

ESTRATEGIA DE GESTIÓN DE CRÓNICOS

Documento de Consenso





ESTRATEGIA DE GESTIÓN DE CRÓNICOS

Documento de Consenso

© 2013 Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. www.sedap.es

Editado por: Spanish Publishers Associates, S. L.

Antonio López, 249 - 1.ª planta
28041 - MADRID

ISBN: 978-84-939018-3-7
D.L.: M-39230-2012

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia de registro o de otro tipo, sin el permiso previo de los autores.

PRESENTACIÓN

La atención a pacientes crónicos es una prioridad en las políticas sanitarias, debido a su tendencia al alza en las prevalencias y su importante repercusión en una mayor utilización de los servicios sanitarios y, consecuentemente, en el gasto (se estima que la atención de los procesos crónicos supone entre el 70 y el 75% del gasto sanitario total).

Esto, unido al fracaso en la continuidad asistencial, ha llevado a la búsqueda de la integración asistencial, ya sea vertical u horizontal, habiéndose implantado distintos modelos de atención integrada. España no ha sido ajena a esta tendencia y, en la actualidad, existen experiencias prácticamente en todas las Comunidades Autónomas.

La sensibilidad de los clínicos ante estas necesidades de salud ha originado la Declaración de Sevilla, liderada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), con adhesiones posteriores de varias Sociedades Científicas, entre las que se encuentra la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP).

Este auge de sensibilización en las organizaciones sanitarias, tanto en los profesionales como en los gestores, puede llevar a implantar “experiencias sin orden y concierto” y originar una derivación de procesos desde la atención hospitalaria hacia la atención primaria, con gran riesgo de frustración de los profesionales de ambos niveles asistenciales. Dada la preocupación creciente en dar contestación a estas necesidades de salud y vistas las experiencias que se están implementando en otros países, SEDAP cree necesario establecer “acciones clave” y recomendaciones desde el punto de vista de la planificación y gestión de los servicios sanitarios, teniendo en cuenta la visión de los clínicos.

Independientemente de las experiencias innovadoras que ya se están llevando a cabo y que deben jugar un papel de “avanzadilla”, parece oportuno ordenar y priorizar las acciones clave para que las estrategias que se vayan poniendo en marcha lleven a buen puerto, es decir, sean un éxito en la mejora de calidad de vida de los pacientes crónicos, en la motivación de los profesionales responsables en su atención y en la eficiencia de utilización de los recursos.



Desde las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas, la planificación de las estrategias de atención a los procesos crónicos, así como la reorientación en la organización de los servicios, debe basarse en criterios racionales, de tal manera que la implementación de las medidas se haga a un ritmo adecuado, que permita ir consolidando las fases del proceso estratégico y de evaluación del mismo.

Por este motivo, SEDAP ha decidido elaborar un documento de consenso que, desde la reflexión y experiencias de gestores en los tres niveles de gestión, pueda ser de utilidad para el diseño e implantación de las estrategias de atención a crónicos por parte de los Servicios Regionales de Salud. El documento de consenso ha sido patrocinado por MSD, sin que por ello haya influido en su contenido.

Marta Aguilera Guzmán
Presidenta de la SEDAP

GRUPO DE TRABAJO

Para la elaboración de este documento se ha contado con la inestimable colaboración de expertos por su amplio conocimiento y experiencia de la Organización Sanitaria en los distintos niveles de gestión.

Expertos

Josep Basora Gallisà

Presidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)

Luis Carretero Alcántara

Gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)

Nieves Domínguez González

Gerente del Servicio Gallego de Salud (SERGAS)

Eduardo García Prieto

Director Gerente del Servicio de Salud de Castilla y León (SACyL)

Javier Guerra Aguirre

Subgerente del Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Gloria Jodar i Solà

Vicepresidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona

Albino Navarro Izquierdo

Gerente del Servicio Extremeño de Salud (SES)

Javier Penyarrocha Nebot

Gerente del Departamento La Plana. Valencia

Julián Pérez Gil

Gerente del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza)

Pilar Román Sánchez

Presidenta de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

Lucía Serrano Molina

Presidenta de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)

Cipriano Viñas Vera

Director de Enfermería del Hospital Regional Carlos Haya. Andalucía

José Ignacio Yurss Arruga

Director de Atención Primaria de Navarra

Otros Colaboradores

Andoni Arcelay Salazar

Servicio Vasco de Salud (Osakidetza)

Carmen Estébanez Álvarez

Servicio de Salud de Castilla y León (SACyL)

Fermina Martín Hernández

Servicio de Salud de Castilla y León (SACyL)

Carmen Pacheco Martínez

Servicio de Salud de Castilla y León (SACyL)

Coordinadores

Marta Aguilera Guzmán

Presidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)

Susana García Boró

Miembro de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)

Manuel Tordera Ramos

Vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)

Nuestro más sincero agradecimiento a amigos que siempre están dispuestos para realizar una lectura crítica de nuestros documentos, como son Francisco Javier González Sanz y José Ramón Luis-Yagüe, que han enriquecido el documento con sus observaciones, y a Ruperta Hondurilla Poveda por su creatividad en el diseño.

ÍNDICE

Resumen ejecutivo	1
I. Introducción	5
II. Metodología	11
III. Resultados del FODA y Priorización	13
IV. Acciones clave	19
1. Prestaciones y Servicios	21
2. Participación Ciudadana y Alianzas	27
3. Estructura, Organización y Gestión Sanitaria	35
4. Estructurales	46
V. Recomendaciones sobre la Estrategia	61
1. Criterios de Implantación y Desarrollo	61
2. Seguimiento y Evaluación	65
3. Fases de la Estrategia	71
4. Evaluación Económica	74
Referencias bibliográficas	81
Anexo	87

Resumen ejecutivo

La atención a pacientes crónicos forma parte de las agendas de prioridades de las administraciones sanitarias debido al aumento de años en la esperanza de vida, al incremento de personas con pluripatología y, por consiguiente, a la mayor utilización de los recursos sanitarios y su repercusión en el gasto.

La Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), en el marco de sus fines como sociedad científica, ha analizado las experiencias al respecto, tanto las internacionales como las nacionales iniciadas en algunas Comunidades Autónomas, y ha elaborado este documento con propuestas y recomendaciones, desde el punto de vista de la organización y gestión de los servicios sanitarios, que pueden ser de utilidad y complementar la elaboración o implementación de las estrategias de atención a pacientes crónicos en los ámbitos estatal y autonómico.

Este documento se ha elaborado consensuando las diferentes perspectivas, conocimientos y reflexiones de expertos profesionales sanitarios, gerentes de Servicios de Salud y gestores de centros sanitarios. Se ha concebido en el marco de la transformación que la organización sanitaria debiera abordar en el futuro inmediato y obedece a unos paradigmas que se pueden resumir en:

1. Considerar la oportunidad que la crisis económica ha de suponer para mejorar la gestión de la atención sanitaria, ya que en la actualidad es una necesidad imperiosa evolucionar desde una atención fragmentada a una integración asistencial enfocada en el paciente crónico, rediseñando la organización y optimizando recursos.
2. Retomar la racionalidad en la planificación de servicios y recursos, tendiendo a un equilibrio entre los planteamientos políticos y las necesidades de los gestores.
3. Homogeneizar criterios que garanticen la equidad de las prestaciones en el Sistema Nacional de Salud (SNS), sin obviar la innovación en la gestión que genera valor a la Organización Sanitaria y a la sociedad.
4. Implicar al ciudadano en los órganos de participación, en la autorresponsabilidad de la salud y en el autocuidado de la enfermedad.

5. Potenciar la atención primaria y reorganizar el hospital de referencia en el marco de una mayor integración asistencial y, consecuentemente, más eficiente.
6. Avanzar decididamente en la profesionalización de los directivos como motor del rediseño de la organización sanitaria.
7. Promover la evaluación y difusión de las experiencias tanto de gestión pública como privada, cuyos resultados, positivos o negativos, son de gran valor para el desarrollo del SNS.
8. Garantizar el Buen Gobierno de las instituciones, con transparencia en su ejecución y rendición de cuentas.
9. Exigir en cuanto ha de hacerse que impere el orden y concierto que requiere cualquier organización cuyo fin es el servicio al ciudadano.
10. Aunar esfuerzos de políticos, gestores y profesionales de las organizaciones sanitarias públicas y privadas, así como otros sectores implicados, especialmente las industrias tecnológica y farmacéutica, prevaleciendo el fin común del mantenimiento del SNS a los legítimos intereses particulares o corporativos.

Consta de doce “acciones clave” con líneas de actuación y su factibilidad, que se recogen en cuatro bloques:

- **Prestaciones y Servicios:** enfocado principalmente a la homogeneización y actualización de la Cartera de Servicios comunes del SNS y la elaboración de guías clínicas como marco de referencia para la atención por procesos.
- **Participación Ciudadana y Alianzas:** orientado a la implicación del ciudadano y en el establecimiento de alianzas con otras administraciones, asociaciones, empresas, medios de comunicación social y, fundamentalmente, con Servicios Sociales debido a su gran importancia para la atención de los procesos crónicos.
- **Estructura, Organización y Gestión Sanitaria:** aborda el rediseño de la organización sanitaria, que abarca desde la modernización y adecuación de las estructuras, la gestión clínica, la implicación de los profesionales, los contratos de gestión, los sistemas de incentiva- ción y el cambio necesario de cultura organizativa para poderlo llevar a cabo. Además, este bloque contiene otras dos acciones clave imprescindibles para el rediseño de la organización, como son el marco de relación con los profesionales y la profesionalización del directivo.

- **Estructurales:** facilitan la implementación de las anteriores, como son la financiación, la formación, la investigación, los sistemas de información y evaluación y las tecnologías de la comunicación.

El documento incluye recomendaciones estratégicas sobre:

- Las líneas de actuación que deberían ser comunes para todo el SNS, con el fin de garantizar la equidad y posibilitar su seguimiento y evaluación, y aquellas que podrían tener un desarrollo heterogéneo según las estrategias y organizaciones regionales, dando valor al SNS por sus innovaciones.
- Indicadores y criterios para el seguimiento y evaluación de la propia estrategia.
- Fases de desarrollo de la estrategia, identificando las líneas de actuación que pueden implementarse simultáneamente y aquellas que deben ser secuenciales.
- Criterios para la evaluación económica de la estrategia.

El documento ha sido enviado a las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) para su valoración. Se ha recibido contestación de siete CC.AA. felicitando a la SEDAP por esta iniciativa y manifestando su utilidad e interés. Expresan su coincidencia en la visión del documento y comparten la mayor parte de los contenidos.

I. Introducción

Existen distintas definiciones de enfermedades crónicas. Hemos optado por la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera como crónica toda enfermedad que tenga una duración mayor de seis meses.

El patrón epidemiológico, como ya preveía la OMS a finales de los años setenta del siglo xx, ha cambiado debido a un aumento de la población mayor de 65 años y, consecuentemente, por el incremento de enfermedades crónicas. Este patrón origina una mayor demanda de utilización de los servicios sanitarios, que corresponde al 80% de las consultas en atención primaria y al 60% de los ingresos hospitalarios, con estancias medias de ingreso más prolongadas y con mayor utilización de los servicios de consulta médica, urgencias, hospitalización de día y consumo de medicamentos, lo que se estima en un 70-75% del gasto sanitario. Sin embargo, este cambio de patrón epidemiológico no ha conllevado una evolución de la organización y gestión de los Servicios de Salud para adaptarse a las nuevas necesidades.

En la actualidad, algunos países están priorizando estrategias de intervención para este tipo de patologías, encaminadas a la:

- Promoción de la salud hacia hábitos y estilos de vida saludables
- Prevención de factores de riesgo y detección precoz de los mismos
- Integración asistencial de atención primaria y atención hospitalaria
- Coordinación con los Servicios Sociales
- Información a los pacientes y apoyo al autocuidado.

En países como Canadá, Australia, Holanda o Reino Unido han concluido que las estrategias de gestión integrada no pueden lograrse si no existe una atención primaria potente, lo que les ha llevado a desarrollar actuaciones orientadas al fortalecimiento del primer nivel asistencial con medidas como: menor ratio de población por médico de familia, mayor tiempo

medio por consulta, mayor papel de enfermería en la atención de los pacientes crónicos (fundamentalmente en el control y en el autocuidado), fomento del trabajo en equipo multidisciplinar, formación especialmente en trabajo interdisciplinar, mejora en el acceso (como consultas telefónicas o electrónicas) y mejora de los sistemas de información (principalmente la historia clínica informatizada).

Respecto a la integración asistencial, Shaw y colaboradores afirman que *“la atención integrada es un término que expresa la preocupación por mejorar la asistencia desde la perspectiva del paciente, y conseguir mayor eficiencia y ganancia de salud de los sistemas sanitarios. El objetivo es enfrentar la fragmentación de los servicios al paciente y posibilitar unos cuidados más coordinados y continuados, particularmente para la población envejecida con más patologías crónicas”*.

Al igual que definiciones, existen múltiples clasificaciones de la atención integrada. Una de las más extendidas es la desarrollada por Lewis y colaboradores en 2010, basada en el trabajo de Fulop y colaboradores que se representa en la **Figura 1**:

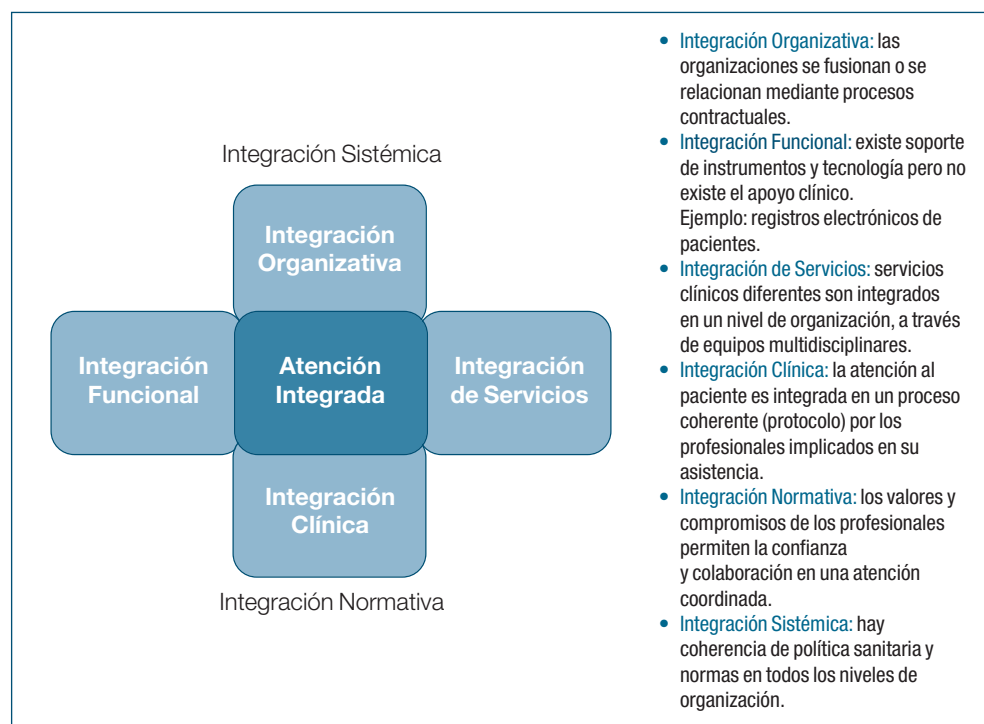


Figura 1. Esquema de Lewis sobre atención integrada (modificado).

Desde el punto de vista organizativo, las integraciones pueden ser horizontales o verticales. Se entiende por “integración horizontal” cuando dos o más organizaciones prestan servicios conjuntamente en un nivel de atención similar. De igual manera, se habla de “integración vertical” cuando dos o más organizaciones prestan servicios conjuntamente entre niveles de atención distintos. Tanto las integraciones verticales como las horizontales pueden ser integraciones reales (cuando hay fusión de las organizaciones) o integraciones virtuales (mediante procesos contractuales).

Ha habido distintas experiencias de integración organizativa que se pueden clasificar según los diferentes niveles de gestión desde los que se han abordado:

a) Macronivel: sistemas integrados en los que la atención y organización de los servicios es responsabilidad de un equipo multidisciplinar para una población definida, gestionada por una entidad asociativa de médicos con una cultura de colaboración y un liderazgo efectivo, que desarrollan su trabajo mediante guías y tecnología de la información. Los ejemplos más conocidos son los relacionados fundamentalmente con procesos crónicos como el Kaiser Permanente o el Chronic Care Model.

El modelo de Kaiser Permanente se basa en la estratificación de riesgo; identifica tres niveles de intervención según el grado de complejidad del caso, con el fin de utilizar mejor los recursos humanos y la organización de la atención asistencial, evitando ingresos hospitalarios y costes innecesarios.

El Chronic Care Model, propiciado por la OMS, es un modelo organizativo basado en la mejora en la coordinación de la atención a los enfermos crónicos, con la finalidad de obtener mejores resultados clínicos y funcionales.

b) Mesonivel: esta integración se enfoca a las necesidades de un grupo específico de pacientes, ya sea por edad, patología u otra condición. La atención es llevada a cabo por un equipo multidisciplinar. Existen varios ejemplos de gestión de una específica enfermedad o proceso (diabetes, cardiopatía isquémica, asma, depresión, enfermedad obstructiva crónica) o programas de atención a ancianos.

Desde el punto de vista de coordinación sociosanitaria, destaca la experiencia de Torbay en Reino Unido, que se basa en la atención de las personas ancianas mediante la coordinación de la atención sanitaria y social. Los resultados de la experiencia muestran reducción de estancia hospitalaria.

c) Micronivel: coordinación de la atención individualizada de pacientes y cuidadores. Se basa en el diseño de un plan de cuidados que identifique las necesidades del paciente, tanto en

términos de salud como sociales, y en la coordinación entre organizaciones para dar la atención requerida en el plan.

En España, en las dos últimas décadas, se viene discutiendo y analizando la sostenibilidad del SNS. Si bien es cierto que, con motivo de la crisis económica, el debate ha tomado más relevancia.

Según las estimaciones, el 35% de la población española será mayor de 65 años en 2050 y, consecuentemente, se incrementarán las enfermedades crónicas (2,8 enfermedades crónicas en población entre 65 y 74 años y 3,23 patologías crónicas en la población igual o mayor de 75 años).

El aumento de años en la esperanza de vida, el incremento de personas con pluripatología, los cambios de roles en los cuidados de las familias españolas y la aplicación al ámbito sanitario de las tecnologías de información y comunicación (TIC) obligan a los responsables sanitarios a reorientar sus organizaciones y cambiar sus estrategias, estableciendo alternativas tácticas para afrontar estos nuevos desafíos. Además, es importante considerar que el coste de los pacientes con más de una enfermedad crónica se multiplica exponencialmente con respecto a los que sólo son portadores de una enfermedad. De hecho, el gasto sanitario actual que supone la atención a pacientes con enfermedades crónicas se estima alrededor del 70-75% del gasto sanitario total. ¿Pueden las organizaciones sanitarias tomar medidas más eficientes garantizando la calidad asistencial e incluso mejorándola? La respuesta es afirmativa, y por ello la atención a pacientes crónicos constituye una prioridad en las políticas sanitarias.

Este es el motivo de que las administraciones, estatal y autonómicas, estén iniciando estrategias de atención a pacientes crónicos, que no solo han de tener un punto de vista clínico, sino que deben contemplar la visión organizativa y gestora de los servicios sanitarios.

Por tanto, las estrategias deben tener un abordaje amplio con acciones orientadas a la población (dimensión poblacional) y con acciones orientadas a la propia atención del paciente crónico (dimensión individual).

En la dimensión poblacional, las acciones se deben dirigir a:

- Promoción de la salud, con el objetivo de adquirir hábitos y estilos de vida saludables, como dieta y ejercicio físico, entre otros.
- Prevención de factores de riesgo de ciertos procesos crónicos, como por ejemplo los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.
- Detección precoz de patologías crónicas.

Para implementar estas acciones en la dimensión poblacional, es necesaria una mayor coordinación de los profesionales de Salud Pública con las organizaciones sanitarias, especialmente con atención primaria.

En la dimensión individual, las acciones se deben dirigir a:

- Atención clínica de calidad.
- Reorganización y gestión eficiente de los modelos asistenciales, dando un papel preponderante a la atención primaria y una mayor integración asistencial entre ambos niveles (atención primaria y atención hospitalaria), lo que repercutirá disminuyendo urgencias e ingresos hospitalarios, duplicidades de pruebas diagnósticas, interacciones medicamentosas y, por lo tanto, redundará en el control del gasto sanitario.
- Alianzas con los Servicios Sociales, para dar contestación a las necesidades sociosanitarias de estos pacientes.

Este documento de consenso se va a centrar especialmente en los dos últimos apartados de la dimensión individual. Para su elaboración se ha contado con importantes expertos en la materia, dado su conocimiento y experiencia en la macro y mesogestión, así como la visión de los clínicos y, por tanto, de la microgestión.

El objetivo del documento es *“definir una estrategia para la atención de los pacientes crónicos desde el punto de vista de la gestión, orientada a mejorar la organización de los servicios y la eficiencia de los recursos y complementaria a las estrategias que se están elaborando o implementando en los ámbitos estatal y autonómico”*, identificando y priorizando las acciones clave, estableciendo sus contenidos y fases de desarrollo, así como la secuencia de implementación de las mismas, desde su viabilidad en la situación actual, teniendo en cuenta las limitaciones tanto organizativas como económicas. Además de las acciones clave, se reflejarán recomendaciones que puedan ser importantes para el desarrollo de la estrategia y su posible homogeneidad (necesario para el seguimiento y evaluación de las distintas modalidades que se puedan implementar) o heterogeneidad (innovaciones que pueden enriquecer la organización y gestión de los recursos) en el SNS.

II. Metodología

Se valoraron distintas técnicas para identificar las acciones clave y se optó por el análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas), por ser un instrumento conocido y ampliamente utilizado que proporciona una información importante y estructurada.

Aunque es una técnica grupal, se efectuó una primera fase con carácter individual consistente en una propuesta de FODA que se concretó en una reunión grupal, realizada en el mes de abril de 2012. Con carácter previo a la sesión grupal, los coordinadores revisaron, depuraron y sintetizaron las opiniones recibidas de los integrantes del grupo y procedieron al registro ordenado de las diversas opiniones confeccionando una tabla resumen, que se mostró en la sesión grupal presencial para su discusión y consenso de los asistentes, al objeto de elaborar la tabla definitiva.

En esa misma reunión, se realizó la priorización de las acciones clave a desarrollar. Para ello, se utilizó la metodología basada en la determinación de la prioridad de las acciones, mediante la construcción de una matriz en la que se valoraron los aspectos a mejorar con una serie de criterios de selección predefinidos, puntuando las acciones (de 1 a 5) para cada criterio y ordenándolas en función de la puntuación obtenida. Los criterios utilizados para la priorización fueron:

- Relación de la acción propuesta con el objetivo estratégico.
- Efectividad de la acción de acuerdo a la organización y recursos.
- Factibilidad económica.
- Aceptabilidad.

Una vez priorizadas las acciones clave, los coordinadores ordenaron, clasificaron y realizaron la distribución de su desarrollo en cuatro subgrupos, responsabilizándose cada subgrupo del desarrollo de tres a cinco acciones clave.

Matriz de Prioridad de Acciones	Criterios de selección				
	Relación con objetivo	Efectividad	Factibilidad económica	Aceptabilidad	Total
Acción 1					
Acción 2					
Acción 3					
Acción 4					
Acción n					

De cada acción clave, los subgrupos han desarrollado contenidos (argumentados mediante bibliografía y experiencias propias), importancia, fase de desarrollo, líneas de actuación y su secuencia de implementación, limitaciones, tanto organizativas como económicas (costes y / o gasto evitable estimado) y recomendaciones que incluyan posible homogeneidad o heterogeneidad en la acción.

III. Resultados del FODA y Priorización

Los resultados del FODA, como ya se ha comentado en el apartado de Metodología, se obtuvieron en dos fases: una primera fase individual y una segunda grupal como conclusión del debate entre los miembros del grupo. Los resultados definitivos se muestran en la **Tabla 1:**

Tabla 1. Resultados del análisis FODA	
Fortalezas	Debilidades
Política SNS – Sensibilidad en la necesidad de la estrategia de crónicos. - Existencia de apoyo institucional para su desarrollo	Política SNS – Falta de actualización normativa de selección, contratación y modelos retributivos del personal – Falta de uniformidad en la oferta de servicios – Escasa política estructurada en prevención y promoción de la salud – Escasas políticas de concienciación del uso racional de servicios sanitarios por parte de los ciudadanos – Presupuestos ajustados – Falta de uniformidad en el desarrollo de gestión clínica en CC.AA. – Separación de competencias sanitarias y sociales – Financiación asimétrica de atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH) – Implantación en las diferentes CC.AA. de modelos de gestión diversos en tiempo y forma – Falta de una estructura tipo NICE – Inadecuación de la enseñanza médica pregrado a las necesidades actuales – Formación posgrado con especialización desde el inicio
Profesionales – Capacitación y experiencia de los profesionales implicados – Percepción en los profesionales de necesidad de cambio. Desarrollo de todos los roles – Incorporación de nuevas competencias	Profesionales – Intereses profesionales dispares – Escasa concienciación de la necesidad del cambio del sistema organizativo – Desinterés en la gestión y eficiencia de los servicios sanitarios

Tabla 1. Resultados del análisis FODA (cont.)

Fortalezas	Debilidades
– Alta Implicación de algunos clínicos en proyectos de la Estrategia de Cronicidad (EC) – Motivación para realizar actividades diferentes a las habituales – Atención integral	– Variabilidad de la práctica clínica – Falta de guías de práctica clínica integradas – Escasa dedicación a promoción y prevención – Excesivo consumo de recursos evitables (pruebas complementarias, hospitalizaciones, derivaciones, farmacia...) – Escaso reconocimiento / incentivos – Capitalizar al usuario por parte de algunos profesionales – Excesiva medicalización del paciente crónico – La tecnología es más atractiva que trabajar de otra manera – Dificultades en la asunción de las competencias necesarias para la puesta en marcha de la estrategia de crónicos
Directivos	Directivos
– Importante implicación y liderazgo de directivos – Percepción de necesidad de cambio	– Escasa profesionalización de los directivos – Poca autonomía de gestión – Gestores centrados en el presente – No tener definido claramente en quién recae el liderazgo de este proceso
Herramientas: TIC	Herramientas: TIC
– Historia clínica compartida – Prescripción y dispensación electrónica – Sistemas de información informatizados y compartidos por todos los profesionales implicados (AP y AH) – Desarrollo de nuevas tecnologías (seguimiento de pacientes a distancia, monitorización de parámetros clínicos, telemedicina, seguimiento telefónico, web para pacientes...)	– Múltiples Sistemas de Información no compatibles – Bajo nivel de uso de los medios tecnológicos actuales para seguimiento del paciente – Escaso uso de las herramientas de soporte de la atención a crónicos – Falta de sistemas de comunicación ágiles y resolutivos entre ambos niveles asistenciales
Estructura / Organización	Estructura / Organización
– Estructura sanitaria consolidada con cobertura universal y accesible a la población – Fuerte estructura organizativa de atención primaria en nuestro sistema sanitario con estructura multidisciplinar – Homogeneidad de proveedores de salud en la mayoría del territorio nacional – Riqueza derivada de la heterogeneidad en la implantación de modelos – Percepción de necesidad de cambio estratégico en la organización – Desarrollo de procesos compartidos y comisiones de continuidad asistencial – Fuente de investigación e innovación – Desarrollo paulatino de herramientas necesarias para el avance de la EC: Estratificación. Posibilidad de priorizar a partir de riesgos y de modelos predictivos de evolución	– Modelo burocrático inadecuado a la organización sanitaria – Sistema sanitario fragmentado y orientado a la atención de patologías agudas, que dificulta la integración asistencial – Modelo retributivo que dificulta la incentivación en consecución de objetivos – Centrada en el profesional más que en el paciente y más en la enfermedad que en la persona – Falta de definición de nuevas competencias en las estrategias de crónicos – Escasa e inadecuada comunicación y coordinación de los recursos sanitarios – Escasa planificación estratégica de atención a crónicos – Escaso desarrollo de sistemas integrados de clasificación de pacientes crónicos

Tabla 1. Resultados del análisis FODA (cont.)

Fortalezas	Debilidades
– Definición del paciente pluripatológico / frágil – La experiencia acumulada en AP en el manejo del paciente crónico – Experiencia de especialidades médicas hospitalarias en el abordaje integral del paciente crónico intrahospitalario y en coordinación con AP – Estrategia de cronicidad y su despliegue, definida en algunas CC.AA. – Conocimiento clínico: guías, protocolos	– Escasa cultura de medición, evaluación y comparación de resultados y rendimientos de los diversos modelos de gestión – Exceso de actividad que no aporta valor en la atención del paciente – Falta de rentabilidad de la investigación – Falta de la gestión de crónicos en los compromisos contractuales – Falta de información al profesional sobre sus rendimientos, resultados y costes – No explicamos nunca los fracasos de proyectos o experiencias que no han funcionado – Escasa experiencia en la formación de equipos multidisciplinares de éxito – Dificultades para sincronizar y coordinar en el tiempo la evolución de los proyectos y herramientas de la EC
Ciudadanos – El sistema sanitario está bien valorado por el ciudadano	Ciudadanos – Tradicional cultura «paternalista» en la atención al paciente – Escasa información / formación del paciente y cuidadores para su incorporación en la toma de decisiones sobre su salud (autocuidado, autorresponsabilidad) – Escasa información a los pacientes sobre consumo y coste de recursos sanitarios (frecuentación consultas, urgencias, hospitalizaciones, farmacia...)
	Alianzas – Ausencia de alianzas con otros recursos de la comunidad y con el ámbito de la salud pública orientado a los pacientes crónicos a nivel local
Oportunidades	Amenazas
Política / Economía – La crisis económica actual – Necesidad de búsqueda de eficiencia	Política / Economía – Incremento costes tecnológicos y farmacológicos – Diversidad de administraciones implicadas y dispersión de tareas y responsabilidades – Riesgo de quiebra del sistema sanitario por la falta de solvencia actual – Crisis económica: puede dificultar la incorporación de recursos – Politización de la sanidad y búsqueda de soluciones a corto plazo – Insuficiente financiación – Copago de servicios sanitarios
Ciudadanos – Cultura sobre el envejecimiento activo en la sociedad – Cambio de perfil epidemiológico y de los pacientes	Ciudadanos – Escasa participación e implicación de la comunidad en temas de salud

Tabla 1. Resultados del análisis FODA (cont.)

Oportunidades	Amenazas
– Paciente proactivo, cada vez mejor informado / formado y participativo en las decisiones que afectan a su salud – Mayor protagonismo y papel de las asociaciones de pacientes – Las redes sociales 2.0	– Envejecimiento de la población. Incremento del grado de dependencia / discapacidad – Evolución del núcleo familiar con menores posibilidades de apoyo en la atención a la cronicidad (incorporación de la mujer al trabajo, familias unipersonales, “desprendimiento familiar”...) – Cultura consumista también en el ámbito de la salud
Alianzas – Experiencias exitosas en el ámbito sanitario internacional en la atención al paciente crónico. Disponibilidad de modelos de atención al paciente crónico que ya han demostrado eficiencia – Posibilidades de alianzas con instituciones y empresas para participar en proyectos europeos sobre cronicidad – Necesidad de coordinación e integración de AP y AH con los Servicios Sociales – Fomentar alianzas con otras administraciones / asociaciones en actuaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (ayuntamientos, asociaciones vecinos, asociaciones enfermos, ONG, otras entidades colaboradoras)	Alianzas – Escasa oferta de recursos sociales – Desconocimiento de los recursos sociales disponibles – Paro del desarrollo de la Ley de Dependencias – Insuficiente continuidad / integración entre la atención sanitaria y social – Excesiva derivación a hospital de pacientes crónicos desde centros geriátricos

Como se puede ver en la **Tabla 1**, se identificaron un gran número de debilidades sobre las que se podría intervenir desde la organización sanitaria. Estas debilidades se agruparon en los bloques que incluían aspectos muy relacionados entre sí para facilitar el desarrollo de las acciones clave enfocadas a la competencia de los niveles de gestión, como se refleja en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Competencia de los niveles de gestión

	Nivel de competencia		
	Macrogestión	Mesogestión	Microgestión
Políticas del SNS			
Ciudadanos			
Estructura y Organización Sanitaria			
Profesionales			
Directivos			
Tecnología de la Información y Comunicación			
Alianzas			
Competencia alta	Competencia media	Competencia baja	Nula competencia

La priorización se realizó sobre las Debilidades identificadas, cuyo resultado se refleja en el Anexo. Se seleccionaron todas las debilidades identificadas en el FODA dado que su puntuación fue mayor de 10, excepto “Presupuestos ajustados” y “Existencia de 17 Comunidades Autónomas que pueden implantar diversos modelos de gestión, en tiempos diferentes”, cuyas puntuaciones fueron de 4,5 y 7 puntos, respectivamente.

Con esta priorización, se agruparon las debilidades para el desarrollo de acciones clave, resultando 12 acciones, que se reflejan en la **Tabla 3**.

Tabla 3. Agrupación de acciones clave y debilidades priorizadas	
Agrupación de acciones clave	Debilidades priorizadas
<i>Homogeneidad de prestaciones y Cartera de Servicios basada en la evidencia</i>	– Falta de uniformidad en la oferta de servicios – Escasa política estructurada en prevención y promoción de la salud – Falta de una estructura tipo NICE – Falta de Guías de práctica clínica integradas
<i>Atención por procesos</i>	– Variabilidad de la práctica clínica – Escasa dedicación a promoción y prevención – La tecnología es más atractiva que el trabajar de otra manera – Desinterés en la gestión y eficiencia de los servicios sanitarios
<i>Implicación del ciudadano</i>	– Escasas políticas de concienciación del uso racional de servicios sanitarios por parte de los ciudadanos – Tradicional cultura «paternalista» en la atención al paciente – Escasa información / formación del paciente y cuidadores para su incorporación en la toma de decisiones sobre su salud (autocuidado, autorresponsabilidad) – Escasa información a los pacientes sobre consumo y coste de recursos sanitarios (frecuentación consultas, urgencias, hospitalizaciones, farmacia...)
<i>Establecimiento de alianzas</i>	– Separación de competencias sanitarias y sociales – Ausencia de alianzas con otros recursos de la comunidad y con el ámbito de la salud pública orientado a los pacientes crónicos a nivel local
<i>Rediseño de la organización</i>	– Modelo burocrático que no se adecúa a la organización sanitaria – Sistema sanitario fragmentado y orientado a la atención de patologías agudas, que dificulta la integración asistencial – Escasa concienciación de la necesidad del cambio del sistema organizativo – Capitalización del usuario por parte de algunos profesionales – Intereses profesionales dispares – Centrada en el profesional más que en el paciente y más en la enfermedad que en la persona – Escasa e inadecuada comunicación y coordinación de los recursos sanitarios – Escasa planificación estratégica de atención a crónicos – Exceso de actividad que no aporta valor en la atención del paciente

Tabla 3. Agrupación de acciones clave y debilidades priorizadas (cont.)

Agrupación de acciones clave	Debilidades priorizadas
<i>Rediseño de la organización (cont.)</i>	– Falta de difusión de proyectos o experiencias con resultados negativos – Escasa experiencia en la formación de equipos multidisciplinares de éxito – Dificultades para sincronizar y coordinar en el tiempo la evolución de los proyectos y herramientas de la EC – Excesivo consumo de recursos evitables (pruebas complementarias, hospitalizaciones, derivaciones, farmacia...) – Excesiva medicalización del paciente crónico – Falta de uniformidad en el desarrollo de gestión clínica en CC.AA. – Falta de la gestión de crónicos en los compromisos contractuales – Modelo retributivo que dificulta la incentivación en consecución de objetivos – Escaso reconocimiento e incentivos
<i>Profesionalización del directivo y definición del liderazgo de la estrategia de crónicos</i>	– Escasa profesionalización de los directivos – Poca autonomía de gestión – Gestores centrados en el presente – No tener definido claramente en quién recae el liderazgo de este proceso
<i>Nuevo marco de relación con los profesionales</i>	– Falta de actualización normativa de selección, contratación y modelos retributivos del personal
<i>Revisión y propuesta de financiación</i>	– Asimetría en los mecanismos de financiación en Atención Primaria y Hospital
<i>Adecuación de la formación de grado y posgrado. Definición y desarrollo de competencias</i>	– Enseñanza médica de grado inadecuada a las necesidades actuales – Formación posgrado con especialización desde el inicio – Falta de definición de nuevas competencias en las estrategias de crónicos – Dificultades en la asunción de las competencias necesarias para la puesta en marcha de la estrategia de crónicos
<i>Rendimiento de la investigación en el SNS</i>	– Falta de rentabilidad de la investigación
<i>Desarrollo y aplicación del sistema de información y evaluación</i>	– Escaso desarrollo de Sistemas Integrados de Clasificación de Pacientes Crónicos – Escasa cultura de medición, evaluación y comparación de resultados y rendimientos de los diversos modelos de gestión – Falta de información al profesional sobre sus rendimientos, resultados y costes – Múltiples Sistemas de Información no compatibles
<i>Desarrollo y aplicación de tecnología de la comunicación</i>	– Bajo nivel de uso de los medios tecnológicos actuales para seguimiento del paciente – Escaso uso de las herramientas de soporte de la atención a crónicos – Falta de sistemas de comunicación ágiles y resolutivos entre ambos niveles asistenciales

En el desarrollo de las acciones clave se han tenido en cuenta las Fortalezas y Oportunidades identificadas para mantenerlas o fomentarlas.

IV. Acciones clave

Para una mayor comprensión, la exposición de las acciones clave se ha agrupado en los siguientes bloques:

- ¿Qué se debe hacer?

Incluye dos importantes bloques temáticos que recogen las acciones clave referentes a “qué se debe hacer” para atender las enfermedades crónicas:

- Prestaciones y Servicios.
- Participación Ciudadana y Establecimiento de Alianzas.

- ¿Cómo se deben organizar y gestionar los servicios?

Un gran bloque de acciones clave relacionadas con “cómo” se deben organizar los Servicios de Salud para llevar a cabo los dos bloques mencionados en el apartado anterior, que abarca desde una nueva organización con adecuación de la estructura organizativa, personal, herramientas de gestión, cambio de la cultura organizativa, hasta la profesionalización del directivo.

- ¿Cómo facilitar el cambio?

Por último, un bloque de acciones clave estructurales para que se puedan implementar los dos bloques anteriores, como son la financiación, la formación, la investigación, los sistemas de información y de evaluación y las tecnologías de comunicación.

Las agrupaciones quedan reflejadas en la **Figura 2**. Puede llamar la atención que ciertas acciones clave ubicadas en los dos primeros bloques debieran formar parte del bloque de “Estructura, Organización y Gestión Sanitaria”. En efecto, la “Atención por procesos” pertenece al bloque de “Estructura, Organización y Gestión Sanitaria”, pero dada su interrelación con las prestaciones y Cartera de Servicios, se ha creído pertinente ubicarlo en este primer bloque. Igualmente, el “Establecimiento de Alianzas” se ha ubicado en el bloque de “Participación Ciudadana y Establecimiento de Alianzas”.

blecimiento de alianzas” se ha ubicado en el segundo bloque por su interrelación con la implicación del ciudadano.

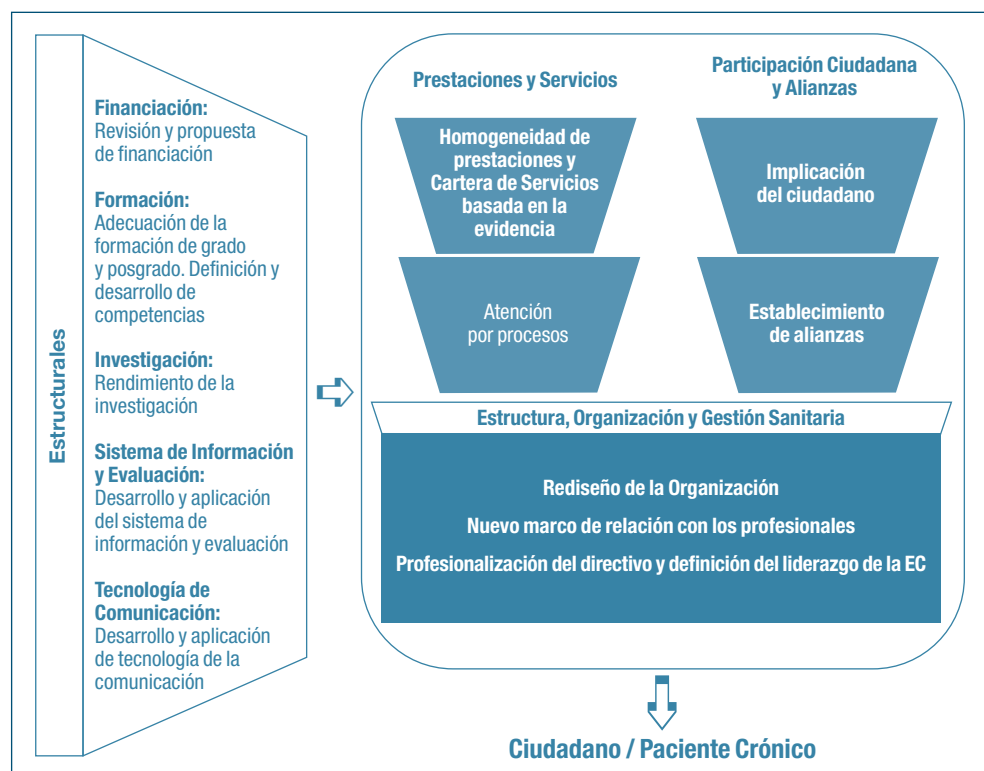


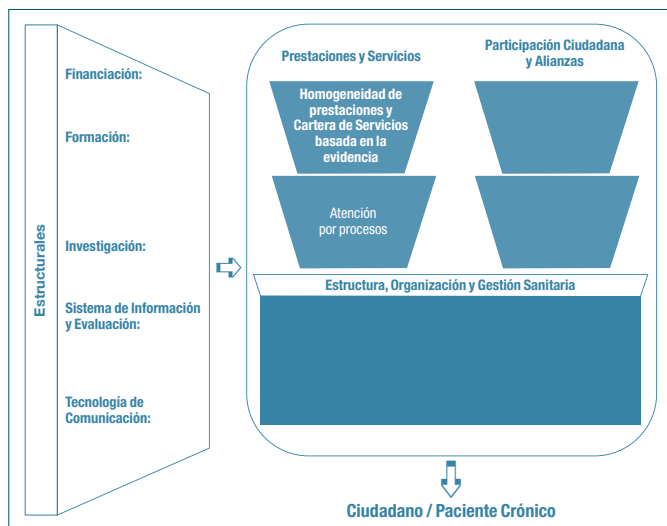
Figura 2. Agrupación de acciones clave.

A continuación se define cada acción clave, su importancia en la implementación y sus líneas de actuación, con su correspondiente factibilidad, limitaciones o barreras.

Las líneas de actuación buscan obtener la máxima rentabilidad, factibilidad, el respeto a las diferentes modalidades organizativas de los Servicios Autonómicos de Salud, ser sensibles a las actuales políticas de las Consejerías de Sanidad y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se basan en fuertes pilares del SNS, cuales son la cobertura universal, la equidad en el acceso, el desarrollo y respaldo a la atención primaria de salud, la reorientación de los hospitales con sus nuevas modalidades de atención ambulatoria y la experiencia ya existente en algunas regiones.

IV.1. Prestaciones y Servicios

Este bloque está constituido por dos acciones clave que tienen que ver con las prestaciones que el SNS debe ofertar a la población de acuerdo con las necesidades y problemas de salud relacionados con la patología crónica y, por tanto, con la gestión de procesos.



Homogeneidad de prestaciones y Cartera de Servicios basada en la evidencia

La Cartera de Servicios comunes del SNS está establecida por el RD 1030 / 2006, de 15 de septiembre. En ella se enumeran las prestaciones y Cartera de Servicios que se deben ofertar en los distintos niveles de atención. Específicamente relacionado con procesos crónicos, el apartado 6.4 del Anexo II (Cartera de Servicios de Atención Primaria) expresa la atención a enfermos crónicos y, en particular, de los procesos más prevalentes y a personas con conductas de riesgo. Asimismo, el apartado 8 de este Anexo II refleja la atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada. Respecto a la atención especializada, el apartado 5.1 del Anexo III especifica las técnicas y procedimientos precisos para el diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico de patologías, entre las que se encuentran procesos crónicos, y el apartado 7 de este Anexo III establece la atención de salud mental; en ambos apartados no se hace ninguna mención a la coordinación con atención primaria. Por tanto, la Cartera de Servicios actual está fragmentada, siendo un marco normativo que no responde a la necesidad de ofertar a los pacientes crónicos una integración asistencial.

De otra parte, aunque el citado Real Decreto enuncia las prestaciones y Cartera de Servicios, su falta de desarrollo normativo y especialmente la falta de concreción en su contenido a nivel del SNS, ha dado lugar a un desigual y diferente desarrollo por parte de las CC.AA., lo que ha condu-

cido a una falta de uniformidad en las carteras de servicios, que se traduce en una cierta inequidad en las prestaciones que ofertan las CC.AA.

Desde el punto de vista de la estrategia de crónicos, la Cartera de Servicios comunes del SNS debería revisarse y actualizarse con un enfoque que integre la promoción de la salud, la prevención de factores o conductas de riesgo y una atención orientada a los niveles de la estratificación de la cronicidad (población sana, pacientes con buen autocontrol, pacientes con morbilidad intermedia, pacientes complejos o pluripatológicos). Además, deberían establecerse criterios de derivación entre niveles asistenciales en función de la complejidad de los procesos. Igualmente, deberían ponerse a disposición de los profesionales sanitarios guías clínicas basadas en la evidencia que aborden de forma integrada la atención al paciente crónico. Estas guías deben ser sencillas y fáciles de utilizar para que puedan orientar y facilitar la actividad asistencial.

Para ello, debería constituirse una Agencia de evaluación, independiente del Ministerio y del resto de administraciones sanitarias, que ponga a disposición de las mismas, así como de organizaciones profesionales y de sectores implicados en salud, evaluaciones de la Cartera de Servicios tanto técnica (procedimientos, técnicas y tecnologías) como económica (costes directos e indirectos económicos y sociales) basadas en criterios objetivos, sustentados en la evidencia científica y en el consenso profesional, que cuenten con la participación social y de los sectores afectados.

La justificación de la acción clave “Homogeneización de prestaciones y Cartera de Servicios basada en la evidencia” es alta, ya que es el marco de referencia para las prestaciones y servicios que debe ofertar el SNS.

Líneas de actuación

- Creación una Agencia de evaluación independiente que establezca criterios objetivos para:
 - Actualizar y homogeneizar la Cartera de Servicios basada en la evidencia, tanto desde la efectividad como de la eficiencia.
 - Estándares de calidad.
 - Guías clínicas basadas en la evidencia.
 - Indicadores de seguimiento y evaluación de la práctica clínica, gestión y organización de servicios y de impacto en salud.

- Otros informes a demanda de autoridades, organizaciones y sectores sanitarios.

Su factibilidad depende del acuerdo político y de su coste.

- Propuesta al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), por parte de la Agencia, de actualización y homogeneización de la Cartera de Servicios relacionada con enfermedades crónicas en función de la revisión y análisis de las experiencias de gestión clínica y de procesos que se están implementando en el SNS y en otros países.

Su factibilidad es alta y está condicionada a la línea de actuación anterior.

- Definición de criterios para el seguimiento y evaluación de la Cartera de Servicios de Crónicos y su implementación, con informaciones periódicas al CISNS.

Su factibilidad es media debido a los intereses políticos y está condicionada a la creación de la Agencia.

- Elaboración de Guías Clínicas de Atención a Pacientes Crónicos, teniendo en cuenta su comorbilidad y complejidad.

Su factibilidad es alta. Su coste se basaría en tiempo de los expertos empleado en la elaboración, ya que el resto del coste sería bajo si se trabaja vía internet, y siempre que se optimicen los recursos que se inviertan en su diseño.

Atención por procesos

La atención integrada de las enfermedades crónicas exige abordar tanto los hábitos y estilos de vida de la población general y la prevención mediante la detección precoz de factores de riesgo, como una atención de calidad de los procesos crónicos, de acuerdo a la estratificación de los pacientes.

Los factores de riesgo, las condiciones de vida y las conductas individuales que influyen en la exposición y vulnerabilidad de cada persona a enfermar tienen, a su vez, determinantes socioeconómicos que hacen necesaria una respuesta multisectorial para luchar contra las enfermedades crónicas.

La promoción de la salud y las actividades preventivas son medidas de gran importancia, ya que muchas enfermedades crónicas están relacionadas con factores de riesgo comunes,

como son el consumo de tabaco, el abuso del alcohol, una dieta inadecuada y la falta de actividad física. Por ello, ciertas patologías crónicas deberían abordarse de una manera integral teniendo en cuenta que cuando se actúa sobre un factor de riesgo los resultados pueden observarse en varias enfermedades.

La propuesta de intervenciones concretas de promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas deberá ajustarse, en todo caso, a la evidencia científica disponible, combinando las estrategias de prevención dirigidas a reducir niveles de factores de riesgo en la población con intervenciones individuales en personas con riesgo elevado. Estas intervenciones deberán coordinarse con las Políticas de Salud Pública de ámbito estatal y autonómico.

Además de estas medidas de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo, hay que garantizar una atención de calidad de los pacientes con patología crónica, de acuerdo con el cambio de Cartera de Servicios y la gestión clínica, estableciendo la gestión de procesos entre ambos niveles asistenciales. Esta gestión de procesos debe basarse en los niveles de estratificación de los pacientes de Kaiser Permanente, teniendo en cuenta la comorbilidad, de tal manera que el paciente no tenga que acudir a múltiples visitas para su seguimiento, no se dupliquen pruebas diagnósticas y se valore adecuadamente el tratamiento para que no se originen interacciones medicamentosas. Además de la gestión por procesos también se contempla la “gestión de casos”, en la que se establece un plan individualizado para casos graves y / o complejos. Por tanto, se podría incluir un nivel 0 al modelo para una atención integrada de los procesos crónicos, como se refleja en la **Figura 3**.

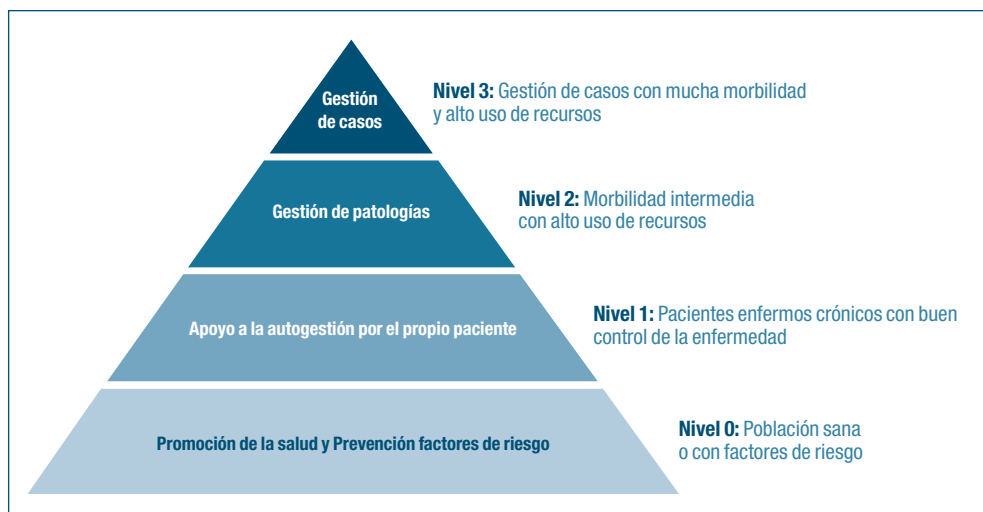


Figura 3. Modelo de Kaiser Permanente (modificado).

La justificación de la acción clave “Atención por procesos” es de importancia alta.

Líneas de actuación

- Implicación de los profesionales en la implantación de gestión por procesos, con un abordaje integrado desde la promoción de la salud y la prevención de factores de riesgo hasta la atención y continuidad asistencial entre ambos niveles asistenciales.

La información de la importancia de la gestión de procesos y la utilización de medidas que originen una mayor motivación por esta forma de trabajo, deben repercutir en que atención primaria tenga un peso fundamental en la responsabilidad de la gestión de la gran mayoría de los procesos crónicos.

Su factibilidad es media ya que puede haber reticencias a esta forma de trabajo. Su coste es bajo.

- Elaboración de gestión de procesos, priorizando aquellos de mayor prevalencia y mayor incidencia en el gasto sanitario.

Los protocolos de la gestión por procesos deben abordar las necesidades de salud del enfermo crónico desde una visión centrada en el paciente o ciudadano, en los profesionales implicados en la prestación de los servicios y en los circuitos asistenciales para esta prestación, de tal manera que se consiga una atención y respuesta unificada a las necesidades y demandas del problema de salud en el devenir del paciente por el sistema sanitario. Por tanto, los elementos fundamentales de la gestión por procesos son:

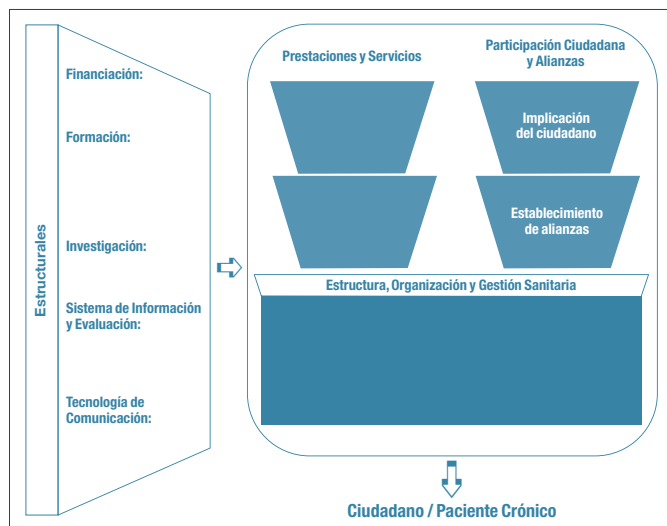
- Enfoque centrado en el ciudadano / paciente.
- Implicación de los profesionales.
- Atención basada en la evidencia mediante guías clínicas consensuadas por los profesionales, siendo instrumentos de referencia para la práctica clínica.
- Circuitos para la prestación entre profesionales del mismo nivel de atención y entre profesionales de ambos niveles asistenciales.
- Desarrollo de un sistema de información integrado.

Su factibilidad es media ya que puede haber reticencias en la elaboración. Su coste se basaría en tiempo de los profesionales.

Cuadro resumen de Prestaciones y Servicios		
Acción clave	Líneas de actuación	Factibilidad
<i>Homogenización de Cartera de Servicios</i>	Creación de un Agencia de evaluación Actualización de la Cartera de Servicios Seguimiento y evaluación de la Cartera de Servicios Elaboración de Guías Clínicas	Media-Alta (acuerdo político y coste) Alta (condicionada a la anterior) Media Alta
<i>Atención por procesos</i>	Implicación de los profesionales Elaboración de Gestión por procesos	Media Alta

IV.2. Participación Ciudadana y Alianzas

Este bloque está constituido por dos acciones clave que tienen que ver con la concienciación del ciudadano y su implicación en su salud, así como alianzas con sectores involucrados, y especialmente con el sector social, para cubrir las necesidades sociosanitarias de estos pacientes.



Implicación del ciudadano

La implicación del ciudadano en su estado de salud es de gran importancia, desde la promoción de hábitos saludables y prevención de factores de riesgo hasta tener un papel activo en el cuidado de su enfermedad. Hasta hace muy poco tiempo, el papel del paciente ha sido pasivo, no obstante un "paciente activo" es un paciente informado y formado en su enfermedad, con mayor autonomía, que se corresponsabiliza de su salud y hace un uso responsable de los recursos sanitarios y sociales.

Es sabido que un paciente activo y bien informado cumple mejor los tratamientos farmacológicos, adopta un estilo de vida adecuado, tiene mayor calidad de vida al sentirse seguro frente a la enfermedad y se descompensa con menor frecuencia. Por otra parte, la inversión en acciones de formación de los pacientes y sus cuidadores es coste-efectiva. Por otro lado, se debe avanzar en el cambio de actitud de los profesionales sanitarios, dejando la actitud "paternalista" que han venido teniendo. Esta actitud ha empezado a cambiar en los últimos años, aunque queda mucho por hacer para que la información y formación del ciudadano o paciente se adapte a las necesidades y expectativas de cada uno de ellos. Por tanto, debe haber un nuevo modelo relacional entre el ciudadano / paciente y los profesionales sanitarios responsables de su atención, de tal manera que el paciente se corresponsabilice en la atención de su proceso y, para ello, se necesita un paciente más informado y más formado.

En este cambio de rol del paciente tienen un protagonismo fundamental los profesionales que le atienden, pues son los más idóneos para valorar las necesidades de formación y la capacidad para asumirlas. Pueden contemplarse otros métodos complementarios como los pacientes expertos (la formación suele llevarse a cabo por un paciente, formador de formadores) e intervenciones educativas impartidas por profesionales sanitarios y dirigidas a pacientes y cuidadores, las denominadas “escuelas de pacientes”.

Hay que hacer una mención especial al “Paciente 2.0”, muy en auge en los últimos tiempos. Este paciente, formado e informado, rico en experiencias y habilidades y dispuesto a compartir información y conocimiento, trata de encontrar un espacio que le permita ser tenido en cuenta y tomar sus propias decisiones en cuanto a la gestión de su enfermedad o, simplemente, la incorporación de hábitos saludables y estrategias preventivas a su estilo de vida a través de internet.

La acción clave “Implicación del ciudadano” es, por tanto, de importancia alta, ya que no se puede planificar ninguna actuación sanitaria sin contar con las personas a las que va dirigida ni obtener resultados positivos en salud si el paciente no participa activamente en los cuidados que precisa.

Líneas de actuación

- Concienciación de los ciudadanos en la promoción de su salud. Las actuaciones de promoción de la salud deberían ir dirigidas a aumentar el conocimiento y la información del ciudadano en cuanto a su salud, a mejorar sus hábitos de vida y su concienciación con respecto a determinados factores de riesgo, a través de:
 - Campañas de información en los medios de comunicación social, centros sanitarios y comunidad, entre otros.
 - Normativas sobre factores de riesgo (tabaco, sal, azúcares...).

Su factibilidad es media por el coste de las campañas.

- Concienciación de los ciudadanos en la adecuada utilización de los servicios sanitarios. Esta concienciación debe orientarse especialmente a los procesos crónicos, a través de:
 - Campañas de información en medios de comunicación social.

- Información de los profesionales en los centros sanitarios.
- Intervenciones comunitarias.

Su factibilidad es media-baja ya que puede haber limitaciones por la falta de información por parte de los profesionales, la falta de formación para realizar intervenciones comunitarias y el coste de las campañas.

- Sensibilización y formación de los profesionales en un cambio de relación con el paciente, adquiriendo técnicas de comunicación para transmitir una información clara y adaptada a cada paciente y para que el ciudadano / paciente se interese por su salud.

Su factibilidad es media-alta.

- Desarrollo de herramientas que proporcionan las tecnologías de la información y comunicación, como vías de comunicación entre las instituciones, los profesionales y los ciudadanos, incorporando servicios *on-line* y contenidos específicos como la asistencia virtual, “El doctor responde” o el Aula de pacientes, instrumentos útiles para trasladar a los ciudadanos pautas de educación para la salud dirigidas a pacientes y cuidadores.

Su factibilidad es media-alta, ya que existen experiencias en varias CC.AA.

- Desarrollo del “Paciente Experto”, basado en pacientes activos, que una vez formados pueden proceder a la formación de otros pacientes.

Su factibilidad es media-alta, ya que existen experiencias en varias CC.AA.

- Acreditación de páginas web por parte de las autoridades sanitarias, para que el ciudadano / paciente obtenga una información veraz.

Su factibilidad es media por el coste que supondría la revisión de las páginas web existentes.

Establecimiento de alianzas

El término “*alianza*” significa “*unión o pacto entre personas, grupos sociales o estados para un fin común*” y se utiliza para denominar una serie de estructuras organizacionales y relaciones que favorecen la colaboración. Para designarlas podemos utilizar términos como “*convenio*”, “*asociación*”, “*programa*”, “*proyecto de colaboración*” o “*campaña conjunta*”.



La finalidad y función de una alianza debe entrañar un valor añadido en lo que respecta a movilizar copartícipes, conocimientos y recursos y a crear sinergias, a fin de alcanzar un objetivo de salud que de otra manera no se podría conseguir en esa misma medida.

La inmensa mayoría de los enfermos crónicos se encuentra en su hogar. Un porcentaje muy elevado de ellos vive solo o en compañía de otra persona con limitaciones físicas, ya que se ha producido un cambio en el modelo familiar, dejando en muchas ocasiones de ser el cuidador principal y necesitando ayuda externa para poder atender debidamente las necesidades básicas, por lo que hay que recurrir a los Servicios Sociales. Desde el momento que dos agentes del sistema público intervienen, se hace imprescindible una correcta coordinación que garantice la optimización de los servicios y la eficiencia de los mismos.

Es necesario pensar en un modelo de atención integrada, donde la coordinación entre niveles asistenciales y entre servicios sanitarios y sociales es imprescindible. Este nuevo modelo debe permitir adaptar los dispositivos asistenciales actuales a las necesidades de estos pacientes. La familia o los cuidadores informales cobran un papel relevante y éstos y los cuidadores profesionalizados deben ser parte de los intervinientes en el proceso de atención del paciente crónico. Un modelo donde el profesional “individual” no es suficiente y el curar no es el objetivo prioritario, porque eso ya no es siempre posible, y empieza a serlo el cuidar, mantener, apoyar y mejorar la calidad de vida de pacientes y cuidadores, especialmente el cuidador principal, con el objeto de añadir años a la vida, vida a los años y calidad a los años de vida.

Para lograrlo es necesaria la participación e implicación de pacientes y cuidadores en los procesos que les afectan.

Los grupos de interés con los que podrían establecerse *alianzas* pueden ser los siguientes:

- Servicios Sociales
- Asociaciones de pacientes
- Asociaciones y servicios comunitarios (asociaciones de vecinos, voluntariado, industrias, entre otras)
- Otras administraciones: ayuntamientos, diputaciones y educación
- Empresas
- Medios de comunicación social.

El establecimiento de alianzas con estos grupos tendría como objetivo común potenciar la promoción de la salud a nivel individual y poblacional y la prevención de las enfermedades más prevalentes. En la actualidad, disponemos de suficientes evidencias para afirmar que la promoción de estilos de vida saludables aporta indiscutibles beneficios en salud y contribuye a mantener más tiempo activa a la población, lo que repercute en un menor consumo de recursos.

Si bien es cierto que la clave para un envejecimiento sano es el resultado de practicar durante toda nuestra vida unos hábitos saludables, también es cierto que a partir de los 50 años los beneficios de determinadas actividades y hábitos son más importantes y tienen mayor impacto, por eso se proponen dos tipos de objetivos:

- Promocionar estilos de vida saludable en toda la población con el objetivo de mejorar la salud de forma global.
- Desarrollar actuaciones específicas en la población mayor de 50 años, para lograr un envejecimiento activo y saludable con el fin de mantener su capacidad funcional el mayor tiempo posible.

Para lograrlo es necesaria la participación e implicación de la sociedad en general en los procesos que le afectan.

El envejecimiento, por otra parte, se asocia con frecuencia a un empeoramiento del estado de salud que lleva consigo un aumento significativo de la discapacidad y la dependencia.

La prevención de la dependencia debe configurarse como una herramienta primordial, tanto para evitar el inicio de la discapacidad, como para que esa discapacidad no implique una pérdida considerable de autonomía personal y marque el inicio de una situación de dependencia.

Todo lo hasta ahora expuesto nos indica que hay una urgente necesidad de colaboración entre todas las partes interesadas en el proceso, siendo su justificación alta.

Líneas de actuación

Establecer mecanismos de colaboración entre el sistema sanitario y el de Servicios Sociales, para lo cual es fundamental el desarrollo de una serie de prestaciones y servicios (programas de atención a domicilio, atención residencial, programas de estancias cortas), que constituyendo nuevos cauces de colaboración entre los Servicios Sanitarios y Sociales,

permitan la creación de nuevos dispositivos de atención que aseguren al paciente la atención adaptada a su necesidad en un entorno más cercano, evitando en muchos casos ingresos innecesarios en hospitales de referencia y el uso indiscriminado de los servicios de urgencias.

- Establecimiento de una Cartera de Servicios de atención sociosanitaria para la atención a crónicos por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y acuerdos de colaboración entre los departamentos de Sanidad y Asuntos Sociales en las CC.AA.

Su factibilidad es alta.

- Coordinación de los servicios sociosanitarios públicos autonómicos y municipales. Se deberían establecer acuerdos o convenios para la atención domiciliaria de los pacientes crónicos entre los servicios municipales y los Servicios Regionales de Salud de las CC.AA. para:

- Garantizar la continuidad de la atención sanitaria y social de estos pacientes en su domicilio, impulsando el proceso de atención integrado sociosanitario.
- Planificar e implantar unidades sociosanitarias para la atención de enfermos crónicos que, por sus especiales características, puedan requerir de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales.
- Planificar intervenciones de apoyo al cuidador que minimicen las situaciones de claudicación.
- Potenciar el desarrollo de instrumentos de intercambio de información entre los Servicios Sociales y los Servicios de Salud que permitan a los profesionales compartir la información existente sobre el paciente, mediante la conexión de la historia social y la historia sanitaria.

Su factibilidad es media por la limitación de recursos sociales que puede haber en los municipios.

- Alianza con asociaciones de pacientes. Promover el desarrollo de acciones específicas con las asociaciones de pacientes, por su especial relevancia, al cubrir otros ámbitos diferentes al sanitario en los que se mueve un paciente crónico, mediante el impulso de actuaciones específicas:
- Colaboración en la formación, recogiendo sus necesidades y acercando a los profesionales a las organizaciones de pacientes y familiares.

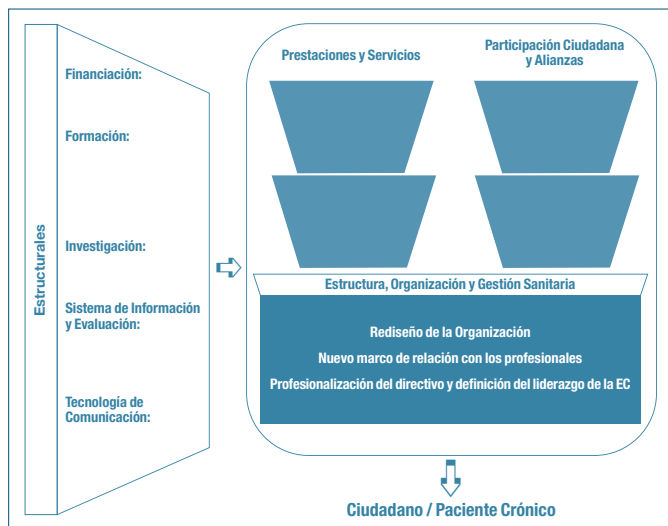
- Información adaptada a sus necesidades de comprensión en temas de nutrición y actividad física, así como promover su participación en la toma de decisiones (información y formación, mediación, acceso a consultas, comités de ética...).
 - Realización de actividades educativas: charlas, jornadas informativas y talleres dirigidos a pacientes y a población general.
 - Articulación de mecanismos de colaboración, facilitando la creación de redes sociales de apoyo mutuo entre afectados (Paciente 2.0), a través de la adopción de nuevas tecnologías web que permitan crear redes de pacientes activos.
- Asociaciones y servicios comunitarios (asociaciones de vecinos, voluntariado, industria, entre otras), para emprender acciones encaminadas a la promoción de la salud, identificando grupos que puedan implicarse en la promoción y establecimiento de acciones específicas dirigidas a pacientes crónicos y sus cuidadores.
 - Alianza con otras administraciones: ayuntamientos, diputaciones y educación. Construir un marco común para las intervenciones de promoción y prevención de la salud mediante el establecimiento de mecanismos de colaboración con ayuntamientos, diputaciones y educación, cuyo objeto sea la realización de programas de promoción de la salud, que ayuden a fomentar hábitos de vida saludables, con acciones relacionadas con la actividad física y la alimentación y dirigidas a distintos grupos de edad (infancia y adolescencia, mayores de 50...). Entre otras actividades se propone impartir clases específicas de actividad física, organización de eventos deportivos, organización de cursos y talleres de formación sobre alimentación saludable, implicando a familias y profesorado en la realización de estas actividades de educación para la salud. Estas intervenciones deberán ser coordinadas con los departamentos de Salud Pública.
 - Alianza con empresas. Colaboración a través de programas de Salud Laboral orientados a la detección de factores de riesgo de los procesos crónicos.
 - Alianza con medios de comunicación social. Hoy en día los medios de comunicación influyen permanentemente en la sociedad, modificando sus modos de vida, sus costumbres, el consumo y la opinión pública. De ahí la importancia de utilizar esta eficaz herramienta para promover y difundir información, programas de vida saludable y todas aquellas actuaciones que favorezcan la implicación del individuo y de la sociedad en la promoción de la salud. Estas intervenciones deben ser coordinadas con los departamentos de Salud Pública de ámbito estatal y autonómico.

La factibilidad de las alianzas con otros sectores distintos al social es media, ya que es complicado llegar a establecer alianzas con distintos sectores.

Cuadro resumen de Participación Ciudadana y Alianzas		
Acción clave	Líneas de actuación	Factibilidad
<i>Implicación del ciudadano</i>	Concienciación de los ciudadanos en la promoción de la salud	Media
	Concienciación de los ciudadanos en la adecuada utilidad de los Servicios Sanitarios	Media-Baja
	Sensibilización y formación de profesionales en el cambio de relación con el paciente	Media-Alta
	Desarrollo de herramientas (TIC)	Media-Alta
	Acreditación páginas web	Media
<i>Establecimiento de alianzas</i>	Establecimiento de una Cartera de Servicios Sociosanitaria	Alta
	Coordinación de los Servicios Sociosanitarios públicos autonómicos y municipales	Media
	Alianza con asociaciones de pacientes	Media
	Alianza con asociaciones y servicios comunitarios	Media
	Alianza con otras administraciones	Media
	Alianza con empresas	Media
	Alianza con medios de comunicación social	Media

IV.3. Estructura, Organización y Gestión Sanitaria

Este bloque está constituido por tres acciones clave que tienen que ver con “cómo” deben organizarse y gestionarse los servicios sanitarios para dar contestación a los problemas de salud de los pacientes crónicos.



Rediseño de la Organización

Como se ha comentado en la introducción, hace falta una nueva organización sanitaria para una gestión más eficiente de los recursos, orientada a otorgar un papel preponderante a la atención primaria en la atención de los pacientes crónicos, una reorganización hospitalaria que se adapte a las necesidades de atención de estos procesos (actualmente suponen el 60% de los ingresos hospitalarios) y a una mayor integración asistencial entre ambos niveles de atención. Para ello es necesario abordar determinados elementos de la organización que se describen a continuación.

Las estructuras organizativas actuales no son adecuadas para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, fundamentalmente de los pacientes crónicos. Son estructuras burocráticas con rigideces en los procedimientos que ocasionan problemas en la descentralización en la gestión de recursos humanos y presupuestarios, en la mayor autonomía de gestión y en la flexibilidad en la organización. Tal y como se reflejaba en el Informe SEDAP 2010: “La complejidad y la variabilidad de los hospitales y centros de salud no se ajustan a estructuras burocráticas y aún menos cuando una de sus finalidades es la integración para mejorar la continuidad asistencial”.

Uno de los pilares de las estrategias que se están implementando en otros países es el desarrollo de una atención primaria potente. En España parecería que estamos en condiciones óptimas para



garantizarlo, ya que disponemos de centros de salud con Equipos de Atención Primaria (equipos multidisciplinares) que en la actualidad cubren prácticamente a toda la población. Sin embargo, esto no es así, pues no se ha desarrollado como estaba previsto y no se ha completado su papel como gestor y orientador de cuidados del paciente dentro del conjunto del sistema sanitario.

La organización hospitalaria sigue siendo muy similar a la que había hace treinta años, orientada a la resolución de problemas agudos, con escasa conexión con el primer nivel asistencial y poco eficiente e interesada en atender las necesidades actuales de cronicidad.

La herramienta utilizada en los últimos veinte años en ambos niveles asistenciales ha sido la gestión contractual, que no ha dado respuesta a la continuidad y coordinación entre niveles y unidades asistenciales. La experiencia ha demostrado que los procesos contractuales tienen fortalezas como la implicación de los profesionales con los objetivos y estrategias de la organización sanitaria, la corresponsabilidad y participación en la gestión de los recursos, la evaluación de los compromisos y la incentivación ligada a esta evaluación. Sin embargo, entre sus debilidades se destacan la inexistencia de objetivos asistenciales comunes a ambos niveles, la inadecuada evaluación, la dificultad de establecer objetivos individuales de cara a la incentivación y la escasa compensación por la consecución de los objetivos pactados, además de la falta de adecuación de los compromisos con las necesidades actuales debidas a la creciente cronicidad.

La falta de objetivos comunes repercute de forma relevante en la atención a pacientes crónicos, que son atendidos varias veces a lo largo del año, tanto en sus centros de salud como por diferentes médicos especialistas en los hospitales y sus centros de especialidades, multiplicando (muchas veces sin justificación) exploraciones y pruebas complementarias, sin integrar la información clínica generada. En el ámbito de la medicación, cada médico indica sus prescripciones, con lo que este tipo de paciente consume un número muy elevado de medicamentos, que incluso en algunos casos desconoce su propio médico de familia.

La modernización y adecuación de las estructuras organizativas sanitarias es imprescindible para dar contestación a las necesidades de los enfermos crónicos, evolucionando a modelos de integración asistencial, ya sea horizontal mediante la gestión por procesos asistenciales, o vertical, con integración estructural.

La implicación de los profesionales es crucial para llevar a cabo el cambio necesario en la organización y conlleva al fomento de las Unidades de Gestión Clínica. Sin embargo, la implantación de Unidades de Gestión Clínica es muy desigual entre los Servicios Regionales de Salud, habiendo

desde CC.AA. que prácticamente han implementado las unidades en todos sus centros sanitarios hasta otras donde su implantación es testimonial.

La gestión clínica se ha valorado de gran importancia para mejorar la calidad de la atención. La implantación de la gestión clínica implica una mayor autonomía de organización y gestión de servicios, repercute en la minimización de la variabilidad en la práctica clínica y promueve una mayor integración asistencial entre servicios intrahospitalarios y entre ambos niveles asistenciales. Asimismo, la mayor autonomía en la organización y gestión de servicios está muy relacionada con la innovación, por lo que su implantación puede llevar a considerar modelos que puedan ser más efectivos y eficientes que los actuales y, por tanto, enriquecer la organización del SNS.

Los contratos de gestión (también llamados contratos-programas), como documentos que establecen el marco de actuación de las organizaciones sanitarias, deben adecuarse a la gestión por procesos, garantizando un soporte adecuado de las tecnologías de la información y la comunicación, y dotándolos con una financiación más acorde con los objetivos de la Estrategia de Crónicos. Los sistemas de incentiación deben estar relacionados directamente con la consecución de los objetivos acordados.

Se precisa de un cambio de cultura organizativa, en la que los profesionales interioricen que el eje de la organización sanitaria es el ciudadano o paciente. Para que este cambio sea una realidad, hay que contar con buenos gestores que lo lideren y sean capaces de transmitir y hacer a los profesionales partícipes de la implantación y el desarrollo de las iniciativas en la organización.

Las actuales estructuras e instituciones sanitarias públicas, en momentos de crisis, con un importante acento en el uso eficiente de los recursos, tienen posiblemente una excelente oportunidad de que la Estructura y la Organización Sanitaria sean elementos facilitadores en la Estrategia de la Atención a los Pacientes Crónicos.

El “Rediseño de la Organización” es primordial e imprescindible para el éxito de esta estrategia.

Líneas de actuación

- Cambio de las estructuras organizativas, aproximando la cúpula a la base con el fin de dotarlas de mayor funcionalidad y de un liderazgo institucional y gestor más facilitador de

la colaboración entre los profesionales, que minimice las barreras funcionales y que impulse la participación de los profesionales, la innovación y el trabajo en equipo. Estos cambios organizativos no tienen que ser iguales en todas las organizaciones sanitarias, ya que elegir la estructura más apropiada viene determinado por la historia de la organización, el tamaño, la tecnología, los objetivos, el entorno y los profesionales.

Su factibilidad es media ya que debe ir ligada al cambio de cultura en la organización, tanto de directivos como de profesionales asistenciales.

- Desarrollo de la atención primaria como gestor y orientador del paciente por su devenir en los servicios sanitarios, con mayor capacidad de resolución sin realizar derivaciones injustificadas al hospital y desarrollando la promoción de la salud (elemento importante de la atención primaria) sobre todo en la autorresponsabilidad del ciudadano en su propia salud y en el autocuidado del paciente.

Su factibilidad es media ya que debe ir ligada al cambio de cultura en la organización, tanto de directivos como de profesionales asistenciales.

- Reorganización hospitalaria. Debería realizarse con criterios racionales basados en: el tamaño y estructura de la población de referencia, los problemas de salud actuales, estudio de la Cartera de Servicios en función de actividad estimada, rendimiento y coste, teniendo en cuenta la accesibilidad y el rendimiento de procedimientos y técnicas de hospitales colindantes y la evidencia científica referente a la concentración de recursos para una mayor efectividad en el tratamiento de ciertas enfermedades, de tal manera que se pudieran establecer redes de hospitales que garantizaran la equidad de las prestaciones y la calidad de las mismas. La orientación hacia la atención de los procesos crónicos producirá una tendencia decreciente de ingresos hospitalarios y un aumento de actividad de otras unidades como hospital de día, unidades de corta estancia y cirugía mayor ambulatoria, entre otras.

Su factibilidad es media ya que debe ir ligada al cambio de cultura en la organización, tanto de directivos como de profesionales asistenciales.

- Asunción de la atención primaria como ámbito clave de la atención al paciente crónico, y del médico de familia como eje de la actividad asistencial, con la instauración / consolidación del "especialista hospitalario interconsultor", preferentemente en la especialidad de Medicina Interna, sin obviar otras especialidades de gran relevancia en el manejo de ciertas patologías crónicas.

Las formas de interrelación varían de unas realidades a otras: el teléfono, el correo electrónico, las interconsultas *on-line*, entre otros, y facilitan que un médico del hospital se transforme en el asesor clínico e interlocutor con uno o varios centros de salud. Esto permite:

- Compartir criterios diagnósticos y terapéuticos de los pacientes crónicos.
- Evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes y duplicidad de actividades.
- Acordar ingresos hospitalarios programados desde los centros de salud, por recaídas de sus procesos basales, entre el médico especialista en medicina familiar y el médico especialista internista, en la forma, tiempo y Unidad más idónea.
- En los ingresos hospitalarios, ya sean programados o a través de los servicios de urgencias, es este especialista interconsultor el que debe seguir el proceso y el recorrido hospitalario de ese paciente común, informando al médico de familia para facilitar la correcta atención al alta hospitalaria.

Esta organización redundaría en una mejora en la atención al paciente crónico, de forma que el abordaje y el seguimiento de los procesos se realice en el nivel más adecuado, evitando perpetuar las revisiones hospitalarias presenciales y la utilización del paciente como “transmisor” de la información clínica. Asimismo, generaría una disminución de consultas hospitalarias y, por consiguiente, de demoras en la atención, un menor número de ingresos hospitalarios con menores estancias, una mayor satisfacción en el trabajo de los médicos intervinientes, una mejora en la percepción del paciente y un menor gasto e iatrogenia farmacológica.

Para facilitar ese menor número de visitas, mayor comodidad del paciente, evitando repetición de pruebas y tratamiento, se deben potenciar en número y recursos los “hospitales de día médicos”.

Su factibilidad es alta debido a que, en general, no requieren recursos extraordinarios y su aceptabilidad y viabilidad están demostradas por experiencias diversas ya existentes.

- Asunción del papel relevante de la enfermera de atención primaria como “enfermera coordinadora de cuidados”, tanto en la promoción de la salud como en el seguimiento del paciente crónico y en la coordinación con los recursos sociales, para que este tipo de paciente pueda ser atendido en su hábitat habitual.

Su factibilidad es alta debido a que, en general, no requieren recursos extraordinarios y su aceptabilidad y viabilidad están demostradas por experiencias diversas ya existentes.

- Asunción de las funciones de “enfermera de enlace” por las enfermeras del hospital, entendiéndose como la enfermera que coordina las actuaciones del paciente ingresado y la pos-hospitalización con atención primaria y Servicios Sociales, si procede.

Su factibilidad es alta debido a que, en general, no requieren recursos extraordinarios y su aceptabilidad y viabilidad están demostradas por experiencias diversas ya existentes.

- Fomento de acciones centralizadas, promoviendo economías de escala en diferentes vertientes: compra de medicamentos hospitalarios y productos sanitarios, adquisición de equipamientos y desarrollo tecnológico de sistemas de información y comunicación...

Su factibilidad es alta.

- Seguimiento y evaluación de las experiencias de gestión clínica implantadas en los distintos Servicios Regionales de Salud.

Su factibilidad es media ya que puede haber reticencias a ser evaluado. Su coste se basaría en tiempo de los expertos empleado en la evaluación; el resto del coste podría ser bajo si la información es electrónica.

- Impulso de la implantación de Unidades de Gestión Clínica por parte de los Servicios Regionales de Salud, enmarcadas en la dirección por objetivos, y según los resultados de las experiencias implantadas.

Su factibilidad depende de la política sanitaria de cada Comunidad Autónoma.

- Priorización de procesos crónicos en los contratos de gestión. En estos compromisos se priorizará la atención de los procesos según prevalencia, complejidad, utilización de servicios sanitarios y gasto sanitario, en función de la estratificación de los pacientes crónicos (gestión de casos, gestión de la enfermedad, soporte a la autogestión y prevención / promoción), además de aspectos que provean una visión integral de la persona y los problemas derivados de su enfermedad o enfermedades crónicas, como es la calidad de vida, la percepción de su propia salud y la adaptación a sus discapacidades. Asimismo, un porcentaje de la financiación podría ligarse directamente al compromiso de la atención a crónicos.

Su factibilidad es media-alta ya que conlleva un desarrollo importante de las herramientas necesarias para ello, como es la estratificación, que permita catalogar estas actividades / intervenciones a priorizar, el despliegue de vinculación presupuestaria así como todo el instrumento evaluativo necesario. Es difícil cambiar la rutina preexistente en los contratos y dotarles de operatividad y credibilidad entre los provisosores. También resulta complejo comprometer a los clínicos y los gestores para que se involucren y lleven a cabo estas intervenciones sobre el paciente.

- Sistema de reconocimiento profesional e incentivos ligado a la consecución de objetivos priorizados por la organización, en este caso el desarrollo de la EC. El sistema debe contemplar el término “incentivo” en el amplio sentido de la palabra y no solo referido a aspectos económicos. Debe haber unos criterios claramente definidos y un sistema de medición objetivo y también sujeto a evaluación, que permita discernir las diferencias que se producen entre los profesionales.

Estos incentivos deben estar vinculados a la consecución de los objetivos compartidos en la atención a pacientes crónicos y deben contemplarse para todos los niveles de la organización.

Su factibilidad es media, ya que conlleva un gran trabajo de desarrollo, tanto de la parte de diseño como de la evaluación que le confieran credibilidad ante los profesionales.

- Información a los profesionales de atención primaria y atención hospitalaria de las estrategias nacionales e internacionales de atención a enfermos crónicos que están teniendo resultados positivos, y sobre la propia estrategia definida, tanto desde el punto de vista organizativo como desde el asistencial.

Su factibilidad es alta.

- Fomento del trabajo multidisciplinar y establecimiento de alianzas entre los profesionales de los distintos niveles.

Su factibilidad es media, ya que los cambios de actitud por parte de la organización son difíciles.

Cualquiera de las líneas de actuación descritas, como procedimientos que persiguen una mejora de la organización sanitaria y la continuidad asistencial, bien de forma individual o combinada, deben estar abiertas a las singularidades de cada Comunidad Autónoma.

Profesionalización del directivo y definición del liderazgo de la EC

Es importante un cambio cultural en las organizaciones sanitarias, que pase por reforzar el papel de los profesionales de atención primaria y por el establecimiento de alianzas en la propia organización sanitaria y con otros organismos y sectores, para que la atención a los procesos crónicos sea integral e integrada.

Para que esta visión integral sea posible, es necesaria la profesionalización de los directivos que gestionan los distintos niveles de la organización sanitaria. Es decir, directivos bien cualificados, con conocimiento y experiencia en la gestión de organizaciones sanitarias, que conozcan la organización y los cambios de cultura y estructura necesarios para lograr los objetivos de la propia estrategia, que sean capaces de motivar a los profesionales, que apoyen y faciliten las innovaciones y autonomía en la gestión, que fomenten el trabajo en equipo, que incorporen a los profesionales asistenciales en la toma de decisiones y que sean capaces de compartir el desarrollo de las actuaciones con los líderes clínicos: “Gestores más clínicos y clínicos más gestores”.

Gestión y liderazgo son aspectos que van ligados a la función directiva, e imprescindibles para invertir los flujos sanitarios actuales, que deben impregnar en todos los niveles de gestión. Sin liderazgo no puede haber una gestión efectiva.

En todos los niveles de actuación, el directivo debe ser el referente y / o motor para cambiar la organización en la atención al crónico:

- Como Servicio Regional de Salud, es el gran promotor tanto al designar los recursos humanos y materiales como al promover los cambios organizativos dentro de la Comunidad Autónoma.
- Como Gerencia, tanto de atención primaria, atención hospitalaria, como integrada, tiene la función de transmitir a los equipos, unidades o servicios la necesidad de aplicar esta estrategia e ilusionar por la misma.
- Como responsables de servicios y unidades, tienen la función de motivar a los profesionales asistenciales para que gestionen la inclusión, el seguimiento y la evaluación del crónico.

Sin duda alguna, la importancia de esta acción clave es alta, ya que se trata de una medida fundamental para el adecuado desarrollo de un proceso de estas características, que implica un gran cambio en la cultura de las organizaciones sanitarias.

Líneas de actuación

- Acreditación de directivos en función de la formación reglada en administración y gestión sanitaria, la demostración de experiencia anterior que avale la adquisición de habilidades y competencias suficientes, y la evaluación documentada de los desempeños en experiencias profesionales anteriores.

Su factibilidad es media-alta ya que puede haber resistencias políticas a la profesionalización.

- Constitución de órganos de gobierno responsables de velar por la buena gobernanza de las organizaciones sanitarias (transparencia en la gestión y en la rendición de cuentas), y que asuman el papel de la contratación y la evaluación de los directivos.

Su factibilidad es media ya que puede haber resistencias políticas a la profesionalización.

- Selección de directivos. Los puestos directivos deberían ser desempeñados por profesionales de la gestión sanitaria. Para ello es esencial que la selección de los gestores se realice a través de una convocatoria abierta y con un procedimiento de concurrencia competitiva. En los procesos de selección de directivos se deben asumir unos criterios comunes que den unas garantías mínimas de competencia profesional en función de la acreditación. Los directivos deben tener un contrato por tiempo determinado, en el que se debe establecer un mecanismo formalizado y transparente para la eventualidad de un cese antes de finalizar el mismo.

Su factibilidad es media-alta ya que puede haber resistencias políticas a la profesionalización.

Nuevo marco de relación con los profesionales

La normativa actual, con procedimientos rígidos, hace más difícil el cambio en la organización sanitaria. Se necesita una organización más flexible, más transversal, enfocada al paciente y al ciudadano en general y, por tanto, ha de dotarse de instrumentos de gestión de recursos humanos que le den flexibilidad y adaptabilidad a las nuevas necesidades.

La actualización de la normativa sobre personal es una acción de importancia alta, ya que no se pueden conseguir los objetivos de la Organización Sanitaria sin contar con los profesionales.

Líneas de actuación

La actualización normativa debe ir orientada a:

- Adecuación de los puestos de trabajo y la oferta de servicios a partir de las competencias adquiridas.
- Criterios de selección del personal adaptados a las competencias necesarias, evitando reglas fijas uniformizantes y teniendo en cuenta criterios de efectividad, productividad y valor añadido para la red y el ciudadano.
- Flexibilización de las condiciones de contratación, en horarios y destinos.
- Fomento del desarrollo profesional continuo.
- Cambio en el sistema retributivo, con un mayor peso de los conceptos variables. Las retribuciones variables deben ser atractivas para los profesionales, basadas en la evaluación de rendimiento, resultados asistenciales e investigación, entre otros factores, así como en la valoración del trabajo en equipo, la participación e implicación en la toma de decisiones y en el liderazgo profesional.
- Reconocimiento de los méritos de los profesionales.

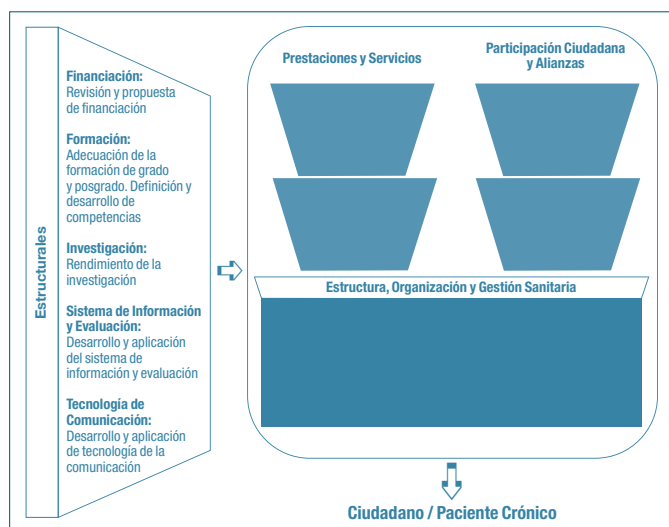
Su factibilidad es media. Introducir cambios que adecuen la gestión de recursos humanos tiene dificultades en el sector público; requiere tiempo la negociación con las mesas sectoriales y sindicatos.

Cuadro resumen de Estructura, Organización y Gestión Sanitaria

Acción clave	Líneas de actuación	Factibilidad
<i>Rediseño de la Organización</i>	Cambio de las estructuras organizativas	Media
	Desarrollo de la atención primaria como gestor y orientador del paciente	Media
	Reorganización hospitalaria	Media
	Asunción de atención primaria como ámbito clave de atención del paciente crónico	Alta
	Enfermera coordinadora de cuidados	Alta
	Enfermera de enlace	Alta
	Fomento de economías de escala	Alta
	Seguimiento y evaluación de experiencias de gestión clínica	Media
	Impulso de implantación de Unidades de Gestión Clínica	Depende de la política sanitaria de cada Comunidad Autónoma
	Priorización de procesos crónicos en los contratos de gestión	Media-Alta
	Sistema de reconocimiento profesional e incentivos	Media
<i>Profesionalización del directivo y definición del liderazgo de la EC</i>	Información a profesionales de EC	Alta
	Fomento trabajo multidisciplinar	Media
<i>Nuevo marco de relación con los profesionales</i>	Acreditación de directivos	Media-Alta
	Constitución de Órganos de Gobierno	Media
	Selección de directivos	Media-Alta
	Adecuación de los puestos de trabajo	Media
	Criterios de selección del personal adaptados a las competencias necesarias	Media
	Flexibilización de las condiciones de contratación, en horarios y destinos	Media
	Fomento del desarrollo profesional continuo	Media
	Cambiar el sistema retributivo	Media
	Reconocimiento de méritos de los profesionales	Media

IV.4. Estructurales

Este bloque está constituido por cinco acciones clave que son de soporte para que se puedan llevar a cabo los bloques de “Prestaciones y Servicios” y de “Participación Ciudadana y Alianzas”.



Financiación

Desde el año 2002, todas las CC.AA. financian la atención sanitaria con cargo a sus presupuestos generales; las transferencias de la Administración del Estado no son finalistas. El sistema incluye varios fondos específicos destinados a cubrir las necesidades estimadas de gastos en cada CC.AA. y a compensar las distintas necesidades de inversión y combatir las desigualdades entre las regiones. La fórmula utilizada para la adjudicación de fondos se basa en un criterio per cápita ponderado por la estructura de la población (población ajustada por la población protegida efectiva, la población en edad escolar y mayor de 65 años), la dispersión de la población, la extensión y la insularidad del territorio.

Las modificaciones de financiación aprobadas en la ley de financiación autonómica de 2009, que se han aplicado a partir de los Presupuestos Generales de 2011, se traducen en una mayor autonomía fiscal de las CC.AA., incrementando el porcentaje de cesión de los tributos parcialmente cedidos a las CC.AA. hasta el 50% en el caso de los impuestos generales (IRPF, IVA) y hasta el 58% para los impuestos especiales de fabricación (hidrocarburos, alcohol, tabaco). Asimismo, se redefinen las herramientas para la equidad horizontal y vertical: se establecen fondos de compensación y garantía para que las CC.AA. con rentas más bajas puedan prestar la misma cantidad de servicios, y con la misma calidad, que las que tienen rentas más elevadas.

La atención sanitaria es la competencia más importante de las CC.AA. En promedio, supera el 30% de su presupuesto total.

Así como la asignación presupuestaria en atención primaria es prácticamente capitolativa ajustada por estructura de población y dispersión, la asignación presupuestaria en atención hospitalaria puede ser por actividad o por capitación.

En la estrategia de enfermedades crónicas la gestión debería estar orientada por procesos, en función de la estratificación de pacientes. Por tanto, dado el peso que suponen la atención de los pacientes crónicos y la integración asistencial que debe lograrse entre ambos niveles asistenciales, no parece adecuada la asignación presupuestaria por actividad, debiéndose realizar la asignación en atención primaria y atención hospitalaria por capitación ajustada. Por consiguiente, la importancia de esta acción clave es alta.

Líneas de actuación

- Asignación de presupuestos por Área de Salud que integre el presupuesto de atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH) con los mismos criterios de asignación presupuestaria en ambos niveles asistenciales. La distribución debe ser capitolativa en función de variables objetivables: morbilidad esperada y, en su defecto, de la estructura de población (debería contemplarse en la estrategia de crónicos la población de 65-74 años y mayores de 75 años), riesgos y grado de morbilidad así como dispersión (debe considerarse la penosidad del trabajo que desempeñan los profesionales de atención primaria en el medio rural).
- Establecimiento de un factor de ponderación de la asignación presupuestaria al Área de Salud para promoción de la salud y prevención de factores de riesgo. Este factor será mayor o menor según resultados relacionados con población sana y descompensaciones de los enfermos crónicos.
- Compensación por actividad por población no perteneciente al Área de Salud, ya sea por libre elección del ciudadano / paciente o por ser servicio de referencia.

La factibilidad es media-baja en todas estas líneas de actuación, ya que van ligadas a otras acciones con bastante complejidad como son los cambios en la organización, cambios de la cultura organizativa y la actualización de la normativa sobre personal, entre otros.

Adecuación de la formación de grado y posgrado. Definición y desarrollo de competencias

La formación de grado y posgrado en Ciencias de la Salud ha adolecido hasta la actualidad de diversos problemas y limitaciones:

- Periodos formativos compartimentados sin coordinación alguna entre sus programas y objetivos.
- Falta de coordinación entre el sistema sanitario y el educativo.
- Falta de definición y consenso institucional sobre los objetivos formativos, con currículos basados en disciplinas independientes, y más centrados en la adquisición de conocimientos que en el aprendizaje de aptitudes y habilidades y creación de actitudes.
- Falta de adecuación de los planes formativos a la satisfacción de las necesidades, demandas y expectativas en salud de la ciudadanía.
- Déficits importantes en aspectos humanísticos, éticos, técnicas de comunicación, investigación y de gestión clínica.

Distintos países del entorno europeo (Francia, Alemania, Bélgica, Italia y Reino Unido, entre otros) están inmersos en reformas más o menos profundas de sus sistemas formativos, tanto en la formación de grado como en la formación especializada. Los objetivos docentes deben definirse en función de lo que la sociedad necesita de los profesionales sanitarios, permitiendo además la adaptación de dichos objetivos a los cambios sociales acelerados, entre ellos el envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas.

La troncalidad en la formación sanitaria especializada se basa en potenciar la atención integral a través de una labor de equipo más eficaz, con un enfoque multidisciplinar y con la configuración de itinerarios formativos más flexibles, adaptados tanto para satisfacer las necesidades de desarrollo de los profesionales y su especialización progresiva, así como las necesidades y requerimientos actuales y futuros del SNS. Con respecto a la especialización de las enfermeras, debe considerarse la pertinencia de mantener un tronco común y de generalizar la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

La Ley de Cohesión y Calidad de 2003 define la competencia profesional como “la aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver los problemas que se le plantean”. Las competencias profesionales son procesos dinámicos, longitudinales en el tiempo para favorecer el desarrollo de la profesión de manera efectiva, adaptándose a las necesidades que vayan teniendo en las organizaciones sanitarias, lo que se denomina “desarrollo profesional continuo”.

En el marco de la estrategia de crónicos, en la que hay que integrar distintas dimensiones, desde la promoción y prevención hasta la atención clínica y de cuidados que necesitan estos enfermos, y actuar sobre la población general, los pacientes y los cuidadores, la familia y la comunidad, es

necesario un trabajo interdisciplinar que implique diversas competencias. Las modificaciones en la organización sanitaria propuestas conllevan cambios en las funciones y competencias de los profesionales para adaptarse a las necesidades que vayan teniendo los enfermos crónicos.

Así como los conocimientos y las habilidades clínicas están bien desarrollados en las profesiones de medicina y enfermería de ambos niveles asistenciales, hay que profundizar en actitudes como: comunicación con el paciente y con la familia o el cuidador, comunicación con los miembros del equipo, responsabilidad de gestión y organización de recursos y de evaluación de resultados.

La extensión de los aprendizajes compartidos entre profesiones sanitarias y sociales es una asignatura pendiente pero posible, que aumentaría no solo las habilidades sino las actitudes proactivas e integradoras.

Asimismo, habría que realizar transferencia de funciones de medicina a enfermería para una mayor eficiencia de la organización y valorar la inclusión de otros profesionales como fisioterapeutas, farmacéuticos, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, nutricionistas-dietistas, entre otros, que pueden tener su justificación en esta estrategia.

La importancia de esta acción clave es alta, ya que se trata de lograr profesionales competentes, éticos, bien formados y sobre todo responsables y comprometidos con sus servicios y con las necesidades de las personas con enfermedades crónicas a las que atienden. Todo ello desde el inicio de su formación y capacitación.

Líneas de actuación

- Impulso de la coordinación entre el sistema sanitario y el educativo. Esta coordinación debe efectuarse a nivel estatal, entre los Ministerios responsables de Sanidad y de Educación, y también debe fomentarse el establecimiento de redes de colaboración entre los Servicios Regionales de Salud y la Universidad.
- Participación activa de las Consejerías de Sanidad en la elaboración de propuestas y el desarrollo de las competencias clave para la correcta adecuación de la capacitación de los estudiantes y especialistas en formación a las necesidades de salud de la población y, en concreto, para la adquisición de habilidades en el manejo de los pacientes crónicos.
- Establecimiento de programas de formación compartida de médicos y enfermeras residentes de las distintas especialidades implicadas en la atención al paciente crónico. Experiencias de este tipo ya se han desarrollado en algunas CC.AA.

La factibilidad de estas tres líneas de actuación es media por las posibles resistencias al cambio.

- Definición de competencias básicas de medicina (especialmente de los médicos de familia y médicos internistas) y de enfermería (de atención primaria y hospitalaria).

Su factibilidad es media-baja, ya que definir y llegar a acuerdos sobre las competencias puede ser complejo.

- Desarrollo profesional continuo, de acuerdo a las necesidades de los profesionales. Especialmente en trabajo en equipo multidisciplinar, capacidad educativa para generar autonomía y corresponsabilidad a las personas y cuidadores, y capacidad y actitudes en el manejo de conflictos (empatía, contención emocional), así como las habilidades comunicativas y emocionales en el entorno familiar e individual.

Su factibilidad es alta si existe una sensibilización de los profesionales ante estas necesidades de formación.

- Acreditación de competencias mediante evaluaciones periódicas.

Su factibilidad es media por el coste económico.

- Estudio de necesidades de otros perfiles de profesionales que sean precisos para dar una atención de calidad.

Su factibilidad es media-baja, dadas las limitaciones presupuestarias.

Rendimiento de la investigación en el SNS

La importancia de la implementación de esta acción está justificada desde una triple vertiente:

1. La necesidad de rentabilizar al máximo la investigación ya existente, de manera que se optimicen los estudios realizados sobre el tema, siempre que reúnan condiciones de calidad y aplicabilidad. Así, además de aprovechar y aprender de experiencias previas, se obviaría la inversión de recursos en estudios para los que existe respuesta a las posibles preguntas de investigación a plantear.

2. El impulso de la investigación evaluativa es imprescindible para conocer el grado de eficiencia de cualquier estrategia, acción o intervención implementada, valorar el éxito alcanzado y promover el alcance e impacto deseado mediante la aplicación de los cambios y recomendaciones resultantes de la evaluación. Además, debe ser considerada como generadora de riqueza y sostenibilidad.
3. El beneficio que supone potenciar la investigación en calidad de vida de los ciudadanos con enfermedades crónicas, en la medida que existen escalas validadas que permiten su cuantificación y posibilitan valorar el coste-utilidad de la intervención.

Líneas de actuación

- Recopilación, revisión y difusión de los estudios existentes sobre estrategias de atención a pacientes crónicos. Para su desarrollo se debería aplicar la metodología de revisión sistemática para la identificación y análisis de estudios disponibles, y con diseño correcto, que permitan obtener evidencias sobre los resultados de las intervenciones. En una segunda fase, se efectuaría la difusión institucional de los resultados de la revisión sistemática.
- Fomento de la investigación evaluativa mediante la constitución de grupos de investigación estables y coordinados, integrados por profesionales de los diferentes niveles de gestión (macro y meso) y de los distintos ámbitos, que planifiquen y ejecuten estudios que permitan evaluar si las intervenciones se desarrollan según lo planificado, su grado de alcance, su efectividad y su eficiencia. Deben articularse con las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa (RTIC), que integran los distintos tipos de investigación como estrategia para acortar el intervalo entre la producción de un nuevo conocimiento y su transferencia y aplicabilidad real en la práctica clínica.
- Fomento de la investigación en calidad de vida. Constitución de grupos de investigación estables y coordinados, promovidos desde el nivel de la mesogestión, e integrados por profesionales de distintos ámbitos (profesionales asistenciales sanitarios y sociales), que planifiquen y ejecuten estudios que permitan conocer la calidad de vida de pacientes crónicos de los grupos priorizados, mediante la aplicación de metodología validada. Los resultados obtenidos posibilitarán reconducir acciones o programar nuevas intervenciones, así como aportar información para la evaluación del coste-utilidad.
- Establecimiento de alianzas estratégicas. Formulación de acuerdos y convenios con sectores interesados en apoyar y financiar investigación evaluativa y en calidad de vida, de acuerdo con lo contemplado en las líneas de actuación anteriores.

La factibilidad de estas líneas de actuación es alta en la medida que:

- Existen entidades y expertos en la realización de revisiones sistemáticas.
- Existen en el SNS profesionales con formación y capacitación con los que se puede contar para ello, siempre que se tome la decisión de impulsar este tipo de investigación a nivel institucional.
- Además, estos profesionales pueden actuar como capacitadores de otros que estén interesados y que no cuenten con preparación mediante la formación en acción (única que ha demostrado ser efectiva).
- Se establezcan y desarrollen acuerdos con sectores interesados basados en el interés mutuo, en la medida que se tome la decisión de impulsar este tipo de investigación a nivel institucional.

Desarrollo y aplicación del Sistema de Información y de Evaluación

Es imprescindible disponer de un Sistema de Información que permita llevar a cabo la integración clínica tanto entre profesionales del propio Equipo de Atención Primaria como con los profesionales entre ambos niveles asistenciales y con otros sectores implicados en la atención, como son los Servicios Sociales.

Las CC.AA. han realizado un gran esfuerzo en la implantación de la historia clínica electrónica, que facilitaría el acceso a todos los profesionales de ambos niveles que intervienen en el proceso asistencial para garantizar la calidad de la atención, evitar duplicidades de pruebas diagnósticas, minimizar la iatrogenia y, consecuentemente, mejorar la eficiencia. Sin embargo, en el momento actual, y aunque existen aplicaciones que posibilitan el uso compartido de información, no todos los Sistemas son compatibles, lo que impide este intercambio, tanto entre ambos niveles asistenciales como entre territorios y CC.AA.

En relación con los sistemas de información, es también importante avanzar en el desarrollo e implementación de sistemas computarizados de ayuda integrados en la historia clínica electrónica que contribuyan a la toma de decisiones basadas en la evidencia.

Por otro lado, la explotación y los circuitos de retroalimentación de información clínica y de costes a los profesionales es muy escasa. Existe poco desarrollo de Sistemas Integrados de Clasificación de Pacientes Crónicos que den información de la atención de los pacientes ajustados por comorbilidad y de los costes de la atención, siendo muy necesarios para la estratificación de los pacientes crónicos y el seguimiento y la evaluación de la propia estrategia.

La escasa cultura de medición, evaluación y comparación de resultados y rendimientos de los diversos modelos de gestión origina un desconocimiento de las fortalezas y debilidades de las experiencias que se están llevando a cabo en distintos Servicios Regionales de Salud. La implementación de la evaluación es de tal relevancia que debe contemplarse en la propia estrategia y en todos los diseños de las innovaciones y experiencias que se realizan. Debemos concienciar a la Organización Sanitaria de que la evaluación es de un gran valor y que no puede obviarse en ningún proyecto.

Por tanto, la justificación del Sistema de Información como requisito de la Estrategia, la implementación del seguimiento y la evaluación es alta.

Líneas de actuación

- Implantación y desarrollo de Sistemas de Información compatibles. Desarrollo de Sistemas de Información compatibles entre ambos niveles asistenciales, y entre territorios y CC.AA., ágiles y fluidos, que permitan el intercambio de información clínica entre los profesionales implicados en la atención del paciente crónico. Además de la historia clínica propiamente dicha, el sistema debe permitir compartir la información y posibilitar la visualización de exploraciones complementarias.

La historia clínica electrónica, común para todos los profesionales responsables del paciente, en la que puedan hacerse planes individualizados, se consulten guías de práctica clínica, alertas y conciliación farmacoterapéutica, valores predictivos y riesgos de las exploraciones, indicadores de proceso y resultados..., es una herramienta imprescindible para una asistencia integral, continuada, proactiva, eficiente y de calidad.

El desarrollo del sistema de información debe también contemplar la mejora y generalización de otras herramientas como la gestión electrónica de la medicación y la gestión automática de órdenes médicas que desburocratizan el trabajo, disminuyen la probabilidad de errores y, por consiguiente, mejoran la calidad y la eficiencia. La gestión electrónica de la medicación (prescripción y dispensación) debería avanzar hacia la compatibilidad entre CC.AA.

Asimismo, debe contemplarse la explotación y retroalimentación de esta información tanto desde el punto de vista asistencial como desde el punto de vista de costes, de tal manera que los profesionales puedan obtener información veraz de su práctica clínica.

Su factibilidad es alta, en la medida en que ya se ha desarrollado en algunas experiencias. Existe buena aceptación por los profesionales, siempre que se garantice la confidencialidad.

Es de gran utilidad para los gestores y supone un ahorro en gastos al reducirse las duplicidades. Supone limitaciones de carácter económico si las aplicaciones informáticas actuales no pueden ser compatibles.

- Desarrollo e implementación de herramientas y recursos para la toma de decisiones basadas en la evidencia. En la actualidad, con el desarrollo tecnológico, existen experiencias y es factible la integración en la historia clínica electrónica de sistemas de ayuda para la toma de decisiones que, además de disminuir la variabilidad de la práctica clínica y mejorar la calidad de la atención, tienen gran aceptación por los profesionales y aumentan su rendimiento.

Entre estas herramientas se encuentran tanto aplicaciones incluidas en la historia informatizada como alertas o recordatorios de actividades a realizar cuando se cumplen determinadas condiciones, como otras generadas por la automatización de guías de práctica clínica. Lo óptimo y más avanzado sería disponer de programas inteligentes de apoyo para la toma de decisiones, como bases de datos que resuelven cuestiones clínicas planteadas activamente por el usuario, sistemas de prescripción electrónica y sistemas de ayuda vinculados a la historia electrónica (sistemas computarizados de soporte para la toma de decisiones en la cúspide de la pirámide de Haynes).

Asimismo, los sistemas computarizados para la detección precoz de errores en la prescripción de medicamentos tienen gran relevancia en el caso de los pacientes crónicos polimedicados, al minimizar el riesgo de interacciones farmacológicas.

Su factibilidad es alta.

- Implantación y desarrollo de Sistemas Integrados de Clasificación de Pacientes. La evaluación y comparación de la calidad, los costes y los resultados de los servicios de salud se debe llevar a cabo teniendo en cuenta los problemas de salud. Todo sistema de información debe permitir una clasificación de los pacientes según sus necesidades.

En la estratificación de los pacientes crónicos según sus requerimientos asistenciales, es fundamental identificar su nivel de riesgo, ya que será este indicador el que permita adecuar los cuidados a las necesidades reales. Se trata de identificar la morbilidad de los pacientes crónicos, caracterizándolos clínicamente en grupos de pacientes según el número y la complejidad de las enfermedades crónicas que padece cada individuo. La pertenencia a cada grupo hace referencia a la fragilidad clínica, así como a una utilización homogénea de los servicios de salud.

Existen experiencias de Sistemas Integrados de Clasificación de Pacientes para la integración asistencial, basados en los *Ambulatory Care Groups* (ACG) o *Clinical Risk Groups* (CRG). Para ello, es imprescindible una buena codificación de los procesos que, en general, no está muy desarrollada en atención primaria.

Su factibilidad está asegurada por la existencia de experiencias previas. Su capacidad para el análisis de los costes permite pensar que será de gran utilidad para cualquier organización sanitaria, así como de aplicación para el conjunto del SNS.

Las dificultades derivan de la carga de trabajo adicional que puede suponer, de la formación necesaria y de los recursos disponibles. Las limitaciones económicas no son significativas, pues se trata de cambios en la recogida y explotación de la información.

- Desarrollo de un sistema de estratificación de pacientes que seleccione grupos de individuos, patologías..., con características clínicas similares. Orienta sobre la efectividad y coste-efectividad de las intervenciones soportadas en la evidencia científica.

Constituye una herramienta que puede ayudar a los gestores y profesionales asistenciales para afrontar el reto de la mejora de la salud de la población que tienen encomendada en sus respectivos ámbitos de actuación.

Una de sus grandes potencialidades es la de establecer valores predictivos en el consumo de recursos, con lo que puede convertirse en un elemento fundamental para la financiación y análisis de costes de los servicios de salud.

La estratificación de pacientes es factible, siempre que se cuente con un sistema de clasificación de pacientes. Las limitaciones se centran en que la información disponible y su nivel de precisión pueden ser una barrera, así como la elección de la "herramienta" que lleve a cabo la estratificación, que normalmente son agrupadores de pacientes que requieren un exhaustivo conocimiento y práctica en su utilización.

- Definición y selección de un conjunto de indicadores priorizados y acordes con los objetivos que se pretende impulsar en la EC (deben estar incluidos en el contrato de gestión).

Una forma de empezar, cuando se ha incluido en la herramienta de contratación una serie de compromisos alineados con la EC, es incluir en la evaluación del contrato programa una batería de indicadores relativos a los citados compromisos.

Incluir en los cuadros de mando corporativos indicadores que permitan la evaluación continuada de la efectividad de las intervenciones propuestas en la EC.

Incorporar en la evaluación de los resultados de salud una visión integral que contemple criterios tales como calidad de vida, aceptación del estado de salud, adaptación a la discapacidad del paciente y su entorno familiar, así como la salud de la persona cuidadora.

Su factibilidad es alta, y el reto radica en definir indicadores con adecuadas propiedades de medición, seleccionados y priorizados en función del cumplimiento de estas propiedades, y para los que exista información automatizada y fácilmente extraíble.

- Diseño del seguimiento y la evaluación de las experiencias. El diseño e implementación de la evaluación son imprescindibles en cualquier estrategia. El seguimiento y análisis de las acciones que se vayan implementando permitirá conocer las mejores experiencias que aporten valor al SNS. La evaluación debería ir dirigida a la efectividad y eficiencia de estas experiencias y entroncada con el fomento de la investigación evaluativa contemplada en la acción clave "Rendimiento de la investigación del SNS".

Se debe otorgar un cierto reconocimiento a las experiencias, contando para ello con el respaldo profesional y / o institucional. Su función será la de centralizar todas las experiencias, acreditando unos criterios mínimos de efectividad, aplicabilidad y factibilidad que revisará periódicamente.

El seguimiento y la evaluación deben estar articulados desde el más alto nivel de planificación sanitaria (Agencia independiente mencionada en la acción clave "Homogeneización de prestaciones y Cartera de Servicios basada en la evidencia"), con el fin de compartir y extender las mejores experiencias al máximo número de organizaciones y servicios de salud.

Es factible, aunque requiere de la coordinación de diferentes asociaciones y organismos. Las principales limitaciones serían las derivadas de elementos de competencia y competitividad entre diferentes participantes en la atención a crónicos, sociedades profesionales y organismos públicos.

- Difusión pública de resultados. Para ello se contará con un portal en internet donde se publicarán todas las experiencias que cumplan los mínimos exigidos, constituyendo un banco de buenas prácticas en la atención a crónicos.

Las Consejerías de Sanidad programarán encuentros periódicos entre los servicios de salud, las asociaciones de usuarios y las sociedades científicas, con el fin de presentar y discutir las experiencias acreditadas en la atención a crónicos.

La actividad es factible, aunque cuenta con la limitación de la resistencia al cambio de determinados profesionales o colectivos.

Desarrollo y aplicación de tecnología de la comunicación

El bajo nivel de uso actual de la tecnología de la comunicación como soporte fundamental en la atención a pacientes crónicos justifica el abordaje de esta acción clave, sobre todo considerando que la mejora en la comunicación entre los profesionales, y entre éstos y los pacientes, redundaría en una atención más ágil, resolutive, cómoda y eficiente.

Las tecnologías de la comunicación constituyen herramientas importantes y poderosas para facilitar la atención sanitaria, especialmente para los pacientes con enfermedades crónicas y / o dependencia. Por ello, promover la innovación tecnológica y su utilización práctica y racional para soporte de los procesos de abordaje de la cronicidad desde las necesidades de los ciudadanos, los profesionales y las organizaciones sanitarias debe ser una acción valiosa en la estrategia para la asistencia de estos pacientes.

Entre los profesionales, el medio de comunicación clínico básico es la historia clínica, pero también otros medios como correo electrónico, internet, teléfono y videoconferencia.

Los móviles, los correos electrónicos e internet pueden favorecer la continuidad asistencial, la formación de los pacientes y la comunicación de los profesionales entre sí y con los pacientes.

Probablemente, los nuevos dispositivos de control de diversas variables clínicas en los domicilios de los pacientes constituyan, a falta de evidencia científica más concluyente, herramientas coste-efectivas que posibiliten los sistemas de (tele)salud personal y autocuidados en entornos de vida cotidiana.

Líneas de actuación

- Impulso de la tecnología de la comunicación para la continuidad asistencial. La comunicación entre los profesionales de atención primaria y hospitalaria debe tender a promover el uso de canales que no incluyan al paciente como transmisor de información, ni escrita ni verbal.

Los medios tecnológicos existentes en la actualidad posibilitan la comunicación directa entre los profesionales de ambos niveles para consultas sobre abordaje diagnóstico o terapéutico del paciente, programación de pruebas complementarias (y asignación de su preferencia) y de ingresos hospitalarios. Todo ello con la figura del especialista hospitalario interconsultor en coordinación con el médico de familia, y la de las enfermeras de enlace con coordinadoras de cuidados, tal y como se explicitó en la acción clave “Rediseño de la Organización”.

Por tanto, se debe promover y normalizar el uso de herramientas como:

- El teléfono, incluyendo la telefonía móvil.
- El correo electrónico y las interconsultas *on-line*.

Su factibilidad es alta, y existen experiencias exitosas al respecto. El coste no es elevado y queda sobradamente compensado por el beneficio que supone para el paciente y el gasto que unas correctas organización y gestión evitan al sistema sanitario.

- Impulso de la tecnología de la comunicación entre profesionales y ciudadanos. Se trata de poner en marcha mecanismos de mejora de la comunicación entre pacientes y clínicos basados en distintos canales (mensajería electrónica, portales, SMS, teléfono), que permiten compartir información (síntomas y signos, resultados, consejos, recordatorios...) en beneficio de una asistencia más rápida, económica y cómoda, detección de complicaciones y reagudizaciones, redundando además en una mayor sensibilidad y confianza del propio paciente hacia el autocuidado.

La aplicación de la tecnología de la comunicación en esta vertiente sería progresiva, en función de su grado de desarrollo, del acceso a la misma (sobre todo por parte de los pacientes) y de la disponibilidad de recursos para su inversión en tecnologías innovadoras:

- Normalización de la atención telefónica para informar y dar respuesta y canalizar consultas de los pacientes y seguir su evolución.
- Otros sistemas y dispositivos de comunicación y de ayuda al autocuidado (mensajes, alertas, cuestionarios virtuales).
- Información, consejo y seguimiento personalizado, multicanal y estratificado según riesgo (portal del paciente, páginas webs específicas con información clara, ajustada a las mejo-

res evidencias, comprensible y asequible de medidas preventivas, patologías, exploraciones y fármacos...).

- Atención teleasistida y telemonitorización a domicilio. Al respecto, ya existen aplicaciones innovadoras en algunas CC.AA.

Su factibilidad es alta, y existen experiencias exitosas al respecto.

Cuadro resumen de Acciones Estructurales		
Acción clave	Líneas de actuación	Factibilidad
<i>Financiación</i>	Asignación de los presupuestos por Área de Salud	Media
	Establecimiento de factor de ponderación presupuestaria para promoción de la salud y prevención de factores de riesgo	Media
	Compensación por actividad de población no perteneciente al Área de Salud	Media
<i>Adecuación de la formación de grado y posgrado. Definición y desarrollo de competencias</i>	Impulso de la coordinación entre sistema sanitario y educativo	Media
	Participación activa de las Consejerías de Sanidad en la elaboración y desarrollo de competencias	Media
	Establecimiento de programas de formación compartida de médicos y enfermeras	Media
	Definición de competencias básicas de medicina y enfermería	Media-Baja
	Fomento del desarrollo profesional continuo	Alta
	Acreditación de competencias	Media
	Estudio de necesidades de otros perfiles de profesionales	Media-Baja
<i>Rendimiento de la investigación en el SNS</i>	Recopilación, revisión y difusión de estudios sobre EC	Alta
	Fomento de la investigación evaluativa	Alta
	Fomento de la investigación en calidad de vida	Alta
	Establecimiento de alianzas estratégicas	Alta

Cuadro resumen de Acciones Estructurales (cont.)		
Acción clave	Líneas de actuación	Factibilidad
<i>Desarrollo y aplicación del sistema de información y de evaluación</i>	Implantación y desarrollo de Sistemas de Información compatibles	Alta
	Desarrollo e implementación de herramientas y recursos para la toma de decisiones	Alta
	Implantación y desarrollo de Sistemas Integrados de Clasificación de Pacientes	Media
	Desarrollo de un sistema de estratificación de pacientes	Media (condicionada por la anterior)
	Definición y selección de conjunto de indicadores	Alta
	Diseño y evaluación de las experiencias	Media-Alta
	Difusión pública de resultados	Media-Alta
<i>Desarrollo y aplicación de tecnología de la comunicación</i>	Impulso de la tecnología de la comunicación para la continuidad asistencial	Alta
	Impulso de la tecnología de la comunicación entre profesionales y ciudadanos	Alta

V. Recomendaciones sobre la Estrategia

A continuación se propone una serie de recomendaciones para el éxito de la Estrategia de Gestión de Crónicos referentes a criterios de implantación y desarrollo, seguimiento y evaluación, fases de desarrollo y evaluación económica.

V.1. Criterios de Implantación y Desarrollo

Como se ha comentado en la Introducción, hay acciones clave y líneas de actuación que deberían ser comunes y aplicadas en todo el SNS, por el contenido en sí o por la importancia para el seguimiento y evaluación de la propia estrategia.

Por el contrario, hay otras que pueden ser “autonómicas” y que, a juicio del grupo, sería de gran importancia por su desarrollo innovador y su aportación al Sistema.

Sin embargo, hay líneas de actuación que pueden tener un desarrollo común pero adaptadas a las condiciones de los Servicios Regionales de Salud. En la **Tabla 4** se hace un resumen de las recomendaciones del grupo al respecto.

Tabla 4. Recomendaciones para la implantación y el desarrollo de la Estrategia de Crónicos			
Acciones clave y líneas de actuación	Comunes a todo el SNS	Comunes con adaptación regional	Autonómicas
Homogeneidad de prestaciones y Cartera de Servicios	- Creación de una Agencia de evaluación independiente - Propuesta de actualización y homogeneización de Cartera de Servicios - Definición de criterios de evaluación CS Crónicos - Elaboración de Guías Clínicas de Atención a Crónicos		

Tabla 4. Recomendaciones para la implantación y el desarrollo de la Estrategia de Crónicos (cont.)

Acciones clave y líneas de actuación	Comunes a todo el SNS	Comunes con adaptación regional	Autonómicas
Atención por procesos			– Sensibilización de los profesionales para la implantación de gestión por procesos – Elaboración de gestión de procesos
Implicación del ciudadano	– Concienciación de los ciudadanos en la adecuada utilización de los servicios sanitarios	– Concienciación de los ciudadanos en la promoción de su salud	– Sensibilización y formación de los profesionales – Desarrollo de herramientas (nuevas TIC)
Establecimiento de alianzas	– Servicios sociosanitarios públicos estatales y autonómicos	– Con asociaciones de pacientes – Con asociaciones y servicios comunitarios – Con otras administraciones – Con empresas – Con medios de comunicación social	– Servicios sociosanitarios públicos autonómicos y municipales
Rediseño de la Organización	– Cambio de las estructuras organizativas – Desarrollo de la atención primaria – Reorganización hospitalaria	– Promoviendo economías de escala – Priorización procesos crónicos en compromisos contractuales – Sistema de reconocimiento e incentivos	– Formas de interrelación AP-AH – Enfermera coordinadora de cuidados – Enfermera de enlace – Evaluación de efectividad y eficiencia en experiencias de gestión clínica – Impulso de implantación de Unidades de Gestión Clínica – Información a los profesionales AP-AH de la EC – Fomento del trabajo multidisciplinar y alianzas AP-AH
Profesionalización del directivo y definición del liderazgo de la EC	– Acreditación de directivos – Constitución de Órganos de Gobierno – Selección de directivos		

Tabla 4. Recomendaciones para la implantación y el desarrollo de la Estrategia de Crónicos (cont.)

Acciones clave y líneas de actuación	Comunes a todo el SNS	Comunes con adaptación regional	Autonómicas
Nuevo marco de relación con los profesionales	– Adecuación de los puestos de trabajo y la oferta de servicios – Criterios de selección del personal – Flexibilización de las condiciones de contratación – Fomento del desarrollo profesional – Reconocimiento de los méritos de los profesionales	– Cambio en el sistema retributivo	
Financiación	– Integración de presupuestos por Área de Salud con los mismos criterios – Asignación presupuestaria al Área de Salud para promoción y prevención – Pago por actividad por población no perteneciente al Área de Salud – Aumento de retribuciones variables		
Adecuación de la formación de grado y posgrado. Desarrollo de nuevas competencias	– Impulso de la coordinación entre sistemas sanitario y educativo – Participación activa de los servicios de salud en la elaboración de propuestas – Establecimiento de programas de formación compartida – Definición de competencias básicas de medicina y enfermería – Desarrollo profesional continuo – Acreditación de competencias – Estudio de necesidades de otros perfiles de profesionales		
Rendimiento de la investigación en el SNS	– Recopilación, revisión y difusión de los estudios	– Fomento de la investigación evaluativa – Fomento de la investigación en calidad de vida	– Establecimiento de alianzas estratégicas

Tabla 4. Recomendaciones para la implantación y el desarrollo de la Estrategia de Crónicos (cont.)

Acciones clave y líneas de actuación	Comunes a todo el SNS	Comunes con adaptación regional	Autonómicas
Desarrollo y aplicación del Sistema de Información y Evaluación	– Implantación y desarrollo de Sistemas de Información compatibles – Desarrollo e implementación de herramientas para la toma de decisiones clínicas – Implantación y desarrollo de sistemas integrados de clasificación de pacientes – Desarrollo de un sistema de estratificación de pacientes – Definición y selección de indicadores priorizados y acordes con los objetivos de la EC – Diseño del seguimiento y evaluación de las experiencias – Difusión pública de resultados		
Desarrollo y aplicación de tecnología de la comunicación		– Impulso de la tecnología de la comunicación para la continuidad asistencial – Impulso de la tecnología de la comunicación entre profesionales y ciudadanos	

V.2. Seguimiento y Evaluación

El diseño y la implementación de la evaluación, como se ha expuesto en la acción clave “Desarrollo y aplicación del Sistema de Información y Evaluación”, es de tal relevancia que debe contemplarse en la propia estrategia y en todos los diseños de las innovaciones y experiencias que se realizan. En esa línea se contempla que, a corto plazo, se proceda a la definición y selección de indicadores priorizados y acordes con los objetivos de la EC y, a medio plazo, con el diseño del seguimiento y evaluación de las experiencias.

La evaluación del impacto requiere el diseño y ejecución de estudios específicos que permitan la medición de resultados antes y después de aplicar la intervención planificada. Para ello se precisa la realización de estudios cuasi experimentales en los que se disponga de un grupo control, pues los estudios antes-después que no cuenten con éste no permitirán asegurar si los cambios producidos son atribuibles a la propia intervención, a otras intervenciones o a factores no controlados. Esta recomendación está en línea con lo expuesto en la acción clave “Rendimiento de la investigación en el SNS” sobre la necesidad de fomentar la investigación evaluativa.

Además de dichos aspectos señalados, es imprescindible abordar en este punto dos bloques de indicadores:

- Los que permitan evaluar el grado de ejecución de las líneas de actuación definidas en las distintas acciones clave que conforman la estrategia de crónicos y, en la medida que proceda, el nivel implementación de los procesos propuestos.
- Los indicadores de impacto, que responden a la necesidad de monitorizar y evaluar los cambios producidos en los elementos clave seleccionados tras la implementación de los procesos previstos.

Evaluación del grado de ejecución de líneas de actuación

Los indicadores propuestos al efecto están en **estrecha relación con el cronograma** elaborado para la implementación de la estrategia, considerando algunas peculiaridades. En primer lugar, aunque hay líneas de actuación que deben ser homogéneas en todo el SNS, sus plazos de implantación pueden acortarse respecto al planteado en función del grado de desarrollo de cada actividad en cada Comunidad Autónoma. Además, hay que tener en cuenta la heterogeneidad prevista para algunas líneas de actuación, que debe enriquecer las innovaciones y experiencias que se implementen.

Por consiguiente, los indicadores que se han seleccionado constituyen los elementos clave para verificar el grado de ejecución de líneas de actuación y asegurar así la adecuada implantación de la estrategia de atención a crónicos.

Para algunos indicadores la evaluación debe realizarse globalmente en el SNS, mientras que el seguimiento de otros debe efectuarse en cada una de las CC.AA. y consolidarse a nivel estatal.

A continuación se proponen indicadores para evaluar el grado de ejecución de las líneas de actuación contempladas en la estrategia:

- Directivos y profesionales de atención primaria y atención hospitalaria informados sobre la estrategia de atención a enfermos crónicos.
- Sistema de Información y Evaluación:
 - Grado de implantación de la historia clínica electrónica y de Sistemas de Información compatibles.
 - Gestión electrónica de la medicación implantada.
 - Sistemas de ayuda en la toma de decisiones clínicas incorporados a la historia clínica.
 - Sistemas de seguridad de la prescripción incorporados a la historia clínica.
 - Sistemas integrados de clasificación de pacientes implantados.
 - Grado de implantación del Sistema de estratificación de pacientes.
 - Indicadores priorizados y acordes con los objetivos de la EC definidos y seleccionados.
 - Diseño del seguimiento y la evaluación de las experiencias elaborado.
- Prestaciones y Servicios:
 - Propuesta de actualización y homogeneización de la Cartera de Servicios relacionada con enfermedades crónicas elaborada.
 - Cartera de Servicios de atención sociosanitaria para la atención a crónicos elaborada.
 - Criterios para el seguimiento y la evaluación de la Cartera de Servicios de Crónicos definidos.

- Gestión por procesos diseñada, e implantados los priorizados de mayor prevalencia y gasto sanitario.
- Guías Clínicas de Atención a Pacientes Crónicos elaboradas y evaluadas mediante el instrumento AGREE (*Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*).
- Unidades de Gestión Clínica por parte de las Gerencias de Atención Primaria y Atención Hospitalaria implantadas.
- Participación ciudadana:
 - Acciones específicas con las asociaciones de pacientes desarrolladas.
 - Intervenciones de educación estructurada para la implicación del ciudadano diseñadas e instauradas.
 - Alianzas con otras administraciones establecidas.
 - Alianzas con empresas realizadas.
 - Campañas en los medios de comunicación social planificadas e implementadas.
- Estructura, Organización y Gestión Sanitaria:
 - Competencias básicas de médicos y enfermeras definidas y mecanismo de acreditación elaborado.
 - Rediseño de la organización de la atención sanitaria en la Estrategia de Crónicos elaborado e implementado.
 - Grado de introducción de cambios en la estructura organizativa.
 - Procesos crónicos en los compromisos contractuales priorizados e incorporados.
 - Sistema de reconocimiento e incentivos ligado al desarrollo de la EC definido e implantado.
 - Grado de actualización normativa sobre personal.
 - Mecanismos de contratación y de evaluación de directivos diseñados e implantados.

- Tecnología de la Comunicación:
 - Grado de uso de la tecnología de la comunicación entre profesionales.
 - Grado de uso de la tecnología de la comunicación entre profesionales y ciudadanos.
- Rendimiento de la investigación:
 - Grupos estables y coordinados para investigación en cronicidad constituidos.
 - Acuerdos y convenios con la universidad y la industria farmacéutica formulados.
 - Estudios existentes sobre estrategias de atención a pacientes crónicos recopilados, revisados y difundidos.
 - Difusión pública de resultados implementada.
- Formación:
 - Propuestas para el desarrollo de las competencias clave en EC de los estudiantes y especialistas en formación elaboradas.
 - Programas de formación compartida de médicos y enfermeras residentes de las distintas especialidades implicadas en la atención al paciente crónico establecidos.
- Financiación:
 - Cambios en financiación incorporados.

Evaluación del impacto

La estrategia de atención a crónicos, como cualquier estrategia que se pretenda implantar, exige que, desde el momento de su planificación, se definan los indicadores que se van a utilizar para medir su impacto.

Se expone a continuación la propuesta de indicadores a monitorizar, mediante la recogida sistemática de información, para evaluar el impacto de la estrategia a nivel de cada Comunidad y consolidarse a nivel estatal. Los indicadores constituyen una medida cuantitativa para

valorar proceso y resultado, que deben construirse en diferentes ocasiones a lo largo del tiempo (se recomienda periodicidad anual). Miden sucesos sobre los que hay que actuar si la tendencia en el tiempo difiere de la prevista, por lo que su evaluación normalizada permitirá conocer variaciones por causas especiales y adoptar medidas correctoras y, si procede, revisar el proceso de implantación, identificar situaciones de mejora e introducir los cambios pertinentes.

Las medidas de impacto de la estrategia deben tener un enfoque múltiple, de forma que evalúen cambios en la accesibilidad a los servicios de salud, en la organización y utilización de los mismos, en el gasto sanitario y en los índices de satisfacción y calidad de vida de los pacientes crónicos.

Para que los indicadores posean unas adecuadas propiedades de medición (validez, sensibilidad, relevancia, utilidad...), es necesario que su cálculo se efectúe de manera global y estratificada, es decir, según el sistema de estratificación de pacientes establecido. No es lo mismo valorar los cambios que se produzcan con la implementación de la estrategia en los pacientes crónicos con un buen control de su enfermedad que en los casos de elevada morbilidad y gran consumo de recursos. **Así, los indicadores que aparecen en la Tabla 5 se aplicarán en los diversos niveles de estratificación de pacientes crónicos definidos y se consolidarán para el total:**

Tabla 5. Indicadores de impacto para los diversos niveles de estratificación de pacientes crónicos definidos	
Indicador de impacto	Especificaciones
Frecuentación en atención primaria	N.º total de consultas registradas en un año en atención primaria / Población de TSI asignada en ese año (por profesional: médico y enfermera)
Consultas de pacientes crónicos en atención primaria	N.º consultas de crónicos en un año / N.º consultas totales en atención primaria en dicho año $\times 100$
Recetas de pacientes crónicos en atención primaria	N.º de recetas de crónicos expedidas en atención primaria / Total de recetas expedidas en un año en atención primaria $\times 100$
Frecuentación en consultas externas hospitalarias / centros de especialidades	N.º de consultas externas registradas en un año en hospitales y en centros de especialidades / Población en ese año
Derivaciones a consultas de especialistas de hospital / centros de especialidades	N.º pacientes derivados desde atención primaria a consultas de especialistas en hospital o centros de especialidades en un año / N.º pacientes atendidos en atención primaria en ese año $\times 100$
Consultas presenciales hospitalarias / centros de especialidades	Consultas presenciales hospitalarias o de centros de especialidades / Total de consultas en ese nivel $\times 100$

Tabla 5. Indicadores de impacto para los diversos niveles de estratificación de pacientes crónicos definidos (cont.)

Indicador de impacto	Especificaciones
Primeras visitas hospitalarias / centros de especialidades	N.º primeras visitas hospitalarias o de centros de especialidades / N.º total de visitas en ese nivel (nuevas + sucesivas) $\times 100$
Tiempo de espera para pruebas diagnósticas	(Pacientes pendientes en espera $\times$ tiempo medio de espera) / Total de pacientes pendientes (para pruebas que se seleccionen)
Tiempo de espera para consultas externas hospitalarias / centros de especialidades	(Pacientes pendientes en espera $\times$ tiempo medio de espera) / Total de pacientes pendientes
Ingresos de pacientes crónicos	N.º ingresos hospitalarios de crónicos en un año / N.º total de ingresos en dicho año $\times 100$
Frecuentación en servicios de urgencias hospitalarias	N.º de consultas en urgencias hospitalarias registradas en un año / Población en ese año
Media de ingresos hospitalarios	N.º ingresos de pacientes crónicos en un año / N.º pacientes crónicos en dicho año $\times 100$
Estancia media (ajustada por casuística)	Promedio de días de estancia del total de altas válidas (ajustada por casuística)
Rehospitalizaciones urgentes	N.º de rehospitalizaciones urgentes en 30 días del episodio de ingreso original en un año / Total de ingresos en ese año $\times 100$
Reingresos en urgencias	N.º reingresos en urgencias en 72 horas tras alta en un año / Total de ingresos en urgencias en ese año $\times 100$
Índice de hospitalizaciones evitables	Relación entre los ingresos observados y los esperados en procesos seleccionados
Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos	N.º de notificaciones sobre sospecha de reacción adversa a medicamentos en un año / Población en ese año $\times 1.000$
Grado de cumplimiento de medicación	Test de Morisky-Green-Levine
Percepción de la calidad de vida	Perfil de calidad de vida de enfermos crónicos / EuroQol
Esperanza de vida libre de discapacidad	N.º medio de años que espera vivir sin discapacidad, a una edad determinada, un miembro de la cohorte si se mantienen las actuales tasas de mortalidad y de discapacidad observadas
Grado de satisfacción del paciente	Encuestas específicas validadas
Grado de satisfacción del profesional	Encuestas específicas validadas
Gasto sanitario público per cápita	Gasto sanitario público (financiado por el sistema público, ya sea producido por medios propios como realizado con medios ajenos a través de concertos de asistencia sanitaria) / Población del año de referencia
Gasto sanitario público en farmacia per cápita	Gasto por las recetas médicas expedidas / Población del año de referencia
Gasto sanitario dedicado a pacientes con enfermedades crónicas	Gasto para la atención a pacientes con enfermedades crónicas / Gasto sanitario público $\times 100$

V.3. Fases de la Estrategia

En la actualidad el desarrollo de estrategias de enfermedades crónicas en las Comunidades Autónomas es muy desigual: unas ya tienen elaborado su Plan Estratégico y llevan implementando intervenciones desde hace algunos años, y otras están iniciando sus estrategias. Por tanto, las fases que se reflejan en este apartado deben adaptarse a la situación actual de cada Comunidad Autónoma. El objeto de la realización de estas recomendaciones es el establecimiento de un orden en la implementación de las acciones. En la **Figura 4** se refleja el inicio y duración de cada actividad así como su secuencia o simultaneidad respecto a otras líneas de actuación en un periodo de cuatro años para la implementación de la estrategia.

Puede ser adecuada la realización de pilotajes previa a la implantación de una acción. Sin embargo, no se deberían implementar acciones aisladas ya que existen interrelaciones entre muchas acciones, por lo que su implementación debe contemplarse en el marco global de la estrategia. Algunos expertos opinan que “Lo peor es no hacer nada”, pero nosotros opinamos que “Peor que no hacer nada, es hacerlo sin orden y concierto”.

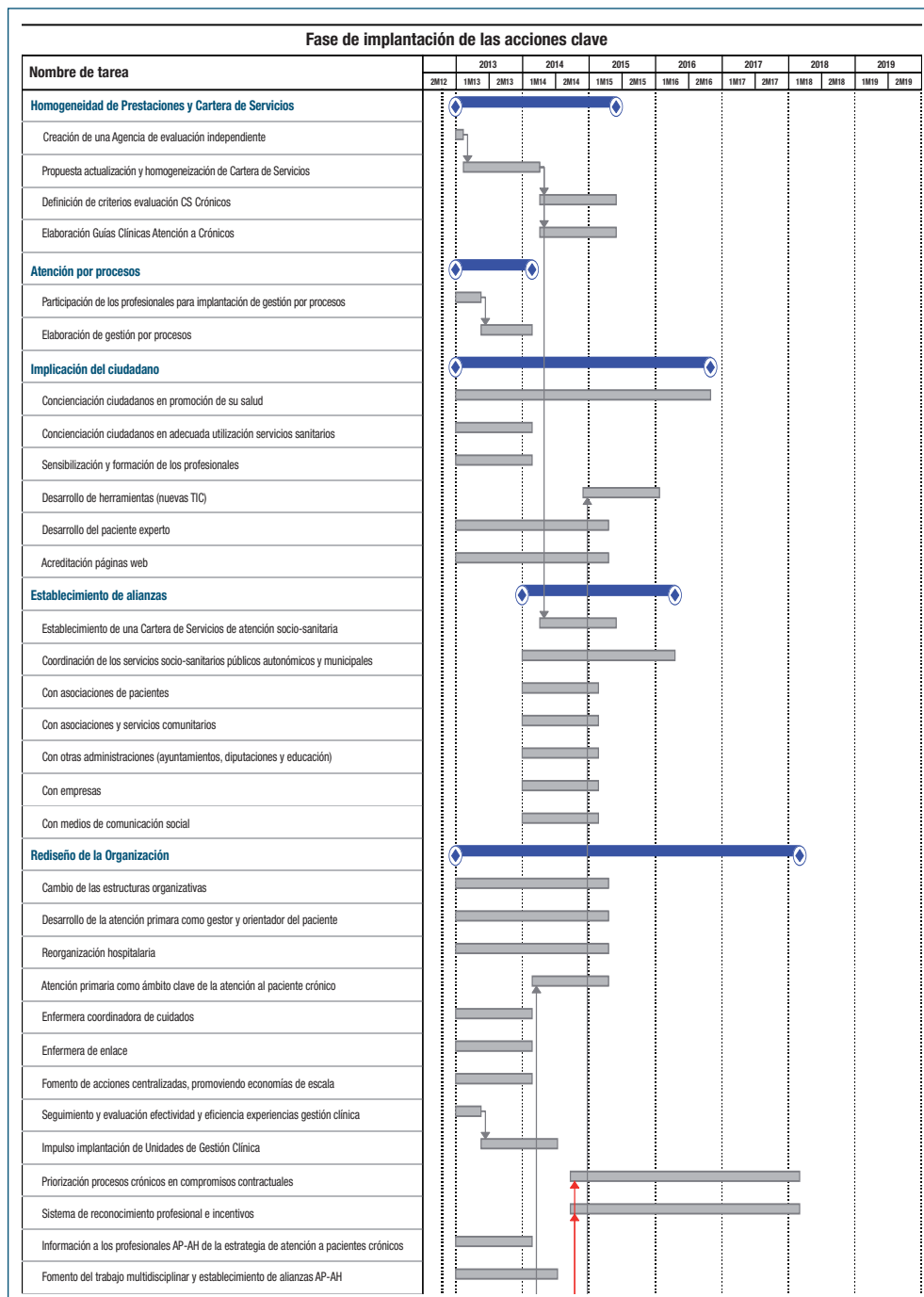


Figura 4. Fases de desarrollo de las acciones clave y sus líneas de actuación.

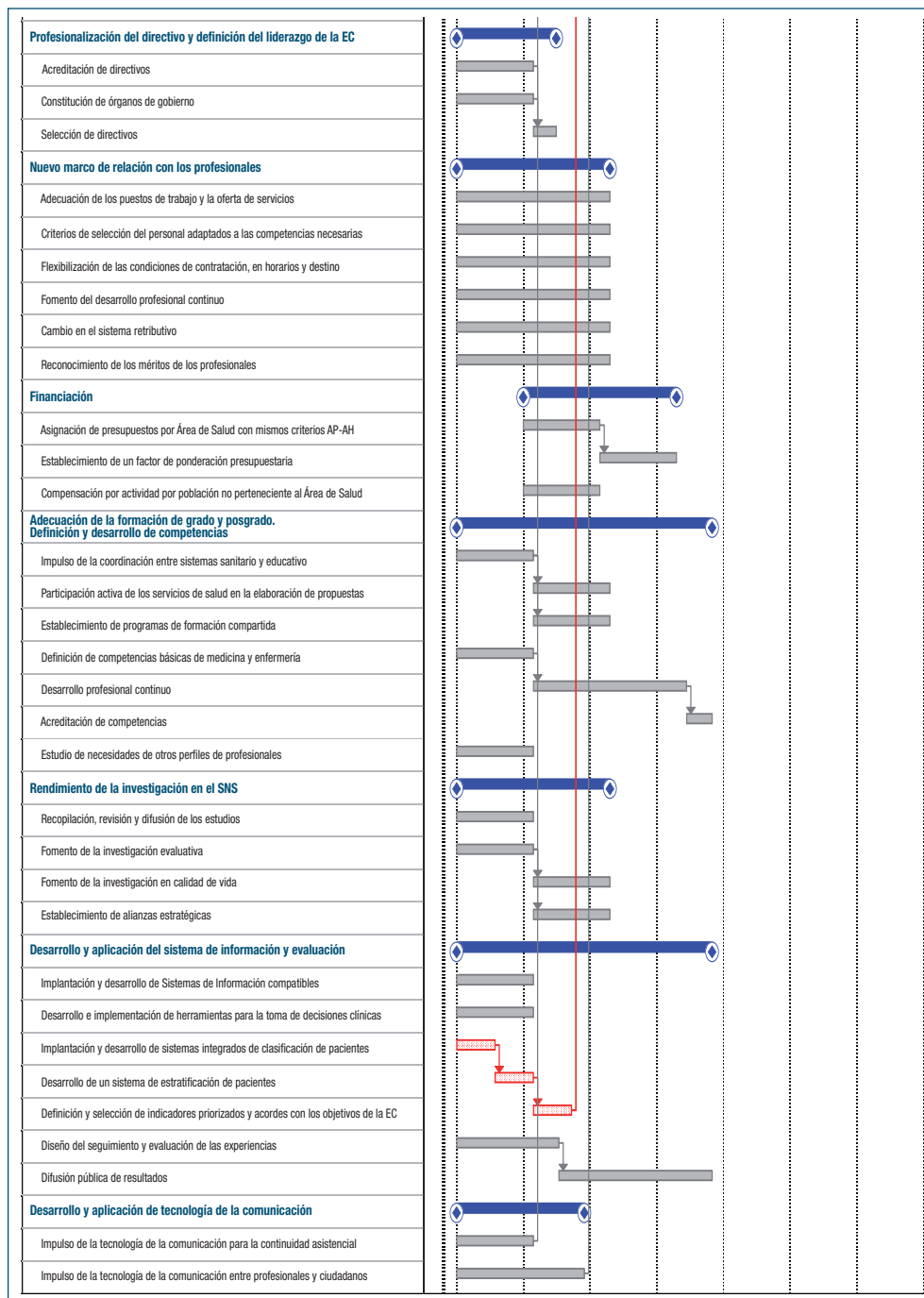


Figura 4. Fases de desarrollo de las acciones clave y sus líneas de actuación (cont.)

V.4. Evaluación Económica

En estos momentos, todos los Servicios Regionales de Salud en España atraviesan momentos complicados. La expansión del gasto en los últimos años y la crisis financiera han puesto las cuentas públicas, en algunos casos, en situación crítica.

Un elemento muy importante de cara al abordaje de una estrategia de atención al paciente crónico es la viabilidad económica del plan. En definitiva, saber qué nos aporta y qué nos cuesta. Solo el ejercicio de realizar esta medición nos ayudará a situar de una forma mucho más adecuada los recursos económicos donde más pueden aportar al ciudadano.

Una estrategia de atención al paciente crónico supone un rediseño importante de los flujos asistenciales. Mediante los cambios que proponemos, tratamos de reorientar el camino del paciente dentro del sistema sanitario y sociosanitario, buscando crear una nueva ruta más ventajosa asistencialmente, y que aporte viabilidad y solvencia a la institución.

La secuencia de análisis de cara a conocer el resultado económico de la intervención propuesta sería:

1. Estratificación de la población
2. Coste del tratamiento en cada nivel de la pirámide
3. Intervención. Indicadores de impacto económico de la intervención
4. Análisis de impacto previsto de la intervención en términos de costes
5. Medición de los resultados de la intervención.

1. Estratificación de la población

Como se ha señalado a lo largo del documento, es importante realizar una adecuada estratificación de la población según niveles de cronicidad. El coste de los pacientes es muy heterogéneo en función de estos niveles, y resulta necesario disponer de una cuantificación y análisis de la población que está recogida en cada uno de los mismos.

En función de la calidad de los datos asistenciales y de su nivel de informatización, puede realizarse una agrupación de los casos en unidades del tipo ACG, CRG, o *Diagnostic Care Group*

(DCG), que permitan conocer la complejidad esperada de la población a analizar, así como su coste esperado y compararlo con el coste actual, todo ello referido a los distintos grupos poblacionales o de cronicidad identificados.

2. Coste del tratamiento en cada nivel de la pirámide previo a la intervención

La medida del coste total del tratamiento por paciente puede ser más o menos compleja, dependiendo de los factores que se incluyan. Para medir el coste de un paciente podemos quedarnos solo en los costes variables que genera el tratamiento del mismo, o incluir todos los costes fijos, a partir de criterios determinados de reparto de los mismos. En nuestro caso, lo importante es hacer énfasis en el estudio en los costes relevantes, esto es, en aquellas magnitudes de coste que pueden verse modificadas de forma significativa por la intervención. Existen por tanto muchos costes que, por no modificarse a causa de la intervención, no tendremos en cuenta en el análisis. La comparación entre los costes relevantes previos y después de la intervención nos permitirá conocer el balance económico de la misma, y podrá ser un factor de impulso o de freno a la decisión.

Variables relevantes a monitorizar son:

- Visitas a urgencias
- Ingresos hospitalarios
- Estancia media en los ingresos
- Procedimientos ambulatorios, pruebas funcionales y pruebas diagnósticas
- Visitas en atención primaria
- Prescripción farmacológica.

Hemos de conseguir un diagnóstico fiable del coste del tratamiento antes de la aplicación de las recomendaciones del plan. Para ello hemos de adaptar los requerimientos de información a la realidad de los sistemas informáticos y de tratamiento de datos de nuestra comunidad.

En un caso real, nos plantearíamos cuáles son los costes medios de tratamiento para los pacientes ubicados a los distintos niveles:

- Gestión de casos
- Gestión de patologías
- Apoyo a la autogestión por el propio paciente
- Promoción de la salud y prevención por factores de riesgo.

Si disponemos de un agrupador tipo ACG, DCG o similar, podemos establecer igualmente cuáles son los costes esperados por patología y por paciente.

Este coste medio por paciente y por nivel de cronicidad previo a la intervención nos servirá de referente para analizar cuál es el impacto económico de la intervención.

3. Indicadores del impacto económico de la intervención

A nivel global, y en las medidas de mayor impacto económico, debe realizarse un análisis de costes y beneficios de la intervención.

Por el lado del coste, cada una de las medidas a tomar debe ir acompañada de un análisis de impacto en costes, que deberá ser más profundo cuando se identifique que es una medida de alto impacto. Aun cuando un plan de atención es sin duda un todo integrado, alguna de las medidas a tomar puede suponer un impacto en costes significativamente mayor al resto. En este caso, es necesario profundizar en el análisis de los costes incurridos por la medida.

Por ejemplo, si una medida a tomar es la de situar tecnología compleja para el seguimiento a domicilio de las constantes de un grupo de pacientes, el proceso sería:

Paso 1: ¿Es una medida de alto impacto en costes?

Parece claro que sí, dado que supone una inversión directa y adicional en tecnología muy distribuida.

Paso 2: Identificación del coste asociado a la medida

2.1. Alcance. Número de pacientes beneficiados y criterios de inclusión

2.2. Coste de los equipos a utilizar. Ciclo de vida y posibles pérdidas o deterioros

2.3. Coste en comunicaciones asociado

2.4. Costes de mantenimiento

2.5. Costes de personal asociados a la colocación de equipos y al seguimiento del paciente

2.6. Costes de fungible específico asociados a los equipos

2.7. Otros costes relevantes asociados a la medida

Por el lado de los beneficios, para las medidas de impacto económico relevante y para el conjunto del plan deberemos identificar el impacto de las medidas sobre los costes totales del sistema sanitario. Así, mediante una adecuada intervención podemos conseguir efectos como, entre otros:

- Reducción de las urgencias
- Reducción de los ingresos hospitalarios
- Reducción del número de visitas en atención primaria
- Reducción del gasto farmacéutico en receta
- Reducción de los consumos intrahospitalarios (uso de quirófanos y material de alto coste)
- Reducción del uso de pruebas diagnósticas.

En la redacción de la estrategia de intervención hemos de proponer objetivos basados en expectativas realistas de cómo van a evolucionar estos indicadores. Estos objetivos han de ser alcanzables y monitorizables, dado que van a constituir una de las claves para la viabilidad de la intervención.

En cualquier caso, reducir las urgencias o los ingresos hospitalarios no supone automáticamente reducir los costes. La reducción del número de ingresos en un hospital puede suponer:

- Una menor carga de trabajo para los profesionales de las plantas de hospitalización, si lo que ocurre es que baja el índice de ocupación. El efecto sobre el coste sería bajo; solo los costes de farmacia, fungibles o servicios generales se verían reducidos.

- Un incremento de la capacidad operativa del centro, que utilizará esas camas en atender a otros pacientes que lo necesitan y no podían acceder. En este caso estaremos dejando de incurrir en un coste de oportunidad, pero no se produce ahorro económico de forma directa, más que el reseñado en el punto anterior.
- El cierre de algunas camas excedentes por este concepto. Si este cierre supone un ajuste de plantilla, sí se producirá un ahorro económico mucho mayor, dado que el personal es uno de los componentes más significativos del coste de una hospitalización.

Se podría decir igual para el resto de indicadores. El paso de la mejora de indicadores al ahorro económico debe estar adecuadamente analizado, en términos de impacto real sobre la organización donde se produce.

En el ejemplo anterior, la colocación de los dispositivos deberá asociarse a unos objetivos de impacto sobre la organización. Por ejemplo, para un grupo de población previamente identificado:

- Reducción de urgencias en un 15%
- Reducción de ingresos en un 10%
- Reducción de visitas en atención primaria en un 10%

Hemos de hacer un segundo análisis, mucho más cerca de las organizaciones:

- ¿Qué impacto tendrá la reducción de urgencias prevista en el uso de recursos en atención primaria y hospitalaria?
- ¿Cuántas camas se van a cerrar por este motivo?

Del resultado de estas preguntas obtendremos el ahorro esperado, a comparar con el coste esperado de la medida.

4. Análisis de impacto previsto de la intervención en términos de costes

En la contraposición de los resultados del coste previsto y los ahorros previstos de la intervención podemos encontrar el impacto económico esperado de la misma. Ha de calcularse con criterios de prudencia y racionalidad.

Disponer de esta medida es muy importante, tanto para el conjunto de la estrategia como para medidas de coste significativamente alto en las que se puedan aislar los efectos esperados de su adopción. A veces, estrategias muy bien planteadas pierden su viabilidad por alguna medida que, analizada por separado, puede caer de la estrategia o bien quedar plenamente consolidada en la misma.

El impacto esperado en términos económicos es muy importante, pero no es un indicador definitivo. Como vimos anteriormente, las medidas pueden evitar costes de oportunidad importantes que mejoren el funcionamiento del sistema, o pueden aportar mejoras significativas de la calidad de la atención a los pacientes. Lo importante es saber qué esperamos conseguir, y a qué coste.

5. Medición de los resultados de la intervención

Estos objetivos, tanto de costes como de impacto en indicadores y en costes, deben ser adecuadamente monitorizados. Se deben seleccionar indicadores clave para cada uno de los objetivos, y planes de acción para su consecución. Estos indicadores clave deben corresponderse con magnitudes que ya existen en nuestros sistemas de información.

Una vez formulados los objetivos y los indicadores clave para su seguimiento, hemos de desplegar estos en el conjunto de la organización, mediante las herramientas de que ya disponemos, como contratos de gestión y dirección por objetivos. El *Balanced Scorecard* es una buena herramienta para ayudarnos en este proceso de concreción de objetivos clave y despliegue de los mismos.

Referencias bibliográficas

1. Álvarez P, Romeo H. Consumo en Salud. Análisis mercadológico del comportamiento del consumidor sanitario [Tesis]. Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva; 2006.
2. Asociación de Economía de la Salud. La sanidad pública ante la crisis: recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. AES; 2011.
3. Arts EE, Landewe-Cleuren SA, Schaper NC, Vrijhoef HJ. The cost-effectiveness of substituting physicians with diabetes nurse specialists: a randomized controlled trial with 2-year follow-up. J Adv Nurs 2012 Jun; 68 (6): 1224-1234.
4. Bengoa R, Nuño S. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Colección de Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
5. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002; 288: 1775-1779.
6. Bott DM, Kapp MC, Johnson LB, Magno LM. Disease Management for Chronically Ill Beneficiaries in Traditional Medicare. Health Affairs, January 1, 2009; 28 (1): 86-98.
7. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe Strategies, interventions and challenges. European observatory on Health Systems and Policies: Observatory Studies Series núm. 20.
8. Busse R, Mays N. Paying for chronic disease care. In: Nolte E, McKee M (eds). Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. Maidenhead: Open University Press; 2008. pp. 195-221.
9. Busse R, Schlette S. Health policy developments 7 / 8. Focus on prevention, health and aging, new health profession. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2007.
10. Busse R, Zentner A, Schlette S. Health policy developments 6. Focus on continuity in care, evaluation techniques, IT for health. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2006.

11. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. *N Engl J Med* 2009; 361: 368-78. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMs0807651>
12. Canadien Home Care Association. Implementing Case management and Anglo-American Exchange. Londres: King's Fund; 2007.
13. Calnan M, Hutten J, Tiljak H. The challenge of coordination: The role of primary care professionals in promoting care across the interface. In: Saltman R, Rico A, Boerma W (eds). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Maidenhead: Open University Press; 2006. pp. 85-104.
14. Centro de Investigación sobre Cronicidad KRONIKGUNE. Disponible en: <http://kronikgune.org/>
15. Cotterill-Walker SM. Where is the evidence that master's level nursing education makes a difference to patient care? A literature review. *Nurse Educ Today* 2012 Jan; 32(1): 57-64.
16. Curry N, Ham Chris. Clinical and service integration: the route to improved outcomes. The King's Fund, 2010. Disponible en: <http://kingsfund.koha-ptfs.eu>
17. Dennis SM, Zwar N, Griffiths R, Roland M, Hasan I, Powell G Harris M. Chronic disease management in primary care: from evidence to policy. *MJA* 2008; 188 (8 Suppl): S53-S56. Disponible en: <https://www.mja.com.au/journal/2008/188/8/chronic-disease-management-primary-care-evidence-policy>
18. DiCenso A, Bayley L, Haynes RB. Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evid Based Nurs* 2009; 12: 99-101.
19. Foote SM. Next Steps: How Can Medicare Accelerate The Pace Of Improving Chronic Care? *Health Affairs*, January 1, 2009; 28 (1): 99-102.
20. Fundación Bamberg. El Modelo de Futuro de Gestión de la Salud: Propuestas para un Debate. Fundación Bamberg; 2011.
21. Fundación Médica Internacional. Pregrado, Postgrado y Desarrollo Profesional Continuo (DPC). Desarrollo Profesional en Ciencias de la Salud. Jornada sobre competencias médicas desde la facultad de medicina hasta la especialización médica. *Educación Médica Internacional* 2005; 8 (Supl 2). Disponible en: Educación Médica online en SciELO-España (<http://scielo.isciii.es>).
22. Gervás J. La gestión de casos y de enfermedades, una organización vertical de los sistemas sanitarios. *SEMERGEN* 2005; 31: 370-374.

23. Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar la cronicidad en Euskadi. Departamento de Sanidad y Consumo; 2010.
24. González B, López A, Cabeza A, Díaz JA, Ortún V, Álamo F. Estudios de Utilización de Medicamentos y registros de datos en Atención Primaria. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. EUM y registros de datos en AP; 2005. Disponible en: <http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/809.pdf>
25. Goodwin N, Peck E, Freeman T, Posaner, R. Managing across diverse networks of care: Lessons from other sectors. Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation Research and Development (NCCSDO). London; 2004. Disponible en: <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/research/diverse-networks-2004.pdf>
26. Gutiérrez R, Ferrús L, Subirana M, Pellejà L. Impacto económico y organizativo de nuevas especialidades de enfermería. Madrid: Plan Nacional para el SNS del Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. AATRM núm. 2006 / 13.
27. Horner K, Wagner E, Tufano J. Electronic Consultations Between Primary and Specialty Care Clinicians: Early Insights. The Commonwealth Fund.; 2011. Disponible en: http://www.commonwealth-fund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2011/Oct/1554_Horner_econsultations_primary_specialty_care_clinicians_ib.pdf
28. Informe de la Ponencia de Estudio de las Necesidades de Recursos Humanos en el SNS. Boletín General de las Cortes Generales: Senado; 483 de 18 de junio de 2010.
29. Inoriza JM, Coderch J, Carreras M, Vall-Ilosera L, García-Goñi M, Lisbona JM, *et al.* La medida de la morbilidad atendida en una organización sanitaria integrada. Gac Sanit [revista en la Internet]; 2009 Feb [citado 2012 Jul 29]; 23(1): 29-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000100007&lng=es
30. Junta de Andalucía. Modelo de Gestión de Casos del SSPA. Sevilla: Consejería de Salud, Dirección de Estrategia de Cuidados de Andalucía, Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento; 2010.
31. Junta de Andalucía. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016. Sevilla: Consejería de Salud; 2012.
32. Kaiser permanente Handbook.healthwise: Idaho: 2006.
33. Peck C, McCall C, McLaren B, Rotem T. Continuing medical education and continuing professional development: International comparisons. BMJ 2000; 320: 432-435.

34. Lewis RQ, Rosen R, Goodwin N, Dixon J. Where next for integrated care organisations in the English NHS? London: The Nuffield Trust; 2010. Disponible en: http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/where_next_for_integrated_care_organisations_in_the_english_nhs_230310.pdf
35. Ley 22 / 2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias. BOE 305; 2009.
36. Mattke S, Seid M, Ma S. Evidence for the effect of disease management: is \$1 billion a year a good investment? American Journal of Managed Care 2007 Dec; 13 (12): 670-676.
37. Ministerio de Sanidad y Política Social. Informe del grupo de trabajo de la Comisión de Recursos Humanos del SNS sobre la troncalidad de las especialidades médicas en Ciencias de la Salud. Secretaría General. Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección; 2010.
38. Ministerio de Sanidad y Consumo. Marco estratégico para la mejora de la Atención primaria en España 2007-2012. Proyecto AP 21: estrategias para la mejora.
39. Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaría General. Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección. Informe del grupo de trabajo de la Comisión de Recursos Humanos del SNS sobre la troncalidad de las especialidades médicas en Ciencias de la Salud; Febrero 2010.
40. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de pacientes pluripatológicos: Estándares y recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación; 2009. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf
41. Novotny TE. Preventing chronic disease: Everybody's business. In: Nolte E, McKee M (eds). Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. Maidenhead: Open University Press; 2008. pp. 92-115.
42. Nuffield Trust con recursos sobre atención integrada para el National Health Service británico; Disponible en: www.nuffieldtrust.org.uk/integratedcare
43. Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud. Sistemas Sanitarios en Transición. España: Análisis del Sistema Sanitario 2010 (resumen y conclusiones).
44. O'Connor AM, Wennberg JE, Legare F. Toward the Tipping Point: Decision Aids and Informed Patient Choice. Health Affairs 2007; 26 (3): 716-725.

45. O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V. Decision aids can help people take an active role in making informed decisions about healthcare options. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; Issue 1. Art. No. CD001431. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.
46. Ollero M, Orozco D, Domingo C, Román P, López Soto A., Melguizo M, *et al.* Documento de Consenso Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas. Sevilla: Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC); 2011.
47. OMC-SESPAS-SEDISA. Propuesta de decálogo para el buen gobierno de los centros sanitarios y la profesionalización de la dirección. OMC; 2005. Disponible en: <http://www.cgcom.es>
48. Opimec. Observatorio de Prácticas innovadoras y Comunidad en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Disponible en: www.opimec.org/
49. Real Decreto 1030 / 2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización. BOE 222; 2006.
50. Russell GM, Dabrouge S, Hogg W, Geneau R, Muldoon L, Tuna M. Managing Chronic Disease in Ontario Primary Care: The Impact of Organizational Factors. *Annals of Family Medicine* 2009; 7-4: 309-318. Disponible en: <http://www.annfammed.org/content/7/4/309.full.pdf+html>
51. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care? Nuffield Trust, 2011. Disponible en: http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/what_is_integrated_care_research_report_june11_0.pdf
52. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. Informe SEDAP 2009: Atención primaria de salud: nuevos retos, nuevas soluciones. Madrid: Saned Grupo; 2009. Disponible en: www.sedap.es
53. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. Informe SEDAP 2010: Integración asistencial: ¿Cuestión de modelos? Claves para un debate. Madrid: Saned Grupo; 2010. Disponible en: www.sedap.es
54. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. Informe SEDAP 2011: Un nuevo hospital para una nueva realidad. Madrid: Saned Grupo; 2011. Disponible en: www.sedap.es
55. The King's Fund. The future of leadership and management in the NHS: No more heroes. The King's Fund, 2011. Disponible en: <http://www.kingsfund.tv/nhsleaders>
56. UnitedHealth Europe 2005. Assessment of the Evercare programme in England 2003-2004. London: UnitedHealth.

- 
57. Velasco M, Borlum F, Palmhoj C, Buse R. Health technology assessment and health policy-making in Europe: Current status, challenges and potential [accessed 21 August 2009] Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E91922.pdf>
 58. Wagner E *et al.* A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly* 1999; 7: 56-66.
 59. WHO. Who Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Global report. Geneve: WHO; 2002.

Anexo

Puntuación de debilidades identificadas					
Política SNS					
Matriz de Prioridad de Acciones	Criterios de selección				
	Relación con objetivo	Efectividad	Factibilidad económica	Aceptabilidad	Total
Falta de actualización normativa de selección, contratación y modelos retributivos del personal	3	2	4	1	10
Falta de uniformidad en la oferta de servicios	4	4	4	2	14
Escasa política estructurada en prevención y promoción de la salud	5	5	3	2	15
Escasas políticas de concienciación del uso racional de servicios sanitarios por parte de los ciudadanos	5	2	2	1	10
Presupuestos ajustados	1,5	1	1	1	4,5
Falta de uniformidad en el desarrollo de gestión clínica en CC.AA.	3	3	4	3	13
Separación de competencias sanitarias y sociales	5	2	2	2	11
Asimetría en los mecanismos de financiación en AP y Hospital	4	3	4	1	12
Existencia de 17 Comunidades Autónomas que pueden implantar diversos modelos de gestión, en tiempos diferentes	3	2	1	1	7
Enseñanza médica de grado inadecuada a las necesidades actuales	4	3	4	1,5	12,5
Falta de una estructura tipo NICE	4	2	3	2,5	11,5
Formación posgrado con especialización desde el inicio	4	3	4	1,5	12,5

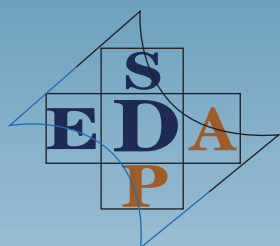
Puntuación de debilidades identificadas (cont.)

Ciudadanos					
Matriz de Prioridad de Acciones	Criterios de selección				
	Relación con objetivo	Efectividad	Factibilidad económica	Aceptabilidad	Total
Tradicional cultura "paternalista" en la atención al paciente. Escasa información / formación del paciente y cuidadores para su incorporación en la toma de decisiones sobre su salud (autocuidado, autorresponsabilidad)	4	3	3	3	13
Escasa información a los pacientes sobre consumo y coste de recursos sanitarios (frecuentación consultas, urgencias, hospitalizaciones, farmacia...)	4	2	3	2	11
Estructura / Organización					
Modelo burocrático que no se adecúa a la organización sanitaria	4	3	2	1	10
Sistema sanitario fragmentado y orientado a la atención de patologías agudas, que dificulta la integración asistencial	5	2	2	1	10
Modelo retributivo que dificulta la incentivación en consecución de objetivos	4	4	1	2	11
Centrada en el profesional más que en el paciente y más en la enfermedad que en la persona	5	3	3	1	12
Falta de definición de nuevas competencias en las estrategias de crónicos	4	2	3	2	11
Escasa e inadecuada comunicación y coordinación de los recursos sanitarios	5	2	2	2	11
Escasa planificación estratégica de atención a crónicos	5	2	3	3	13
Escaso desarrollo de Sistemas Integrados de Clasificación de Pacientes Crónicos	5	3	2	3	13
Escasa cultura de medición, evaluación y comparación de resultados y rendimientos en los diversos modelos de gestión	5	3	3	3	14
Exceso de actividad que no aporta valor en la atención del paciente	5	3	4	1	13
Falta de rentabilidad de la investigación	4	2	2	2	10
Falta de la gestión de crónicos en los compromisos contractuales	5	4	4	2	15

Puntuación de debilidades identificadas (cont.)					
Estructura / Organización					
Matriz de Prioridad de Acciones	Criterios de selección				
	Relación con objetivo	Efectividad	Factibilidad económica	Aceptabilidad	Total
Falta de información al profesional sobre sus rendimientos, resultados y costes	4	2	3	4	13
No explicamos nunca los fracasos de proyectos o experiencias que no han funcionado	4	2	4	1	11
Escasa experiencia en la formación de equipos multidisciplinares de éxito	4	3	2,5	1	10,5
Dificultades para sincronizar y coordinar en el tiempo la evolución de los proyectos y herramientas de la EC	4	4	3	1	12
Profesionales					
Intereses profesionales dispares	5	2,5	3	1	11,5
Escasa concienciación de la necesidad del cambio del sistema organizativo	4	3	4	1	12
Desinterés en la gestión y eficiencia de los servicios sanitarios	4	2	4	2	12
Variabilidad de la práctica clínica	5	2	4	1,5	12,5
Escasa dedicación a promoción y prevención	3	2	3	2	10
Excesivo consumo de recursos evitables (pruebas complementarias, hospitalizaciones, derivaciones, farmacia...)	5	3	4	2	14
Escaso reconocimiento e incentivos	5	4	3	2,5	14,5
Capitalizar al usuario por parte de algunos profesionales	4	2	4	1	11
Excesiva medicalización del paciente crónico	5	3	4	2	14
La tecnología es más atractiva que el trabajar de otra manera	4	2	4	1	11
Dificultades en la asunción de las competencias necesarias para la puesta en marcha de la estrategia de crónicos	4	4	4	3	15

Puntuación de debilidades identificadas (cont.)					
Directivos					
Matriz de Prioridad de Acciones	Criterios de selección				
	Relación con objetivo	Efectividad	Factibilidad económica	Aceptabilidad	Total
Escasa profesionalización de los directivos	3,5	3,5	4	4	15
Poca autonomía de gestión	4	4	4	5	17
Gestores centrados en el presente	4	2	4	4	14
No tener definido claramente en quién recae el liderazgo de este proceso	4	4	4	4	16
Herramientas TIC					
Múltiples Sistemas de Información no compatibles	5	3,5	2	3	13,5
Bajo nivel de uso de los medios tecnológicos actuales para seguimiento del paciente	5	4	1	4	14
Escaso uso de las herramientas de soporte de la atención a crónicos	5	4	2	4	15
Falta de sistemas de comunicación ágiles y resolutivos entre ambos niveles asistenciales	5	5	4	3	17
Alianzas					
Ausencia de alianzas con otros recursos de la comunidad y con el ámbito de la salud pública orientado a los pacientes crónicos a nivel local	4	3	3	1	11

Elaborado por:



Patrocinado por:

