



ORIGINAL

Recomendaciones para desarrollar Modelos Asistenciales de atención al paciente con Insuficiencia Cardíaca (Proyecto MAIC): Estudio Delphi

J. Comin-Colet^{a,b,*}, E. Calero-Molina^c, X. Corbella^{d,e}, J. Muñoz^{f,g}, M. San Saturnino^h, C. Ibarrolaⁱ y Comité Asesor Proyecto MAIC (Apéndice)

^a Hospital Universitario de Bellvitge y IDIBELL, Hospitalet de Llobregat, Barcelona

^b Departamento de Ciencias Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona

^c Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona

^d Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. Barcelona

^e Cátedra Hestia en Atención Integrada Social y Sanitaria, Facultad de Medicina, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona

^f Universidade da Coruña - Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), A Coruña

^g Centro de Investigación en Red en Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV). Instituto de Salud Carlos III, Madrid

^h Presidenta de la Asociación Cardioalianza (Asociación Española de organizaciones de pacientes con enfermedades cardiovasculares)

ⁱ Parlamento de Navarra. Médico de Familia y Ex-Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona, Navarra

Recibido el 16 de abril de 2021; aceptado el 19 de septiembre de 2021

Disponible en Internet el 2 de noviembre de 2021

PALABRAS CLAVE

Insuficiencia
Cardíaca;
Enfermedad Crónica;
Planificación
Sanitaria;
Método Delphi;
Acción Integrada de
Salud

Resumen

Introducción: El objetivo general del estudio fue realizar una reflexión sobre los factores clave para avanzar en modelos óptimos de atención a la Insuficiencia Cardíaca (IC) y, en concreto, sobre los elementos de macrogestión más necesarios para el desarrollo de modelos integrales de gestión de la IC.

Material y Métodos: Se designó un Comité Asesor integrado por 15 expertos y un grupo multidisciplinar de 31 expertos adicional, conformando un panel Delphi de 46 expertos. A partir de una revisión bibliográfica narrativa y del análisis del recorrido asistencial del paciente con IC se identificó por el Comité Asesor una batería inicial de factores clave para el desarrollo de Modelos Asistenciales de IC. Esta propuesta fue ajustada y priorizada por el panel Delphi aplicando metodología Delphi Rand/UCLA.

Resultados: Tras dos rondas Delphi, se definieron 75 factores clave agrupados en 7 retos. En el primero de los retos, relacionado con el desarrollo de Modelos de Gestión de la IC, se identificaron 16 factores clave, 7 de los cuales fueron valorados como altamente prioritarios relacionados con el planteamiento de objetivos comunes, recursos para la continuidad asistencial y mejorar la medición de resultados en salud.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josepcomin@gmail.com (J. Comin-Colet).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.09.003>

2603-6479/© 2021 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: El comité de expertos de este estudio, a través de metodología Delphi, consensuó que el establecimiento de elementos de macrogestión es un elemento clave para poder avanzar en el desarrollo de modelos óptimos de asistencia a la IC.

© 2021 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Heart failure;
Chronic disease;
Health planning;
Delphi method;
Intersectoral
collaboration

Recommendations to develop Care Models for patients with Heart Failure (MAIC Project) from macromanagement

Abstract

Background: The general objective of the study was to reflect on the key factors to advance in optimal models of care for Heart Failure (HF) and specifically, on the macromanagement elements most necessary for the development of comprehensive HF management models.

Material and methods: An Advisory Committee, composed of 15 experts and a multidisciplinary group of 31 additional experts, was appointed, together forming a Delphi panel of 46 experts. Based on a systematic bibliographic review and the analysis of the care course of the patient with HF, an initial battery of key factors for the development of HF care models was identified by the Advisory Committee. This proposal was adjusted and prioritized by the Delphi panel applying Delphi Rand/UCLA methodology.

Results: After two Delphi rounds, 75 key factors grouped into 7 challenges were defined. In the first of the challenges, related to the development of HF management models, 16 key factors were identified, 7 of which were valued as high priority and related to the establishment of common objectives, resources for the continuity of care and improving the measurement of health outcomes.

Conclusions: The definition of management elements at the macro level was considered a priority to advance in the development of optimal models of assistance to HF.

© 2021 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La Insuficiencia Cardíaca (IC) tiene una elevada prevalencia y presenta una tendencia al alza asociada al envejecimiento y a hábitos de vida asociados a factores de riesgo ^{1,2}. Pese a los avances terapéuticos y a la implantación creciente de las guías de práctica clínica y recomendaciones es una de las enfermedades crónicas con mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes, en los sistemas sanitarios y a nivel económico ³. Los elevados costes, tanto directos como indirectos, y, principalmente, la búsqueda de la efectividad clínica, apoyan la necesidad de avanzar en modelos de atención más proactivos, integrados, enfocados en procesos múltiples y multidisciplinares ^{4,5}.

En los últimos años, se han desarrollado diferentes modelos de gestión de la IC, la mayoría centrados en la creación de programas o unidades específicas para esta patología, con el objetivo de ofrecer un abordaje más integral y multidisciplinar al paciente con IC y reducir su impacto en pacientes y sistemas sanitarios ^{6,7}.

En nuestro país, los modelos de atención a la IC presentan gran variabilidad en cuanto a grado de desarrollo e integración entre niveles asistenciales, desde unidades de IC en el ámbito hospitalario hasta programas altamente integrados que coordinan la asistencia entre Atención Primaria (AP), la Atención Hospitalaria (AH) y Sociosanitaria. En cuanto al grado de desarrollo, nivel al que se promueven y su alcance se distinguen dos modelos.

Los Modelos *top-down* son modelos globales, implantados generalmente a nivel autonómico o regional, integran elementos de macrogestión estratégicos para la organización. Suelen constituir programas de IC incluidos en planes de salud autonómicos o programas generales de atención al paciente crónico. En nuestro país, este tipo de experiencias son aún limitadas y los principales ejemplos se dan en el marco de atención a patologías crónicas, como la Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluriopatológicos ⁸ o las guías y rutas asistenciales específicas para pacientes con IC, de carácter autonómico, en Cataluña ^{9,10} y Andalucía ¹¹.

Los Modelos *bottom-up* incluyen acciones generalmente impulsadas por los profesionales sanitarios y elementos de microgestión. Incluyen guías o procesos integrados consensuados por los profesionales y programas o unidades de IC en el ámbito hospitalario o comunitario. Por lo general, se originan en el ámbito hospitalario como elemento pivotal, y van incorporando diferentes recursos y acciones: coordinación con AP, hospital de día, consulta de enfermería, rehabilitación cardíaca, tele monitorización, educación sanitaria, gestor de casos/enlace. Están ampliamente implantados en nuestro país, destacando los programas de calidad para el abordaje de la IC promovidos desde la Sociedad Española de Cardiología (SEC) (Programa SEC-Excelente)⁷ y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) (Programa de Unidades de Manejo Integral de Pacientes con Insuficiencia Cardíaca (UMIPIC)⁶ y documentos de consenso para potenciar la

creación y desarrollo de programas/unidades de IC compartidos entre Cardiología y Medicina Interna ¹².

A nivel europeo, la plataforma Heart Failure Policy Network trabaja en recomendaciones y concienciación para que la IC sea reconocida como un reto para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios al que se debe dar respuesta urgente, avanzando en modelos de gestión y atención integral de la IC ¹³.

En este escenario un grupo multidisciplinar de profesionales con esta visión compartida, y en el marco de un proyecto de identificación de factores clave para avanzar en modelos óptimos de atención a la IC (Proyecto Modelos Asistenciales de Insuficiencia Cardíaca [MAIC]), profundizaron en la necesidad de desarrollar nuevos modelos específicos de macrogestión de la IC, integrándolos en las políticas, en la gestión y planificación sanitaria, para explotar su máximo potencial y obtener los mejores resultados para el paciente y los sistemas sanitarios.

Material y métodos

Se conformó un Comité Asesor, integrado por un grupo multidisciplinar de 15 expertos con amplia experiencia en manejo y desarrollo de diferentes modelos asistenciales de la IC. Como criterios de selección de los expertos se consideraron: representación de diferentes especialidades y perfiles de profesionales sanitarios y niveles asistenciales, perfiles con experiencia en gestión y planificación sanitaria, diferentes tipos de centros y representación geográfica.

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre los programas y unidades de atención a la IC así como de las herramientas de gestión publicadas en España.

A través de un primer taller de trabajo presencial se realizó un análisis del recorrido asistencial del paciente con IC y se identificaron las principales áreas de mejora o necesidades no cubiertas bajo una perspectiva de atención integral a la IC. A partir de las mismas se consensaron unas características comunes mínimas a cumplir por parte de todo modelo integral de atención a la IC. Las características comunes mínimas se definieron atendiendo a las dimensiones del modelo de calidad de la atención médica de Donabedian (dimensión estructura, dimensión proceso y dimensión resultado) ¹⁴.

Se constituyó además un panel multidisciplinar de 31 expertos adicional. En total el panel multidisciplinar Delphi estuvo integrado por 46 profesionales, incluyendo al Comité Asesor y al grupo de expertos adicional, con los siguientes perfiles: cardiología (21,7%), medicina interna (17,4%), enfermería de unidades de IC de diferentes modelos (17,4%), gestión sanitaria (17,4%), medicina de familia y comunitaria (13,0%), medicina de urgencias (2,2%), epidemiología (2,2%), trabajo social (2,2%) y representantes de pacientes (6,5%). El Comité Asesor identificó Cardioalianza como la asociación de pacientes más representativa para incorporar la visión de los pacientes con IC. La Presidencia de la Asociación tomó la decisión sobre los participantes en el estudio.

A partir de una revisión bibliográfica sistemática y del análisis del recorrido asistencial del paciente con IC se identificaron por el Comité Asesor, 7 retos para mejorar la calidad asistencial en el ámbito de la IC y una batería

inicial de factores clave para dar respuesta a estos retos. Para la definición de factores clave se atendió al concepto de determinantes de la calidad asistencial del modelo de calidad de la asistencia de Donabedian¹⁴, aplicado a los Modelos Asistenciales de IC.

Para el consenso y priorización de los factores clave inicialmente identificados se aplicó metodología Delphi Rand/UCLA en dos fases ¹⁵. En la primera ronda se valoró adecuación y en la segunda necesidad. El 100% de los expertos del panel completaron la valoración de las dos rondas Delphi. Entre ambas rondas de valoración online, se realizó una reunión de trabajo presencial con el Comité Asesor para presentar los resultados de la 1ª ronda Delphi y ajustar el listado de factores clave en la 2ª ronda Delphi. El análisis estadístico se realizó conforme a lo establecido en la metodología Delphi Rand/UCLA¹⁵. La escala de puntuación Delphi es de 1 a 9. Como criterio de selección de factores altamente prioritario se utilizó haber alcanzado una puntuación media mayor o igual a 8, tanto en adecuación como en necesidad. Para cada factor clave se analizó la media, mediana, el rango intercuartílico (RIQ) de la mediana y la desviación estándar de la media (SD) para las puntuaciones de adecuación y necesidad.

Resultados

El Comité Asesor identificó 5 características mínimas para modelos de atención a la IC (fig. 1): 1) facilitar una atención integral, con una visión global y acciones en todos los niveles de gestión y asistenciales; 2) facilitar una atención óptima y adecuada a las necesidades de todos los perfiles de pacientes (desde aquellos que pueden beneficiarse de medidas intervencionistas hasta pacientes pluripatológicos complejos, frágiles o con alto riesgo de reingreso); 3) permitir una atención efectiva, organizando la asistencia de forma que las funciones sean realizadas por los perfiles profesionales y recursos idóneos; 4) facilitar la continuidad asistencial entre dispositivos y recursos, estableciendo las herramientas y elementos necesarios para garantizar la coordinación entre niveles, y 5) estar orientado a resultados en salud con una visión poblacional.

A partir del análisis de áreas de mejora en el recorrido asistencial y atendiendo a estas 5 características, el Comité Asesor identificó 7 retos para los modelos de asistencia a la IC (fig. 2). Por su relevancia, se consideró como el primero de estos retos la integración de elementos de gestión a todos los niveles (macro y microgestión) para desarrollar modelos eficientes y orientados a resultados.

De los 75 factores clave finalmente consensados sobre la batería inicial de 79, 16 (21%) estuvieron directamente relacionados con este Reto 1 (tabla 1). Las puntuaciones obtenidas por cada uno de ellos en las dos rondas Delphi se recogen en la tabla 2. Los factores clave en este reto tuvieron una puntuación media en términos de adecuación de 8,01 y de 7,85 para el criterio necesidad, por encima de la media del conjunto de factores. De estos 16 factores clave, 12 fueron valorados por el panel Delphi como adecuados y claramente necesarios (tabla 1). En un ejercicio de priorización de los factores clave se seleccionaron aquellos con la puntuación media de valoración más altas (superior o igual a 8) en ambos criterios. De los 25 factores identificados como

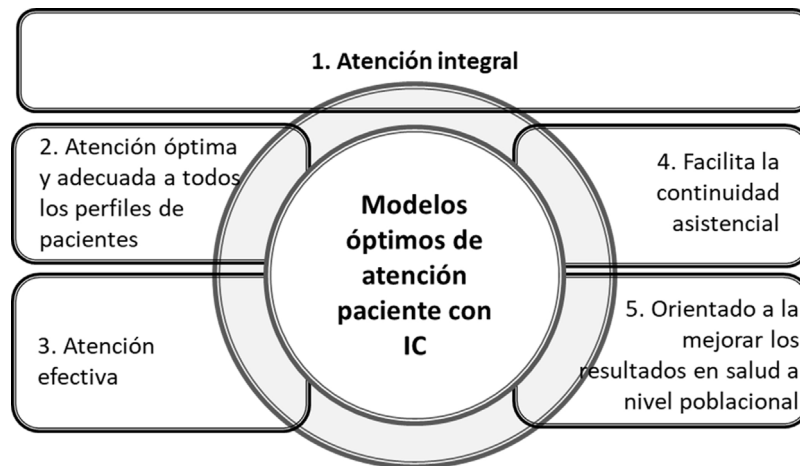


Figura 1 Características comunes mínimas a modelos óptimos y de calidad para la atención a pacientes con IC
IC: Insuficiencia Cardiaca.

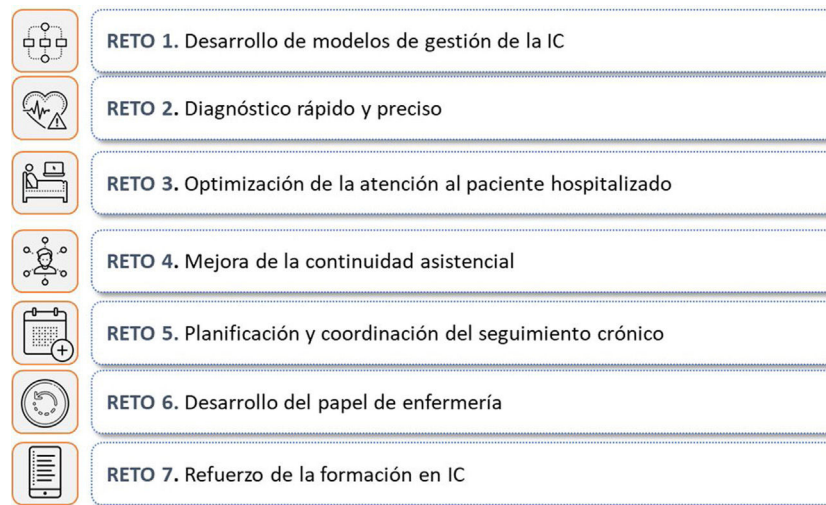


Figura 2 7 Retos clave para el desarrollo de Modelos Óptimos de atención al paciente con IC
IC: Insuficiencia Cardiaca.

Tabla 1 Valoración de factores clave en el Reto 1 por grupo de priorización. Comparación con el total de factores clave

Retos Para Avanzar Hacia Un Modelo Óptimo De La Ic	Factores Clave Por Grupo De Priorización				Factores Clave Por Reto			
	Adecuado y claramente necesario		Adecuado, pero no claramente necesario		Consenso indeterminado		Inadecuado	
	n ^o ^a	% ^b	n ^o	%	n ^o	%	n ^o (%)	n ^o (%)
Reto 1. Desarrollo de modelos de gestión de la IC	12	19,40%	1	11,10%	3	75%	0	16 (21,3%)
TOTAL RETOS	62	82,66%	9	12%	4	5,33%	0 (0%)	75 (100%)

IC: Insuficiencia Cardiaca.

^a n^o: Número de factores clave identificados en cada grupo de priorización.

^b %: Porcentaje de factores clave identificados sobre el total de factores clave por grupo de priorización.

Tabla 2 Puntuaciones Delphi Rand/UCLA para los factores clave en el Reto#1 Desarrollo de Modelos de Gestión adecuados

Factores clave reto 1. Desarrollo de modelos de Gestión	Resultados 1 ° Ronda Delphi: Valoración Adecuación					Resultados 2 ° Ronda Delphi: Valoración Necesidad					Resultado
	Mediana	Media	RIQ	SD	% Pane-listas a Favor	Mediana	Media	RIQ	SD	% Pane-listas a favor	
1. Promover el abordaje de la IC como una prioridad en los planes de salud y programas de cronicidad de las Comunidades Autónomas.	9	8,57	0,25	0,86	95,70%	9	8,46	1	0,89	95,65%	Adecuado y claramente necesario
2. Establecer acuerdos o pactos asistenciales entre profesionales sanitarios, gestores y administración pública, estableciendo objetivos comunes y compromisos de mejora de la continuidad asistencial y en la mejora de la atención a los pacientes.	9	8,57	1	0,81	95,70%	9	8,13	2	1,05	89,13%	Adecuado y claramente necesario
3. Desarrollar modelos más proactivos, integrados y multidisciplinares, que permitan una gestión sanitaria desde la visión de procesos asistenciales.	9	8,43	1	0,86	95,70%	9	8,13	2	1,09	86,96%	Adecuado y claramente necesario
4. Promover equipos multidisciplinares básicos (cardiología, medicina interna, medicina de familia y comunitaria, enfermería especializada en IC) que coordinen el abordaje integral de la IC, e incorporar otras especialidades y profesionales sanitarios afines.	9	8,5	1	0,78	97,80%	9	8,43	1	0,91	95,65%	Adecuado y claramente necesario
5. Promover la creación de perfiles sanitarios (enfermería especializada, gestor de casos, consultor de referencia) que aborden puntos críticos en el proceso asistencial de la IC.	9	8,04	1,25	1,48	91,30%	8	7,78	2	1,32	84,78%	Adecuado y claramente necesario
6. Crear protocolos específicos coordinados entre AH, AP y atención sociosanitaria que refuercen la continuidad asistencial (definición y criterios vías de derivación).	9	8,43	1	1,03	93,50%	9	8,28	1	0,96	93,48%	Adecuado y claramente necesario
7. Trabajar en medidas que potencien la implantación de modelos de autogestión (programación y gestión de agendas, planificación labor asistencial).	7	7,37	1,5	1,25	76,10%						Consenso indeterminado

Tabla 2 (continuación)

Factores clave reto 1. Desarrollo de modelos de Gestión	Resultados 1 ° Ronda Delphi: Valoración Adecuación					Resultados 2 ° Ronda Delphi: Valoración Necesidad					Resultado
	Mediana	Media	RIQ	SD	% Pane- listas a Favor	Mediana	Media	RIQ	SD	% Pane- listas a favor	
8. Establecer estrategias comunes para el desarrollo e implementación de sistemas de información /Historia Clínica Electrónica integrada que facilite la comunicación y coordinación entre niveles asistenciales y áreas sanitarias.	9	8,46	1	0,78	97,80%	9	8,37	1	0,97	91,30%	Adecuado y claramente necesario
9. Establecer modelos de indicadores más evolucionados, centrados en la persona que permitan medir el valor de las intervenciones sociosanitarias y los resultados en salud de los pacientes con IC.	8	8,15	1	0,92	93,50%	8	7,67	1	0,94	91,30%	Adecuado y claramente necesario
10. Desarrollar herramientas de ayuda a la decisión clínica y cuadros de mandos clínicos integrados en Historia Clínica.	8	7,67	2	1,19	82,60%	8	7,46	1	1,26	84,78%	Adecuado y claramente necesario
11. Establecer indicadores ajustados por grupo de morbilidad y modelos de atención por niveles de complejidad.	8	7,78	1	0,87	91,30%	7	7,41	1	1,24	82,61%	Adecuado y claramente necesario
12. Promover modelos de incentivación de resultados en salud, el benchmarking y las buenas prácticas.	8	7,48	2,25	1,36	76,10%						Consenso indeterminado
13. Informar a los registros estatales y del Servicio de Salud.	7	6,84	2	1,48	58,10%						Consenso indeterminado
14. Promover la incorporación de herramientas de telemedicina para el seguimiento de los pacientes.	7	7,4	1	1,21	82,20%	7	7,17	1,3	1,23	76,09%	Adecuado, pero no claramente necesario
15. Promover estrategias de prevención de factores de riesgo cardiovascular y promoción de hábitos de vida saludables.	9	8,43	1	1,03	93,50%	9	8,24	1	0,92	93,48%	Adecuado y claramente necesario
16. Incorporar la perspectiva del paciente en el diseño y evaluación de modelos abordaje óptimo de la IC.	8	8,11	1,25	0,99	93,50%	8	7,83	2	0,95	91,30%	Adecuado y claramente necesario

SD: Desviación estándar; RIQ: Rango intercuartílico; AP: Atención Primaria; AH: Atención Hospitalaria; IC: Insuficiencia Cardíaca.

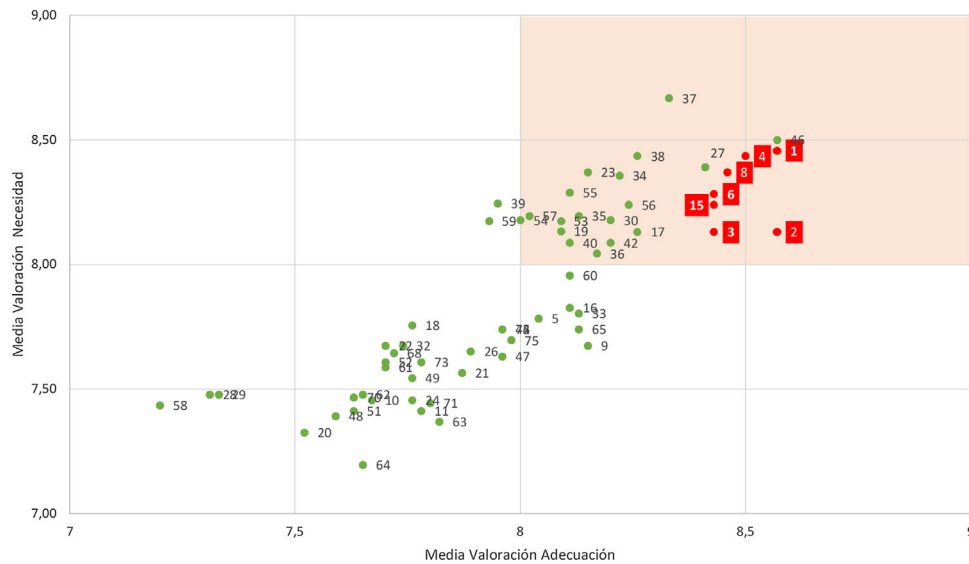


Figura 3 Matriz de priorización de factores clave, en función de la valoración media en adecuación y necesidad. Se muestra la posición relativa de los factores clave de Reto 1 respecto al total de factores clave. Los factores clave del Reto 1 se destacan en rojo.

altamente prioritarios, 7 correspondían al Reto 1 de los 12 factores clave del reto 1 adecuados y claramente necesarios, 7 fueron considerados como altamente prioritarios (fig. 3).

Los factores clave identificados señalan una hoja de ruta con acciones para avanzar en el desarrollo de modelos óptimos de atención a la IC, integrando elementos de macrogestión sanitaria que garanticen su correcto despliegue y la obtención de los mejores resultados en salud posibles, incluyendo:

Promover programas de IC con objetivos comunes e intervenciones sanitarias consensuadas entre perfiles políticos, gestores sanitarios y clínicos. Se insta a su integración en planes de salud o programas de paciente crónico y a establecer acuerdos o pactos asistenciales. Se remarca que su implementación debe realizarse en los diferentes niveles asistenciales y contemplar la participación de equipos de trabajo multidisciplinares.

Promover la especialización y participación de determinados perfiles profesionales en la atención de la IC (enfermería especializada en IC, gestor de casos, consultor de referencia). Su designación y desarrollo de su rol y funciones hasta su máximo potencial es clave para contribuir a la coordinación entre profesionales y mejorar la continuidad asistencial entre niveles, con el apoyo de herramientas adecuadas (historia clínica integrada, telemedicina, cuadros de mandos, sistemas de información integrados).

Promover, desde las administraciones sanitarias, el desarrollo de modelos retributivos en base a resultados en salud y buenas prácticas asistenciales, y no únicamente a la actividad asistencial. La promoción de modelos de estratificación poblacional según necesidades y grado de complejidad es una medida relevante para la distribución óptima de recursos e intervenciones sanitarias.

Impulsar modelos de gestión de la IC que incluyan una evaluación global de resultados, incorporando los reportados por el paciente. Especialmente, incorporar la perspectiva del paciente en el diseño y evaluación de los modelos.

Avanzar en la optimización de la gestión de recursos humanos y en modelos de autogestión (motivación laboral, programación o gestión de agendas, planificación asistencial) que faciliten la labor asistencial a los profesionales sanitarios y el desarrollo de estos modelos.

Desarrollar estrategias de promoción de la autogestión de la salud por parte de los pacientes y cuidadores. Se propone potenciar el uso de herramientas y estrategias de prevención de factores de riesgo cardiovascular, la promoción de hábitos de vida saludables y educación.

Discusión

Pese a las particularidades y adaptaciones locales a diferentes contextos y modelos asistenciales, un modelo óptimo de gestión debe reunir una serie de características básicas comunes que garanticen una atención óptima y de calidad a pacientes con IC.

Las conclusiones de este trabajo están en línea con las recomendaciones y trabajos elaborados por grupos multidisciplinarios similares a nivel europeo¹¹, que instan a trabajar en modelos más integrados de atención a la Insuficiencia Cardíaca. Sin embargo, el presente estudio, ha permitido profundizar en particularidades del sistema sanitario español y las derivadas del sistema de competencias en materia sanitaria, descentralizado a nivel de Comunidades Autónomas. Una de las particularidades del sistema sanitario español es el desarrollo de múltiples iniciativas de creación de unidades de IC bajo sistemas de acreditación de calidad desde la cardiología o la medicina interna, así como iniciativas *bottom-up* y desde un enfoque de microgestión. Sin embargo, adolece de una planificación estratégica de carácter nacional y de planes autonómicos específicos, que desde una perspectiva de macrogestión, sirvan de garante de la equidad y seguimiento de los resultados y objetivos comunes entre los diferentes niveles y equipos profesionales

Es destacable que una de las primeras conclusiones del proyecto MAIC fue la necesidad de mejorar los modelos de macrogestión existentes, resaltando aquellos elementos más necesarios en el caso de la IC y su potencial para optimizar los modelos existentes y complementar elementos en la meso y microgestión.

El panel Delphi de este estudio no se diseñó con el objetivo de analizar la existencia de diferencias significativas entre los perfiles de participantes sino buscando la representación de todas las especialidades y perfiles, evitando sesgo y buscando el consenso.

Las necesidades a nivel de macrogestión han sido analizadas en profundidad en este estudio.

La necesidad de continuar avanzando en modelos óptimos de gestión de la IC fue identificada como primer reto de futuro, lo que pone de manifiesto el alto consenso sobre la necesidad de políticas y herramientas de gestión que, con visión autonómica, permitan su implantación en condiciones de equidad y garantía de la atención de la máxima calidad para todos los pacientes.

Es de destacar que el grado de acuerdo de los factores clave identificados en el área de macrogestión, fue elevado desde las primeras rondas de valoración y tan sólo uno de los 16 factores preidentificados en este reto fue descartado por no alcanzar el suficiente grado de consenso (consenso indeterminado), lo que dota de solidez las conclusiones alcanzadas.

Las experiencias a nivel de microgestión, como programas y unidades especializadas, son necesarias y un excelente punto de partida para mejorar la atención. Como ejemplo, los resultados obtenidos por el programa SEC Excelente⁶, promovido por la SEC o el Programa UMIPIC⁷, impulsado por la SEMI. No obstante, se consideró necesario complementar estos programas con elementos de macrogestión para conseguir su máximo potencial, garantizando la continuidad y el trabajo de todo el sistema y niveles asistenciales para la consecución de objetivos comunes y una adecuada asignación y reorganización de los recursos sanitarios.

Experiencias como la desarrollada en el marco del Servicio Navarro de Salud-Osansubidea, en el marco de su estrategia de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos están demostrando buenos resultados preliminares a nivel global que deberán ser analizados desde la perspectiva de los resultados en pacientes con IC¹⁶. El desarrollo de indicadores específicos para la monitorización de resultados en salud de pacientes con IC es uno de los elementos en los que se deberá trabajar en los próximos años. El planteamiento de objetivos comunes que reflejen el buen funcionamiento del sistema en su conjunto, sin diferenciar entre niveles asistenciales, dispositivos o perfiles profesionales es una pieza clave para promover el trabajo realmente multidisciplinar y enfocado a resultados globales.

La participación de los pacientes en la toma de decisiones es creciente y determinante para avanzar en modelos de atención centrados en la experiencia y necesidades de los pacientes. En el caso de la IC, articular la recogida de resultados reportados por los pacientes e integrar su visión en el diseño y análisis de áreas de mejora en modelos y procesos asistenciales, presenta un amplio margen de mejora¹⁷. En esta línea consideramos que un mayor número de representantes de pacientes con diferentes visiones y nivel de

complejidad, así como la incorporación de la visión de personas cuidadoras de pacientes con IC podría haber dado mayor solidez a las conclusiones del consenso y la priorización realizada a través del análisis Delphi. Igualmente, una mayor representación de perfiles con experiencia en macrogestión e implantación de modelos integrales de atención a patologías crónicas habría sido deseable para enriquecer las conclusiones.

El actual escenario sanitario provocado por la pandemia por COVID-19 ha reforzado la necesidad de reorganizar la asistencia para mejorar la respuesta de los sistemas sanitarios, especialmente en colectivos de riesgo, como los pacientes con cardiopatías o factores de riesgo cardiovascular. La Asociación de Insuficiencia Cardíaca de la SEC elaboró un consenso de recomendaciones para el abordaje de pacientes con IC en un escenario de pandemia COVID¹⁸. La pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad de avanzar en modelos de atención integral a estos pacientes y la utilidad de determinados elementos desarrollados en los mismos, como las herramientas de tele consulta y seguimiento no presencial.

Queda patente la necesidad de avanzar en la implantación de modelos de gestión de patologías crónicas adaptadas a la IC, con foco en la estratificación de perfiles de pacientes y en intervenciones óptimas por niveles de complejidad, más efectivas y eficientes y el planteamiento y seguimiento de objetivos comunes por parte de todos los niveles y perfiles asistenciales. En este sentido, destacar que uno de los factores clave con mayor consenso fue el relativo a la necesidad de incorporar indicadores que permitan evaluar la efectividad, adecuación y eficiencia de la incorporación de los factores clave al modelo de gestión. En particular, en el caso de los elementos de macrogestión que requieren un mayor desarrollo se destacó la necesidad de establecer modelos de indicadores más evolucionados, centrados en la persona que permitan medir el valor de las intervenciones sociosanitarias y los resultados en salud de los pacientes con IC.

Experiencias como la presentada, de trabajo conjunto entre gestores con experiencia en el desarrollo de modelos de macrogestión de patologías crónicas y los profesionales con mayor experiencia en la gestión de programas *bottom-up* sin duda revertirán en avances significativos en el desarrollo de programas más integrados y globales que permitan alcanzar los mejores resultados en vida real para los pacientes con IC. La integración de estos programas como parte de las políticas, planificación, administración y gestión sanitarias, se valoró como una pieza necesaria para explotar su máximo potencial y obtener los mejores resultados para el paciente y los sistemas sanitarios.

Contribuciones de autoría

Todas las personas firmantes han contribuido sustancialmente a la concepción y redacción del artículo, han aprobado su versión final para la publicación y se hacen responsables de su contenido.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto,

preciso y transparente del estudio que se remite a REVISTA DE CALIDAD ASISTENCIAL, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Financiación

El proyecto MAIC ha sido financiado por Boehringer Ingelheim España.

Conflicto de intereses

Todos los autores reportan honorarios personales de Boehringer-Ingelheim España durante el desarrollo del estudio Delphi.

El Dr. González reporta honorarios personales de Novartis, AstraZeneca, Vifor, BMD, Esteve, Teachdow y Pfizer fuera del presente estudio.

El Dr. Muñiz reporta subvenciones de AstraZeneca fuera del presente estudio.

El Dr. Núñez reporta honorarios personales de Novartis, NovoNordisk y subvenciones de Cifor Pharma, AstraZeneca y Rovi fuera del presente estudio.

Agradecimientos

Ascendo Consulting ha proporcionado asistencia editorial en la redacción de este artículo.

APÉNDICE. Todos los miembros del Comité Asesor del Proyecto MAIC cuya relación en orden alfabético aparece en la siguiente lista, han contribuido en la autoría de este artículo:

Comín-Colet, Josep. Hospital Universitario de Bellvitge, IDIBELL. Facultad de Medicina Universidad de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

Alcober, Laia. CAP Sant Josep. Institut Català de la Salut, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

Calero-Molina, Esther. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

Cobo, Marta. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

Corbella, Xavier. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España. Cátedra Hestia en Atención Integrada Social y Sanitaria, Facultad de Medicina, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona, España.

Cruzado, Concepción. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

García Pinilla, José Manuel. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. IBIMA, Málaga, España. Centro de Investigación en Red en Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV). Instituto de Salud Carlos III. Madrid

Gijón-Conde, Teresa. Centro de Salud Universitario Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid, España.

González-Franco, Álvaro. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Oviedo, España

Llácer, Pau. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España

Méndez-Bailón, Manuel. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, España.

Muñiz, Javier. Universidade da Coruña - Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), A Coruña. Centro de Investigación en Red en Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV). Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

Núñez, Julio. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Universidad de Valencia. Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA. Valencia, España. Centro de Investigación en Red en Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV). Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

San Saturnino, María Teresa. Presidenta de la Asociación Cardioalianza (Asociación Española de organizaciones de pacientes con enfermedades cardiovasculares). España

Muñoz, Cristina. Boehringer Ingelheim, España

Ibarrola, Cristina. Parlamento de Navarra. Médico de Familia y Ex-Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona, Navarra, España.

Bibliografía

1. Gianluigi Savarese, Lars H. Lund. Global Public Health Burden of Heart Failure. *Card Fail Rev*. 2017 Apr;3(1):7-11, <http://dx.doi.org/10.15420/cfr.2016:25:2>.
2. Claire A, Lawson, Francesco Zaccardi, Iain Squire, Hajra Okhai, Melanie Davies, Weiting Huang, et al. Risk Factors for Heart Failure. 20-Year Population-Based Trends by Sex, Socioeconomic Status, and Ethnicity. *Circulation: Heart Failure*. 2020;13(2):e006472, <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.119.006472>.
3. Wladimir Lesyuk, Christine Kriza, Peter, Kolominsky-Rabas. Cost-of-illness studies in heart failure: a systematic review 2004-2016. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2018;18:74, <http://dx.doi.org/10.1186/s12872-018-0815-3>.
4. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) de diagnóstico, tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda, crónica., Guía, ESC., 2016 sobre el diagnóstico, tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda, crónica. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69(12):1167, <http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2016.10.014>, e1-e85.
5. Martin R, Cowie, Stefan D, Anker, John GF, Cleland G, Michael Felker, Gerasimos Filippatos, Tiny Jaarsma, et al. Improving care for patients with Acute Heart Failure. *ESC Heart Fail*. 2014 Dec;1(2):110-45, <http://dx.doi.org/10.1002/ehf2.12021>.
6. Cerqueiro JM, González-Franco A, Montero-Pérez-Barquero M, Llácer P, Conde A, Dávila MF, et al. Reducción de ingresos y visitas a Urgencias en pacientes frágiles con insuficiencia cardíaca: resultados del programa asistencial UMIPIIC. *Rev Clin Esp*. 2016;216(1):8-14.
7. Manuel Anguita Sánchez, José Luis Lambert Rodríguez, Ramón Bover Freire, Josep Comín Colet, María G, Crespo Leiro, Francisco González Vélchez, et al. Classification and Quality Standards of Heart Failure Units: Scientific Consensus of the Spanish Society of Cardiology. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69(Issue 10):940-50, <http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2016.06.010>.
8. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos [Internet]; 2014. https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/. [consultada 5.08.20].

9. José María Verdú Rotellar, Valeria Pacheco Huergo, Ester Amado Guirado, Neus Esgueva de Haro, Natalia López Pareja, Laia Alemany Vilches, Antoni Bayes-Genis, José María Casacuberta Monge, Josep Comin Colet, José María Elorza Ricart, Jordi Fabregat i Gou, JAVC Guies de pràctica clínica. Insuficiència cardíaca. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Institut Català de la Salut. http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistentcia/gpc/guia_insuficiencia_cardiaca.pdf 2008 [consultada 5.08.20].
10. Marichal Planas M, Garcia Garrido LL, Roure Fernandez J, Armengou Arxé A, Valverde Rodríguez S, González Marcos M. A pilot project on coordination between two levels of care: heart failure unit and programme for prevention and support on discharge (PiSA-IC)/Una experiencia de coordinación entre dos niveles asistenciales: Unidad de Insuficiencia Cardíaca— Programa de prevención y soporte al Alta (PiSA-IC). *International Journal of Integrated Care*. Int J Integr Care. 2012 Apr-Jun;12 Suppl2:e27.
11. Vázquez García R, et al. Insuficiencia Cardíaca: Proceso Asistencial Integrado Consejería de Salud y Bienestar Social; 156 p. [Internet]. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af19570863eb_insuficiencia_cardiaca_2e.pdf 2012.[consultada 5.08.20].
12. Propuesta conjunta SEC- SEMI para la organización compartida de nuevos modelos de atención al paciente con insuficiencia cardíaca en base a programas y unidades de insuficiencia cardíaca. [Internet] <https://secardiologia.es/images/publicaciones/documentos-consenso/DOCUMENTO.DE.CONSENSO.SEC-SEMI.pdf> 2016 [consultada 5.08.20].
13. The handbook of multidisciplinary and integrated heart failure care. Heart Failure Policy Network Steering Committee, Project Advisory Group. [Internet]: https://www.hfpolicynetwork.org/wp-content/uploads/2018/09/HFPN_Handbook_FINAL_printversion.pdf. 2018.[consultada 5.08.20].
14. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966;44:166–203.
15. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD. The Rand/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica, CA. USA: RAND. 2001, <https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph-reports/2011/MR1269pdf> [consultada 5.08.20].
16. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. Plan de Salud de Navarra 2014-2020. Plan de salud de Navarra 2006-2012. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/9D1A9CA4-9BA0-4EB8-81F4-338C5C1BDD62/342877/Plansalud20142020conDL.pdf%0A> 2014 [consultada 5.08.20].
17. Van Kessel P, de Boer D, Hendriks M, Plass AM. Measuring patient outcomes in chronic heart failure: psychometric properties of the Care-Related Quality of Life survey for Chronic Heart Failure (CaReQoL CHF). *BMC Health Serv Res*. 2017 Aug 7;17(1):536, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2452-4>.
18. de Juan Bagudá J, Farrero Torres M, García-Cosío MD, Recio Mayoral A, Sabé Fernández N, García Pinilla JM, et al. Implicaciones de la pandemia por COVID-19 para el paciente con insuficiencia cardíaca, trasplante cardíaco y asistencia ventricular Recomendaciones de la Asociación de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología. *REC:Cardioclínica*. 2020;55(2):94–102, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccl.2020.03.007>.