

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Gestión del tiempo de asistencia al paciente crónico: un nuevo enfoque para mejorar la calidad asistencial



O. Martín Gordo, V. Martín Moreno*, D. Agüero Orgaz, A. Martín Fernández,
E.R. Coaquira Condori y S. Duce Tello

Centro de Salud de Orcasitas, Madrid, España

Recibido el 23 de febrero de 2014; aceptado el 2 de septiembre de 2014

Disponible en Internet el 7 de octubre de 2014

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Enfermedades
crónicas;
Calidad asistencial;
Factores
socioeconómicos;
Condiciones sociales;
Diabetes mellitus

Resumen

Objetivo: La cronicidad es la principal epidemia del siglo *xxi* y condiciona que gran parte de los presupuestos sociosanitarios se dediquen a su atención. El objetivo de este estudio es analizar si la calidad de la atención al paciente crónico mejora implantando tiempos asistenciales no presenciales.

Material y métodos: Estudio de intervención realizado en el centro de salud de Orcasitas (enero de 2012-septiembre de 2013) en pacientes con hipertensión (357), diabetes (180) y/o cardiopatía isquémica (60). La calidad asistencial se analizó mediante la efectividad reflejada en el programa de seguimiento de objetivos en atención primaria (eSOAP). Para el grupo de intervención se establecieron 4 consultas presenciales y 3 no presenciales por año, de 10 min cada una, manteniendo el grupo control su dinámica habitual. Los datos se contrastaron mediante las pruebas de McNemar, Chi-cuadrado y Q de Cochran.

Resultados: En el grupo de intervención la efectividad se incrementó en el periodo analizado un 46%, un 54% y un 55,9% respectivamente para los procesos hipertensión, diabetes y control de la dislipidemia en cardiopatía isquémica, mientras que en el grupo control (Comunidad de Madrid) fue, respectivamente, del 2,54%, 1,78% y 5,44% (diferencias estadísticamente significativas [$\chi^2 = 24,78$; $\chi^2 = 39,9$ y $\chi^2 = 67,3$, $p < 0,0001$]).

Conclusiones: Treinta minutos/año de atención no presencial suponen un cambio relevante en el grado de control del paciente crónico. Este resultado debería ser tenido en cuenta en las estrategias de abordaje de la cronicidad.

© 2014 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Olga.MartinG@salud.madrid.org (O. Martín Gordo).

KEYWORDS

Primary health care;
Chronic disease;
Quality of health
care;
Socioeconomic
factors;
Social conditions;
Diabetes mellitus

Management of time used to treat the chronic patient: A new approach to improve quality of health care

Abstract

Objective: Chronic disease is the main epidemic of the 21st century. It takes up a large part of the social-health budgets that are dedicated to its care. The aim of this study is to analyze if the welfare quality in the management of the chronic patients improves by implementing non-contact care time.

Material and methods: Intervention study conducted in the health care center of Orcasitas (January 2012 - September 2013) in patients with hypertension (357), diabetes (180) and/or ischemic heart disease (60). Health care quality was analyzed through the effectiveness in the program, Tracking Objectives in Primary Care. The intervention group had four physical 10 minute consultations/year and three non-physical 10 minute consultations/year. The patients in the control group were seen as usual. The data were compared using the McNemar test, chi-square and Cochran's Q test.

Results: In the intervention group, the effectiveness increased in the analyzed period by 46%, 54% and 55.9%, respectively, for processes of hypertension, diabetes and dyslipidemia control in ischemic heart disease, whereas in the control group (community of Madrid) it was 2.54%, 1.78%, and 5.44%, respectively, for these processes (statistically significant differences [$\chi^2 = 24.78$; $\chi^2 = 39.9$ y $\chi^2 = 67.3$, $P < .0001$]).

Conclusions: Thirty minutes/year of non-presential care represents a significant change in the level of control of chronic patients. These results should be considered in the approach strategies to chronic diseases.

© 2014 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La cronicidad se ha convertido en una epidemia del siglo XXI y a su atención se dedica gran parte de los presupuestos sociosanitarios¹, por lo que asegurar la equidad y la eficiencia debe ser un objetivo prioritario²⁻⁴.

A nivel sanitario el control de la efectividad en la gestión de las enfermedades crónicas se realiza en atención primaria mediante el programa informático de seguimiento de objetivos de atención primaria (eSOAP). Sus resultados muestran que enfermedades prevalentes, como hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus presentan un grado de control inferior al 50%, y aunque estos datos son similares a los de otras comunidades autónomas, no son los óptimos para un sistema de calidad^{5,6}.

En los resultados sobre la eficiencia en el control de la cronicidad influyen múltiples factores, muchos de ellos ajenos al ámbito de actuación sanitario. Y son estos últimos los que, combinados, crean distintas condiciones de vida para los ciudadanos, que tienen un claro impacto sobre su salud^{7,8}. De ellos, probablemente el más relevante sea el «entorno» o zona básica de salud con la que se interactúa, que engloba una población con unas determinadas características sociodemográficas y que establece un grado de dificultad para conseguir resultados diferente para cada centro de salud⁹⁻¹².

Dentro del concepto entorno el nivel socioeconómico influye de forma inversa en la frecuentación¹³, y hay una correlación positiva entre percepción del estado de salud y nivel de renta del distrito en el que vive el individuo¹⁴, que también incide en la frecuentación. Pero, además, la

desigualdad socioeconómica influye en la probabilidad de enfermar y genera diferencias en la tasa de mortalidad asociada a las enfermedades crónicas¹⁵.

El resultado es una sobrecarga sanitaria y social respecto a entornos más favorecidos, que transforma gran parte de la actividad clínica en burocrática y que incrementa el coste sanitario por unidad de población, generando un importante desgaste profesional por el binomio elevada presión asistencial clínicamente poco resolutive-hiperfrecuentación¹⁶.

La especial idiosincrasia de determinadas zonas básicas de salud probablemente implique que para conseguir los mismos objetivos que en entornos más favorables los tiempos asistenciales deban ser «distintos» en cantidad y calidad a los planteados en las agendas estándar vigentes.

El tiempo real dedicado a la asistencia clínica aparece como una variable principal en el abordaje de la cronicidad y, puesto que de este problema emanan la mayoría de las demandas sanitarias y sociales de este grupo de pacientes¹⁴, es necesario innovar y realizar cambios, adaptando el modelo de gestión al entorno en el que se aplica. Sobre todo porque las estrategias empleadas en la gestión de la cronicidad han tenido hasta ahora escasos resultados en la efectividad reflejada en eSOAP.

El objetivo del estudio fue analizar si en determinados entornos sociosanitarios la combinación de tiempos asistenciales no presenciales, en los que se evalúa de forma integral la historia del paciente, con tiempos asistenciales concertados presenciales, donde se le informa sobre su enfermedad y la necesidad motivada de cambios o pruebas, mejora el grado de control de las enfermedades crónicas.

Material y métodos

Estudio de intervención, longitudinal, realizado en el centro de salud (CS) de Orcasitas entre enero de 2012 y septiembre de 2013. Orcasitas, entorno de este estudio, es un barrio socioeconómicamente desfavorecido de la ciudad de Madrid, en el que el 54,5% de sus habitantes no tiene estudios o no finalizó la enseñanza primaria⁹; el nivel de renta se sitúa a 50 euros/mes del umbral de riesgo de pobreza¹⁰ y las cifras de paro son muy superiores a la media municipal¹¹. El número de analfabetos ocupa el segundo lugar en las mujeres y el tercero en los varones en el ámbito de la ciudad de Madrid¹².

Pero también a nivel sanitario es un barrio desfavorecido, pues la esperanza de vida de los varones se sitúa en el penúltimo lugar entre los distritos del municipio de Madrid^{12,14}, presentando además un exceso de tasa ajustada de mortalidad por cáncer y enfermedades respiratorias respecto al conjunto de Madrid y un claro gradiente inverso entre renta y mortalidad por enfermedades infecciosas, endocrinas, digestivas, cardiovasculares y genitourinarias, sobre todo en varones¹⁵. Además, el distrito tiene la mayor ratio de varones pensionistas entre el total de varones de Madrid¹², indicador que refleja que los varones enferman a edades más tempranas y abandonan el ámbito laboral antes que en el resto de distritos.

En el estudio participaron 422 pacientes de atención primaria, diagnosticados de HTA (363), diabetes (185) y/o cardiopatía isquémica (60). Se estableció un grupo de intervención, formado por los pacientes pertenecientes a 3 consultas de enfermería y una de las 11 consultas de medicina de familia del centro que acudieron a solicitar recetas entre octubre de 2011 y octubre de 2012. Y 3 grupos de control: uno interno, formado por el resto de consultas del CS

de Orcasitas; y 2 externos, el conjunto de CS de la Dirección asistencial centro, área sanitaria a la que pertenece el centro de salud de Orcasitas, y el conjunto de CS de la Comunidad de Madrid. El tiempo mínimo de seguimiento fue de 6 meses y el periodo de análisis de datos para valorar los resultados de la intervención se prolongó hasta septiembre de 2013.

Se establecieron 4 controles presenciales y 3 controles no presenciales por año, cada uno de ellos de 10 min, siendo protocolizados para evitar sesgos. En el primer control, presencial, se informó al paciente sobre sus enfermedades crónicas, de la necesidad de un seguimiento y cómo iba a realizarse, de la conveniencia de seguir las pautas higiénico-dietéticas que se recomendasen y de que sin su colaboración la dificultad para conseguir resultados sería mayor, solicitándole de forma verbal y expresa su predisposición a colaborar en el cuidado de su salud. De forma paralela se revisó el tratamiento actual y su cumplimentación. Al estar incluidas estas visitas y sus objetivos en la cartera de servicios, y ser las actividades a desarrollar criterios de buena atención en dicha cartera, que pasó los correspondientes controles éticos, no se solicitó consentimiento escrito.

En cada uno de los controles no presenciales (fig. 1) se evaluó al paciente, así como la actividad profesional previa, incluida la inercia clínica y terapéutica, y se planificó la estrategia más adecuada para conseguir un aumento de la eficiencia, adaptada en cada momento a las características globales del paciente, incluidas las socioeconómicas, en las visitas presenciales.

En los sucesivos controles presenciales, y como resultado de las evaluaciones no presenciales, se le informó sobre la necesidad de modificación de tratamientos, pruebas complementarias, el porqué de cada cambio o prueba y los logros alcanzados y/o los objetivos que quedan pendientes por

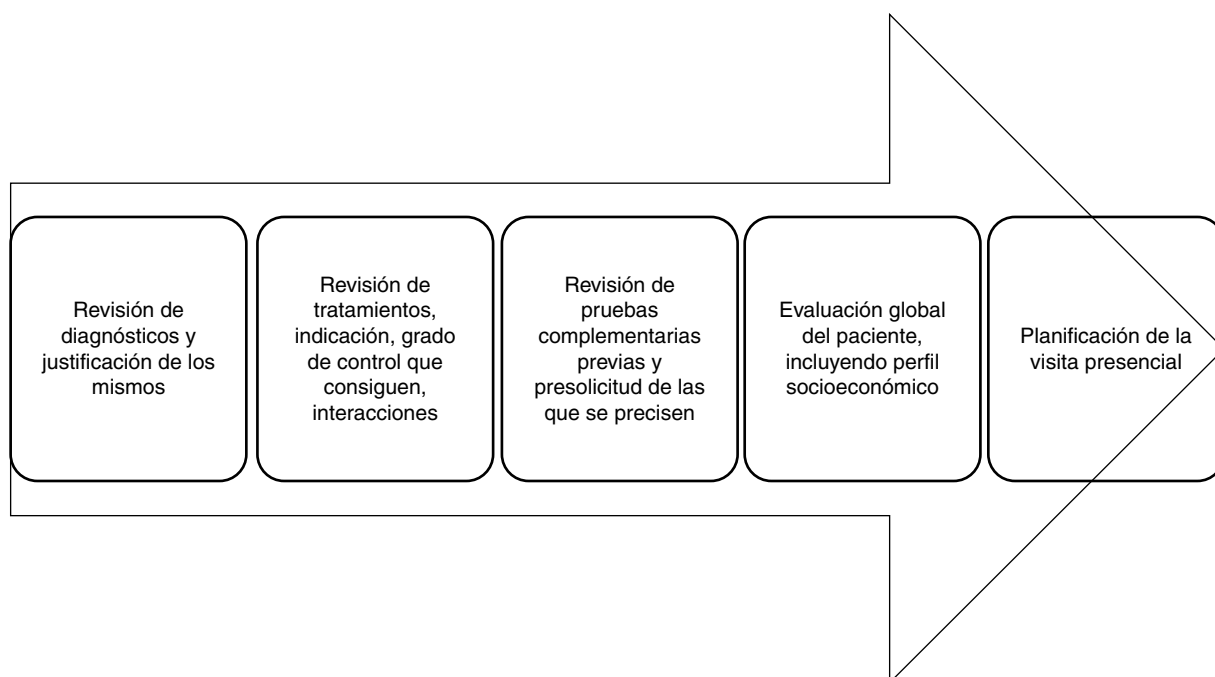


Figura 1 Protocolo de actuación en la primera y sucesivas consultas no presenciales.

Tabla 1 Efectividad en el control de la hipertensión arterial durante la duración del estudio^a

Grupo Fecha ^b	Grupo de intervención (n = 363) ^c	CS Orcasitas (n = 4.109) ^e	Dirección asistencial centro (n = 204.771) ^c	Comunidad de Madrid (n = 906.927) ^c
Diciembre 2011	24 ^d	30,6	40	41
Marzo 2012	32	31,6	39,8	40,7
Junio 2012	33	35,5	41,8	42,2
Septiembre 2012	39,3	36	41	41,8
Diciembre 2012	43,4	34,8	38,9	40
Marzo 2013	45,5	35,5	35	38,7
Junio 2013	61	38,6	40	42,3
Septiembre 2013	70,5 ^{d,e}	41,2 ^{d,e}	42,3 ^{d,e}	43,6 ^{d,e}

^a Control del paciente hipertenso: porcentaje de pacientes que tienen sus valores de tensión arterial sistólica/diastólica por debajo de 140/90 en los 12 meses previos.

^b Puntos de corte establecidos en la herramienta informática «Seguimiento electrónico de objetivos en atención primaria» (eSOAP) para valorar la efectividad de la actividad asistencial.

^c n: hace referencia a la población al inicio del estudio. En los grupos control incluye el grupo de intervención.

^d McNemar: 6,81 (p=0,0090) en el grupo de intervención. CS Orcasitas no analizado. Resto de grupos diferencias diciembre 2011-septiembre 2013 no significativas.

^e Diferencias entre grupos estadísticamente significativas: $\chi^2 = 24,78$; p < 0,0001.

cumplir, todo ello en lenguaje adecuado a sus características, reforzando los puntos más relevantes de su seguimiento para hacerle partícipe de la actuación².

Las variables de eSOAP incluidas fueron: pacientes con cardiopatía isquémica en tratamiento con estatinas, control de la hipercolesterolemia en prevención secundaria de cardiopatía isquémica, control de pacientes hipertensos y control de pacientes diabéticos. A nivel de seguridad se incluyeron: prevención secundaria con antiagregantes en pacientes con cardiopatía isquémica y adecuación del tratamiento de pacientes diabéticos con nefropatía. También se analizaron las variables medicamentos potencialmente inadecuados en ancianos, adecuación del tratamiento en pacientes diabéticos con nefropatía, pacientes con cardiopatía isquémica que tienen pauta de prevención secundaria con antiagregantes, presión asistencial, frecuentación y gasto de farmacia.

El procesamiento y análisis de los datos se realizó con los paquetes estadísticos SPSS para Windows®, versión 18.0.0 y Epidat 3.1. Los resultados antes-después en el grupo de intervención se compararon mediante la prueba de McNemar de comparación de 2 proporciones apareadas, mientras que los resultados observados en los grupos de control y de intervención se contrastaron mediante la prueba de Chi-cuadrado, con la corrección de Yates, o la probabilidad exacta de Fisher.

Además, para analizar si la no intervención generaba diferencias que pudieran introducir un sesgo en la evaluación de los resultados, se compararon los resultados de todos los grupos control antes de la intervención y después de la misma, mediante la Q de Cochran. Al quedar incluidos los datos del grupo de intervención en los del propio centro de salud no se realizó análisis de si la no intervención generaba diferencias en el centro de salud.

Resultados

En relación con la HTA (tabla 1) el porcentaje inicial de pacientes del grupo de intervención con HTA en rango de

control fue inferior al porcentaje medio del propio centro de salud, de la Dirección asistencial centro y de la Comunidad de Madrid, observándose tras la intervención que, aunque hubo un incremento progresivo del grado de control en todos los grupos, este incremento fue mayor (46,5% frente a 10,61; 2,31 y 2,54, respectivamente) en el grupo de intervención. Las diferencias en el grado de control de la HTA tras la intervención entre este grupo y los de control fueron significativas ($\chi^2 = 24,78$; p < 0,0001). En el grupo de intervención el 70,52% de los pacientes hipertensos tuvo sus valores de tensión arterial por debajo de 140/90 mm Hg.

Respecto a la cardiopatía isquémica (tabla 2) el porcentaje de pacientes que recibió tratamiento con estatinas se incrementó en el grupo de intervención un 35,82%, observándose para el resto de grupos de estudio incrementos del 20,96% (propio centro de salud), 15,77% (Dirección asistencial centro) y 16,12% (Comunidad de Madrid). Tras la intervención el porcentaje de pacientes con cardiopatía isquémica que recibió tratamiento con estatinas fue significativamente más elevado en el grupo de intervención ($\chi^2 = 25,68$; p < 0,001). En el grupo de intervención se consiguió que el 100% de los pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica estuviesen en tratamiento con estatinas.

Además de pautar fármacos hipolipidémicos como prevención secundaria de la cardiopatía isquémica, una adecuada gestión del paciente crónico requiere que se valore la eficacia del tratamiento, objetivo final del mismo. En este punto (tabla 3) la intervención planteada consiguió las mayores diferencias con los grupos de control ($\chi^2 = 67,3$; p < 0,00001). El porcentaje de pacientes que presentaron valores de colesterol dentro de lo aconsejado en los protocolos de la Comunidad de Madrid se incrementó un 55,87% en el grupo de intervención, frente a incrementos del 12,35% en el propio centro de salud de Orcasitas, o del 1,67% y del 5,44% en la Dirección asistencial centro y la Comunidad de Madrid.

Por último, y respecto a la diabetes, cuarto proceso objeto de intervención en este estudio, en el grupo de

Tabla 2 Efectividad en la prescripción de tratamiento con estatinas en prevención secundaria en pacientes con cardiopatía isquémica^a

Grupo Fecha ^b	Grupo de intervención (n = 60) ^c	CS Orcasitas (n = 679) ^c	Dirección asistencial centro (n = 27.446) ^c	Comunidad de Madrid (n = 119.088) ^c
Diciembre 2011	64,2 ^d	65,7	62,4	62,7
Marzo 2012	67,3	66,4	64	61,5
Junio 2012	79,3	74	71,9	70,9
Septiembre 2012	75	75,4	69,9	70,8
Diciembre 2012	88	81,4	75,6	76,3
Marzo 2013	96,2	83,4	76,7	77,5
Junio 2013	93,3	85,4	77,6	77,6
Septiembre 2013	100 ^{d,e}	86,6 ^{d,e}	78,2 ^{d,e}	78,8 ^{d,e}

^a Pacientes con cardiopatía isquémica en tratamiento con estatinas: porcentaje de pacientes con cardiopatía isquémica que tienen prescrita una estatina en los 12 meses previos.

^b Puntos de corte establecidos en la herramienta informática «Seguimiento electrónico de objetivos en atención primaria» (eSOAP) para valorar la efectividad de la actividad asistencial.

^c n: hace referencia a la población al inicio del estudio. En los grupos control incluye el grupo de intervención.

^d McNemar: 7,29 (p = 0,0069) en el grupo de intervención.

^e Diferencias entre grupos estadísticamente significativas: $\chi^2 = 25,68$; p < 0,001.

intervención el porcentaje de pacientes que mejoró el control de su diabetes, expresado como porcentaje de pacientes que tienen la hemoglobina glucosilada por debajo del 7%, fue del 54,09% (tabla 4), siendo las mejoras observadas en el resto de grupos del 13,09%; 3,19% y 1,78%, respectivamente para el propio centro de salud, la Dirección asistencial centro y la Comunidad de Madrid. Estas diferencias postintervención fueron significativas ($\chi^2 = 39,9$; p < 0,00001).

La efectividad de la intervención planteada se analizó además en relación con otros parámetros, que quedan recogidos en la tabla 5. En ella puede observarse resultados favorables en la utilización de medicamentos potencialmente inadecuados en personas mayores de 74 años y en la prevención secundaria con antiagregantes en pacientes con cardiopatía isquémica.

Tabla 3 Efectividad en el control de la hipercolesterolemia en prevención secundaria de cardiopatía isquémica en relación con la intervención realizada

Efectividad en el control de la cardiopatía isquémica				
Control de la hipercolesterolemia en prevención secundaria de			cardiopatía isquémica (en %) ^a	
Grupo				
Fecha ^b	Grupo de intervención (n = 60) ^c	CS Orcasitas (n = 679) ^c	Dirección asistencial centro (n = 27.446) ^c	Comunidad de Madrid (n = 119.086) ^c
Diciembre 2011	7,5 ^d	12,9	13,7	14,7
Marzo 2012	27,3	18,4	16,21	16,7
Junio 2012	46,5	19,2	17,4	17
Septiembre 2012	31,2	16,3	14	14,9
Diciembre 2012	23,7	18	15,4	16,7
Marzo 2013	44,3	22,7	15,8	18,9
Junio 2013	61,7	27,5	18	21,8
Septiembre 2013	63,3 ^{d,e}	25,3 ^{d,e}	15,3 ^{d,e}	20,1 ^{d,e}

^a Control: porcentaje de pacientes con cardiopatía isquémica que tienen sus valores de colesterol LDL por debajo de 100 en los 12 meses previos.

^b Puntos de corte establecidos en la herramienta informática «Seguimiento electrónico de objetivos en atención primaria» (eSOAP) para valorar la efectividad de la actividad asistencial.

^c n: hace referencia a la población al inicio del estudio. En los grupos control incluye el grupo de intervención.

^d McNemar: 36,57 (p < 0,00001) en el grupo de intervención. CS Orcasitas no analizado. Resto de grupos diferencias diciembre 2011-septiembre 2013 no significativas.

^e Diferencias entre grupos estadísticamente significativas: $\chi^2 = 67,3$; p < 0,00001.

Tabla 4 Efectividad en el control de la diabetes mellitus durante la duración del estudio

Efectividad en el control de la diabetes mellitus				
Control del paciente diabético (en %) ^a				
Grupo				
Fecha ^b	Grupo de intervención (n = 185) ^c	CS Orcasitas (n = 1.706) ^c	Dirección asistencial centro (n = 69.029) ^c	Comunidad de Madrid (n = 318.454) ^c
Diciembre 2011	24,5 ^d	28	29,7	31,7
Marzo 2012	33	28,5	29	30,7
Junio 2012	46,7	29,9	29,2	30,6
Septiembre 2012	50,8	31,5	28,2	30,3
Diciembre 2012	65,5	33,9	29,1	32,4
Marzo 2013	65,7	35,4	26,9	28,8
Junio 2013	73,9	38,4	30,9	30,96
Septiembre 2013	78,6 ^{d,e}	41,2 ^{d,e}	32,9 ^{d,e}	33,5 ^{d,e}

^a Control: porcentaje de pacientes que tienen sus valores de hemoglobina glucosilada por debajo de 7 en los 12 meses previos.

^b Puntos de corte establecidos en la herramienta informática «Seguimiento electrónico de objetivos en atención primaria» (eSOAP) para valorar la efectividad de la actividad asistencial.

^c n: hace referencia a la población al inicio del estudio. En los grupos control incluye el grupo de intervención.

^d McNemar: 11,39 (p = 0,00007) en el grupo de intervención. CS Orcasitas no analizado. Resto de grupos diferencias diciembre 2011-septiembre 2013 no significativas.

^e Diferencias entre grupos estadísticamente significativas: $\chi^2 = 39,9$; p < 0,00001.

La intervención generó diferencias significativas respecto a la situación previa en todas las variables analizadas (McNemar: 6,81 [p = 0,0090] para HTA; 7,29 [p = 0,0069] para tratamiento con estatinas; 36,57 [p < 0,0001] para control de la dislipidemia y 11,39 [p = 0,0007] para control de la diabetes), y una mejora de la presión asistencial (disminuye de 44,5 pacientes/día a 35,5) y de la frecuentación (disminuye de 8,49 visitas/paciente/año a 6,91), respecto a la comunidad de Madrid (33,65 a 32,32 y 5,54 a 5,37 respectivamente). La no intervención no generó diferencias significativas en los grupos Dirección asistencial centro y Comunidad de Madrid para ninguna de las variables analizadas.

En relación con los costes de farmacia, analizando periodos similares de enero a septiembre (últimos datos disponibles de septiembre de 2013), se observó una reducción

del gasto en el grupo de intervención del 14% (360.027 euros en 2011 frente a 309.839 en 2013). En el centro de salud de Orcasitas, descontado el grupo de intervención, la reducción del gasto en el mismo periodo fue del 7,75% (3.390.273 euros en 2011 frente a 3.127.617 euros en 2013).

Discusión

Las intervenciones en cronicidad requieren conocer las interrelaciones entre los diversos procesos que la condicionan, de forma que las medidas puedan ser aplicadas al menor coste y con la máxima eficiencia y equidad^{15,17-19}. En este estudio se observa que incluso en entornos desfavorables no todo está escrito, y que con una intervención

Tabla 5 Resultados en indicadores de efectividad y seguridad del paciente a la finalización del estudio de intervención

Adecuación del tratamiento y seguridad del paciente				
Septiembre 2013	Grupo de intervención	CS Orcasitas	Dirección asistencial centro	Comunidad de Madrid
Medicamentos potencialmente inadecuados en ancianos (> 74 años)	1,2%	6,1%	5,5%	5,7%
Adecuación del tratamiento en pacientes diabéticos con nefropatía	78,6%	73,4%	74,5%	76,6%
Pacientes con cardiopatía isquémica que tienen pauta de prevención secundaria con antiagregantes	92,3%	90,1%	77,6%	79,4%

adecuadamente planificada se pueden obtener resultados en efectividad.

Para conseguirlo se trabajó sobre una medida organizativa largo tiempo reclamada desde diversos foros: el aumento del tiempo de consulta²⁰; demanda que, sin embargo, no ha sido suficientemente desarrollada a través de estudios que nos indiquen cómo optimizar ese tiempo de consulta de forma que se obtenga una asistencia de calidad²¹. Y se hizo aportando una nueva visión sobre la gestión de la consulta de atención primaria en entornos asistenciales complejos²², mostrando sus resultados como una medida sencilla, como implantar 30 min al año de atención no presencial permite alcanzar porcentajes de control de los procesos crónicos analizados superiores a los observados en otros estudios²³⁻²⁵, mejorando la calidad asistencial a través de los indicadores de efectividad y seguridad del paciente establecidos por nuestra organización, y todo ello sin coste para el sistema, ya que no aumentó el gasto en farmacia y no supuso incrementos ni de la presión asistencial ni de la frecuentación, que incluso disminuyeron por la intervención realizada²⁶.

Estos resultados, en conjunto, traducen una mejora de la eficiencia en la gestión del paciente crónico^{3,27}, parámetro que debe comenzar a evaluarse en atención primaria^{5,28}, y nos permite plantearnos que el seguimiento intensivo e informado del paciente crónico mediante consultas programadas, junto con tiempos de estudio del paciente sin la presencia de este, puede ser una herramienta útil en la gestión de la cronicidad^{17,21,29,30}, sobre todo si se asocia con una evaluación constante de su efectividad a través de herramientas informáticas como e-SOAP³¹.

Dentro de la cultura del *benchmarking*³²⁻³⁴ los gestores deberán tener en cuenta estas nuevas estrategias de abordaje de la cronicidad y su posible aplicabilidad en entornos donde la elevada presión asistencial, el bajo nivel educativo y socioeconómico y el escaso nivel en la autogestión de las propias enfermedades por parte de los pacientes dificulta el conseguir metas en calidad^{13,21}. Todo ello desde la perspectiva de que el análisis de los determinantes de la salud requiere de un marco conceptual que permita interpretar adecuadamente sus componentes en función de las circunstancias de base de cada población o entorno^{17,35,36}, como paso previo a la mejora de la eficiencia²⁸.

Como limitaciones de este estudio puede argumentarse que establecer como grupo control *clusters* amplios y menos homogéneos en cuanto a población que el del grupo de intervención puede suponer una ventaja para este grupo, por la tendencia a la media, pero el largo periodo de estudio, la clara progresión positiva de los indicadores en el grupo de intervención frente a los grupos control y la marcada diferencia final entre ambos grupos, que llega a triplicar (cardiopatía isquémica) o doblar (diabetes) el grado de control en el grupo de intervención, hace poco probable que el resultado sea debido a este efecto. Por otro lado, el grupo control CS Orcasitas sí es homogéneo en cuanto a tipo de población, y los resultados también difieren.

La población adscrita al CS Orcasitas es muy homogénea en cuanto a indicadores socioeconómicos, con un elevado porcentaje de analfabetos funcionales, situación que, junto a la elevada presión asistencial y frecuentación, puede favorecer una cierta inercia negativa en el planteamiento de

objetivos, actitudes menos exigentes en resultados sanitarios y una menor predisposición a adoptar medidas para mejorarlos, ante el pensamiento del posible fracaso de las mismas. Este tipo de dinámica justificó que el grupo de intervención se estableciera de forma oportunista entre profesionales motivados en mejorar la calidad, manteniendo el resto del CS Orcasitas su dinámica habitual. Por último, aunque el grupo de intervención es limitado, la muestra tiene una entidad suficiente para permitir analizar los resultados y extraer propuestas de mejora.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ferrer-Arnedo C, Orozco-Beltrán D, Román-Sánchez P, Comité técnico. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
2. Basora Gallisá J, Carretero Alcántara L, Domínguez González N, García Prieto E, Guerra Aguirre J, Jodar i Solá G, et al. Estrategia de gestión de crónicos. En: Documento de Consenso. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. Madrid: Spanish Publishers Associates, S.L.; 2013.
3. Sacristán JA, Ortún V, Rovira J, Prieto L, García-Alonso F, por el grupo ECOMED. Evaluación económica en medicina. Med Clin (Barc). 2004;122:379-82.
4. Startfield B. Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud servicios y tecnología. Barcelona: Ed Masson, SA. Fundación Jordi Gol i Gurina; 2004.
5. Banegas JR, Jovell A, Abarca B, Diosdado MA, Aguilera L, Aranda P, et al. Hipertensión arterial y política de salud en España. Med Clin (Barc). 2009;132:222-9.
6. Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
7. Gil López E, García García I, Merino Merino B, Silva Barrera J, Corrochano Trujillo MJ, Díaz López A. Promoción de la salud. En: Glosario. WHO//HPR/HEP/98. 1. Ginebra: Ministerio de Sanidad y Consumo y Organización Mundial de la Salud; 1998.
8. Romero T, Romero CX. Prevención cardiovascular estancada: tendencias alarmantes y barreras socioeconómicas persistentes. Rev Esp Cardiol. 2010;63:1340-8.
9. Madrid. Plan de barrio. En: Meseta de Orcasitas. Área de Gobierno de Economía y Empleo. Madrid: Ayuntamiento de Madrid y Universidad Rey Juan Carlos; 2004.
10. Izquierdo Llanes G. España en cifras 2013. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2013.
11. Madrid datos. Paro registrado en la ciudad de Madrid. Enero 2012. Área de gobierno de Hacienda y Administración Pública. Madrid: Ayuntamiento de Madrid; 2012.
12. Cuadrado Roura JR, Marcos Calvo MA, Lisbona Fuentes L. Reequilibrio territorial en la ciudad de Madrid. Situación social y económica. Estudio comparativo 21 distritos. Observatorio Económico. Madrid: Ayuntamiento de Madrid [consultado 18 Dic 2011]. Disponible en: http://www.esmadrid.com/recursos/doc/es/Negocio/ObservatorioEconomico/1680794832_164200711212.pdf
13. García Pérez MA, Martín Moreno V, Ramírez Puerta D, González Martínez Y, Hidalgo Vicario I, Escribano Ceruelo E, et al. Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública madrileña. Gaceta Sanitaria. 2007;21:219-26.

14. Plan de inclusión social de la ciudad de Madrid 2010-2012. Madrid: Ayuntamiento de Madrid; 2009 [consultado 18 Dic 2011]. Disponible en: <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/ServSocialesYAtencionDependencia/Publicaciones/PLANINCLUSINSOCIAL2010.pdf>
15. Díaz Olalla JM, Esteban Peña M, Alonso Díaz de la Isla MR, Asolo Echendía JM, Azcona Oliveira I, Blazquez de la Rubia M, et al. Estudio de salud de la ciudad de Madrid. En: Madrid+salud. Instituto de Salud Pública. Madrid: Ayuntamiento de Madrid; 2008.
16. Matía Cubillo AC, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo JJ, Pereda Riguera MJ, González Castro ML, González Sanz A. Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2012;44:532-9.
17. Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria*. 2012;44:107-13.
18. Sandín-Vázquez M, Conde-Espejo P. Grupo de investigación sobre utilización de servicios en atención primaria. *Rev Calid Asist*. 2011;26:256-63.
19. Garzón González G, Rodríguez Morales D, Rodríguez Palomino MA, Toledo Gómez D, Hernández Barrera V, Gil de Miguel A. Evaluación sobre historia clínica electrónica y resultados intermedios en salud, en pacientes con hipertensión. *Aten Primaria*. 2012;44:709-19.
20. Arnal Selfa R, Blanco Tarrío E, Cañones Garzón P, Díaz Ojeda E, Grande Anduela JM, Guerra Aguirre J, et al. Los equipos de atención primaria. En: Propuestas de mejora. Documento de consenso. Instituto Nacional de la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
21. Casajuana Brunet J, Clavería Fontán A, Domínguez Sardiña M, Garnelo Suárez L, Gervas Camacho J, Maíz Cal C, et al. Propuestas de transformación de la atención primaria en Galicia. En: Informe técnico. Escuela Gallega de Administración Sanitaria. Pontevedra: Servicio Gallego de Salud; 2009.
22. Ortún Rubio V, Casado Marín D, Sánchez Tuomala JR. Medidas de producto y producción en atención primaria. Centre de Recerca en Economia i Salut-Cres. Universitat Pompeu Fabra [consultado 28 Dic 2011] Disponible en: <http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/paper31.pdf>
23. Serra N, Oliveras A, Bergoñon S, Sans L, Cobos A, Martínez P, et al. Factores asociados al control de la presión arterial en pacientes con diabetes tratados en unidades de Nefrología. *Estudio PRESIDIAB*. *Nefrología*. 2011;31:313-21.
24. Rodríguez Roca GC, Artigao Ródenas LM, Llisteri Caro JL, Alonso Moreno FJ, Banegas Banegas JR, Lou Arnal S, et al., en representación del Grupo de trabajo de hipertensión arterial de la SEMERGEN y de los investigadores del Estudio PRESCAP. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:359-66.
25. Artola Menéndez S, coordinadora. Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud. Actualización. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
26. Documento de trabajo: Haciendo gestión clínica en atención primaria. En: Plan estratégico. Servicio Andaluz de Salud. Granada: Servicio Andaluz de Salud; 2000.
27. Melguizo Jiménez M, Cámara González C, Martínez Pérez JA, López Santiago A, Prieto Orzanco A, García Ortiz T, et al. Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España: 2007-2012. En: Proyecto AP-21. Estrategias para la mejora de la atención primaria. Análisis de situación de la atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
28. Puig-Junoy J. Eficiencia en la atención primaria de salud: una revisión crítica de las medidas de frontera. *Rev Esp Salud Pública*. 2000;74:483-95.
29. García F, Marcuello C, Serrano D, Urbina O. Evaluation of efficiency in primary health care centres: And application of data envelopment analysis. *Finan Account Manage*. 1999;15:67-83.
30. García F, Marcuello C, Serrano D, Urbina O. Efficiency in primary health centres: And application of data envelopment analysis. Barcelona: Joint International Meeting of Euro and Informs; 1999.
31. Garzón G, Gil Á, Álvaro A, Rodrigo R, Cerezo MJ, Domínguez C. Asociación entre indicadores de proceso medidos sobre historia electrónica y resultados intermedios en salud en pacientes con diabetes. *Rev Calid Asist*. 2013;28:207-16.
32. Moracho O. Benchmarking y cotilleing: eficiencia en acción. *Rev Calid Asist*. 2011;26:278-80.
33. Ferrándiz Santos J, Rodríguez Balo A. Benchmarking o el mito de Sísifo. *Rev Calid Asist*. 2011;26:275-7.
34. Plaza Tesias A, Zara Yahni C, Guarga Rojas A, Farrés Quesada J. Resultado de la aplicación del benchmarking en los equipos de atención primaria de Barcelona. *Aten Primaria*. 2005;35:122-9.
35. Álvarez-del Arco D, Vicente Sánchez M, Alejos B, Pascual C, Regidor E. Construcción de un índice de privación para los barrios de Madrid y Barcelona. *Rev Esp Salud Pública*. 2013;87:317-29.
36. Costa-Alcaráz AM, Calvo-Rigual F, Siurana-Aparisi JC. La gobernanza compartida y la razonabilidad como aportaciones éticas a la política sanitaria. *Rev Esp Salud Pública*. 2013;87:137-47.