

Case Study Paper 1/ 2014

Experiencias de atención integrada en el NHS Inglés

Autores
Arturo Álvarez
Comité técnico del OMIS

Septiembre 2014

Este estudio - el primero de la serie *OMIS Case Study Papers* dedicada al análisis de iniciativas internacionales de atención integrada – tiene por objetivo acercar a la comunidad socio-sanitaria española la fructífera experiencia inglesa en atención integrada y enriquecer así nuestros debates con mayor y mejor evidencia.

Inglaterra ha venido ensayando nuevas formas de atención integrada desde hace algunas décadas y es hoy en día quizá el laboratorio de ideas y experiencias de esta agenda más activo del mundo. Sus experiencias de atención integrada son tan ricas y variadas que sería imposible conocerlas todas con detalle y menos resumirlas en este documento. Nuestra pretensión, que nace desde la propia vocación científica y colaborativa del OMIS, es identificar aquellas experiencias que han destacado y ofrecerlas como interesantes al lector.

Tampoco este documento es un canto a la simple copia o transferencia de experiencias. Las diferencias de contextos entre Inglaterra y España son tan evidentes que es discutible poder hacer comparaciones, menos aún trasladar experiencias sin más. Aún así, y reconociendo las sustanciales diferencias, las similitudes entre su sistema sanitario y el nuestro también existen y son las que nos invitan a conocer los debates y experiencias y, en la medida de lo posible, aprender.

Realizada en el verano de 2014, durante una estancia en la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), la investigación que fundamenta este estudio se enriqueció con entrevistas a distintos expertos y analistas de centros de investigación como el King's Fund, Nuffield Trust y Health Alliance, miembros del Strategy Unit del Departamento de Sanidad inglés, gestores del National Health Service (NHS) y académicos; así como de una visita para conocer en profundidad la experiencia pionera del North West London Whole Systems Integrated Care [ver más adelante la descripción detallada de este caso].

Este estudio comienza haciendo un breve repaso de la evolución del interés por la coordinación de servicios sanitarios y sociales en Inglaterra. Tras esto, se analizan los hitos fundamentales de este avance de la agenda de atención integrada, en la que destaca el programa de proyectos piloto de 2009, el trabajo de la organización National Voices y el National Programme of Integrated Care and Support Pioneers de 2013. Las diferentes experiencias y proyectos se detallan en tablas con el fin de ofrecer al lector recursos de información útil. Además, se estudia en profundidad a uno de los pioneros seleccionados en el año 2013, el North West London Whole Systems Integrated Care. El estudio finaliza extrayendo una serie de conclusiones que se ofrecen para la discusión y avance de la coordinación socio-sanitaria en España.

Agradecimientos a los
entrevistados:

Strategy Unit, Department of
Health (Anna Dixon y equipo)

London School of Hygiene and
Tropical Medicine (Prof. Nick
Mays; Stefanie Ettelt; Pauline
Allen)

King's Fund (Nicola Walsh, Chris
Naylor, Ruth Robertson)

Nuffield Trust (Ruth Thorlby,
Rebecca Rosen)

Health Foundation (Jennifer
Dixon)

NWLWSIC Central Team (Caroline
Alnutt y equipo)

Una vieja aspiración

En Inglaterra, la aspiración de conseguir una mayor y mejor coordinación entre sanidad y servicios sociales y entre la acción del National Health Service (NHS) y los gobiernos locales, viene de lejos, desde la década de los años 70. Pero ha sido en la década de los 90 cuando recibió su impulso más definitivo¹, floreciendo las publicaciones y estudios sobre la necesidad de prestar una atención integrada. La llegada del gobierno laborista de Tony Blair a final de esa década, con la agenda de modernización del gobierno y de la administración² fue determinante porque situó el principio de *joined-up government* como eje fundamental de la acción de gobierno y de los servicios públicos. En sanidad, el Health Act 1999 facilitó el que las autoridades locales y el NHS pusieran fondos en común para grupos específicos de servicios o pudieran delegar la comisión de servicios a organizaciones locales³.

Este sentimiento de urgencia por coordinarse se reforzó además con los debates públicos de gran impacto a raíz de casos donde la falta de coordinación entre servicios habían sido fatales: en particular, la muerte de la niña Victoria Climbié sacudió las conciencias de la sociedad británica y puso al descubierto la fragmentación de los servicios y procesos de atención. Nacida en Costa de Marfil, Victoria llegó a Inglaterra en Octubre de 1998 traída por su tía-abuela con la promesa a sus padres de una educación y futuro mejores: el 25 de Febrero de 2000, a los ocho años y tres meses, murió debido a las continuas palizas y abusos de su tía-abuela y su pareja. Durante todo ese tiempo, Victoria había entrado hasta en doce ocasiones en contacto con diferentes servicios sociales, sanitarios y otros servicios públicos, y había ingresado en varias ocasiones en hospitales por malnutrición e hipotermia, golpes, quemaduras, etc. Las conclusiones de la Comisión de Investigación presidida por Lord Laming, publicadas en 2003, apuntaron a fallos de los sistemas de atención (fragmentación y descoordinación de servicios) y desidia de los profesionales⁴. Tras esto, el programa de reforma *Every Child Matters* estableció tres principios fundamentales en la atención a la infancia: integrar servicios, integrar procesos, integrar estrategia y mecanismos de gobernanza⁵.

En el ámbito estrictamente sanitario, la coordinación de servicios se planteaba en el debate sobre la necesidad de transferir la atención desde el hospital a la comunidad. Esta ambición, que ya estaba expresada con claridad en el *White Paper Our Health, Our Care, Our say* de 2006 fue reafirmada en Lord Darzi *Our NHS, our Future* en su famoso aforismo de 2007 "localise where possible, centralise where necessary"⁶.

¹ Hudson B (2010) Ten years of jointly commissioning health and social care in England, *International Journal of Integrated Care*, vol. 11, 7 March.

² Cabinet Office (1999) *Modernising Government White Paper* CM 4310. London: The Cabinet Office; Cabinet Office (1999) *Professional Policy Making for the Twenty First Century. Report by the Cabinet Office Strategic Policy Making Team*. London: The Cabinet Office
<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20100807034701/http://archive.cabinetoffice.gov.uk/roleofcentre/modagenda.htm>

³ Hudson B (2010) Ten years of jointly commissioning health and social care in England, *International Journal of Integrated Care*, vol. 11, 7 March.

⁴ House of Commons Health Committee (5 June 2003) *The Victoria Climbié Inquiry Report. Sixth Report of Session 2002-2003*, HC 570
<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200203/cmselect/cmhealth/570/570.pdf>

⁵ House of Commons Education and Skills Committee (23 March 2005) *Every Child Matters. Ninth Report of Session 2004-2005*, HC 40-I, <http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm200405/cmselect/cmmeduski/40/40.pdf>

⁶ Darzi A (2007). *Our NHS Our Future. NHS Next Stage Review interim report*. London: Department of Health.

La primera ola de proyectos pilotos: 2009-2011

De forma más directa, la necesidad de comisionar servicios conjuntamente se planteó en el *Commissioning Framework*⁷ publicado por el Departamento de Sanidad en 2007 y reforzado un año después en el *Next Stage Review*⁸. Este segundo documento, además de incluir el compromiso de revigorizar la compra conjunta de servicios desde la atención primaria (*practice-based commissioning*), introdujo el concepto de organizaciones sanitarias integradas (*integrated care organisations*, ICOs).

Las ICOs son organizaciones de proveedores de atención primaria que se responsabilizan de la gestión del presupuesto y provisión de servicios de atención integrada de una determinada población. De este nuevo enfoque surgió el programa financiado por el Departamento de Sanidad, con una duración de dos años desde Abril de 2009, donde 16 proyectos pilotos se pusieron en marcha⁹.

Tabla 1: ICOs: Pilotos del Programa de Atención Integrada 2009-2011

Bournemouth and Poole	Intervención temprana y cuidados integrados en pacientes con demencia
Cambridgeshire	Servicios integrados para el final de la vida
Church View Medical Practice (Sunderland)	Integración vertical entre primaria y especializada: prevención de admisiones hospitalarias evitables de personas ancianas
Cumbria	Integración horizontal entre primaria y servicios comunitarios y vertical con centro de especialidades para prevenir admisiones hospitalarias evitables
Durham Dales	Única puerta de entrada a varios servicios para mejora de acceso
Newquay	Cuidados integrados en pacientes con demencia
Northamptonshire Integrated Care Partnership	Gestión de casos para la intervención temprana y la prevención de admisiones hospitalarias evitables de pacientes crónicos
Norfolk	Creación de equipos multidisciplinares para identificar población en riesgo de sufrir patologías crónicas de larga duración y gestionar su atención
North Cornwall	Servicios integrados de salud mental en núcleos rurales
North Tyneside	Acceso rápido a servicios de tratamiento de caídas y síncope, identificación de personas en riesgo
Northumbria	Plan de cuidados integrados para pacientes con EPOC
Principia Partners in Health (Nottinghamshire)	Integración horizontal y vertical, pacientes con EPOC
Tameside and Glossop	Integración vertical (virtual) para la identificación proactiva de personas en riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y su tratamiento
Torbay	Integración de servicios al alta hospitalaria para pacientes con comorbilidades y patologías complejas mayores de 65 años. Estrategia de cuidados al final de la vida para gente con insuficiencia cardíaca y EPOC. Puesta en común de presupuestos para financiar conjuntamente servicios para ancianos
Tower Hamlets	Redes de servicios y paquetes de cuidados integrados para diabetes e inmunización, a través de equipos multidisciplinares
Wakefield Integrated Substance Misuse Services	Mejora de procesos de gestión y administración de atención a pacientes con adicciones

Fuente: Lewis RQ, Rosen R, Goodwin N and Dixon J (2010) Where next for integrated care organisations in the English NHS? London: The Nuffield Trust and the King's Fund; RAND Europe and Ernst&Young (2012) National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots.

⁷ Department of Health (6 March 2007) *Commissioning framework for health and wellbeing*. London: NHS. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_072605.pdf

⁸ Darzi A (2008). NHS Next Stage Review Leading Local Change. London: Department of Health.

⁹ Lewis RQ, Rosen R, Goodwin N and Dixon J (2010) Where next for integrated care organisations in the English NHS? London: The Nuffield Trust and the King's Fund, http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/where_next_for_integrated_care_organisations_in_the_english_nhs_2303_10.pdf

Entre 2008 y 2009, organizaciones de gran prestigio y tradición, dentro de la comunidad sanitaria inglesa, en particular el King's Fund y el Nuffield Trust, se lanzaron con entusiasmo a apoyar esa agenda de atención integrada.

En Mayo de 2010, el nuevo gobierno de coalición presidido por David Cameron presentó reformas de calado al NHS, pero mantuvo sin embargo como inalterable las políticas previas de planificación, trabajo y comisionado conjunto entre los sistemas sanitario y social (y entre los compradores de servicios sanitarios *Primary Care Trusts* y las autoridades locales)¹⁰. En otras palabras, a pesar de las reformas y cambios de dirección en la política sanitaria inglesa, se mantuvo sin embargo, la consolidación y expansión de la agenda de la atención integrada que ya estaba en marcha.

Una narrativa común de la atención integrada

Un hito importante, sucedido en Marzo 2013, fue la iniciativa de la comunidad socio-sanitaria de elaborar colectivamente un relato de lo que define la atención integrada desde la perspectiva del paciente. Esta narrativa (*A Narrative for Person-Centred Coordinated Care*) se ha venido a conocer como "I statements" o afirmaciones en primera persona. Esta iniciativa había partido de la National Voices¹¹, una organización paraguas que engloba a 130 organizaciones de los sectores social y sanitario. El proceso de elaboración fue muy inclusivo y participativo, a través de la realización de encuestas de opinión de pacientes, consultas con miembros de las organizaciones, celebración de mesas de trabajo, circulación de documentos para la discusión y de 2 borradores previos al documento final, etc., ocupando este proceso todo el 2012 y la primera parte del 2013.

Fruto de este trabajo colectivo fue la articulación de un consenso en torno a un relato común sobre la atención integrada desde la perspectiva de la persona, relato que parte de la siguiente definición de atención integrada: "*I can plan my care with people who work together to understand me and my carer(s), allow me control, and bring together services to achieve the outcomes important to me*"¹².

El énfasis de la atención integrada está entonces en el "*person centred coordinated care*". Así, se formularon una serie de afirmaciones genéricas (*I statements*) que reflejan las preocupaciones, necesidades y objetivos de la persona, no de las organizaciones (ver cuadro debajo).

¹⁰ Hudson B (2010) Ten years of jointly commissioning health and social care in England, *International Journal of Integrated Care*, vol. 11, 7 March.

¹¹ <http://www.nationalvoices.org.uk/>

¹² National Voices (2013) A Narrative for Person-centred Coordinated Care, <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/05/nv-narrative-cc.pdf>

Generic I statements (National Voices, 2013)

Goals/outcomes

- All my needs as a person are assessed.
- My carer/family have their needs recognised and are given support to care for me.
- I am supported to understand my choices and to set and achieve my goals.
- Taken together, my care and support help me live the life I want to the best of my ability.

Care Planning

- I work with my team to agree a care and support plan.
- I know what is in my care and support plan. I know what to do if things change or go wrong.
- I have as much control of planning my care and support as I want.
- I can decide the kind of support I need and how to receive it.
- My care plan is clearly entered on my record.
- I have regular reviews of my care and treatment, and of my care and support plan.
- I have regular, comprehensive reviews of my medicines.
- When something is planned, it happens.
- I can plan ahead and stay in control in emergencies.
- I have systems in place to get help at an early stage to avoid a crisis.

Communication

- I tell my story once.
- I am listened to about what works for me, in my life.
- I am always kept informed about what the next steps will be.
- The professionals involved with my care talk to each other. We all work as a team.
- I always know who is coordinating my care.
- I have one first point of contact. They understand both me and my condition(s). I can go to them with questions at any time.

Information

- I have the information, and support to use it, that I need to make decisions and choices about my care and support.
- I have information, and support to use it, that helps me manage my condition(s).
- I can see my health and care records at any time. I can decide who to share them with. I can correct any mistakes in the information.
- Information is given to me at the right times. It is appropriate to my condition and circumstances. It is provided in a way that I can understand.
- I am told about the other services that are available to someone in my circumstances, including support organisations.
- I am not left alone to make sense of information. I can meet/phone/email a professional when I need to ask more questions or discuss the options.

Decision making

- I am as involved in discussions and decisions about my care, support and treatment as I want to be.
- My family or carer is also involved in these decisions as much as I want them to be.
- I have help to make informed choices if I need and want it.
- I know the amount of money available to me for care and support needs and I can determine how this is used (whether it's my own money, direct payment, or a 'personal budget' from the council or NHS).
- I am able to get skilled advice to understand costs and make the best use of my budget.
- I can get access to the money quickly without over-complicated procedures.

Transitions

- When I use a new service, my care plan is known in advance and respected.
- When I move between services or settings, there is a plan in place for what happens next.
- I know in advance where I am going, what I will be provided with, and who will be my main point of professional contact.
- I am given information about any medicines I take with me – their purpose, how to take them, potential side effects.
- If I still need contact with previous services/professionals, this is made possible.
- If I move across geographical boundaries I do not lose me entitlements to care and support.

El Programa de Proyectos Pioneros de 2013¹³

En Mayo de 2013, con el compromiso de las principales autoridades y organizaciones sanitarias¹⁴ (incluidos el Departamento de Sanidad inglés, la Asociación de Gobiernos Locales, el NHS England, etc.) se puso en marcha del programa de pioneros, el conocido como *National Programme of Integrated Care and Support Pioneers*, con el fin de incentivar proyectos de integración asistencial ambiciosos y visionarios, que pudieran convertirse en referentes para otros. Se presentaron más de 100 expresiones de interés para ganar el estatus de “pioneros”, de los cuales un jurado formado por expertos británicos e internacionales seleccionó las 14 propuestas incluidas en la Tabla 2¹⁵.

Tabla 2: Programa Nacional de Pioneros de Atención Integrada

Barnsley	Prevención e integración temprana; coordinar servicios en la comunidad
Cheshire	Enfoque integrado de servicios en la comunidad
Cornwall and Isles of Scilly	Equipos multidisciplinares liderados por médicos de familia (GPs). Programas de respuesta rápida ante situaciones de fragilidad, demencia, prevención de caídas, etc.
Greenwich	Integración de servicios de salud y sociales alrededor de un concentrador (hub) de centros de atención primaria. Énfasis en la reducción de admisiones hospitalarias
Islington	Enfoque desde los determinantes sociales de la salud y el uso de activos comunitarios de salud para pacientes crónicos y pacientes con problemas de salud mental
Kent	Integración de la función de comisión de servicios y puesta en común de presupuestos. Énfasis en la reducción de atención no programada mediante la gestión efectiva de casos crónicos
Leeds	Atención integrada de servicios de salud, sociales y educativos para infancia en 25 municipios. Equipos socio-sanitarios de barrio (neighbourhood) para la atención de ancianos y enfermos crónicos de larga duración. Énfasis en estratificación del riesgo
North Staffordshire	Rediseño del proceso de atención a pacientes con cáncer y en final de la vida
North West London*	Conjunto de proyectos interviniendo en diversos ámbitos. Énfasis en el liderazgo del medico de atención primaria como concentrador de servicios de atención integrada
South Devon and Torbay	Prevención e intervención temprana con jóvenes con problemas de salud mental, liderazgo desde centro de atención primaria
South Tyneside	Intervención temprana, prevención y auto-cuidado desde enfoque integrado
Southend	Énfasis en crear único punto de entrada y rutas de derivación para equipos multidisciplinares en atención primaria: objetivo de evitar ingresos hospitalarios
Waltham Forest, East London and City (WELC Integrated Care Programme)	Coordinación (mediante plataforma tecnología de la información, evaluación conjunta), auto-cuidados, la figura del acompañante (“care navigator for each patient”) para que el nivel de servicios de atención sea el apropiado.
Worcestershire	Enfoque integrado de servicios en la comunidad mediante la concentración de servicios liderados por atención primaria

Fuente: Social Care Institute for Excellence <http://www.scie.org.uk/publications/integratedworking/integration-pioneers.asp>; Royal College of Nursing (Junio 2014) Integrated Health and Social Care in England: the 14 Pioneer Programmes. Policy Briefing 18/14, http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0009/584217/18.14_Integrated_Health_and_Social_Care_in_England_The_14_Pioneer_Programmes_A_guide_for_nursing_staff.pdf

¹³ <https://www.gov.uk/government/news/integration-pioneers-leading-the-way-for-health-and-care-reform--2>

¹⁴ National Collaboration for Integrated Care and Support (Mayo 2013) Integrated Care and Support: Our shared commitment, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/198748/DEFINITIVE_FINAL_VERSION_Integrated_Care_and_Support_-_Our_Shared_Commitment_2013-05-13.pdf

¹⁵ Véase: <http://www.nhs.uk/nhs.uk/7862.aspx#sthash.LXYMtyLM.dpuf>

Uno de los primeros beneficios del programa ha sido la generación de una ola transformadora, de una urgencia por el cambio hacia modelos integrados de atención, a gran escala y ritmo rápido (*at scale and pace*).

De hecho, un reciente debate teórico muy interesante plantea dos posiciones aparentemente irreconciliables: la urgencia del cambio, que exigiría estrategias de arriba abajo (*top-down*) frente a la absoluta necesidad de contar con grandes consensos y apoyos para lograr éxito, que exige estrategias de abajo arriba (*bottom-up*), negociación y paciencia¹⁶.

La presencia de pioneros ha sido un revulsivo para aquellos que no alcanzaron tal estatus. Entre las experiencias interesantes también pero no seleccionadas destacan, por ejemplo la experiencia de integración de servicios de salud en Milton Keynes, el programa de gestión unificada de la unidad diurna de salud mental y servicios sanitarios y sociales en Lanarkshire, o la experiencia de Trafford de rediseño de servicios por equipos multidisciplinares¹⁷.

Caso de estudio: North West London Whole Systems Integrated Care

El North West London Whole Systems Integrated Care (NWLWSIC) es uno de los proyectos seleccionados con el estatus de pioneros en Mayo de 2013. El movimiento hacia un nuevo paradigma de atención integrada en los concejos del noroeste de la ciudad de Londres ya había comenzado en el año 2010, dando como resultado el lanzamiento de un programa piloto en Junio de 2011 en el que participaban unos 100 centros de salud, con una población asignada de 550.000 personas, y que incluía a 38.000 pacientes. Aproximadamente 8.700 pacientes eran diabéticos mayores de 75 años, unos 6.500 eran diabéticos menores de 75 años y unos 22.800 eran ancianos no diabéticos¹⁸. Más que buscar implementar un conjunto único de intervenciones, el piloto buscaba promover la creatividad e innovación de los diferentes centros de salud participantes, dándoles incentivos para desarrollar sus propios servicios a sus pacientes: por ejemplo, elaborando planes de cuidados personalizados.

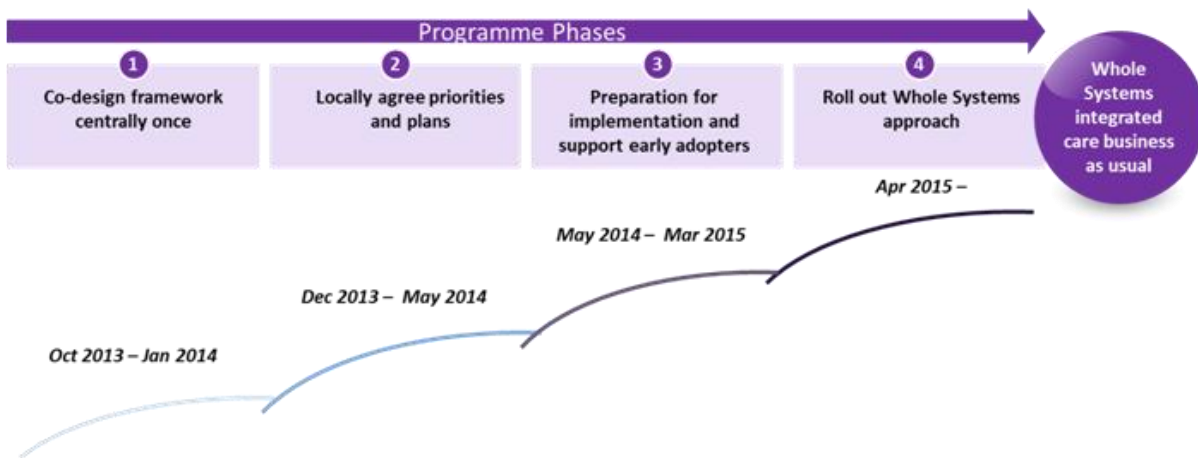
Con esa experiencia y con ese enfoque de promover la innovación de abajo-arriba, el NWLWSIC presentó su propuesta ganadora al concurso de proyectos pioneros con un proyecto a mayor escala que abarca 8 "local boroughs" (incluida la City of Westminster, y grandes concejos como Ealing, Hounslow y Harrow), administraciones que coinciden los ocho compradores de servicios sanitarios (*Clinical Commissioning Groups, CCGs*) involucrados. En total, el proyecto afecta a un total de 2 millones de personas, atendidos por 400 centros de salud (GP practices), 10 hospitales, 2 centros de salud mental y 2 centros comunitarios (*community health trusts*).

¹⁶ Goodwin N (2013) Taking Integrated Care Forward: the need for shared values, *International Journal of Integrated Care*, vol. 13, April-June, editorial; Ham C and Walsh N (2013) Making integrated care happen at scale and pace: lessons from experience, London: The King's Fund, http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/publication_file/making-integrated-care-happen-kingsfund-mar13.pdf

¹⁷ Shaw S, Rosen R y Rumbold B (Junio 2011) *What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS*, Nuffield Trust, p.5. http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what_is_integrated_care_research_report_june11_0.pdf; Shaw S y Levenson R (Noviembre 2011) *Towards Integrated Care in Trafford*, http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/towards_integrated_care_in_trafford_report_nov11.pdf

¹⁸ Mastellos N et al. (2014) Assessing patients' experience of integrated care: a survey of patient views in the North West London Integrated Care Pilot, *International Journal of Integrated Care*, vol. 14, 9 June. Harris M et al. (2012) The North West London Integrated Care Pilot: innovative strategies to improve care coordination for older adults and people with diabetes. *The Journal of Ambulatory Care Management*, vol. 35 (núm. 3), pp. 216–25.

El proyecto NWLWSIC está diseñado en varias fases:



Fuente: <http://integration.healthnorthwestlondon.nhs.uk/about-us/our-journey>

Durante la primera fase, la correspondiente al diseño del marco general y de la visión del proyecto a nivel central, se establecieron cinco grupos de trabajo, dedicados a reflexionar sobre: las necesidades de la población y la mejor forma de atenderlas; la articulación de redes de atención primaria y de redes de proveedores; las diferentes posibilidades de unificación de organizaciones y fondos y recursos; la información necesaria para dar una atención integrada y los sistemas de información que la generaría y soportaría. Estos grupos los conformaban representantes de las instituciones públicas implicadas, los proveedores, los compradores de servicios, profesionales, asociaciones de pacientes, colectivos sociales implicados, etc. Fruto del trabajo de estos cinco grupos fue la creación de una caja de herramientas¹⁹ (*toolkit*) para apoyar el diseño e implementación de las estrategias y proyectos de atención integrada.

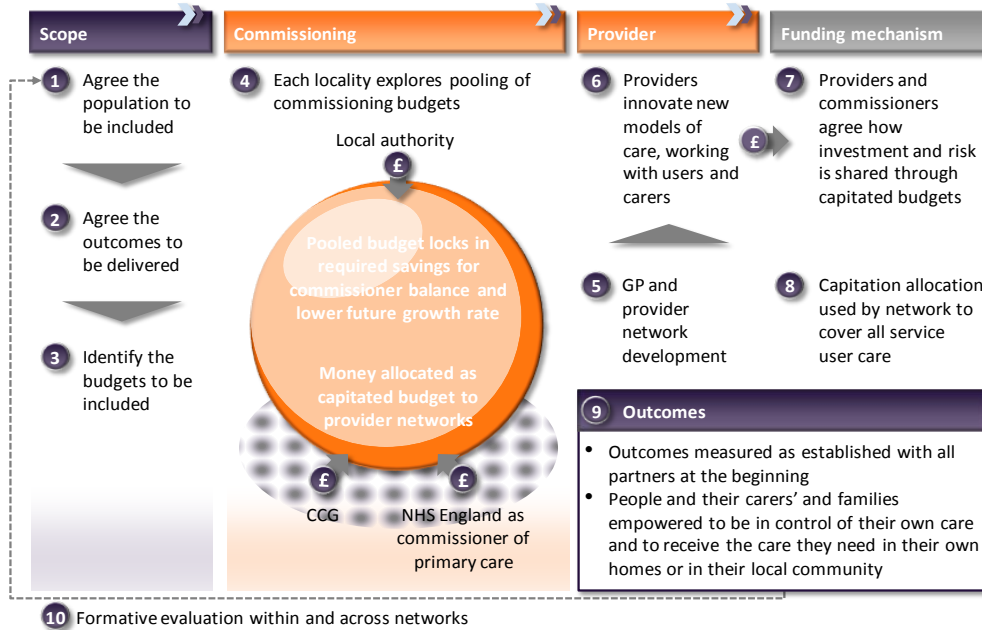
Al igual que en el piloto de 2011, el NWLWSIC pretende que las iniciativas innovadoras broten de abajo, y de ahí que, más que un proyecto simple se trate de un marco de acción sustentado por una gran narrativa de atención integrada que alberga en su interior sub-proyectos diferentes. Precisamente uno de los elementos clave para el éxito que ha tenido este proceso de co-creación colectiva ha sido la generación de una visión compartida del programa, que se realizó durante la primera fase del proyecto. El NWLWSIC formula su visión en la siguiente afirmación:

“we want to improve the quality of care for individuals, carers and families, empowering and supporting people to maintain Independence and to lead full lives as active participants in their community”.

¹⁹ <http://integration.healthnorthwestlondon.nhs.uk/chapters>

Gráficamente, el NWLWSIC representa su proceso así:

The Pioneer Whole Systems Plan will follow the 10 step process developed as part of the pioneer bid



Fuente: North West London Whole Systems, presentación al OMIS, 6 Agosto 2014

A su vez, la segunda fase que ha transcurrido entre Diciembre 2013 y Mayo de 2014, se abrió con un proceso de selección de los proyectos más avanzados a los que se conoce como “early adopters” (EOI). Se eligieron 10 EOI (de un total de 25 que se presentaron), los cuales se encuentran en el momento de escribir este informe en plena fase de implementación. Uno de los EOI más interesantes es el de Hammersmith & Fulham puesto en marcha conjuntamente por los dos compradores de servicios sanitarios (*commissioners*) en Hammersmith & Fulham: la autoridad local y el *Clinical Commissioning Group* (CCG).

Aunque dado que el diseño abierto del NWLWSIC, donde se integran experiencias diseñadas localmente, hace difícil resumir todas las experiencias de una forma simple, los elementos esenciales que sus responsables resaltan son:

a) Equipos de trabajo multidisciplinares

En el corazón de todas las experiencias del NWLWSIC se sitúan los equipos multidisciplinares que conforman médicos de familia de 10 diferentes centros de salud, personal enfermero, los trabajadores de salud mental del distrito sanitario, trabajadores sociales y un médico especialista del hospital local. Este equipo se junta una vez al mes, durante unas 3 horas, para discutir entre 8 y 10 casos de pacientes. La dedicación a esta tarea de cada participante se financia con fondos puestos en común para el proyecto. El equipo multidisciplinar puede disponer de fondos para la innovación en nuevos servicios integrados o actividades coordinadas. A su vez, todos los responsables (*chairs*) de los grupos multidisciplinares se reúnen una vez al mes para resolver cuestiones a un nivel superior. Por tanto, el eje del modelo es atención primaria, y específicamente los médicos de familia (*General Practitioner*, GP), en quienes descansa la responsabilidad última de la organización y coordinación de la atención de la gente.

b) Planificación proactiva de los cuidados

c) Gobernanza compartida

La gestión diaria de todo el proyecto NWLWSIC se lidera a nivel centralizado, por un equipo de unas 15 personas (*Central Programme Team*) que cuenta con gestores, analistas, responsables del área de comunicación, etc. A su vez, cada EOI tiene su propia estructura relativamente estable de gestión. En el caso del EOI Hammersmith & Fulham se ha creado un foro (*Out of Hospital Board*) donde están representados ambos “commissioners” así como los prestadores de servicios sanitarios del NHS (3 NHS Trusts y 2 NHS Foundation Trusts) y la asociación independiente de usuarios de servicios sociales y sanitarios Healthwatch Hammersmith and Fulham.

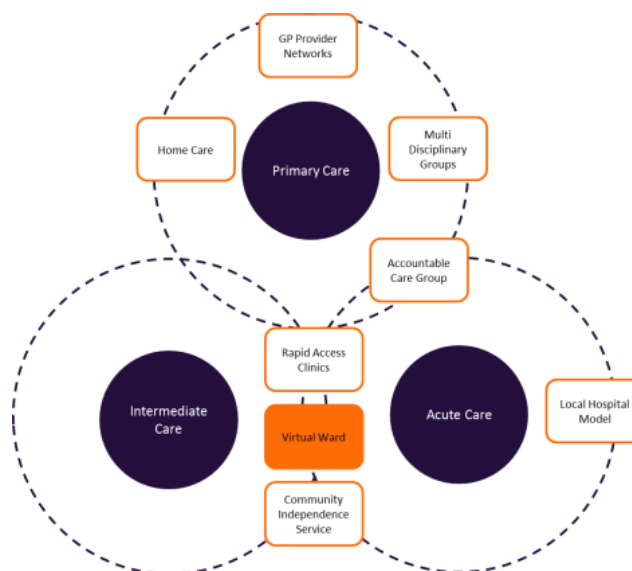
d) Medición de resultados

Uno de los elementos que más llama la atención de este proyecto ha sido el proceso de determinación de los planes y programas específicos: parten de la identificación de la población a incluir así como los resultados a conseguir y la forma cómo medir tales resultados. Esto, que puede parecer obvio, es sin embargo realmente innovador. El proceso se completa con el acuerdo sobre qué presupuestos se disponen, la puesta en común de tales fondos, tras lo que sigue el diseño de nuevos modelos de atención y nuevas redes de profesionales para prestar tal atención.

e) Sistemas de información

La acción coordinada de profesionales debe ser apoyada con sistemas que faciliten la información y la comunicación. En una primera fase, se ha buscado clarificar las necesidades de información que los distintos componentes tienen y cómo se deberían cubrir²⁰.

Hammersmith & Fulham – Model of Care (Virtual Ward)



Fuente: North West London Whole Systems, Power Point Presentation to OMIS, London, 6 August 2014

²⁰ Es quizá este uno de los elementos que, a un visitante español menos le impresionan de la experiencia inglesa. Tenemos en España experiencias de tecnologías de la información y la comunicación aplicadas a la coordinación socio-sanitaria muy interesantes y que merece la pena destacar, y que pueden encontrarse en la página web del OMIS: <http://omis.nh-org>

El impulso desde arriba

Junto a la riqueza de experiencias pioneras descritas, se está produciendo un decidido impulso desde el nivel político con iniciativas diferentes. En especial, destacan: la inyección de recursos económicos, la difusión y aprendizaje colectivo y la evaluación rigurosa de los proyectos pioneros.

Precisamente, para apoyar e impulsar los intentos locales, el gobierno lanzó en Septiembre de 2013 el *Better Care Fund* (BCF), un fondo de 4 millones de libras esterlinas para incentivar proyectos innovadores en atención integrada (no exclusivamente para los proyectos pioneros)²¹. Para una de las voces más autorizadas en política sanitaria en Inglaterra hoy en día, Chris Ham, el BCF podría ser “el principio de una puesta en común de fondos más amplia que transformara realmente la retórica del partenariado y la integración en una realidad”. Y aún en el caso en que esto no evolucionara hacia este objetivo, al menos una cosa se ha conseguido: “la urgencia por prestar una atención integrada ha llegado ya a todos los rincones del NHS, y no es sólo una preocupación de los proyectos con estatus de pioneros”²².

El impulso desde arriba se ha ejercido también con el lanzamiento de una plataforma de difusión, aprendizaje e intercambio de ideas llamada *Integrated Care and Support Exchange* (ICASE)²³. A los proyectos pioneros, en particular, se les ofrece el sitio web como un lugar donde dar visibilidad a sus proyectos e iniciativas, pero también como espacio en el que intercambiar ideas y pedir consejo a otros colegas.

Finalmente, ha habido también un esfuerzo por evaluar resultados conseguidos. El Departamento de Sanidad sacó a concurso la evaluación de los proyectos pioneros que ganó el *Policy Innovation Research Unit* (PIRU) – un centro de investigación constituido por expertos y académicos de diversas universidades británicas, sobre todo de la London School of Hygiene and Tropical Medicine²⁴. El PIRU ha seleccionado una batería de 30 de indicadores de desempeño que ha agrupado en 6 dimensiones²⁵:

- Bienestar comunitario y salud de la población
- Procesos y sistemas organizativos
- Resultados personales
- Uso de los recursos/balance de la atención
- Mediciones de servicios como “proxies” de resultados
- Experiencia de usuarios y cuidadores

Con esta herramienta, se está procediendo a la evaluación propiamente dicha, comenzada en Enero de 2014 y prevista su finalización en Junio de 2015.

²¹ <http://www.england.nhs.uk/ourwork/part-rel/transformation-fund/bcf-plan/>

²² Ham C (1 May 2014) Understanding Integrated Care, Developing Models of Integrated Care for Chronic Conditions, Londres: The King's Fund <http://www.kingsfund.org.uk/events/developing-models-integrated-care-chronic-conditions#presentations>

²³ ICASE website, <http://www.icase.org.uk>

²⁴ Policy Innovation Research Unit <http://www.piru.ac.uk/>. Para información sobre la evaluación de los pioneros véase <http://www.piru.ac.uk/projects/current-projects/integrated-care-pioneers-evaluation.html>

²⁵ PIRU (Abril 2014) <http://www.piru.ac.uk/assets/files/IC%20and%20support%20Pioneers-Indicators.pdf>

Elementos para el debate en España

Las experiencias de atención integrada son tan ricas y las diferencias de contextos entre Inglaterra y España son tan evidentes que no se pretende ahora hacer comparaciones y emitir recomendaciones de forma rigurosa y definitiva. Como se dijo al principio, el objetivo de este estudio y de los de toda la serie OMIS Case Study Papers es identificar experiencias que están destacando fuera de nuestras fronteras y ofrecerlas como interesantes al lector.

Hemos identificado los proyectos pilotos de la etapa 2009-2011 y los pioneros de 2013 de Inglaterra como recursos de aprendizaje muy útiles. Nuestro interés ha sido dejar constancia de la variada riqueza de estas experiencias, tanto respecto a los campos sobre los que se interviene (EPOC, diabetes, salud mental, demencia, juventud, final de la vida, etc.), en la perspectiva adoptada (intervención temprana, servicios en la comunidad, atención primaria como concentrador, integración de la función de comisión de servicios y puesta en común de presupuestos), o en los objetivos que se persiguen (acceso rápido, crear punto único de entrada, prevenir admisiones hospitalarias evitables, mejora de procesos de gestión). Queremos invitar al lector que busque conocer más sobre alguna de estas experiencias a ponerse en contacto con el equipo técnico del OMIS, para obtener más información, sugerencias de lecturas o material disponible, o incluso facilitar contactos con los responsables de estos proyectos en Inglaterra.

El primer elemento que queremos sugerir para el debate es la cuestión de si el avance de la atención integrada necesita de una visión y una narrativa que justifique y apoye los enormes esfuerzos que supone transitar hacia el nuevo paradigma de cuidar de las personas de manera integral. La experiencia inglesa sugiere que, efectivamente, la construcción colectiva de un relato sobre qué supone la atención integrada desde la perspectiva de la persona ha sido fundamental para el avance de esta agenda y para conseguir comenzar a delimitar, al menos conceptualmente, el debate. De hecho, la definición de atención integrada consensuada por National Voices que citamos más arriba (“I can plan my care with people...”) es hoy por hoy la referencia para la comunidad socio-sanitaria inglesa.

En segundo lugar, el caso inglés enseña que la atención integrada no resulta de la implantación automática de iniciativas radicales ordenadas desde arriba, sino más bien de cambios desarrollados con paciencia y consenso desde abajo, experiencias piloto que van cristalizando con el tiempo en intervenciones más estables y ambiciosas²⁶, fruto de la inquietud de unos y de su éxito en ir sumando a más profesionales.

Pero también, y en tercer lugar, un aspecto que parece indiscutible es que las estrategias de innovación y transformación “desde abajo” necesitan también de liderazgo desde las instituciones responsables que facilite las cosas y remueva obstáculos²⁷. En nuestro país, ya se han sugerido algunos pasos interesantes que a nivel central se deberían dar para impulsar la atención integrada²⁸.

Como el caso inglés enseña, la inyección de recursos económicos se revela como fundamental. Junto a esto, las prácticas implantadas localmente necesitan ganar visibilidad y difusión, para facilitar el aprendizaje colectivo. Precisamente, el OMIS ha nacido con la vocación de dar visibilidad a la riqueza de prácticas que ya se están poniendo en marcha en España.

²⁶ Nuño Solinís R (2008) “Exploración conceptual de la atención integrada”, en Bengoa R y Nuño Solinís R (eds) *Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar*, Barcelona: Elsevier Masson, pp. 31-57.

²⁷ Ham C and Walsh N (March 2013) *Making Integrated Care Happen at scale and pace*, Londres: The King’s Fund, http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/making-integrated-care-happen-kingsfund-mar13.pdf

²⁸ Herrera E (Noviembre 2013) *Evolucionando hacia un modelo socio-sanitario para la salud*; en Arenas CA y Herrera E (coords.) *Evolucionando hacia un modelo socio-sanitario en salud. Iniciativas para avanzar en el recorrido*, Madrid: Fundación Economía y Salud, pp. 26-51

En cuarto lugar, se puede observar cómo las iniciativas en Inglaterra han evolucionado desde intervenciones más localizadas y limitadas en su foco y alcance, a enfoques más sistémicos. En un primer momento, el énfasis en Inglaterra se puso en explorar nuevas formas de contratar y pagar conjuntamente por servicios de atención integrada, introducir figuras para la gestión de casos, estratificación del riesgo y desarrollo de modelos predictivos, servicios coordinados para grupos específicos de población, etc. Experiencias como las de North West London Whole System Integrated Care, Greenwich, Torbay y Cornwall, por el contrario, se están centrando en el cambio sistémico soportado en una visión global.

Finalmente, el caso inglés refleja la importancia de medir resultados. La integración no es un fin en sí mismo, es un medio para llegar a unos objetivos que deben poder medirse²⁹. Es este un campo en el que todavía nos queda mucho trecho por recorrer. El trabajo del *Policy Innovation Research Unit* (PIRU) y de otras evaluaciones en marcha de los pioneros ingleses resultan prometedoras y están teniendo ya eco en nuestro país: en Marzo de 2015, la medición de resultados en atención integrada se debatirá en un interesantísimo congreso³⁰ promovido por la Fundación Edad y Vida, con la colaboración de la Fundación NewHealth.

²⁹ Ham C and Walsh N (March 2013) Making Integrated Care Happen at scale and pace, Londres: The King's Fund, http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/making-integrated-care-happen-kingsfund-mar13.pdf

³⁰ V Congreso Internacional Dependencia y Calidad de Vida, Madrid, 10-11 Marzo 2015

Informe publicado por Observatorio de Modelos Integrados en Salud OMIS. Fundación NewHealth.
Disponible en: <http://omis-nh.org/practices/publications/>



Fundación NewHealth.
www.newhealthfoundation.org
Nº Registro: 41-0264

Fecha de publicación de informe:
Septiembre de 2014.
Serie Case Study Paper : 1/2014

La Fundación NewHealth es una organización sin ánimo de lucro que tiene como misión principal promover el desarrollo de un nuevo modelo de salud capaz de responder de manera eficiente y excelente a las nuevas realidades de nuestro entorno, enfocando sus servicios hacia la mejora integral de pacientes con enfermedades avanzadas a través de la innovación y aportando soluciones que mejoren diferentes aspectos del espectro de atención, desde la perspectiva de atención socio-sanitaria integrada y los cuidados paliativos.

Las opiniones expresadas en este informe de valor son de exclusiva responsabilidad del comité técnico del OMIS.