

# ¿Son el liderazgo y la innovación organizacional catalizadores de la atención centrada en las personas?: estudio de caso de la Fundación Matia

## Gerardo Amunarriz

Matia Instituto  
gerardo.amunarriz@matiafundazioa.eus

## Henar Alcalde-Heras

Deusto Business School, Universidad de Deusto

Gaiari buruzko literaturak aspaldidanik nabarmendutakoa egiaztatu du COVID-19aren pandemiak: iraupen luzeko zaintzen eredu sakon-sakon aldatu eta beste paradigma bat sortu beharra dagoela, pertsonak ardatz hartu eta haien deserakundetzea bultzatzeko. Zuzendaritza-lanetan aritzen diren pertsonak, ordea, paradigma berri hori inplementatzeko eta hedatzeko oztopo handiak dituzte. Matia Fundazioari buruzko kasu-azterketa honek, hain zuzen, erakunde horretako zuzendariak Etxean Ondo proiektuaren barruan sortutako praktika onak martxan jartzeko eta orokortzeko egindako saiakera funtsatzen du —2011n Eusko Jaurlaritzaren gidaritzapean hasitako proiektua da Etxean Ondo, eta Euskadin pertsona ardatz duen arreta-eredua martxan jartzea da haren helburua—. Horretarako, pertsona ardatz duen arreta-ereduaren aldeko antolaketa-autogestio handiagoko testuinguru bat bultzatzeko, azterketaren emaitzek argi erakusten dute talde txiki eta egonkorak sortu, lankidetzak-ikaskuntzarako guneak sistematizatu, eta profil profesional berrietan oinarrituriko lidergo pertsonalak garatu behar direla.

### GAKO-HITZAK:

Pertsona ardatz duen arreta-eredua, antolaketa-aldaketa, kultura-aldaketa, lidergoa, ekosistema.

La pandemia de covid-19 ha constatado lo que la literatura ya venía evidenciando: la necesidad de un cambio en profundidad del modelo de cuidados de larga duración hacia un nuevo paradigma centrado en las personas que abogue por la desinstitucionalización. Sin embargo, a la hora de implementarlo las personas directivas encuentran serias barreras para su generalización. Este estudio de caso de la Fundación Matia se centra, precisamente, en fundamentar los intentos directivos para escalar y generalizar las buenas prácticas generadas en el proyecto Etxean Ondo — que comenzó en 2011 bajo el liderazgo del Gobierno Vasco—, para el desarrollo de la atención centrada en la persona en Euskadi. Los resultados muestran cómo la creación de equipos pequeños y estables en unidades de convivencia, la sistematización de espacios para el aprendizaje cooperativo y el desarrollo de liderazgo personal a través de nuevos perfiles profesionales, fomentan un contexto de mayor autogestión organizativa favorable a la atención centrada en la persona.

### PALABRAS CLAVE:

Atención centrada en la persona, cambio organizacional, cambio cultural, liderazgo, ecosistema.

## 1. Introducción

La irrupción de la covid-19 ha hecho tambalear las bases que sustentan el Estado del bienestar de la mayoría de las sociedades modernas, y especialmente, las ligadas con los cuidados de larga duración. Quienes más han sufrido las consecuencias de la pandemia han sido las personas mayores y muy mayores que viven en residencias. Miles de personas que vivían en centros residenciales han fallecido. Se han podido conocer situaciones y casos en los que tanto los servicios sociales como los sanitarios no solo no han podido garantizar la seguridad de las personas, sino que, en aras de su protección, han vulnerado derechos y aspectos fundamentales para su bienestar.

El panorama poscovid-19 está permitiendo articular, o cuando menos, alcanzar un cierto consenso entre los diferentes agentes y administraciones en torno a la necesidad de un cambio del modelo residencial en particular, y de los cuidados de larga duración en general. Hace ya algunos años, el *Informe mundial sobre envejecimiento y salud* de la OMS (2015: 133), junto con otros agentes y académicos como MacInnes y Pérez-Díaz (2010), justificaban la necesidad de ese cambio. Ya entonces se señalaba cómo nos encontrábamos ante una nueva sociedad, más longeva y también más plural y diversa. La escasez de profesionales cualificados, los problemas estructurales en los modelos de financiación y, sobre todo, la rigidez y fragmentación de los servicios dificultaban la respuesta a esa nueva realidad social.

Los argumentos citados permitían traslucir que cuestiones como la continuidad del proyecto vital, el mantenimiento de los vínculos afectivos y de las relaciones sociales, e incluso la propia identidad personal y las actividades con significado para cada persona no eran, y tampoco son, consideradas en el modelo de cuidado, quedando bajo el amparo de la fortuna y de la voluntariedad de la persona cuidadora. Todas esas cuestiones son, sin embargo, claves en el bienestar personal (Cooney, 2012: 9).

La promoción de la autonomía para el bienestar de las personas que necesitan apoyos precisa de una compleja coordinación en tiempo y forma entre los diferentes sistemas: sanitarios, sociales y comunitarios (Wodchis *et al.*, 2015). La integración a través de la gestión del caso pretende que la realidad presente, fragmentada y orientada a la optimización de los recursos particulares de cada sistema, mute hacia la construcción de organizaciones y redes de cuidados “completamente integrados” (Leutz, 1999) y con un enfoque más sistémico (González-Ortiz *et al.*, 2018; Heenan, Bengoa y Birrell, 2017).

Desde hace años, la residencia como institución ha dejado paso en el norte de Europa a una diversidad de propuestas, generalmente basadas en el paradigma de la vivienda con servicios integrados (unidad de convivencia) o de provisión externa a través de los servicios domiciliarios, fórmulas

diseñadas con una mirada desinstitucionalizadora y centrada en las personas, donde los servicios son prestados en el ámbito comunitario (Oficina Regional de la OMS para Europa, 2016). La literatura sugiere que el éxito de esta transformación depende principalmente del cambio en las rutinas y actitudes del personal de atención directa (Stein, 2016), y en particular, de sus relaciones y del trabajo interdependiente (Bishop, 2014; Koren, 2010). Además, su generalización precisa de una mayor autogestión, digitalización y descentralización de los equipos, para así crear contextos más flexibles y, a la vez, percibidos como más seguros por las personas participantes, debido a su vínculo emocional y afectivo (Steele Gray *et al.*, 2020).

Diversas evaluaciones de programas individuales y casos de estudio reflejan la importancia de una gestión estratégica proactiva y orientada al desarrollo de un nuevo paradigma organizativo para el éxito de la implementación de la atención centrada en la persona (Caspar *et al.*, 2018). El liderazgo favorable al cambio incluye tanto la gestión estratégica, como todo aquello de índole más operativa (Mintzberg, 2017). Tradicionalmente, el liderazgo se conceptualizaba poniendo el foco en aquellos puestos de niveles superiores del organigrama, pero el pensamiento más reciente enfatiza la importancia de un liderazgo distribuido entre los múltiples niveles de gestión existentes en las complejas organizaciones sanitarias y de cuidados de larga duración (Gronn, 2002; Fillingham y Weir, 2014), así como el valor que puede tener la contribución de todos los participantes implicados en la gestión de aquellas (Evans *et al.* 2016; Goodwin, 2017).

La literatura señala la relevancia del desarrollo organizacional y el liderazgo para la creación de contextos integrados y favorables a la atención centrada en la persona (Cameron *et al.*, 2014; Borgermans y Devroey, 2017; Kadu y Stolee, 2015; Van Duijn *et al.*, 2018). Los autores citados consideran que un liderazgo favorable por parte de las direcciones tiene un efecto positivo en la transformación del modelo de cuidados y que el distanciamiento y la resistencia de las direcciones tiene el efecto contrario (Auschra, 2018; Busetto *et al.*, 2018; González-Ortiz *et al.*, 2018; OMS, 2015; Suter *et al.*, 2009).

La literatura revisada refleja con claridad la importancia de la gestión proactiva del cambio; sin embargo, su matización genera diferencias entre los académicos (Lega, Prenestini y Spurgeon, 2013). Qué se entiende por una buena gestión para la atención centrada en la persona no queda claramente definido. Muchas de las investigaciones referenciadas describen contextos específicos en los que, por los motivos que fueren, se da un apoyo favorable por parte de los directivos clave en la gestión, los cuales están dispuestos a comprometer recursos personales y organizacionales para facilitar una atención más integrada. Además, se dan las condiciones por las que pueden confiar en que otros

participantes y colegas de otras organizaciones, sabiendo que no se comportarán de manera oportunista.

Sin embargo, no quedan claros los motivos de los comportamientos que apoyan dichos contextos organizacionales y cómo estos se podrían fomentar en áreas donde no se ha establecido una colaboración positiva (Miller y Stein, 2020). De hecho, en la literatura, no se encuentran modelos o teorías organizacionales formales sobre cómo liderar el cambio y el desarrollo organizacional necesario para generar contextos favorables en organizaciones sociosanitarias (Rosengen, 2016; Alharbi *et al.*, 2012). Existe evidencia suficiente para afirmar que la gestión estratégica y operativa para el desarrollo de la atención integrada es diferente a la gestión de la atención tradicional (Mintzberg, 2017), pero la literatura revisada (Mitterlechner, 2019; Laurola, 2018; Rørtveit *et al.*, 2015) no aborda cómo se generan entornos y contextos organizacionales favorables al desarrollo de la atención centrada en la persona y cómo se sabe si las propuestas actuales para desarrollar las competencias de liderazgo directivas son las adecuadas. La falta de claridad conceptual entre los directivos sigue siendo una barrera relevante que impide generalizar los aprendizajes sobre estas cuestiones (Borgermans y Devroey, 2017).

## 2. Objetivo

El objetivo de este artículo es analizar, desde la perspectiva directiva y en primera persona, el caso de la Fundación Matia, que emprendió un itinerario de transformación en 2011 para el desarrollo de la atención centrada en la persona. Se pretende fundamentar, desde la experiencia vivida, la relevancia que tienen el liderazgo personal y la innovación organizacional para la generalización y escalabilidad de experiencias piloto de éxito, como la del Etxean Ondo, en el desarrollo de la atención centrada en la persona (Abadie *et al.*, 2014; Díaz-Veiga *et al.*, 2014). Y en particular, se quiere compartir ciertos aprendizajes y claves organizativas que han facilitado el cambio en este singular y exitoso caso de estudio (Amunarriz y Alcalde-Heras, 2020). El carácter de esta investigación es exploratorio y sigue en curso, pero se espera que los resultados emergentes proporcionen elementos de reflexión a otros gestores interesados en emprender una transformación organizativa similar.

## 3. Revisión de la literatura

El conocimiento adquirido en materia de innovación organizativa reconoce que la gestión estratégica es un factor clave en la transformación pretendida (Nolte *et al.*, 2016; Miller, 2018). La literatura evidencia cómo muchas experiencias piloto prometedoras no llegan a convertirse en prácticas generalizadas, o si lo hacen, es porque ya se daban una serie de factores muy favorables, especialmente en sus

líderes, en pro del nuevo paradigma (Miller y Stein, 2020). Estos autores evidencian que lo habitual es que estos “brotes verdes” sean ocasionales y que la cultura organizacional presente acabe difuminando estas prometedoras experiencias piloto. Mitterlechner, Bilgeri y Rüegg-Stürm (2019) apuntan a que el liderazgo es, sin duda, uno de los factores fundamentales para el cambio, pero que, al mismo tiempo, se trata de uno de los menos desarrollados.

La gestión del caso de acuerdo al marco de la atención centrada en la persona supone un reto organizativo mayúsculo de coordinación, en tiempo y forma, de los diferentes recursos y servicios, debido al dinamismo y diversidad propios del acompañamiento y la participación de cada persona (Goodwin, 2017). Implica una constante adaptación a nuevas situaciones emergentes, en las que el equipo precisa generar nuevo conocimiento para su resolución (Goodwin, 2008 y 2013). Nonaka (1994: 14) define esta innovación como: “el proceso por el cual la organización crea y resuelve problemas de manera activa, desarrollando nuevo conocimiento para solucionarlos”. La búsqueda de estos nuevos equilibrios a través de la innovación y el desarrollo de nuevo conocimiento se alimenta, precisamente, de la propia diversidad de saberes y motivaciones de los propios participantes. Estos objetivos son difícilmente alcanzables mediante una propuesta organizativa vertical basada en protocolos diseñados para “personas tipo”, pero que en realidad no corresponden a ninguna en concreto.

A los retos organizativos de la gestión de esta diversidad y del dinamismo de la gestión de cada caso, se suma el fenómeno de la agregación (Grant, 1996: 114). La gestión simultánea de múltiples casos en aras de la generalización de los programas piloto (Minkman, 2016) provoca un crecimiento exponencial de la complejidad organizativa conforme va aumentando el número de personas acompañadas y, por ende, de acompañantes. Además, el fenómeno se amplifica y complejiza más aún conforme aumenta el tamaño y dispersión organizacional y, más aún, cuando es necesario coordinarse con otras organizaciones y sistemas con culturas organizativas diferentes (Heenan, Bengoa y Birrell, 2017). El oportunismo intrínseco al fenómeno de la agregación de agentes dificulta un verdadero trabajo en equipo, basado en la confianza necesaria para esa anhelada autogestión de los equipos de atención directa (Steele Gray *et al.*, 2020).

La inclusión de los fenómenos de la diversidad, el dinamismo y la agregación íntimamente ligados a la atención centrada en la persona, y por ende al reconocimiento de la singularidad de cada persona, implica que la “nueva” gestión (Mintzberg, 2017) para la generalización de los programas piloto, que necesariamente ha de integrar en su espectro aspectos no tangibles, como el conocimiento y la motivación (Hahn *et al.*, 2015). Aspectos que, no siendo visibles, condicionan el comportamiento de las personas y, por lo tanto, la factibilidad de una

mayor autogestión y autonomía de los equipos. Lo intangible, de acuerdo con la experiencia y la literatura revisada (Giburt, 2016; Gutiérrez, 2018), choca frontalmente con el reduccionismo, la estandarización y protocolización de los sistemas y estilos directivos actuales (Alharbi *et al.*, 2012). Se trata de propuestas basadas exclusivamente en la evidencia, en lo formal, en lo tangible y en las lógicas científicas lineales (Mezzich *et al.*, 2009), orientadas íntegramente a la productividad y los resultados presentes (McCormack y McCance, 2017).

Las investigaciones de Penrose (1959) ya evidenciaban que la creación de conocimiento es una característica central para el desarrollo de competencias distintivas para la adaptación organizativa al entorno externo. En trabajos posteriores, como los de Prahalad y Hamel (1990), se constataba que estas competencias no constituían la capacidad de una organización con respecto a ningún producto, servicio o tecnología específicos, sino la capacidad de la propia organización para innovar, generar nuevas propuestas y adaptar tecnologías y servicios a las necesidades cambiantes del entorno. Esto resulta especialmente crítico en el marco de la atención centrada en la persona cuando se aborda la gestión y participación de las propias personas receptoras de los cuidados en su propio plan de vida y cuidados.

Siguiendo esta línea argumental, Nonaka (1994) afirma que las organizaciones deberían centrarse en comprender cómo generan nueva información y conocimiento más que cómo lo explotan eficazmente (March, 1991). De hecho, en la creación de nuevo conocimiento Nonaka (1994: 15) distingue entre lo tácito, situado en las personas, y lo explícito, aquello ya transferido a las estructuras y sistemas de la organización formal. Además, sostiene que el conocimiento es algo individual e interno, y que crece de manera exponencial a través de la socialización y la interacción, en espacios a los que llama comunidades de aprendizaje. Lönnqvist, Kianto y Sillanpää (2009) hacen una distinción más precisa entre cuatro niveles de conocimiento —dato, información, conocimiento y sabiduría—, que van de lo más externo a lo más interno respecto al individuo.

El modelo propuesto por Nonaka (1994: 15-16) resalta el valor de la intención (motivos) y el papel de la autonomía personal en la generación de nuevo conocimiento. Enfatiza la importancia de una intención, una estructuración, un compromiso y unas creencias personales para que este nuevo conocimiento pueda ser elaborado. Existe un aspecto fundamental del proceso que describe, y es la intención de la acción de las personas en la generación del nuevo conocimiento. Se trata de una elección personal; por lo tanto, es algo subjetivo, orientado a la acción y profundamente enraizado en los valores y las creencias personales de su ámbito interno. Nonaka sostiene que la generación de conocimiento tácito se refiere a la visión individual de la realidad y del futuro. Se trata de un proceso de movilización de los motivos personales y subjetividad.

Apoyándose en una investigación previa de Imai, Nonaka y Takeuchi (1995: 80-81), Grant (1996: 116) señala el lenguaje, los símbolos, los significados compartidos y el reconocimiento personal como elementos clave para avanzar en la agregación de subjetividades en aras de la generación de nuevas capacidades, minimizando el oportunismo y logro de los objetivos organizacionales. De hecho, Nonaka (1994: 29), con anterioridad y de manera más precisa, ya había colocado la clave de la coordinación en un denominador común a todos ellos: la confianza. La generación de espacios de certeza para la acción-reflexión, la participación, el acceso a la información, el trabajar con el cuerpo y la mente, y no solo lo cognitivo sino también lo experiencial, deben ser aspectos facilitadores de este empoderamiento (Bartle *et al.*, 2002) y de la generación de intercambio de experiencias para la autorregulación del oportunismo. El *sensemaking* de Weick, Sutcliffe y Obstfeld (2005), precisamente, aboga por estos ciclos generativos de acción-reflexión en equipo para avanzar hacia un propósito desde la singularidad individual.

Noteboom (2000) plantea un modelo de aprendizaje por interacción que se basa en una teoría mixta que integra elementos de la teoría de la transacción de costes, la teoría del intercambio social y las teorías de organizaciones basadas en el conocimiento. Desarrolla el concepto de distancia cognitiva, clave para comprender cómo amplificar las “comunidades de aprendizaje” propuestas por Nonaka (1994). Noteboom explica por qué a mayor distancia de conocimiento existente, más potencialidad de nuevos aprendizajes. Paradójicamente, el exceso de distancia cognitiva genera el efecto contrario, la falta de entendimiento debida a la ausencia de solapamiento en el dominio (amplitud) y el rango (profundidad) entre los interlocutores. La falta de superposición impide la comunicación y comprensión mutua, lo cual deriva en problemas de fragmentación, oportunismo, competitividad y, en general, ineficacia en el trabajo en equipo pretendido.

Noteboom (2000: 81) afirma que actuar sobre la base del oportunismo tiene efectos adversos. Sostiene que la desconfianza puede crear un círculo vicioso de limitaciones mutuas y estimular el oportunismo. En cambio, considera más oportuno poner el foco de su discurso sobre la confianza, coincidiendo en este punto con Nonaka (1994), Grant (1996) y Teece (2017): “la confianza es una noción resbaladiza [...]. Es importante distinguir entre la confianza competencial y la confianza intencional, ya que su incumplimiento exige una acción diferente. Si la competencia falla, se puede dar apoyo para mejorarla. Si las intenciones fallan, se puede mejorar los incentivos o proferir amenazas. El problema, por supuesto, es que cuando la verdadera razón de la falta de desempeño es la falta de intención, como el oportunismo, el culpable alegará excusas [...], lo cual afectará a la propia confianza” (Noteboom, 2000: 82).

Por ello, Noteboom define la confianza intencional como “la expectativa de que alguien no dañará intencionalmente los intereses de uno, cualquiera que sea la base de esa expectativa. Puede basarse en un contrato estricto o en la convicción de que no sería de interés material para un socio causar daños” (Noteboom, 2000: 83). El reconocimiento de esta confianza intencional como sustento del equipo para la generación de conocimiento, innovación y logro de resultados supone introducir en la gestión aquello que no es tangible y está fuera del control organizacional (Argandoñas, 2008).

El desarrollo de un contexto organizativo con una mirada sistémica y ecológica para con las personas (Heenan, Bengoa y Birrell, 2017), al que llamaremos “ecosistémica”, favorable a la atención centrada en la persona, parece, de acuerdo a lo revisado en la literatura, que debería focalizarse en la inclusión de la diversidad, el verdadero motor de la innovación para el desarrollo de nuevas capacidades que permitan la multigestión de casos. Se trata de que fomente una acción espontánea de las personas hacia el propósito organizativo, minimizando el oportunismo y generando nuevo conocimiento. Esto supone un compromiso sistemático y planificado por parte de la organización para reclutar, retener y cohesionar (Bernard, 1999) a personas concretas que, con diferentes motivos, habilidades y experiencias, sean una fuente voluntaria y espontánea de generación de nuevo conocimiento (Lambert, 2016).

La diversidad *per se*, como apuntan Chinchilla y Cruz (2011), genera fragmentación si no se gestiona adecuadamente. Estos autores citan a Burke (2005), afirmando que el sentido último del liderazgo de la diversidad es lograr la cohesión de la organización y sostienen que “el grado de unidad de una organización se define como la suma de compromisos desarrollados por los partícipes con dicha organización” (Chinchilla y Cruz, 2011: 56). Así, la generación de conocimiento y la construcción de un marco autogestionado de carácter ecosistémico indicado para la atención centrada en la persona depende exclusivamente de los motivos y las competencias de esas personas concretas, con nombre y apellidos (Weick, Sutcliffe y Obstfeld, 2005).

Sin este principio de carácter ético de reconocer la dignidad de cada participante (Coyle y Williams, 2001), aseguran Chinchilla y Cruz (2011), no es posible la gestión de la diversidad, porque toda diferencia creará separación y, habiendo separación, habrá falta de unidad, conflicto interpersonal, desconfianza y, finalmente, ineficacia. Por lo tanto, esta diversidad es un factor de ventaja competitiva, en tanto que los participantes compartan un propósito. Por el contrario, si se busca la diversidad *per se*, sin herramientas conceptuales y de gestión adecuadas, es probable que la organización acabe convirtiéndose en “una torre de Babel” (Chinchilla y Cruz, 2011: 57).

## 4. Metodología

Salgado Lévano (2007: 74) propone que los diseños de investigación basados en el estudio del caso se enfoquen en las experiencias individuales subjetivas de los propios participantes. Se trataría de responder a preguntas relacionadas con el significado, la estructura y la esencia de una experiencia vivida por una persona (individual), un grupo (grupal) o una comunidad (colectiva) respecto a un fenómeno.

El centro de indagación de estos diseños reside en las experiencias del participante o participantes. De acuerdo con Creswell y Miller (2000), Álvarez-Gayou, (2003) y Mertens (2008), todos ellos citados por Hernández, Fernández y Baptista (2006) y rescatados por Salgado Lévano (2007: 73), el diseño de la fenomenología se sustenta en escribir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y, además, desde la perspectiva construida colectivamente. Se apoya en el análisis de discursos y cuestiones específicos, así como en la búsqueda de sus posibles significados. El investigador confía en la intuición y en la capacidad analítica inductiva para lograr abstraer la experiencia de los participantes.

Además, debe contextualizar las experiencias en términos de su temporalidad, lugar, las personas físicas que la vivieron y el contexto relacional. Los datos se recolectan de entrevistas, grupos de discusión, documentos, materiales e historias de vida y se orientan a encontrar experiencias cotidianas y excepcionales que puedan ayudar a una mayor comprensión del fenómeno de estudio. Se trata de construir y extraer un significado plausible del fenómeno de estudio, en forma de modelo que permita accionarlo a los participantes y a terceras personas.

Para poder dar respuesta a los objetivos específicos planteados por esta investigación constructivista, se ha elegido para el estudio del caso a la Fundación Matia. Seguidamente se justifican los principales motivos de esa elección, describiendo someramente la Fundación y el proceso de transformación que ha vivido desde el comienzo del proyecto experimental Etxean Ondo, en 2011. Además, se señalarán aquellos aspectos que le confieren una singularidad e interés particulares, aquellos que justifican el valor de los aprendizajes generados en este proceso, los cuales están alineados con el problema de investigación planteado y las políticas públicas de la comunidad autónoma del País Vasco.

### 4.1. Descripción de Matia Fundazioa como caso de estudio

La Fundación Matia es una organización sin ánimo de lucro ubicada en la provincia de Gipuzkoa que comenzó su contribución social el 16 de diciembre de 1889. El propósito de esta es: “acompañar a las personas en su proceso de envejeciendo, generando

conocimiento y servicios personalizados para mejorar su bienestar, generando conocimiento y servicios personalizados para la promoción de su autonomía y dignidad de manera sostenible”. En 2020, la Fundación alcanzó una facturación de 52 millones de euros, empleó a 1.418 personas para acompañar a 34.518 personas y contó con el apoyo de 3.418 voluntarios, que procedían de 212 organizaciones diferentes. La principal fuente de financiación proviene de la concertación de las actividades con las administraciones públicas, aproximadamente el 85. Esta concertación es retribuida por acto, aunque los sistemas de compensación de las diferentes administraciones, tanto sanitaria —en el caso del Gobierno Vasco— como sociales —en el caso de la Diputación Foral de Gipuzkoa y los ayuntamientos— siguen esquemas diferentes. Sin embargo, internamente, se gestionan de forma integrada.

La actividad sanitaria está centralizada en el Hospital Ricardo Bermingham. Se trata de un centro de media estancia (23,8 días de promedio), geriátrico, con 123 camas, especializado en los procesos de psicogeriatría, ortogeriatría, cuidados paliativos y una convalecencia orientada a la estabilización de episodios agudos en personas mayores o muy mayores en situaciones de gran fragilidad y dependencia. Las consultas ambulatorias están especializadas en personas mayores con deterioro cognitivo. Este hospital asume principalmente derivaciones de pacientes del hospital de referencia de la provincia, el Hospital Universitario Donostia (Osakidetza), para su convalecencia y rehabilitación de acuerdo con los perfiles comentados. Además, dispone de consultas externas y siete gimnasios de rehabilitación ambulatoria, con un dispositivo específico para rehabilitación neurológica.

Para comprender el itinerario y la integración de los cuidados, es importante aclarar la posición relativa del Hospital Bermingham dentro de la red sanitaria y de las organizaciones sanitarias integradas (OSI) de Gipuzkoa, especialmente, de la de OSI Donostialdea. Estas derivaciones del hospital de agudos son gestionadas por la administración centralizada de la OSI, de manera que el hospital tiene una posición reactiva respecto la gestión de los nuevos ingresos.

Los pacientes de las consultas ambulatorias y la unidad de psicogeriatría proceden, en más de un 80% de los casos, directamente del domicilio y la atención primaria, sin necesidad de pasar por el hospital de agudos. Algunos de estos pacientes son derivados de otras comarcas, debido a la especificidad de algunos procesos. Esta coordinación con Osakidetza, empresa pública sanitaria vasca, se realiza compartiendo la historia clínica y el plan de atención bajo el mismo sistema de información. La financiación y contrato de servicios de la actividad sanitaria se pactan directamente con el Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Se trata, pues, de una triangulación en la coordinación de la prestación de los cuidados entre proveedores público-privados y el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Una proporción superior al 70% de las personas que son dadas de alta en el recurso sanitario (Hospital Bermingham) necesitan de unos cuidados de mayor intensidad a los que tenían al ingreso. La gestión de estas nuevas necesidades ya no depende del sistema sanitario, sino de la diputación foral y los ayuntamientos, que tienen las competencias para organizar los cuidados de larga duración. Estas personas que reciben el alta sanitaria, en una amplia mayoría (más de un 80), vuelven a su domicilio. El resto de aquellas que no fallecen son derivadas a recursos sociales, para lo cual son evaluadas y clasificadas según su nivel de dependencia.

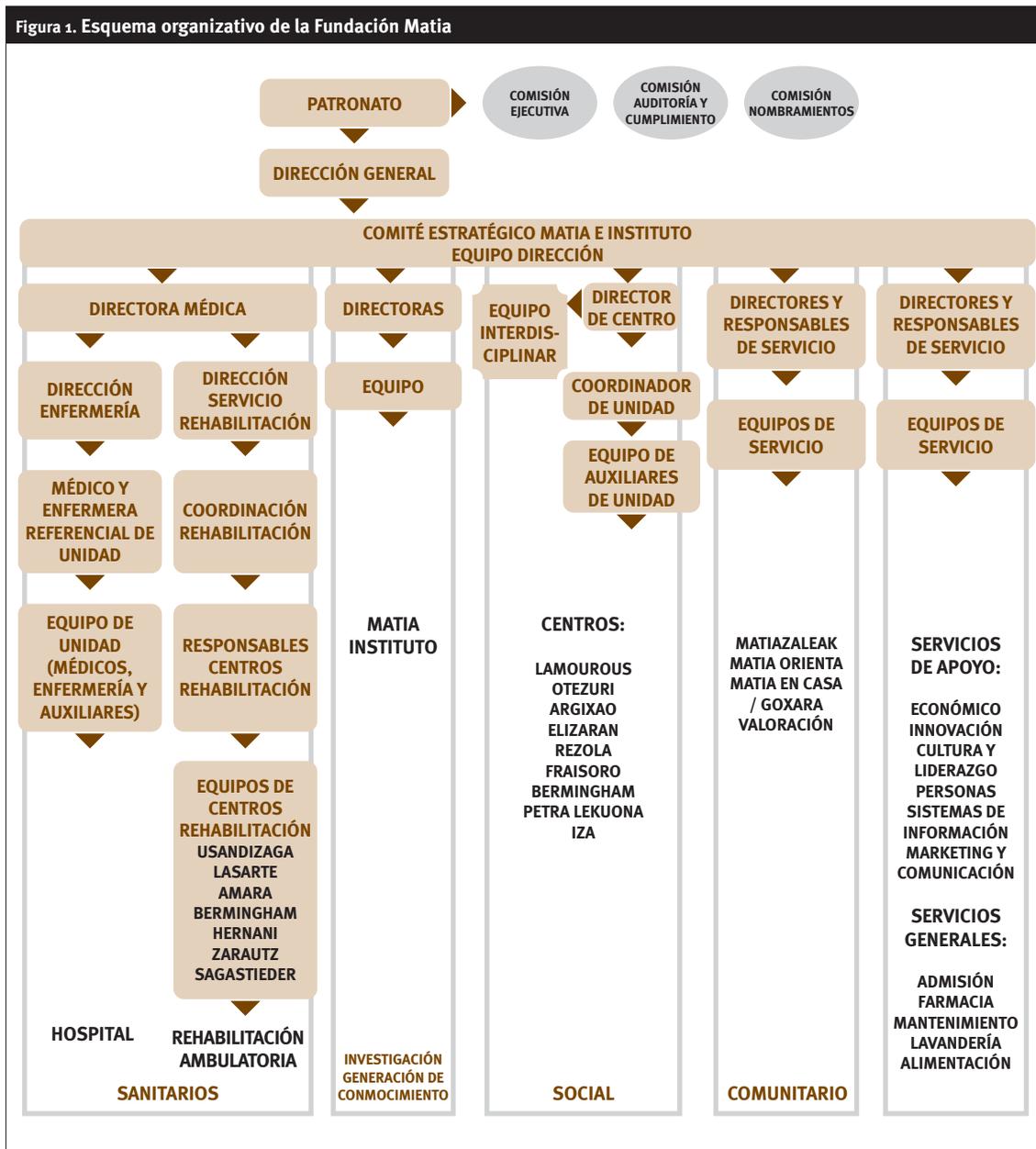
La Fundación Matia gestiona el servicio de atención domiciliar en tres municipios guipuzcoanos y dispone de servicio de asistencia personal, ocho centros residenciales, nueve centros de día y apartamentos para mayores concertados con la Diputación Foral de Gipuzkoa. Esto permite asegurar la cobertura y dar continuidad a los cuidados tras el alta sanitaria, derivando a sus centros sociales a aquellas personas que lo precisan o proveyendo cuidados a domicilio; y cuando esto no es así, se trabaja en coordinación con otros agentes. Toda la Fundación opera bajo una misma organización y un único sistema de información, para garantizar así una gestión de casos integrada y la continuidad de los cuidados. Su alcance se focaliza en Gipuzkoa y, con mayor intensidad, en la comarca de Donostialdea, donde se desarrollan aproximadamente el 30% de los cuidados de larga duración a personas mayores en el territorio histórico de Gipuzkoa.

La Fundación, dentro de su perímetro organizacional, cuenta con un centro de investigación gerontológico, el Instituto Matia, creado en 2002 y que en 2019 tuvo una facturación de 1,6 millones de euros. Su actividad se centra en contribuir, mediante la generación del conocimiento, al avance de la misión de la Fundación en el entorno. Para ello, trabaja de manera colaborativa tanto con la propia Fundación como con las administraciones públicas y está reconocido en la Red Vasca de Ciencia y Tecnología dentro del subsistema sanitario.

El esquema organizativo de la Fundación responde a dos realidades diferenciadas: una orientada a provisión de los cuidados, con una organización jerárquica (Figura 1); y la otra a la innovación y el aprendizaje (March, 1991), de carácter horizontal y colaborativo (Figura 2).

La Figura 1 permite distinguir un esquema organizativo basado en la provisión que se sustenta en cinco realidades que conviven dentro de una organización integrada: sanitaria, social, comunitaria, investigadora y servicios de apoyo (soporte). Todas ellas dependen de un mismo equipo directivo, una misma dirección general y de un patronato. Este se renueva cada cuatro años, tras una evaluación de su desempeño. La organización de los equipos de trabajo sigue un esquema similar: equipos estables y pequeños,

Figura 1. Esquema organizativo de la Fundación Matia



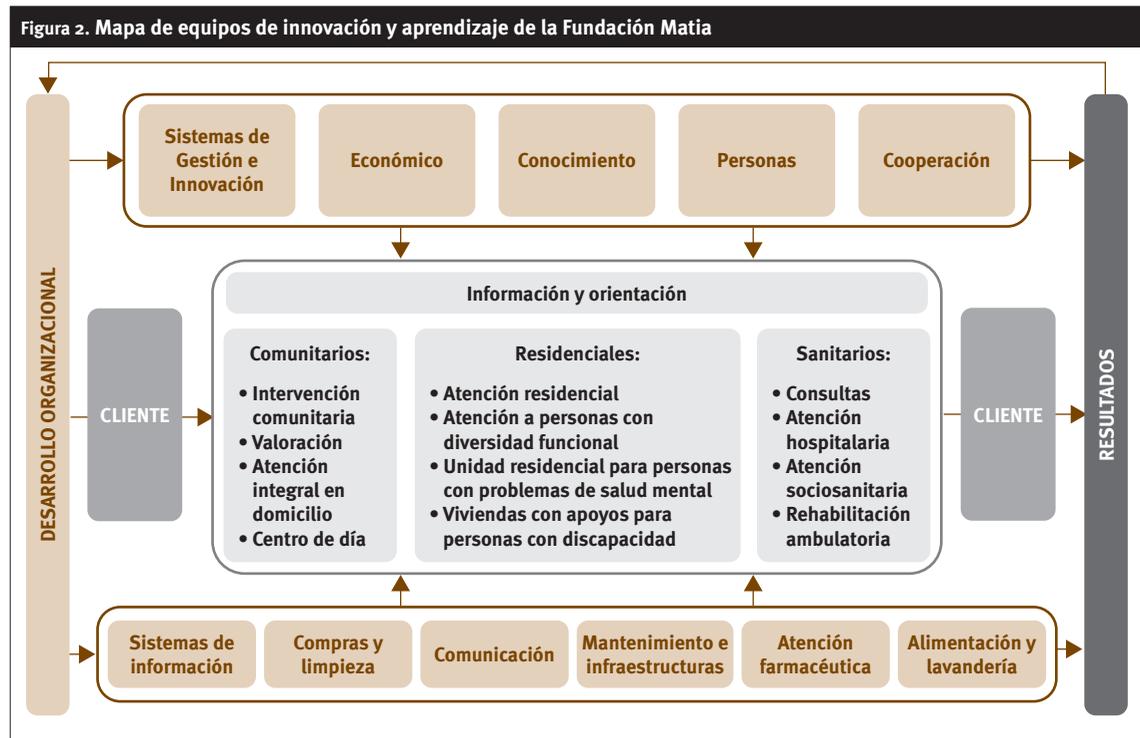
Fuente: Elaboración propia.

asignados a unidades concretas, con un coordinador-responsable por equipo que desempeña un papel dual para el flujo de la información tanto vertical como horizontal. Estas personas participan en dos equipos simultáneamente, como responsables de su unidad y como participantes en el equipo de centro o servicio del siguiente nivel. Esta dualidad permite que las necesidades de los equipos suban al nivel superior y, a la vez, bajen desde esa coordinación que les da soporte, medios y se establezcan límites para la acción del equipo. Estas figuras y un sistema de información compartido permiten la interdependencia de los equipos mediante la horizontalidad.

En la misma Fundación existe otro esquema organizativo orientado al aprendizaje y la innovación

(March, 1991). Esta estructura se conforma de equipos de procesos en coordinación con los centros, servicios de apoyo, servicios generales y del Instituto. Es decir, los propios profesionales participan en equipos de proceso, lo cual permite conectar la provisión de cuidados con la generación de conocimiento a través de espacios de aprendizaje e innovación. De esta manera, es posible conectar las diferentes realidades, externa e interna, asistencial y organizativa, sanitaria, social e investigadora.

La Figura 2 muestra el mapa de los equipos de proceso que coordinan las actividades de innovación. Los 56 equipos trabajan al servicio de los tres procesos primarios: sanitario, residencial y comunitario. Estos, a su vez, son los encargados de contribuir directamente a la misión organizacional.



Fuente: Elaboración propia.

Esta dualidad o ambidextreza organizativa (Gibson y Birkinshaw, 2004; Raisch *et al.*, 2009) permite generar dos espacios diferenciados para la provisión de cuidados y para la innovación de cara a su futura mejora. Sin embargo, son las personas, al participar de manera voluntaria en ambos espacios en función de su competencia, las que las conectan y permiten el dinamismo en la complementariedad de ambas.

#### 4.2. El catalizador y proyecto experimental Etxean Ondo

El Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco auspició en 2010 un estudio de las condiciones de vida de las personas mayores de 55 y más años en Euskadi (Sancho *et al.*, 2011; 2014). Los resultados mostraban la clara voluntad de las personas de vivir en su casa y, cuando esto no fuera posible, hacerlo en un entorno similar a su hogar. Esto implicaba adaptar los servicios a las necesidades de cada persona, y no lo contrario, de manera que estas no tuvieran que adaptarse a un paradigma fragmentado y centrado en el prestador del servicio, sino que pudieran mantener su proyecto vital tanto en su casa como en dispositivos alternativos cuando la permanencia en el domicilio no fuera factible.

Además, este estudio dibujaba ya un perfil de la persona mayor diferente al que reinaba en el imaginario colectivo, perfil que, por ende, difería de la concepción de persona para la que estaban diseñados los sistemas y recursos de cuidados de larga duración. Esto concuerda con las reflexiones

de John MacInnes y Julio Pérez Díaz (2005; 2008; 2010). Es decir, no se trata solamente de un cambio cuantitativo de la proporción de personas mayores o muy mayores en la sociedad, sino que además se trata de un cambio cualitativo, es decir, el perfil de estas personas que estaban alcanzando edades maduras suponía un cambio social inédito en la historia.

Como respuesta a estas nuevas necesidades, el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco, en coliderazgo técnico con el Instituto y la Fundación Matia, puso en marcha en 2011 el proyecto piloto de investigación-acción Etxean Ondo (Peinado *et al.*, 2015). Su propósito era el desarrollo de un modelo vasco para la integración de los sistemas sociales, sanitarios y comunitarios para la promoción de la autonomía personal y el bienestar de aquellas personas con pérdida drástica de capacidad intrínseca, para que pudieran seguir viviendo en su entorno habitual (OMS, 2015), y cuando esto no fuera posible, ofrecer un dispositivo adaptado a su proyecto vital.

Además, este proyecto fue diseñado para su coordinación con el Sistema Sanitario Vasco. El Departamento de Sanidad y Consumo, en paralelo, había comenzado el desarrollo de su Estrategia para Afrontar el Reto de la Cronicidad en el País Vasco, puesta en marcha en 2010 por el entonces consejero Rafael Bengoa. Para llevar a cabo este cambio organizativo, el Departamento adaptó el modelo de atención a la cronicidad desarrollado por Wagner y colaboradores del Instituto MacColl de Innovación Sanitaria (Epping-Jordan *et al.*, 2004). Era la primera

vez que se iba a impulsar formalmente una estrategia de atención integral en la comunidad autónoma del País Vasco.

Así pues, el proyecto Etxean Ondo procuraba una atención integral a través de la coordinación de sistemas, servicios y apoyos comunitarios se centraba en el acompañamiento y provisión de cuidados de larga duración a aquellas personas mayores con pérdida de capacidad intrínseca drásticas que viven en casa o en residencias, y a su entorno de cuidados, tanto a los miembros de la familia como a los profesionales de la atención. Este abordaje integrado mediante la gestión del caso de los sistemas sociales, sanitarios y comunitarios daba respuesta a líneas estratégicas de la cronicidad en la comunidad autónoma del País Vasco.

Este proyecto pionero de integración destaca porque fue impulsado por el sistema de los cuidados de larga duración y por el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales, e integraba la estrategia de la cronicidad sanitaria. En la revisión de la literatura sobre cuidados (Steele Gray *et al.*, 2020), se constata que estos proyectos de integración, por lo general, suelen ser impulsados exclusivamente por el sistema sanitario para la integración entre la atención primaria y la especializada, con el fin de reducir las estancias hospitalarias. Esto hizo de Etxean Ondo una iniciativa singular que, además, debido a la plausible coste-efectividad de sus resultados, fuera reconocida por la Asociación Europea de Envejecimiento Activo en 2015 como una de las veinticuatro mejores prácticas europeas (Abadie *et al.*, 2014; Peinado *et al.*, 2015).

Los elementos clave de este modelo fueron la provisión de cuidados a través de un punto de entrada único, mediante la adopción de una metodología de gestión del caso y de un plan de cuidado individualizado que respetaba la dignidad, los derechos, los intereses y las preferencias de las personas. La iniciativa fue diseñada para proporcionar una atención centrada en la persona, incluyendo estrategias de autogestión y herramientas de prevención y promoción de la salud. El proceso comenzaba con el perfilado de las personas según sus factores de riesgo, para así determinar las medidas preventivas específicas para su caso y capacitarlas para adoptar un papel mucho más activo en el manejo de su plan de vida y cuidados. Se esperaba, y así se demostró, que este enfoque orientado a la promoción de la autonomía mediante un acompañamiento de mayor intensidad en el ámbito comunitario y social redujese las demandas a los servicios de salud y, a la vez, aumentase la calidad de vida de las personas mayores y sus cuidadores, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema. Esta iniciativa se llevó a cabo en las tres provincias vascas, donde se reclutaron 513 personas para el estudio (264 conformaron el grupo de intervención y las restantes 249, el grupo de control). El proyecto piloto se desarrolló entre principios de 2012 y finales de 2014.

Los principales mecanismos impulsores de la iniciativa que se detectaron fueron los relacionados con la existencia de equipos interprofesionales en todo el proceso de atención, así como la participación de todos los interesados en la iniciativa. Es destacable, y algo realmente singular de este proyecto, que para la gestión del caso se asignaran trabajadoras sociales, y no enfermeras de enlace, como suele ser la práctica habitual (Wodchis *et al.*, 2015; Minkman, 2016). Aquellas estuvieron en constante interacción con las enfermeras de atención primaria, que, a su vez, interactuaron con los equipos sanitarios de atención primaria. Estos perfiles sociales permitieron una mayor cercanía y participación de los cuidadores informales, familiares y voluntariado en los cuidados y la gestión del caso. Estos equipos profesionales trabajaban juntos para cubrir tanto las necesidades sociales como las de atención sanitaria, de acuerdo al planteamiento de la integración completa de Leutz (1999).

En relación con las personas que vivían en las residencias o recursos sociosanitarios, el proyecto Etxean Ondo puso un fuerte énfasis en la creación de un espacio que recreaba el hogar, en dichos dispositivos, y en organizar la vida cotidiana en torno a unidades de convivencia de diferentes tamaños. Estas intervenciones fueron íntegramente desarrolladas en los centros de la Fundación Matia. La orientación hacia el individuo se refleja en el enfoque adoptado por el proyecto Etxean Ondo, tanto en el ámbito de la enfermería como en el de la atención domiciliaria, en el que se desarrolló un “plan de atención y vida” para cada residente, con el fin de alcanzar una gestión del caso eficaz, incorporando su historia de vida, su historial médico y una evaluación psicológica. Además, esta iniciativa incluía evaluaciones periódicas que no se limitaban a los residentes, sino que se extendían a los cuidadores, con el fin de detectar tempranamente los posibles problemas y evitar los casos de *burnout*.

Al mismo tiempo, para garantizar una atención accesible, así como el apoyo a los cuidadores formales e informales y a las familias, se trabajó un programa de apoyo. Este incluía sesiones de formación en el hogar del usuario y otro tipo de asistencia, a fin de evitar el *burnout* y aliviar la carga de estas personas. Los resultados mostraron que la iniciativa llevó a una reducción de la hospitalización en términos de duración media de la estancia (variable en función del servicio) y de las visitas a urgencias. Además, el estado funcional y los resultados de salud de los mayores mejoraron, junto con la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes y los cuidadores.

En el contexto de la presente investigación, en 2011 la Comisión Europea puso en marcha la Asociación Europea de Innovación sobre el Envejecimiento Activo y Saludable (EIP on AHA) para abordar las debilidades del sistema de investigación e innovación europea que frenaban la transferencia de las innovaciones al mercado. Esta entidad desarrolló

un estudio (*Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems Phase 3*) centrado en el análisis de los servicios de atención integrada para pacientes crónicos de edad avanzada, que incluía servicios y programas de telesalud, teleasistencia y vida independiente, con el objetivo de definir las mejores prácticas y directrices operativas para su posterior implementación en el resto de regiones europeas. Más concretamente, se investigaron los modelos de negocio de los servicios de atención integrada y las soluciones de vida independiente.

Siguiendo la metodología de ese estudio, Abadie *et al.* (2014) presentaron los resultados de 24 iniciativas de atención integrada y vida independiente para la construcción de estudios de caso. El análisis de estos casos buscaba facilitar la definición de las mejores prácticas en la atención integrada y la promoción de la autonomía y debería ayudar a optimizar la transferencia de modelos específicos a otras regiones o entornos. Dentro de estas 24 mejores prácticas europeas, se encuentra el proyecto Etxean Ondo, que destaca —como ya se ha señalado— por haber sido impulsado por el sistema de los cuidados de larga duración (sociosanitario) y por confiar la gestión del caso a trabajadoras sociales de base. El resto de las iniciativas eran sanitarias, se enmarcaban en estrategias de cronicidad y fomentaban la integración sanitaria.

El Instituto de Prospectiva Tecnológica del Centro Común de Investigación europeo publicó en 2015 cada uno de los 24 casos de estudio trabajados en el informe anteriormente citado y reconocidos como buenas prácticas para su transferencia (Peinado *et al.*, 2015). Este artículo estudia el caso de Etxean Ondo y la estrategia de cronicidad del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

#### 4.3. Justificación de Matia Fundazioa como caso de estudio

La Figura 3 expone los ámbitos de innovación que se están trabajando en la Fundación Matia para el avance de la atención centrada en la persona.

Recapitulando, los siguientes argumentos permiten justificar la elección de la Fundación Matia como caso de estudio singular y valioso para el objeto de la investigación y el problema señalado en la literatura (Miller y Stein, 2020; OMS, 2015; Rosengren, 2016; Alharbi *et al.*, 2012).

- Su modelo de organización integrada centrada en las personas es fruto de un proyecto de investigación impulsado por el Gobierno Vasco y la Diputación Foral de Gipuzkoa en el que la propia Fundación fue núcleo central.
- Ha sido reconocida como un referente por la Unión Europea, en concreto por la Asociación Europea de Innovación sobre el Envejecimiento Activo y Saludable (EIP on AHA), y su caso fue publicado como caso de éxito (Abadie *et al.*, 2014; Peinado *et al.*, 2015).
- Se ocupa de la tercera parte de los cuidados de larga duración a personas mayores en Gipuzkoa.
- El proceso de transformación comenzó en 2011 con el proyecto experimental Etxean Ondo. En 2016, tras constatar los positivos resultados de la fase experimental, se decidió su generalización y consolidación, proceso en la que la organización sigue inmersa.
- Se trata de una organización de cuidados centenaria que trabaja con una estructura dual, basada en la generación de conocimientos para

Figura 3. Cuadrantes de innovación para el desarrollo del modelo integrado y centrado en las personas en la Fundación Matia



\* ACP: atención centrada en la persona.

Fuente: Elaboración propia.

la innovación y otra jerárquica para la provisión. Además, cuenta con su propio instituto de investigación, perteneciente a la Red Vasca de Ciencia y Tecnología.

La ausencia de una teoría formal cerrada que dé respuesta al problema planteado —cómo generar entornos y contextos organizacionales favorables al desarrollo de la atención centrada en la persona— lleva a proponer una investigación constructivista (Mertens, 2008), basada en el estudio del caso mediante metodología cualitativa mixta (Butterfield, 2009), en la que el investigador principal es *insider* y ocupa el puesto de director general de la organización objeto de estudio (Coghlan, 2007). La combinación de diferentes enfoques sistemáticos, inductivos, deductivos y de contraste dentro de un estudio del caso es adecuada para construir marcos teóricos de alcance medio mediante el estudio del caso (Gummesson, 2000). La investigación se enmarca dentro de una tesis doctoral de carácter industrial (Romano, 2005) titulada “Fundamentos del liderazgo y gestión estratégica hacia organizaciones sociosanitarias centradas en las personas: una aproximación desde el estudio del caso”, cuyos resultados de carácter académico han sido publicados en la *International Journal of Integrated Care* (Amunarriz y Alcalde-Heras, 2020).

## 5. Resultados<sup>1</sup>

El estudio de caso permite comprender cómo la gestión de cada caso y la generación de itinerarios de acompañamiento personalizados de acuerdo al modelo de atención centrada en la persona supone un reto organizativo mayúsculo de coordinación en tiempo y forma de diferentes equipos, recursos y servicios, debido al dinamismo y diversidad que se da en el acompañamiento y participación de cada persona en su plan de vida y cuidados (Leutz, Bishop y Dodson, 2010). Requiere una flexibilidad, una integración y una capacidad de adaptación enormes (Bishop, 2014; Kitson *et al.*, 2013), pues permanentemente se dan nuevas situaciones y, por ello, el equipo precisa detectar y resolver problemas de manera activa, desarrollando nuevas soluciones (Birkinshaw, Zimmermann y Raisch, 2016). Se constata cómo esta adaptación requiere de descentralización y cercanía en la toma de decisiones ágiles y personalizadas. Esto, de acuerdo a los resultados del caso, conlleva una mayor autogestión de los equipos de atención (Sjögren *et al.*, 2017).

La descentralización de la toma de decisiones allá donde ocurre la acción permite integrar la reflexión y el aprendizaje en el propio equipo, dando mayor cobertura al dinamismo, la diversidad y la complejidad inherente al aumento de casos. Así, se precisa una respuesta organizativa adaptativa y una toma de decisiones continua para la búsqueda de nuevos

equilibrios. Esto supone una gestión estratégica en permanente construcción o, dicho de otra forma, una manera de gestionar que podía asemejarse a la de montar en bicicleta. Este tipo de gestión precisa resolver iterativamente nuevos episodios para mantener el equilibrio y avanzar hacia un propósito teniendo en cuenta no solo los resultados de la acción, sino el aprendizaje experiencial y sus consecuencias en futuras colaboraciones, es decir, la cohesión o confianza que genera en los participantes del equipo. De cara a la gestión estratégica de este “trilema” (Levinthal y March, 1993) detectado para el logro de un contexto de autogestión favorable a la atención centrada en la persona, se proponen tres claves desarrolladas en la Fundación Matia en su proceso de desarrollo organizacional.

### 5.1. Cambio de escala organizativa: del centro a las unidades de convivencia

Trasladar nuevas propuestas con viejos conceptos resulta complejo a la hora de intentar dinamizar la transformación pretendida. Se constata un denominador común en el proceso desarrollado: la acción hacia un propósito compartido. La orientación de un propósito de servicio para explorar lo que las personas necesitan en aras de su bienestar, desde la certeza del reconocimiento de su singularidad y el fomento de la autonomía personal, confiere sentido a todo el sistema:

La orientación fundamental de nuestro servicio... es hacia la persona. Como venimos a trabajar para atender sus necesidades, también tenemos que atender las nuestras, es decir, física, mental y emocionalmente.

En aquellos equipos más cohesionados, se observa la existencia de un contexto organizativo más capacitado para asumir mayor grado de descentralización, de forma que en la toma de decisiones se dé una participación real de cada persona. Esta consistencia organizativa genera una “nueva” confianza y un contexto de mayor seguridad, sin renunciar a una mayor flexibilidad. Así, conforme avanza el sistema en su coherencia y en la autocomprensión de su propósito, aumenta la capacidad de asumir responsabilidades por parte de los participantes y, por ende, la posibilidad de mayor autogestión de los equipos de atención.

La flexibilidad y seguridad observadas son contenidas por el diálogo y la fluidez de información entre todos los participantes del equipo para resolver un deber complejo que requiere una coordinación continua de los cuidados. La certeza de una cultura cooperativa comprendida y compartida, de ese “yo colectivo” del imaginario que, si bien no está escrito en ningún protocolo ni política que pueda leerse en ningún manual, condiciona el comportamiento y da unidad a los equipos (Schein, 1985). Se da valor a aspectos como la inclusión, la dignidad, la identificación o la cohesión afectiva (Bernard, 1999).

<sup>1</sup> Las declaraciones que ilustran este apartado han sido tomadas de las entrevistas y grupos de discusión realizados durante el estudio.

La verificación práctica de esta priorización del propósito compartido fomenta progresivamente un entorno de confianza y certeza grupal.

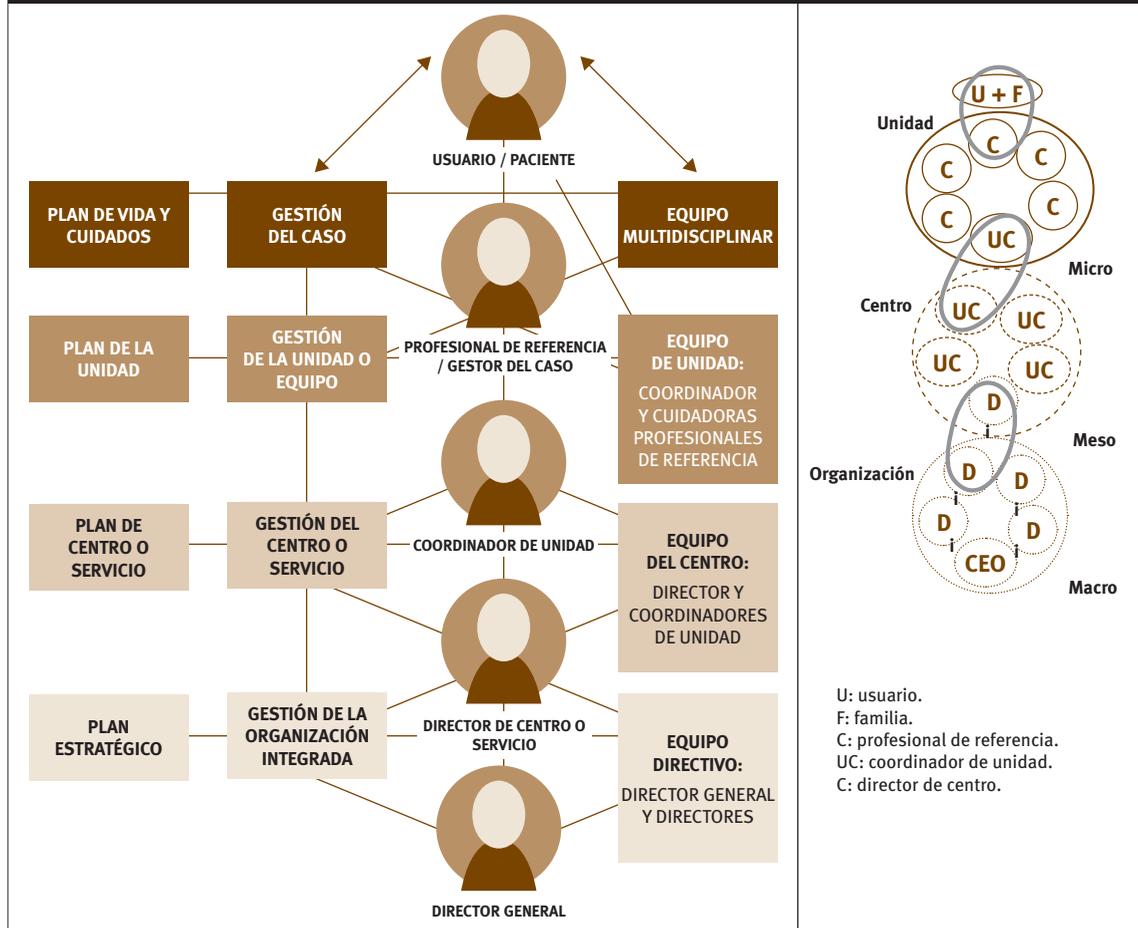
Se constata cómo emerge una identificación, un compromiso y un vínculo con las compañeras: “hasta que aprendimos a respetar y fuimos conscientes de que, en realidad, si rechazábamos algo, era porque no lo entendíamos...”. De esta manera, el reto de la agregación y el oportunismo son abordados mediante una lógica diferente a la de generar protocolos finalistas que pretendan asegurar ciertos comportamientos acabando con cualquier atisbo de flexibilidad organizativa: “hay que dar poder a la gente, lo que significa que ellos van a decidir. Mi responsabilidad hacia la gente es más informal que formal. Eso es lo que me importa”.

La planificación actúa como palanca que convierte la misión de servicio en acción. Se centra en la exploración de las necesidades, el consenso en la priorización de los objetivos y el diseño de la acción. Como todo ello tiene lugar al mismo tiempo, se trata de una estructura multinivel que conecta a las personas con la organización y el entorno. La Figura 4 muestra los diferentes niveles de planificación detectados a este respecto.

Esta realidad interdependiente dividida en cuatro niveles —gestión del caso, gestión de la unidad, gestión del centro o servicio, y gestión de la organización— lleva parejos cuatro niveles de planificación, soportados por unos sistemas de información, unas políticas de recursos humanos y una estructura más descentralizada que permiten su adecuado funcionamiento. Aun así, todo el sistema se articula por una premisa: la participación de la persona acompañada y que precisa cuidados en su propio plan de vida y cuidados. La gestión del caso y el profesional de referencia son fundamentales para la promoción de su autonomía. Esto supone un ejercicio de colaboración muy importante del sistema, para que este acompañamiento pueda ocurrir en tiempo y forma, simultáneamente en los diferentes casos dentro de cada unidad y, a su vez, entre unidades y centros. La organización, por lo tanto, se visualiza no como una suma de centros, sino como una realidad más holocrática, compuesta por comunidades más autónomas articuladas en torno a unidades de convivencia.

El hecho relacional requerido en la planificación participada de los cuidados desde la perspectiva de la atención centrada en la persona va más allá de lo que se puede programar. El proceso no pretende ser

Figura 4. Niveles de la planificación participada en la organización estudio del caso



Fuente: Elaboración propia.

lineal, ni ser únicamente el marco que establece los objetivos que se plantean. Se trata de una propuesta relacional, que, por serlo, se acepta o no (necesita de una predisposición y reconocimiento mutuo) y se mide por medio de la percepción de la otra persona, a partir de la experiencia subjetiva propia de haber sido acompañado/a. Esto da cabida a las emociones y a los sentimientos, para poder satisfacer así las necesidades detectadas más allá de las establecidas por los mecanismos formales.

Las funciones de coordinación del profesional de referencia, el coordinador de unidad, el director de centro y la dirección general son fundamentales para el flujo de información entre niveles y entre equipos, para una permanente búsqueda de nuevos equilibrios. Los perfiles señalados tienen un papel dual, de manera que participan como referentes en su equipo y como participantes en el siguiente nivel. Esta dualidad permite el flujo de información ascendente, trasladando necesidades, y, en sentido descendente, recursos, delegación de poder y límites para la autogestión de los equipos y casos. Esto hace que cuanto mayor sea el grado de cohesión de los equipos, menor será la necesidad de acierto de la planificación, ya que los participantes perseguirán el propósito organizacional de manera espontánea en sus relaciones informales. Esos desajustes en la planificación serán cubiertos por los propios participantes, de manera participativa y dando sentido a la comprensión y al aprendizaje experiencial.

La planificación participada de un sistema de este tipo requiere integración, ya que no solo consiste en priorizar acciones; es importante el proceso previo de la indagación para detectar las necesidades reales de los participantes. Cuando esto se hace de manera participativa, se consigue integrar en mayor medida las diferentes voces y realidades. Al mismo tiempo, esta participación permite mostrar en la práctica el valor intrínseco de cada persona, pues el mero hecho de ser escuchadas supone un reconocimiento tácito.

Además, este proceso participativo de la indagación y la priorización colectiva de la planificación conlleva un consenso para la acción. Este proceso de acción-reflexión colectiva que supone la permanente adaptación que requiere la atención centrada en la persona a cada persona y al entorno externo por parte de todo el sistema, cada profesional, desde su papel, genera aprendizaje operativo y cooperativo:

Estamos trabajando con personas, y si quieres que el modelo funcione, todo tiene que estar integrado, y ningún aspecto puede estar aislado de los demás y, por tanto, tenemos que tener una visión completa de la organización, un equilibrio entre todas nuestras necesidades: horarios, organización, funcionamiento personal, delegación de tareas y autonomía.

La estructura se ha rediseñado para que la delegación y el flujo de información del poder formal

en la toma de decisiones pase al equipo según el nivel requerido de planificación participativa. Es fundamental la generación de equipos pequeños y estables: “antes no me importaba estar con X o con Y..., porque éramos 30 o 40 compañeros y siempre estábamos cambiando. Ahora solo hay siete miembros del equipo que se reúnen y deciden”. Hay calendarios y jornadas más amplias y conciliables con la vida personal, y perfiles profesionales más amplios en funciones cotidianas para el acompañamiento en actividades significativas para las personas, lo cual ahonda en esa autogestión y flexibilidad pretendidas.

La digitalización y los sistemas de información abiertos rediseñan la lógica de las políticas, los sistemas de información, las normas, los procedimientos y los protocolos, para promover la comunicación y la participación, minimizando el oportunismo. La atención centrada en la persona requiere flexibilidad y adaptación, y los protocolos y sistemas se convierten en “contenedores” del aprendizaje colectivo experimentado en la resolución de retos vividos, y no en elementos finalistas. La democratización de los sistemas informáticos es obligatoria.

Se puede concluir afirmando que una primera clave observada en el desarrollo organizacional para la autogestión es el cambio de escala organizativa, del centro como unidad de gestión a los equipos de las unidades de convivencia. Así, el concepto de “centro” muta a la agregación de unidades de convivencia autónomas que comparten un propósito compartido.

## 5.2. La relevancia de la sistematización de los espacios grupales para el aprendizaje y la cohesión

La segunda gran conclusión práctica que se puede extraer del estudio del caso es la naturaleza dinámica y subjetiva del proceso. Pretender *a priori* y mediante el poder formal establecer una planificación exhaustiva y mecanicista del proceso no encaja con la atención centrada en la persona, ni con las personas. Estas aprenden en la acción y en la relación, y dependiendo de la calidad motivacional de los participantes, el proceso cambiará su desarrollo. Se trata de una permanente búsqueda de equilibrios, por lo que intentar anticipar y atar lo que ocurrirá es a todas luces un error estratégico y táctico, ya que limitará la posibilidad de innovación.

Se constata cómo la estabilidad y el desarrollo de la cohesión de los equipos ha ahondado en la profundización de las relaciones interpersonales, lo cual ha permitido que las personas se hagan visibles como individuos y no solo por el papel que desempeñan. Se fomentan, con el acompañamiento adecuado, diálogos generativos que impulsan la creatividad, de modo que la estabilidad y la incorporación de nuevos miembros del equipo es un proceso crítico.

La atención centrada en la persona incorpora nuevas formas de trabajo que implican nuevas habilidades técnicas, interpersonales e intrapersonales para gestionar situaciones de gran carga emocional y estrés. La estabilidad y los equipos reducidos aumentan este efecto antes atenuado por la rotación, la impersonalidad y el protocolo. La clave está en facilitar los espacios, tiempos y recursos para la reflexión colectiva de aquellos episodios que generan malestar y conflicto en el propio equipo. La autonomía y el propósito compartido fomentan la creatividad para resolver los problemas del propio trabajo.

La heterogeneidad de las propias personas participantes, esa subjetividad y diversidad, es una verdadera fuente de nuevo conocimiento e innovación y debe ser gestionada en aras de la máxima capacidad de adaptación a cada caso:

¿Qué necesitamos, entonces? Habilidades.

Los conceptos están ahí, pero lo que realmente ocurre es que hay que desarrollarlos. Y es la propia práctica... ¡Ha habido sangre, trabajo, lágrimas y sudor! Y mucho esfuerzo y sacrificio...

Se constata cómo los aprendizajes son amplificadas a través de un estilo relacional orientado a la resolución de los verdaderos problemas de las personas:

Hablamos mucho, compartimos mucho, escuchamos mucho.

Somos como facilitadores de la vida de las personas.

No tener secretos.

Lidiar con la holgazanería.

Estar informados de todo lo que pasa.

Estar coordinados y tener el mismo objetivo.

Coordinar la atención entre turnos con una comunicación fluida e informar de las incidencias cada día.

Acompañar en situaciones de gran dependencia y fragilidad es una tarea compleja que requiere una coordinación continua de los servicios de atención y las acciones de los diferentes participantes, dentro de cada equipo, en los turnos de trabajo y en toda la organización. Esto exige la integración de las diferentes capacidades a través de una mayor comunicación y reconocimiento mutuo; en definitiva, una mayor escucha.

Se observa que, cuando se da una diferencia entre la expectativa y lo ocurrido, tanto si es notoria como sutil, se intenta comprender qué ha ocurrido a través de una reflexión en equipo. Se constata que esta participación orientada a resolver los conflictos genera un nuevo aprendizaje: una vez que se da sentido a lo ocurrido, se trata de algo más profundo, que cambia creencias y valores personales. Tratar los conflictos con intención constructiva y respeto

de las subjetividades, incluida la propia, aumenta la confianza y la eficacia grupal, además del aprendizaje y el logro de resultados en el futuro. De esta forma, este nuevo conocimiento se socializa, es decir, se hace explícito a través de su transferencia a las guías y sistemas. Se trata de un proceso iterativo de construcción permanente que avanza mediante la acción y que genera cada vez mayor certeza y facilita la adaptación externa.

Por lo tanto, una segunda clave en el desarrollo organizacional pretendido hacia la autogestión es la sistematización de los espacios grupales para el aprendizaje y la cohesión en las propias unidades de convivencia. Se trata de la resolución de conflictos mediante el análisis de la propia práctica profesional. Supone dedicar tiempo y recursos, acompañamiento y supervisión para desarrollar hábitos de discusión y análisis sobre episodios no comprendidos, para construir nuevos significados orientados a la resolución de los conflictos que generan aprendizaje y cohesión.

### 5.3. Liderazgo personal para el desarrollo de nuevos perfiles profesionales

La gestión tradicional utiliza principalmente claves formales como la planificación, la estructura, los protocolos, los sistemas y las políticas orientados al control interno y la fijación de objetivos para una mayor productividad. Sin embargo, en el contexto actual, las prioridades de la gestión se orientan hacia la cobertura y el fomento de la comunicación, la participación y la delegación de poder, “porque nos han dado autonomía y libertad para poder desarrollar nuestro plan de gestión”.

La autogestión supone una participación activa de todas las personas implicadas, especialmente de aquellas que reciben cuidados. El estudio del caso permite detectar cuatro niveles diferenciados: la gestión del caso, la gestión de la unidad, la gestión del centro y la gestión de la organización. El modelo emergente propone que todas las personas participantes, dentro del nivel asignado, precisen de capacidad de liderazgo para la gestión, sea cual fuere su papel en el sistema, ya que en los cuatro niveles señalados es preciso dinamizar procesos de indagación de necesidades, priorización de objetivos, definición de acciones, reparto de recursos y evaluación de los resultados. Las consecuencias de estas intervenciones, cuando generan conflictos, si son reflexionadas suelen ser una rica fuente de aprendizaje (Wild y Kydd, 2016).

Los cuatro niveles de gestión requieren de unas políticas y sistemas acordes con esta planificación participativa planteada que favorezcan el flujo de información y el establecimiento de límites para una acción grupal eficaz. Para ello, es necesario delegar la toma de decisiones en cada uno de los niveles detectados a través de cuatro nuevos perfiles: profesional de referencia, coordinador de unidad,

director de centro y equipo directivo/gerencia (Figura 4). Todos estos puestos tienen un papel dual o una doble posición, como referentes en su equipo y como participantes en el siguiente nivel. La dualidad permite el flujo de la información, la delegación de poder, la asignación de recursos y la participación.

El desempeño de estos perfiles referentes en la organización es clave para la interdependencia y el trabajo autogestionado. Los datos han permitido detectar y validar tres tipos de competencias directivas diferenciadas para este “nuevo liderazgo” más sistémico (Bengoa *et al.*, 2016): ejecutivas, interpersonales e intrapersonales. En las narrativas recogidas, se observa que el liderazgo es un hecho relacional: lo da el equipo, se trata de una elección o reconocimiento voluntario de unas personas a otra. Es fruto de la experiencia mutua vivida ante episodios convivenciales donde, a través de múltiples decisiones y conductas, se constata la presencia o no de ciertas competencias:

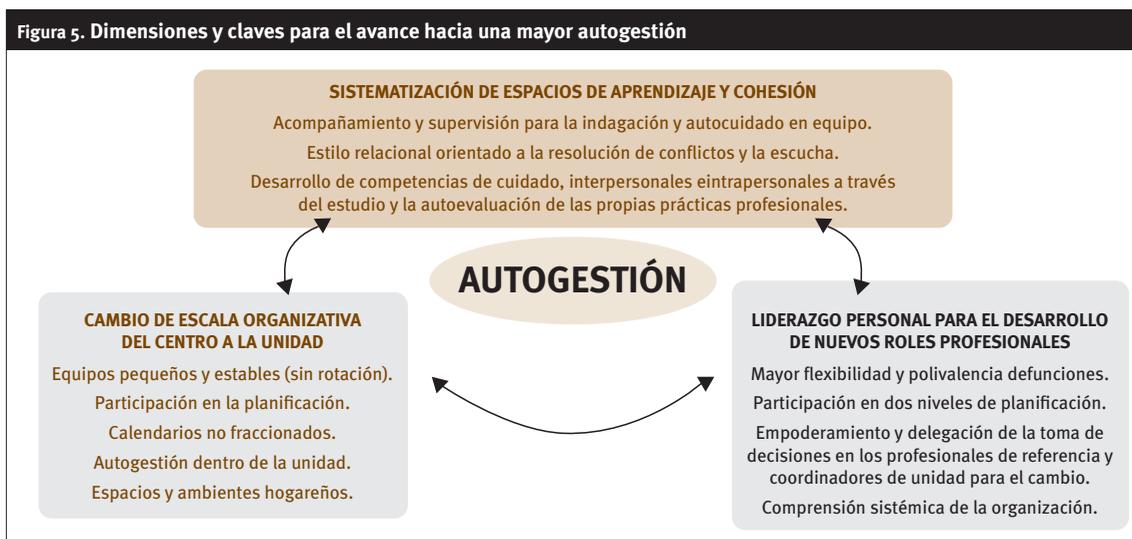
- Competencias ejecutivas relacionadas con el logro de resultados: visión de la organización y del “sistema”, orientación a las personas, gestión de los recursos, habilidades de negociación y trabajo en red.
- Competencias interpersonales relacionadas con las comunidades de aprendizaje e innovación: habilidades de comunicación, gestión de los conflictos, carisma, delegación, facilitación y trabajo en equipo.
- Competencias intrapersonales relacionadas con la cohesión y la movilización del propósito:
  - Externas: proactividad; iniciativa; optimismo; ambición; y gestión personal del tiempo, la información y el estrés.
  - Internas: autocrítica, autoconocimiento, autogobierno, autocontrol, equilibrio emocional e integridad.

Es relevante tener en cuenta que cuanto más amplio es el rango de influencia de las decisiones tomadas por las personas participantes en un espacio determinado, es decir, el poder delegado, mayor es la necesidad de competencias y calidad motivacional para el desempeño de sus respectivos perfiles. La autorregulación personal para priorizar al equipo o al usuario es fundamental para el aumento de la confianza y la cohesión, ya que al ser todos agentes activos de un mismo ecosistema, deberán orientarse voluntariamente a un propósito compartido.

El liderazgo personal es el empoderamiento (Kesby, 2005), la disciplina y el autocontrol para una priorización del propósito compartido, independientemente de que exista un poder formal. El liderazgo es el resultado de un proceso de renuncia y aprendizaje donde las personas y los equipos son la prioridad (Binns, 2008). Destaca, dentro del liderazgo personal observado en algunas figuras referentes la calidad motivacional, esa capacidad de priorizar el bien común que genera una confianza intencional en los participantes (Karakas y Sarigollu, 2012).

Así, se puede señalar una tercera clave organizativa para la autogestión, que no es otra que el liderazgo personal sustentado en dos condiciones, la calidad motivacional y la calidad competencial, las cuales son la condición necesaria para desempeñar unos nuevos perfiles profesionales más amplios, flexibles y empoderados.

La Figura 5 resume los resultados alcanzados, enfatizando las tres dimensiones organizativas señaladas y las consiguientes palancas de gestión claves para la transición hacia un contexto de mayor autogestión favorable al desarrollo de la atención centrada en la persona. Es destacable la importancia de la consistencia entre las tres realidades y sus palancas para una retroalimentación mutua que sostenga una cultura de empoderamiento, aprendizaje, relaciones colaborativas y sentido.



Fuente: Elaboración propia.

## 6. Discusión

La literatura revisada apunta a la troncalidad de una mayor autogestión como clave para el desarrollo de este nuevo paradigma de cuidados. Se trata de un enfoque más comunitario, cooperativo, horizontal, flexible y desinstitucionalizador (Miller y Stein, 2020). La cercanía y la dimensión reducida del equipo parecen facilitar una mayor capacidad de adaptación a las necesidades de cada persona y permitir la inclusión de mayor distancia cognitiva (Steele Gray *et al.*, 2020; Wodchis *et al.*, 2015). Sin embargo, desde la lógica directiva actual, delegar este poder a los equipos resulta incierto (Alharbi *et al.*, 2012).

Comprender por qué unas personas de manera espontánea priorizan unos comportamientos sobre otros, poder delegar la toma de decisiones de aspectos que se sitúan bajo la responsabilidad propia o conseguir que el logro de metas y el aprendizaje se sustenten en la voluntad personal de los equipos de atención directa y no en el cumplimiento de estrictos protocolos mecanicistas supone, para la lógica organizacional actual, algo realmente desconcertante (Rosengren, 2016; Mintzberg, 2017).

Los resultados de este estudio de caso proponen tres claves para el desarrollo organizacional que facilitan un contexto más flexible y seguro (Noteboom, 2000). Comprender la organización como un sistema dinámico, diverso y en el que la complejidad aumenta con la agregación de personas obliga a equilibrar permanentemente el logro de resultados organizacionales con la generación de nuevo conocimiento para la innovación y la cohesión de los equipos que sustente todo ello (Amunarriz y Alcalde-Heras, 2020). Los resultados también parecen indicar la necesidad de una reducción en la escala organizativa para avanzar en este sentido, ya que, al reducir la distancia entre la toma de decisiones y la acción, aumenta la calidad motivacional, equilibrando los intereses personales y los colectivos (Chinchilla y Cruz, 2011). Se trata de cambiar el concepto de “centro” como institución aglutinadora de recursos y servicios, y elemento principal de la gestión, por la unidad de convivencia y el equipo, como nueva referencia más reconocible y humana, más “ecosistémica” (Miller, 2018).

De acuerdo a lo observado y a la literatura revisada (Miller y Stein, 2020), en el imaginario colectivo de la organización el constructo de “centro” debería transitar hacia una realidad holocrática más orgánica, entendida como una agregación interdependiente de equipos concebidos en forma de comunidades de aprendizaje (Nonaka, 1994). Estos equipos estarían articulados en torno a las unidades de convivencia, espacios para la generación de procesos de acción-reflexión orientados a resolver los propios conflictos e insatisfacciones emergentes en los cuidados y donde participan los sujetos implicados (Weick, Sutcliffe y Obstfeld, 2005). Es primordial que sean pequeños y

estables (Solansky, 2008), para fomentar la creación de sentido y una cultura cooperativa más cohesiva que confiere estabilidad y, al mismo tiempo, la flexibilidad demandada (Noteboom, 2000). Todo ello debería estar soportado por sistemas de información abiertos (Kneck *et al.*, 2019) y políticas orientadas a fomentar la integración y minimizar el oportunismo (Scott y Pringle, 2018). Esto supone entender la organización como un ecosistema formado por pequeñas comunidades, con nuevos perfiles profesionales más amplios y flexibles, en especial el del profesional de referencia y el coordinador de unidad (Gilburt, 2016; Stein, 2016; Heimans y Timms, 2014), perfiles que se autogestionen para contribuir al propósito común mediante un liderazgo personal que emana de saberse parte de ese propósito (Amelung, Chase, Reichert, 2017).

Las comunidades en las unidades de convivencia no surgen de manera espontánea y precisan de acompañamiento, medios y una estabilidad en el tiempo para que, de manera progresiva y autónoma, vayan desarrollándose (Mintzberg, 2017). Así lo asume Leutz en su trabajo seminal de 1999, en concreto, en su segunda ley de la integración, que dice algo así como “la integración cuesta antes de dar resultados”<sup>2</sup> (Leutz, 1999: 89). Por ello, la segunda gran conclusión del presente estudio es la importancia de que los equipos tengan tiempo, medios, acompañamiento, intervención y espacios sistematizados a través de dinámicas eficaces de trabajo en equipo para la construcción de sentido y significados compartidos, a través del análisis de sus propios relatos y prácticas (Weick, Sutcliffe y Obstfeld, 2005).

Autores referentes, entre ellos, Mintzberg (2017), han subrayado el papel fundamental del liderazgo en la promoción de la integración para la generación de contextos favorables a la atención centrada en la persona. Afirman que la formación de redes y equipos no es solo una cuestión estratégica, sino también de liderazgo (Miller y Stein, 2020). La experiencia de este estudio de caso ilustra cómo el director de una organización sociosanitaria debe trascender del papel tradicional de gestor ejecutivo capaz de manejar las palancas formales de la organización para alcanzar una serie de resultados organizativos de manera coste-eficaz (Fillingham y Weir, 2014).

Nonaka (1994: 31) aclara que la alta dirección es la que debe focalizar su energía en la claridad del propósito organizacional, la visión futura para el cambio continuo y el aprendizaje. La literatura revisada señala en esta línea que las principales contribuciones de los directivos y gerentes que ocupan posiciones estratégicas se centran en fomentar la participación, la movilización de las personas dentro de las organizaciones, conectándolas emocionalmente con su misión, el aseguramiento de los recursos internos y externos

<sup>2</sup> “It costs before it pays”.

para su implementación. Esto incluye el apoyo al aprendizaje, el fomento de una cultura de innovación y la priorización de la inclusión de las comunidades dentro de los desarrollos estratégicos (Nicholson *et al.*, 2018; Borgermans y Devroey, 2017).

Al mismo tiempo, los resultados del estudio del caso permiten considerar que la contribución de las direcciones de carácter más operativo se debería focalizar más en generar confianza en los equipos de cuidados. Esto supone asumir la conexión entre dos realidades complementarias de gestión: lo estratégico y lo operativo. Implica fomentar el empoderamiento, la comunicación, la capacidad de implementación; compartir la visión general en una versión que sea comprensible para los equipos base, y coordinar actividades y recursos. Supone trabajar con las historias y planes de cuidados individualizados, gestionar los presupuestos, dinamizar procesos basados en el trabajo en equipo, la participación de asociaciones de voluntariado, las oportunidades para el desarrollo, la mejora de la calidad, la personalización y la implementación de nuevas funciones (Van Duijn *et al.*, 2018; Busetto *et al.*, 2018; Miller, 2018; Borgermans *et al.*, 2017).

El estudio de caso permite triangular con la literatura revisada dos aspectos fundamentales de este liderazgo personal pretendido. En primer lugar, la capacidad de priorizar y equilibrar, los motivos ajenos con los propios y los organizativos, es decir, la calidad motivacional (Chinchilla y Cruz, 2011). Supone equilibrar en las decisiones, la cohesión del equipo sobre las preferencias personales y los resultados organizativos (Amason y Sapienza, 1997). Noteboom (2000) identifica esta certeza como “confianza intencional”. En segundo lugar, la calidad competencial, técnica, interpersonal e intrapersonal para el desempeño del nuevo perfil asignado. Noteboom, (2000) le llama a esta certeza: “confianza operacional”. Las dos condiciones, intencional y operacional, constituyen el conjunto esencial de habilidades que los directivos, coordinadores y profesionales de referencia necesitarían desarrollar para liderar el cambio organizativo pretendido. Estas son especialmente críticas para aquellas posiciones que pueden modificar la organización formal y sus reglas de juego.

## 7. Conclusiones y limitaciones

La lucha para mantener el cambio y generar espacios residenciales más sostenibles y ecológicos con las personas, supone también —¿por qué no decirlo?— un conflicto entre los sistemas tradicionales de gestión y los nuevos modelos organizativos, donde los primeros están representados por jerarquías, mientras que los segundos se materializan en un trabajo en equipo autogestionado, interdependiente y que construye redes (Bengoa *et al.*, 2016). Parece que avanzar hacia estos nuevos modelos de gestión requerirá adoptar un conjunto común de valores (Zonneveld *et al.*, 2018). Por tanto, los directivos tienen un papel importante

en el logro de tales sinergias, ya que de ellas depende conceder oportunidades reales a nuevas ideas e iniciativas para la transformación cultural pretendida (Miller y Stein, 2020).

La gestión estratégica del cambio (Laurola, 2018) supone abrazar la naturaleza dinámica, diversa y subjetiva del conjunto de personas que componen la organización (Bartelings *et al.*, 2017). En este sentido, la comprensión de la organización como un sistema en el que las personas participantes se movilizan por motivos y competencias diferentes debería fomentar la participación directiva en dinámicas de reflexión-acción de esta naturaleza (Ghate, Lewis y Welbourn, 2013). Este tipo de transformación requiere cambios en creencias, valores y comportamientos profundamente arraigados en todos los grupos de interés: usuarios, familias, cuidadoras, técnicos, directivos y proveedores. Es por ello por lo que aquellas personas con capacidad de decisión para cambiar las reglas de juego tienen la responsabilidad de asumir, necesariamente en primera persona, estos procesos de desarrollo de liderazgo personal para avanzar hacia el nuevo paradigma (Chinchilla y Cruz, 2011).

El cuestionamiento personal y el pensamiento crítico implican una escucha activa de las partes interesadas. La adquisición de capacidades, fruto del aprendizaje experiencial, supone un proceso lento, voluntario y arduo, de numerosas renuncias personales y mirada a largo plazo, que no todas las personas directivas están dispuestas a asumir. Es necesario gestionar las tensiones entre la satisfacción de los motivos presentes y los potenciales futuros para el equilibrio personal y organizacional (Pérez López, 1993). Para avanzar, se requiere propósito organizacional firme al que orientarse, acompañamiento, supervisión, espacios para la indagación, equipo y políticas adecuadas (Bishop, 2014). Se trata de una aproximación eminentemente práctica y experiencial (Noteboom, 2000).

Evidentemente, el estudio aquí descrito no pretende ofrecer un modelo de éxito para otras organizaciones: cada organización y cada contexto son únicas, y las estrategias de cambio exitosas también variarán. Por lo tanto, es necesario seguir investigando para probar las conclusiones señaladas en este singular caso, en diferentes contextos y con diferentes protagonistas, y también metodologías, para ver si es útil allí, como ha demostrado serlo en la Fundación Matia y en Etxean Ondo, que cumple ya su décimo aniversario.

Finalmente, y de acuerdo con los resultados obtenidos, parece necesario recomendar más investigación sobre tres aspectos críticos: primero, la dimensión óptima de las unidades de convivencia; segundo, las ratios y tiempos para los espacios de aprendizaje y cohesión en las propias unidades; y tercero, según lo analizado, el desarrollo de nuevos perfiles y currículos profesionales más polivalentes y empoderados para el liderazgo del cambio *bottom-up*.

- ABADIE, F.; CODAGNONE, C.; HELTER, T.M. y LUPIÁÑEZ-VILLANUEVA, F. (2014): *Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems. Phase 3 (SIMPHS 3). Report on the methodological set-up for the SIMPHS3 research*, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, <<https://doi.org/10.2791/984936>>.
- ALHARBI, T.S.J.; EKMAN, I.; OLSSON, L.E.; DUDAS, K. y CARLSTRÖM, E. (2012): “Organizational culture and the implementation of person centered care: Results from a change process in Swedish hospital care”, *Health Policy*, vol. 108, nº 2-3, págs. 294-301, <<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.09.003>>.
- ÁLVAREZ-GAYOU, J.L. (2003): *Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología*, México, Paidós.
- AMASON, A.C. y SAPIENZA, H.J. (1997): “The effects of top management team size and interaction norms on cognitive and affective conflict”, *Journal of Management*, vol. 23, nº 4, págs. 495-516, <<https://doi.org/10.1177/014920639702300401>>.
- AMELUNG, V.; CHASE, D. y REICHERT, A. (2017): “Leadership in integrated care”, en AMELUNG, V.; STEIN, V.; GOODWIN, N.; BALICER, R.; NOLTE, E. y SUTER, E. (eds.), *Handbook Integrated Care*, Cham, Springer, págs. 221-236, <[https://doi.org/10.1007/978-3-319-56103-5\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-319-56103-5_14)>.
- AMUNARRIZ, G. (2020): “Fundamentos del liderazgo y gestión estratégica hacia organizaciones sociosanitarias centradas en las personas: una aproximación desde el estudio del caso” [tesis doctoral con mención industrial], Deusto Business School, Universidad de Deusto.
- AMUNARRIZ, G. y ALCALDE-HERAS, H. (2020): “Towards an integrated care organisation from a CEO perspective”, *International Journal of Integrated Care*, vol. 20, nº 3, art. 10, <<https://doi.org/10.5334/ijic.5559>>.
- ARGANDOÑA, A. (2008): “Integrating ethics into action theory and organizational theory”, *Journal of Business Ethics*, vol. 78, nº 3, págs. 435-446, <<https://doi.org/10.1007/s10551-006-9340-x>>.
- AUSCHRA C. (2018): “Barriers to the integration of care in inter-organisational settings: A literature review”, *International Journal of Integrated Care*, vol. 18, nº 1, art. 5, <<https://doi.org/10.5334/ijic.3068>>.
- BARTELINKS J.A.; GOEDEE J.; RAAB J. y BIJL, R. (2017): “The nature of orchestrational work”, *Public Management Review*, vol. 19, nº 3, págs. 342-360, <<https://doi.org/10.1080/14719037.2016.1209233>>.
- BARTLE, E.E.; COUCHONNAL, G.; CANDA, E.R. y STAKER, M.D. (2002): “Empowerment as a dynamically developing concept for practice: Lessons learned from organizational ethnography”, *Social Work*, vol. 47, nº 1, págs. 32-43, <<https://doi.org/10.1093/sw/47.1.32>>.
- BENGOA, R.; STOUT, A.; SCOTT, B.; MCALINDEN, M. y TAYLOR, M.A. (2016): *Systems, not Structures: Changing Health & Social Care. Expert Panel Report*, <<https://www.health-ni.gov.uk/publications/systems-not-structures-changing-health-and-social-care-full-report>>.
- BERNARD, P. (1999): “Social cohesion: A critique”, *CPRN Discussion Papers*, nº F-09, Ottawa, Canadian Policy Research Networks.
- BINNS, J. (2008): “The ethics of relational leading: Gender matters”, *Gender, Work and Organization*, vol. 15, nº 6, págs. 600-620, <<https://doi.org/10.1111/j.1468-0432.2008.00418.x>>.

- BIRKINSHAW, J.; ZIMMERMANN, A. y RAISCH, S. (2016): "How do firms adapt to discontinuous change? Bridging the dynamic capabilities and ambidexterity perspectives", *California Management Review*, vol. 58, nº 4, págs. 36-58.
- BISHOP, C.E. (2014): "High-performance workplace practices in nursing homes: An economic perspective", *The Gerontologist*, vol. 54, supl. 1, págs. 46-52, <<https://doi.org/10.1093/geront/gnt163>>.
- BORGERMANS, L. y DEVROEY, D. (2017): "A policy guide on integrated care (PGIC): Lessons learned from EU Project INTEGRATE and beyond", *International Journal of Integrated Care*, vol. 17, nº 4, art. 8, <<https://doi.org/10.5334/ijic.3295>>.
- BUSETTO, L.; LUIJKX, K.; CALCIOLARI, S.; GONZÁLEZ ORTIZ, L.G. y VRIJHOEF, H.J.M. (2018): "Barriers and facilitators to workforce changes in integrated care", *International Journal of Integrated Care*, vol. 18, nº 2, art. 17, <<https://doi.org/10.5334/ijic.3587>>.
- BUTTERFIELD, J. (2009): "Using grounded theory and action research to raise attainment in, and enjoyment of, reading", *Educational Psychology in Practice*, vol. 25, nº 4, págs. 315-326, <<https://doi.org/10.1080/02667360903315131>>.
- CAMERON, A.; LART, R.; BOSTOCK, L. y COOMBER, C. (2014): "Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: A review of research literature", *Health & Social Care in the Community*, vol. 22, nº 3, págs. 225-233, <<https://doi.org/10.1111/hsc.12057>>.
- CASPAR, S.; COOKE, H.A.; PHINNEY, A. y RATNER, P.A. (2018): "Practice change interventions in long-term care facilities: What works, and why?", *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne du Vieillessement*, vol. 4, nº 3, págs. 372-384, <<https://doi.org/10.1017/S0714980816000374>>.
- CHINCHILLA, M. y CRUZ, H. (2011): "Diversidad y paradigmas de empresa: un nuevo enfoque", *Revista Empresa y Humanismo*, vol. XIV, nº 1, págs. 47-79.
- COGLAN, D. (2007): "Insider action research doctorates: Generating actionable knowledge", *Higher Education*, vol. 54, nº 2, págs. 293-306, <<https://doi.org/10.1007/s10734-005-5450-0>>.
- COONEY, A. (2012): "'Finding home': A grounded theory on how older people 'find home' in long-term care settings", *International Journal of Older People Nursing*, vol. 7, nº 3, págs. 188-199, <<https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00278.x>>.
- COYLE, J. y WILLIAMS, B. (2001): "Valuing people as individuals: Development of an instrument through a survey of person-centredness in secondary care", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 36, nº 3, págs. 450-455.
- CRESWELL, J.W. y MILLER, D.L. (2000): "Determining validity in qualitative inquiry", *Theory into Practice*, vol. 39, nº 3, págs. 124-130.
- DÍAZ-VEIGA, P.; SANCHO, M.; GARCÍA, Á.; RIVAS, E.; ABAD, E.; SUÁREZ, N.; MONDRAGÓN, G.; BUIZA, C.; ORBEGOZO, A. y YANGUAS, J. (2014): "Efectos del Modelo de Atención Centrado en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos", *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol. 49, nº 6, págs. 266-271, <<https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.06.003>>.
- EPPING-JORDAN, J.E.; PRUITT, S.D.; BENGEOA, R. y WAGNER, E.H. (2004): "Improving the quality of health care for chronic conditions", *BMJ Quality & Safety*, vol. 13, nº 4, págs. 299-305.
- EVANS, J.; DAUB, S.; GOLDHAR, J.; WOJTAK, A. y PURBHOO, D. (2016): "Leading integrated health and social care systems: Perspectives from research and practice", *Healthcare Quarterly*, vol. 18, nº 4, págs. 30-35.
- FILLINGHAM, D. y WEIR B. (2014): *System Leadership: Lessons and Learning from AQUA's Integrated Care Discovery Communities*, Londres, The King's Fund, <[https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field\\_publication\\_file/system-leadership-october-2014.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field_publication_file/system-leadership-october-2014.pdf)>.
- GHATE, D.; LEWIS, J. y WELBOURN, D. (2013): *Systems Leadership: Exceptional Leadership for Exceptional Times. Synthesis Paper*, Nottingham, The Virtual Staff College, <[http://leadershipforchange.org.uk/wp-content/uploads/VSC\\_Synthesis\\_complete\\_18mar2014.pdf](http://leadershipforchange.org.uk/wp-content/uploads/VSC_Synthesis_complete_18mar2014.pdf)>.
- GIBSON, C.B. y BIRKINSHAW, J. (2004): "The antecedents, consequences, and mediating role of organizational ambidexterity", *Academy of Management Journal*, vol. 47, nº 2, págs. 209-226.
- GILBERT, H. (2016): *Supporting Integration through New Roles and Working across Boundaries*, Londres, The King's Fund.
- GONZÁLEZ-ORTIZ, L.G.; CALCIOLARI, S., GOODWIN, N. y STEIN V. (2018): "The core dimensions of integrated care: A literature review to support the development of a comprehensive framework for implementing integrated care", *International Journal of Integrated Care*, vol. 18, nº 3, art. 10, <<https://doi.org/10.5334/ijic.4198>>.
- GOODWIN, N. (2008): "Are networks the answer to achieving integrated care?", *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 13, nº 2, págs. 58-60, <<https://doi.org/10.1258/jhsrp.2008.00800>>.
- (2013): "Understanding integrated care: A complex process, a fundamental principle", *International Journal of Integrated Care*, vol. 13, nº 1, <<https://doi.org/10.5334/ijic.1144>>.
- (2017): "Change management", en AMELUNG, V.; STEIN, V.; GOODWIN, N.; BALICER, R.; NOLTE, E. y SUTER, E. (eds.), *Handbook of Integrated Care*, Cham, Springer, págs. 221-236, <[https://doi.org/10.1007/978-3-319-56103-5\\_16](https://doi.org/10.1007/978-3-319-56103-5_16)>.
- GRANT, R.M. (1996): "Toward a knowledge-based theory of the firm", *Strategic Management Journal*, vol. 17, nº S2, págs. 109-122, <<https://doi.org/10.1002/smj.4250171110>>.
- GRONN P. (2002): "Distributed leadership as a unit of analysis", *The Leadership Quarterly*, vol. 13, nº 4, págs. 423-451, <[https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(02\)00120-0](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(02)00120-0)>.
- GUMMESSON, E. (2000): "Qualitative research in management", en GUMMESSON, E., *Qualitative*

*Methods in Management Research*, Thousand Oaks, Sage.

- GUTIÉRREZ, J.F. (2018): “Math: It’s not what you ‘think’”, en KAY, J. y LUCKIN, R. (eds.), *Rethinking Learning in the Digital Age: Making the Learning Sciences Count. Proceedings of the 13<sup>th</sup> International Conference of the Learning Sciences (ICLS 2018)*, vol. 2, págs. 1.021-1.024, Londres, University College London.
- HAHN, T.; PINKSE, J.; PREUSS, L. y FIGGE, F. (2015): “Tensions in corporate sustainability: Towards an integrative framework”, *Journal of Business Ethics*, vol. 127, nº 2, págs. 297-316, <https://doi.org/10.1007/s10551-014-2047-5>.
- HEENAN, D.; BENGGA, R. y BIRRELL, D. (2017): “Progress in building integration: Lessons from Great Britain, Northern Ireland and the Basque Country”, *International Journal of Integrated Care*, vol. 17, nº 5, art. 262, <https://doi.org/10.5334/ijic.3573>.
- HEIMANS, J. y TIMMS, H. (2014): “Understanding ‘new power’”, *Harvard Business Review*, vol. 92, nº 12, págs. 48-56.
- IMAI, K.; NONAKA, I. y TAKEUCHI, H. (1985): “Managing the new product development game”, en CLARK, K. y HAYES, R. (eds), *The Uneasy Alliance*, Boston, Harvard Business School Press.
- KADU M.K. y STOLEE, P. (2015): “Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: A systematic review”, *BMC Family Practice*, vol. 16, <https://doi.org/10.1186/s12875-014-0219-0>.
- KARAKAS, F. y SARIGOLLU, E. (2012): “Benevolent leadership: Conceptualization and construct development”, *Journal of Business Ethics*, vol. 108, nº 4, págs. 537-553, <https://doi.org/10.1007/s10551-011-1109-1>.
- KESBY, M. (2005): “Rethorizing empowerment-through-participation as a performance in space: Beyond tyranny to transformation”, *Signs, Journal of Women in Culture and Society*, vol. 30, nº 4, págs. 2.037-2.065.
- KITSON, A.; MARSHALL, A.; BASSETT, K. y ZEITZ, K. (2013): “What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing”, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 69, nº 1, págs. 4-15.
- KNECK, Å.; FLINK, M.; FRYKHOLM, O.; KIRSEBOM, M. y EKSTEDT, M. (2019): “The information flow in a healthcare organisation with integrated units”, *International Journal of Integrated Care*, vol. 19, nº 3, art. 20, <https://doi.org/10.5334/ijic.4192>.
- KOREN, M.J. (2010): “Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement”, *Health Affairs*, vol. 29, nº 2, págs. 312-317, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0966>.
- LAMBERT, J. (2016): “Cultural diversity as a mechanism for innovation: Workplace diversity and the absorptive capacity framework”, *Journal of Organizational Culture, Communications and Conflict*, vol. 20, nº 1, págs. 69-77
- LAUROLA, H.E. (2018): “Integrated care in action: A Practical Guide for Health, Social Care and Housing Support”, *International Journal of Integrated Care*, vol. 18, nº 3 [es reseña de MILLER, R.; BROWN, H. y MANGAN, C. (2016): *Integrated Care in Action: A Practical Guide for Health, Social Care and Housing Support*, Londres, Jessica Kingsley Publishers].
- LEGA, F.; PRENESTINI, A. y SPURGEON, P. (2013): “Is management essential to improving the performance and sustainability of health care systems and organizations? A systematic review and a roadmap for future studies”, *Value in Health*, vol. 16, nº 1, págs. S46-S51.
- LEUTZ, W.N. (1999): “Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom”, *Milbank Quarterly*, vol. 77, nº 1, págs. 77-110, <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00125>.
- LEUTZ, W.; BISHOP, C.E. y DODSON, L. (2010): “Role for a labor-management partnership in nursing home person-centered care”, *The Gerontologist*, vol. 50, nº 3, págs. 340-351.
- LEVINTHAL, D.A. y MARCH, J.G. (1993): “The myopia of learning”, *Strategic Management Journal*, vol. 14, nº especial, págs. 95-112.
- LÖNNQVIST, A.; Kianto, A. y SILLANPÄÄ, V. (2009): “Using intellectual capital management for facilitating organizational change”, *Journal of Intellectual Capital*, vol. 10, nº 4, págs. 559-572.
- MACINNES, J. y PÉREZ DÍAZ, J. (2005): “The reproductive revolution and the sociology of reproduction”, en INTERNATIONAL UNION FOR THE SCIENTIFIC STUDY OF POPULATION (ed.), *XXV International Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population* [actas], Tours, International Union for the Scientific Study of Population.
- (2008): “La tercera revolución de la modernidad. La revolución reproductiva”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 122, págs. 89-118.
- (2010): “The reproductive revolution”, *The Sociological Review*, vol. 57, nº 2, págs. 262-284.
- MARCH, J.G. (1991): “Exploration and exploitation in organizational learning”, *Organization Science*, vol. 2, nº 1, págs. 71-87.
- MCCORMARCK B. y MCCANCE, T. (2017): *Person-Centred in Nursing and Health Care: Theory and Practice*, 2ª ed., Oxford, Wiley Blackwell.
- MERTENS, D. (2008): *Transformative Research and Evaluation*, Nueva York, Guilford Press.
- MEZZICH, J.E.; CARACCI, G.; FABREGA Jr, H. y KIRMAYER, L.J. (2009): “Cultural formulation guidelines”, *Transcultural Psychiatry*, vol. 46, nº 3, págs. 383-405.
- MILLER, R. (2018): “Transforming integration through general practice: Learning from a UK primary care improvement programme”, *International Journal of Integrated Care*, vol. 18, nº 2, art. 13, <https://doi.org/10.5334/ijic.3044>.
- MILLER, R. y STEIN, K.V. (2020): “The odyssey of integration: Is management its Achilles’ heel?”, *International Journal of Integrated Care*, vol. 20, nº 1, art. 7, <https://doi.org/10.5334/ijic.5440>.

- MINKMAN M. (2016): "The Development Model for Integrated Care: A validated tool for evaluation and development", *Journal of Integrated Care*, vol. 24, nº 1, págs. 38-52, <https://doi.org/10.1108/JICA-01-2016-0005>.
- MINTZBERG H. (2017): *Managing the Myths of Health Care. Bridging the Separations between Care, Cure, Control, and Community*, en ADINOLFI, P. y BORGONOVI, E. (eds.), *The Myths of Health Care*, Cham, Springer, <https://doi.org/10.1007/978-3-319-53600-2\_1>.
- MITTERLECHNER, M. (2019): "The need for reflexive leadership in inter-organizational networks", en MITTERLECHNER, M., *Leading in Inter-organizational Networks: Towards a Reflexive Practice*, Cham, Palgrave Macmillan, págs. 1-26.
- MITTERLECHNER, M.; BILGERI, A.S. y RÜEGG-STÜRM, J. (2019): "Leadership in integrated care networks: A literature review and opportunities for future research", *International Journal of Integrated Care*, vol. 19, nº 4, art. 128, <https://doi.org/10.5334/ijic.s3128>.
- NICHOLSON C.; HEPWORTH, J.; BURRIDGE, L.; MARLEY J. y JACKSON, C. (2018): "Translating the elements of health governance for integrated care from theory to practice: A case study approach", *International Journal of Integrated Care*, vol. 18, nº 1, art. 11, <https://doi.org/10.5334/ijic.3106>.
- NOLTE, E.; FRÖLICH, A.; HILDEBRANDT, H.; PIMPERL, A.; SCHULPEN, G.J. y VRIJHOEF, H.J. (2016): "Implementing integrated care: A synthesis of experiences in three European countries", *International Journal of Care Coordination*, vol. 19, nº 1-2, págs. 5-19, <https://doi.org/10.1177/2053434516655626>.
- NONAKA, I. (1994): "A dynamic theory of organizational knowledge creation", en SMITH, D.E., *Knowledge, Groupware and the Internet*, Oxford, Butterworth-Heinemann, págs. 2000, págs. 3-42, <https://doi.org/10.1016/b978-0-7506-7111-8.50003-2>.
- NOOTEBOOM, B. (2000): "Learning by interaction: Absorptive capacity, cognitive distance and governance", *Journal of Management and Governance*, vol. 4, págs. 69-92, <https://doi.org/10.1023/A:1009941416749>.
- OFICINA REGIONAL DE LA OMS PARA EUROPA (2016): *Strengthening People-Centred Health Systems in the WHO European Region: Framework for Action on Integrated Health Services Delivery*, Copenhagen, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa, <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/pages/publications/2016/eurr6615-strengthening-people-centred-health-systems-in-the-who-european-region-framework-for-action-on-integrated-health-services-delivery>.
- OMS (2015): *Informe mundial sobre envejecimiento y salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\_spa.pdf>.
- OSAKIDETZA (2010): *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en el País Vasco*, Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad y Consumo, <https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\_departamento/es\_def/adjuntos/estrategia-cronicidad.pdf>.
- PEINADO, I.; VILLALBA, E.; MANSO, F. y SÁNCHEZ, A. (2015): *Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems Phase 3 (SIMPHS 3): Diabmemory (Austria) Case Study Report*, serie Joint Research Centre Science and Policy Reports, Luxemburgo, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, <https://doi.org/10.2791/39375>.
- PENROSE, R. (1959): "The apparent shape of a relativistically moving sphere", *Mathematical Proceedings of the Cambridge Philosophical Society*, vol. 55, nº 1, págs. 137-139.
- PÉREZ LÓPEZ, J.A. (1993): *Fundamentos de la dirección de empresas*, Madrid, Rialp.
- PRAHALAD, C.K. y HAMEL, G. (1990): "The core competence of the corporation", en REIFER, D.J., *Software Management*, 7ª ed., Hoboken, Wiley, 2006, págs. 259-271.
- RAISCH, S.; BIRKINSHAW, J.; PROBST, G. y TUSHMAN, M. (2009): "Organizational ambidexterity: Balancing exploration and exploitation for sustained corporate performance", *Organization Science*, vol. 20, nº 4, págs. 685-695.
- ROMANO, S.A. (2005): "Slaying my own ghosts: My process into action research", *Action Research*, vol. 17, nº 3, págs. 344-356, <https://doi.org/10.1177/1476750318769991>.
- ROSENGREN K. (2016): "Person-centred care: A qualitative study on first line managers' experiences on its implementation", *Health Services Management Research*, vol. 29, nº 3, págs. 42-49, <https://doi.org/10.1177/0951484816637748>.
- RØRTVEIT, K.; HANSEN, B.S.; LEIKNES, I.; JOA, I.; TESTAD, I. y SEVERINSSON, E. (2015): "Patients' experiences of trust in the patient-nurse relationship—A systematic review of qualitative studies", *Open Journal of Nursing*, vol. 5, nº 3, págs. 195-209, <https://doi.org/10.4236/ojn.2015.53024>.
- SALGADO LÉVANO, A.C. (2007): "Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos", *Liberabit*, vol. 13, nº 13, págs. 71-78, <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1729-48272007000100009&lng=es&nrm=iso>.
- SCHEIN, E.H. (1985): *Organizational Culture and Leadership*, San Francisco, Jossey-Bass.
- SCOTT, K.A. y PRINGLE, J. (2018): "The power of the frame: Systems transformation framework for health care leaders", *Nursing Administration Quarterly*, vol. 42, nº 1, págs. 4-14, <https://doi.org/10.1097/NAQ.000000000000261>.
- SJÖGREN, K.; LINDKVIST, M.; SANDMAN, P.O.; ZINGMARK, K. y EDVARDSSON, D. (2017): "Organisational and environmental characteristics of residential aged care units providing highly person-centred care: A cross sectional study", *BMC Nursing*, vol. 16, nº 44, <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0240-4>.
- SOLANSKY, S.T. (2008): "Leadership style and team processes in self-managed teams", *Journal*

of *Leadership and Organizational Studies*, vol. 14, nº 4, págs. 332-341, <<https://doi.org/10.1177/1548051808315549>>.

- STEELE GRAY, C.; TANG, T.; ARMAS, A.; BACKO-SHANNON, M.; HARVEY, S.; KULUSKI, K.; LOGANATHAN, M.; NIE, J.X.; PETRIE, J.; RAMSAY, T. *et al.* (2020): “Building a digital bridge to support patient-centered care transitions from hospital to home for older adults with complex care needs: Protocol for a co-design, implementation, and evaluation study”, *JMIR Research Protocols*, vol. 9, nº 11, e20220, <<https://doi.org/10.2196/20220>>.
- STEIN, K.V. (2016): “Developing a competent workforce for integrated health and social care: What does it take?”, *International Journal of Integrated Care*, vol. 16, nº 4, art. 9, <<https://doi.org/10.5334/ijic.2533>>.
- SUTER, E.; OELKE, N.D.; ADAIR, C.E. y ARMITAGE, G.D. (2009): “Ten key principles for successful health systems integration”, *Healthcare Quarterly*, vol. 13, nº esp., págs. 16-23, <<https://doi.org/10.12927/hcq.2009.21092>>.
- TEECE, D.J. (2017): “Business models and dynamic capabilities”, *Long Range Planning*, vol. 51, nº 1, págs. 40-49, <<https://doi.org/10.1016/j.lrp.2017.06.007>>.
- VAN DUIJN, S.; ZONNEVELD, N.; LARA MONTERO, A.; MINKMAN, M. y NIES, H. (2018): “Service integration across sectors in Europe: Literature and practice”, *International Journal of Integrated Care*, vol. 18, nº 2, art. 6, <<https://doi.org/10.5334/ijic.3107>>.
- WEICK, K.E.; SUTCLIFFE, K.M. y OBSTFELD, D. (2005): “Organizing and the process of sensemaking”, *Organization Science*, vol. 16, nº 4, págs. 409-421.
- WILD, D. y KYDD, A. (2016): “Culture change in care homes: Development and facilitation”, *Nursing Older People*, vol. 28, nº 8, págs. 31-37, <<https://doi.org/10.7748/nop.2016.e790>>.
- WODCHIS, W.P.; DIXON, A.; ANDERSON, G.M. y GOODWIN, N. (2015): “Integrating care for older people with complex needs: Key insights and lessons from a seven-country cross-case analysis”, *International Journal of Integrated Care*, vol. 15, nº 6, <<https://doi.org/10.5334/ijic.2249>>.
- ZONNEVELD, N.; DRIESSEN, N.; STÜSSGEN, R.A.J. y MINKMAN, M.M.N. (2018): “Values of integrated care: A systematic review”, *International Journal of Integrated Care*, vol. 18, nº 4, art. 9, <<https://doi.org/10.5334/ijic.4172>>.