar por teléfono».

#### 5.3. Herramientas de evaluación

##### A. NUEVO CONTRATO PROGRAMA COMO INSTRUMENTO DE FINANCIACIÓN

En 2013-2014 se replanteó el contrato programa como vía de financiación, intentando dejar atrás un modelo basado en la financiación a cambio de volumen de actividad, que tenía objetivos independientes para atención primaria y hospitalaria (y en algunos casos hasta contrapuestos). El nuevo contrato programa busca plantear objetivos de integración, valorando los avances de las OSI en ese sentido, planteando un contrato programa conjunto para la atención primaria y la especializada. Es decir, el contrato programa es una herramienta de valoración y financiación, que constituye el marco que articula todos los avances en pos de la integración. Como nos explican en la Consejería de Salud, «es la hoja de ruta para un gerente. Si tienes que integrar servicios,

tenemos que dar respuesta a cuestiones como qué tiene que hacer un gerente, o un equipo directivo, o toda la OSI para dar respuesta a las necesidades de salud de toda la población, desde un punto de vista de atención integrada».

En general se reconoce la importancia del contrato programa, pero especialmente los clínicos afirman que el desconocimiento de la herramienta por parte de la mayoría de los profesionales que no están en gerencias o puestos directivos es importante y ello hace que sea relativamente poco operativo o tenga poco impacto real. Además, se percibe un cierto descontento acerca del modo en que el planteamiento general del contrato programa se ajusta a las diferentes realidades. «*a veces se piden cosas obsoletas o que no se pueden hacer y la gente termina mintiendo al mandar los datos*»; «*nuestra percepción es la de estar penalizados por la forma de plantear los objetivos. La herramienta no se adapta bien. El año pasado ya pedimos más claridad en los objetivos y que fueran más abiertos. Estuvimos penalizados por objetivos que nosotros entendíamos de una manera y los de arriba lo entendían diferente*»; «*evalúa bien pero no incentiva bien*».

#### 5.4. Colaboración con el ámbito comunitario y social

##### A. ACUERDOS CON EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

Los acuerdos con la esfera sociosanitaria se entienden fundamentales en un contexto en el que las necesidades sociales y de atención van en aumento.

En el proceso de elaboración del presente trabajo salieron recurrentemente ideas como la siguiente: «*Tenemos un problema que va en aumento y va a ser terrible. La gente vive ahora muchos años más, pero vive mucho más dependiente. Dar de alta a muchos pacientes de 80 años es complicadísimo. Si están en una residencia es fácil, pero si viven solos es un grave problema social, no médico. No podemos dar de alta a mucha gente no por su situación sanitaria, sino porque no tienen cobertura familiar o social*».

En este ámbito, el paso de la concepción de sanidad al de salud ha supuesto trabajar desde diversos Departamentos y Áreas, lo que sienta las bases para profundizar en la colaboración y mejorar la complementación de la atención del paciente con el enfoque social.

En cualquier caso, diversas personas entrevistadas coinciden al señalar que queda mucho por hacer y que los niveles de coordinación actuales distan mucho de ser suficientes para garantizar la mejor cobertura sociosanitaria a la ciudadanía. Hay un exceso de proliferación de instituciones y estamentos que hacen lentos muchos trámites y procesos necesarios (y a menudo urgentes). «*Sería muy importante que en la historia única se metiera también la historia social para que los sanitarios sepan cosas como: la persona que tengo aquí, ¿qué familia tiene?, ¿quién le puede sostener? ¿dónde vive?, etc.*».

##### B. INTERRELACIÓN CON OTROS AGENTES DE LA COMUNIDAD

Otra cuestión que tiene que ver con el paso del concepto de sanidad al concepto más amplio de salud, es la referida a la deseable interrelación con determinados agentes de la comunidad que pueden ser también muy relevantes en la mejora general de la salud y el logro de objetivos relacionados con la misma. Nos

referimos a asociaciones, ayuntamientos, centros escolares, polideportivos, etc.

El trabajo común con este tipo de organismos permite reforzar la prevención y la educación, sacando el cuidado de la salud del ámbito exclusivamente sanitario y mejorando la formación y pedagogía sanitaria de la ciudadanía, de manera que pueda adoptar un papel más activo y positivo en el cuidado de su salud.

Aunque en general todas las personas entrevistadas reconocen algunas mejoras en este terreno, la mayoría defiende que todavía queda mucho por recorrer. Tal vez el campo de la salud mental sea en el que más se aprecia haber avanzado sobre este particular: «*Nosotros trabajamos con muchas asociaciones. Tenemos una clara vocación de lucha contra el estigma*».

#### 5.5. Cambio estructural y cultural

##### A. NUEVOS ROLES DE ENFERMERÍA

Las personas con formación en enfermería estaban preparadas para hacer mucho más de lo que estaban haciendo, lo que generaba desmotivación para ellas y falta de aprovechamiento de personas muy cualificadas para Osakidetza. Con los nuevos roles de enfermería se mejora la atención integrada y continua al paciente con patologías crónicas que requiere múltiples cuidados. En estas nuevas funciones, el personal de enfermería se anticipa a las necesidades del paciente, evitando que las enfermedades se agudicen y la situación se vuelva más compleja. Además, este personal conoce las necesidades físicas y sociales, al realizar en el domicilio una valoración, e identifica los recursos necesarios para el paciente. Por otra parte, el paciente puede contactar con su enfermero/a y evitar así acudir a urgencias. Además, el personal de enfermería ahora forma a los pacientes y familiares sobre su enfermedad y ofrece los cuidados más adecuados: «*En esta consulta, por las características del paciente, intentamos unificar y facilitarles todas las consultas y darles formación e información. Si un día tiene consulta de traumatología, intentamos ponerle la nuestra el mismo día. Facilitarles la vida*» «*Es verdad que hasta que empecé en este puesto mi visión no era tan amplia. Era más hospitalaria, más individualista, no tienes una visión tan general, tan integral del paciente. Este puesto, lo que me ha hecho ver, en lo que me ha enriquecido, yo hago un poco de coordinación entre el hospital y el ambulatorio*».

Las opiniones recibidas presentan una gran variabilidad. En general, se observa la opinión de que se trata de un proceso en sus primeros pasos, por lo que existen desajustes y aspectos a mejorar o que no se comprenden o comparten.

##### B. NUEVO ROL DE LA CIUDADANÍA Y PACIENTE ACTIVO

La formación de todo el personal sanitario (médico y de enfermería) a sus pacientes propicia la aparición de pacientes más activos y mejor preparados para la gestión de su enfermedad y, por tanto, a quienes se puede empoderar más y otorgarles mayor autonomía en la mejora de su salud. No todas las personas tienen las capacidades para convertirse en pacientes activos. Un paciente activo es un paciente capaz de entender su enfermedad, responsabilizarse de su salud y manejar de manera adecuada las

distintas opciones de su tratamiento, lo que implica una actitud dirigida a cambiar su rol de paciente crónico (González-Mestre 2014).

Existe consenso entre las personas entrevistadas, profesionales y pacientes, acerca de la necesidad de trabajar en el desarrollo de pacientes más activos. Destacamos algunas afirmaciones de varios de los profesionales sanitarios entrevistados: «hay que recuperar la madurez del paciente. Hay que darle un papel central. Hemos partido de una época en la que hemos idiotizado a los pacientes y les hemos dicho que todo lo consulten antes con su médico y en este momento no tienen capacidades y con cualquier tontería te vienen a la consulta. Hay que hablar al paciente, explicarle, consultar con ellos e incluso muchas veces tomar decisiones con ellos acerca de qué quieren o no quieren que les hagamos y hasta dónde quieren llegar en los tratamientos e intervenciones»; «los profesionales nos tenemos que acostumbrar más a que las decisiones deben ser compartidas con los pacientes (los que quieran compartirlas). Hacer el recorrido opuesto al de consulta a su médico para todo»; tenemos que dejar de ser paternalistas para ser entrenadores».

Existe también consenso respecto a que esta línea de actuación permitirá, por un lado, mejorar los resultados en salud de la población y, por otro, colaborar en la sostenibilidad económica del sistema: «Hay evidencias de que un papel más activo del paciente en relación a la gestión de su salud conlleva mejores resultados y ayuda a la eficiencia económica. Hay un problema de pedagogía ciudadana. Es necesaria la formación del paciente en salud»; «respecto a la atención centrada en la persona, el empoderamiento es básico en ciertos tipos de pacientes. No podemos educar y empoderar a todos, pero con los que puede hacerse es muy bueno hacerlo».

#### 5.6. Otros resultados finales no derivados de la información recogida en las entrevistas

Resulta interesante presentar, además, alguna información extraída de fuentes de información secundarias y relativas a resultados finales de todo el proceso de integración. Aunque todavía es pronto para medir con rigor los posibles resultados finales, tanto en términos de SALUD como económicos o de eficiencia, algunos datos recogidos en el Informe de Evaluación del Plan de la Salud 2013-2020, elaborado por la Comisión Directora de dicho plan y publicado en Mayo de 2018, resultan esperanzadores. Tal como en él se explica, «este informe sobrepasa el ecuador del periodo de vigencia del Plan de Salud (...) Con relación a los indicadores y al igual que años anteriores, una proporción significativa de los mismos están basados en fuentes de información que son encuestas o estudios cuya frecuencia no es anual. Son los referidos a la Encuesta de Salud, la Cuenta de la Salud de EUSTAT, la Encuesta de personas sin hogar de EUSTAT (...) Por ello, los indicadores basados en esas fuentes no están actualizados». Tampoco están estandarizados; en unos indicadores se tienen datos para unos años, en otros para otros años diferentes, etc.

A pesar de ello se relacionan a continuación algunos resultados extraídos de dicho informe que creemos positivos y que aunque pueden ser la consecuencia de múltiples causas, una de ellas, sin duda alguna, puede ser la integración y todos los procesos

incluidos en la misma (historia electrónica unificada/compartida, historia farmacológica, etc.):

- El indicador de *frecuentación a urgencias de pacientes con pluripatología*, en 2017 se atendieron 13.117 urgencias en estos pacientes, con una tasa de frecuentación de 1,26 (disminución del 1% respecto a 2016).
- En lo relativo a cuestiones de prescripción y deprescripción farmacológica, el sistema de alertas y avisos creado, han permitido evitar más de 1.300 interacciones y 51.500 duplicidades durante 2017.
- Respecto a los reingresos hospitalarios en el primer mes tras haber recibido el alta por EPOC, una de las patologías más tenidas en cuenta en la estrategia de salud y relacionadas con la de cronicidad y envejecimiento, bajaron en 2016 tanto en hombres como en mujeres (no se tiene datos posteriores). La situación de partida (2012) era de un 20% de reingresos en hombres y un 17% en mujeres. En 2016 se había reducido en dos puntos en el caso de los hombres (18%) y en tres en el de mujeres (14%).
- También se ha reducido la tasa de reingresos hospitalarios en personas de 75 y más, dentro del primer mes desde la fecha del alta. En 2014 era en del 9,72% y en mujeres 7,18%. En 2017 había bajado a 8,73% en los hombres y al 6,77% en mujeres.
- También muestra mejoría desde 2012 a 2017 el indicador de mortalidad prematura (entre 25 y 74 años) por diabetes mellitus o tipo 2 (otra de las patologías crónicas y asociadas al envejecimiento) tanto en hombres como en mujeres (de 7,6 a 6 en el caso de los hombres y de 2,5 a 2,2 en mujeres —tasa/100.000—).

## 6. CONCLUSIONES

El envejecimiento de la población, la creciente prevalencia de enfermedades crónicas, su complejidad y el coste de los tratamientos, requieren de una mayor inversión de recursos por parte del sistema sanitario. Esto genera importantes tensiones y dificulta la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud, lo que pone de manifiesto la necesidad de una **atención integrada** y la importancia de coordinar los servicios de atención médica y los servicios sociales de manera que se garantice una continuidad asistencial y que, además, sitúe a la persona en el centro del sistema.

El proceso de integración implementado recientemente en la Comunidad Autónoma del País Vasco parece que responde satisfactoriamente a los dos principales desafíos señalados por Singer *et al.* (2011): aumentar la eficiencia en el uso de los recursos y sostener e incluso aumentar la calidad de la atención. Los resultados obtenidos son coherentes con otros trabajos previos realizados en el mismo contexto geográfico (Toro Polanco *et al.* 2014; Jauregui *et al.* 2016; Nuño Solinís 2016).

Las palabras clave que impregnan el proceso de **integración** responden al «COCO»: co-laboración, co-ordinación, co-mpartición, co-gestión, co-rresponsabilidad, co-decisión, co-ntinuidad de cuidados, co-mplementariedad, co-municación y co-munidad.

Entre los elementos positivos que aúnan un mayor grado de aceptación por parte de las personas encuestadas cabe destacar los siguientes: (i) las OSIs como estructuras necesarias y facilitadoras de la integración, sobre todo en la medida en que reducen las hospitalizaciones y re-hospitalizaciones así como el gasto en medicamentos y el abuso del servicio de urgencias. Todo ello se basa en un viraje hacia la atención primaria, a la que, según las personas entrevistadas, debe dotarse de mayores recursos para hacerla más fuerte, preparada y motivada: el hábitat natural de la persona es su domicilio y hay que intentar sacarle lo menos posible de su domicilio; (ii) la Historia Clínica Unificada, porque facilita una atención continuada al paciente y una visión global del mismo; (iii) la receta electrónica, que permite racionalizar los recursos, disminuir los errores y las duplicidades, y avanzar en la des-prescripción; (iv) el nuevo rol de la ciudadanía como «paciente activo», pasando de una atención «paternalista» a otra en la que poner al paciente en el centro, pero formándole e informándole. Ahí radica el reto de Osakidetza de hacer pedagogía, dirigir y aprovecharla voluntad de cambio, tratando de ir a la efectividad con la afectividad.

Por otra parte, entre los elementos que generan más reticencias y controversias en las personas encuestadas se encuentran los siguientes: (i) la interconsulta no presencial, aunque considerada interesante y valiosa, no resulta suficientemente ágil y operativa, debido en parte al problema de la «medicina defensiva»; (ii) el contrato programa, lastrado por el desconocimiento generalizado, su poca operatividad, reducido impacto real y limitada adaptabilidad; (iii) los nuevos roles de enfermería son figuras controvertidas, que, en cierta medida, resultan confusas y no muy bien comprendidas; (iv) la colaboración con el ámbito comunitario y social, considerada por las personas entrevistadas como un elemento de importancia capital, también presenta insuficiencias y problemas de descoordinación.

En suma, el sistema de atención integrada de la Comunidad Autónoma del País Vasco está aparentemente bien preparado para afrontar los retos actuales y futuros del cuidado de la salud de la ciudadanía. Con todo, aún es pronto para realizar valoraciones categóricas y, además, el sistema presenta algunas carencias y desajustes que es imprescindible atajar, especialmente en un contexto de creciente envejecimiento, dependencia y cronicidad.

Dada la imposibilidad de incidir sobre dichos factores, proponemos actuar sobre una visión amplia de lo que determina la **salud** de la ciudadanía y, por tanto, su bienestar. Se debe adoptar una concepción global de la salud y ello exige un trabajo coordinado y transversal del sistema sanitario con el resto de las administraciones y agentes sociales. Para ello es necesario la promoción de la salud, el fomento de estilos y hábitos de vida saludables, la prevención, una mejor y más efectiva organización, la introducción de tecnologías coste-efectivas, la desinversión en lo que no añade valor y la formación y capacitación de la ciudadanía en materia de salud. Y todo ello a fin de lograr un papel más activo de las personas en el cuidado de su salud y la gestión de su enfermedad, cuando proceda, y su co-responsabilización en el uso de servicios sanitarios.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahgren B. y Axelsson R., 2007. Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden. *International Journal of Health Planning and Management*, 22, 145-157.
- Asgarnezhad Nouri, B. y Mir Mousavi, M., 2020. Effect of cooperative management on organizational agility with the mediating role of employee empowerment in public transportation sector. *Cuadernos de Gestión*, 20 (2), 15-46.
- Axelsson R. y Axelsson B., 2006. Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21, 75-88.
- Bate P., 2000. Changing the culture of a hospital: from hierarchy to networked community. *Public Administration Review*, 78, 485-512.
- Bedregal, P., Besoain C., Reinoso A. y Zubarew T., 2017. La investigación cualitativa: un aporte para mejorar los servicios de salud. *Revista Med Chile*, 145, 373-379.
- Belk R.W., 2006. *Handbook of qualitative research methods in marketing*. London: Edward Elgar Publishing.
- Birrell D. y Heenan D., 2014. Integrated care partnership in northern Ireland: added value or added bureaucracy? *Journal of Integrated Care*, 22, 197-207.
- Cramm J.M., Tsiachristas A. y Walters B.H., 2013. The management of cardiovascular disease in the Netherlands: analysis of different programs. *International Journal of Integrated Care*, 13.
- Dai J., Zhao L. y Liang Y., 2013. Policy implementation of methadone maintenance treatment and HIV infection: evidence from Hubei province, China. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 8 (1), 8-38.
- Davis K., Schoenbaum S.C. y Audet A.M., 2005. A 2020 vision of patient-centered primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 953-957.
- De Stampa, M., Vedel, I., Bergman, H., Novella, J.L., Lechowski, L., Ankri, J. y Lapointe, L., 2013. Opening the Black Box of Clinical Collaboration in Integrated Care Models for Frail, Elderly Patients. *The Gerontologist*, 53(2), 313-325.
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2014. *Plan de Salud 2013-2020*. 2.<sup>a</sup> edición. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2015. *Encuesta de salud del País Vasco 2013*. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco, 2010. *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi*. Bilbao: Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco.
- Departamento de Salud del Gobierno Vasco, 2017. *Líneas estratégicas 2013-2016 y 2017-2020*. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- El Mundo*, 2019. Médicos y enfermeros de Atención Primaria en Euskadi convocan tres jornadas de huelga. *Diario el Mundo*, 9 de febrero de 2019.
- Gallarza, M.G., Gil-Saura, I. y Arteaga-Moreno, F., 2020. Conceptualización y medición del valor percibido: consensos y controversias. *Cuadernos de Gestión*, 20 (1), 65-88.
- García González, R., 2010. Utilidad de la integración y convergencia de los métodos cualitativos y cuantitativos en las investigaciones en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100004&lng=es) [Acceso mayo 2019].
- González López, J.L. y Ruiz Hernández, P., 2011. Investigación cualitativa versus cuantitativa: ¿dicotomía metodológica o ideológica? *Index de enfermería*, 20 (3), 189-193.
- González Mestre, A., 2014. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: de paciente pasivo a paciente activo. *Enfermería Clínica*, 24 (1), 67-73.

- Goodwin J. y Horowitz R., 2002. Introduction: The Methodological Strengths and Dilemmas of Qualitative Sociology. *Qualitative Sociology*, 25 (1), 33-47.
- Holum L.C., 2012. «It is a good idea, but...» A qualitative study of implementation of «Individual Plan» in Norwegian mental health care. *International Journal of Integrated Care*, 12, e15.
- Jauregui, M.L., Silvestre, C., Valdés, P. y Gaminde, I., 2016. Qualitative Evaluation of the Implementation of an Integrated Care Delivery Model for Chronic Patients with Multi-Morbidity in the Basque Country. *International Journal of Integrated Care*, 16 (3), 9.
- Lawrence P.A. y Lorsch J.W., 1967. *Organization and environment: managing differentiation and integration*. Boston: Harvard University Press.
- March Cerdà, J.C., Prieto Rodríguez, M.A., Hernán García, M. y Solas Gaspar, O., 1999. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gaceta Sanitaria*, 13 (4), 312-319.
- Mur-Veeman I., Van Raak A. y Paulus A., 1999. Integrated care: the impact of governmental behaviour on collaborative networks. *Health Policy*, 49, 149-159.
- Murgado-Armenteros E.M., Gutiérrez-Salcedo M., Torres-Ruiz F.J. y Cobo M.J., 2015. Analysing the conceptual evolution of qualitative marketing research through science mapping analysis. *Scientometrics*, 102, 519-557.
- Nolte E. y McKee M., 2008. *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. London: McGraw Hill.
- Nuño Solinís, R., 2016. Desarrollo e implementación de la estrategia de cronicidad del País Vasco: lecciones aprendidas. *Gaceta Sanitaria*, 30 (1), 106-110.
- Nuño Solinís, R., 2017. Revisiting Organisational Learning in Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*, 17 (4), 4. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.3047>
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), 2014. *Estudio sobre el índice de bienestar regional*, 2014.
- OMS (Organización Mundial de la Salud), 1986. *Carta de Ottawa para la Promoción de Salud*. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de Salud, 21 noviembre de 1986.
- OMS (Organización Mundial de la Salud), 2015. *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*. Consultado el 10 de septiembre de 2019 en <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/>
- Patton M., 2002. *Qualitative Research and Evaluation Methods*. 3.ª ed., Thousand Oaks, EEUU: SAGE.
- Rittenhouse D.R. y Shortell S.M., 2009. The patient-centered medical home: Will it stand the test of health reform? *Journal of the American Medical Association*, 301, 2038-2040.
- Segato F. y Masella C., 2017. Integrated care in action: opening the «black box» of implementation. *The International Journal of Health Planning and Management*, 32, 50-71.
- Singer S.J., Burgers J., Friedberg M., Rosenthal M.B., Leape L. y Schneider E., 2011. Defining and measuring integrated patient care: promoting the next frontier in health care delivery. *Medical Care Research and Review*, 68 (1), 112-127.
- Thompson, J. D., 1967. *Organizations in action: Social science bases of administrative theory*. New York: McGraw-Hill.
- Toro Polanco, N., Vázquez Pérez, P., Nuño Solinís, R. y Mira Solves, J.J., 2014. Evaluation of the new integrated care approach in the Basque Country. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37 (2), 189-2011.
- Toro Polanco, N., Berraondo Zabalegui, I., Perez Irazusta, I., Nuño Solinís, R. y Del Río Cámara, M., 2015. Building integrated care systems: a case study of Bidasoa Integrated Health Organisation. *International Journal of Integrated Care*, 15 (2), none.
- Valentijn P.P., Schepman S.M., Opheij W. y Bruijnzeels M.A., 2013. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13, 1-12.
- Vázquez ML., Vargas I., Nuño R. y Toro N., 2012. Organizaciones sanitarias integradas y otros ejemplos de colaboración entre proveedores. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26 (1), 94-101.
- Wagner E.H., 1998. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1 (1), 2-4.