

# Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



## Evaluación de un programa de atención a la cronicidad en Girona (CRONIGICAT)

Miquel Quesada Sabaté, Montserrat Canet Ponsa, Esteve Avellana Revuelta, Sara Rodríguez Requejo, Francesc German Rebull y Elisabet Balló Peña

Dirección de Atención Primaria, Región Sanitaria de Girona, Institut Català de la Salut, Girona, España

### PALABRAS CLAVE

Programas de salud;  
Cronicidad;  
Evaluación

### Resumen

**Objetivo:** Determinar la utilidad y viabilidad del Programa CRONIGICAT.

**Diseño:** Estudio descriptivo transversal. Método de evaluación cualitativo y cuantitativo

**Emplazamiento y participantes:** 26 equipos de atención primaria (EAP) del Institut Català de la Salut de Girona.

**Intervenciones:** 20 proyectos dentro del programa. Inicio 2011

**Mediciones principales:** Grado de desarrollo del programa, indicadores de consenso para la atención a la cronicidad y IEMAC (Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad).

**Resultados:** Valoración del grado de desarrollo: 75% de proyectos implementados parcial o totalmente, con un desarrollo alto en 71% de los EAP. Tendencia a aumentar los indicadores de consenso del proceso (pacientes contactados 48 h tras el alta hospitalaria, población atendida en programas de atención a la cronicidad y con estratificación de riesgo más alto). Ligeró descenso interanual de los indicadores de consenso de efectividad (reingresos, estancia media hospitalaria, hospitalizaciones evitables, gasto farmacéutico, pacientes atendidos en urgencias y mortalidad). Dimensiones mejor puntuadas del IEMAC las que evalúan los sistemas de información y el apoyo en la toma de decisiones clínicas y las peor puntuadas son la salud comunitaria y el autocuidado.

**Conclusiones:** Respecto a la *utilidad* del CRONIGICAT, consideramos que existe un avance principalmente a nivel de su implantación, actuando como catalizador para el cambio autodirigido a un mejor modelo de atención a la cronicidad y identificando aspectos de mejora. Creemos que es *viable y sostenible* al estar sus acciones y proyectos integrados dentro de la actividad asistencial habitual.

© 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mquesada.girona.ics@gencat.cat (M. Quesada Sabaté).

**KEYWORDS**

Health programs;  
Chroniccare;  
Evaluation

**Assessment of a chronic care program in Gerona (CRONIGICAT)****Abstract**

**Objective:** To determine the utility and viability of a chronic care program.

**Design:** Cross-sectional descriptive study with qualitative and quantitative evaluation.

**Setting and participants:** 26 primary care teams (PCT) from the Catalan health service of Gerona.

**Interventions:** 20 projects within the program. Start 2011.

**Main outcome measures:** The degree of development of the program, consensus indicators for chronic care, and the Instrument for the Assessment of Chronic Care Models (*Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad* [IEMAC]).

**Results:** Evaluation of the degree of development: 75% of projects were partially or fully implemented, with a high degree of development in 71% of the PCT. An increasing tendency was found in the consensus indicators for process (patients contacted 48 hours after hospital discharge, population attended in chronic care programs and with the highest risk stratification). There was a slight decrease in the consensus indicators for effectiveness (readmissions, mean length of hospital stay, avoidable hospital admissions, pharmaceutical expenditure, patients attended in the emergency department, and mortality). The dimensions receiving the highest scores on the IEMAC were those evaluating information systems and clinical decision support, while those receiving the lowest scores were community health and self-care.

**Conclusions:** When assessing the *utility* of CRONIGICAT, we believe that progress has been made mainly in its implantation, which has acted as a catalyst for a self-directed shift to a better chronic care model and has identified areas for improvement. We believe that the CRONIGICAT is *viable* and *sustainable*, since its actions and projects are integrated within routine clinical practice.

© 2014 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

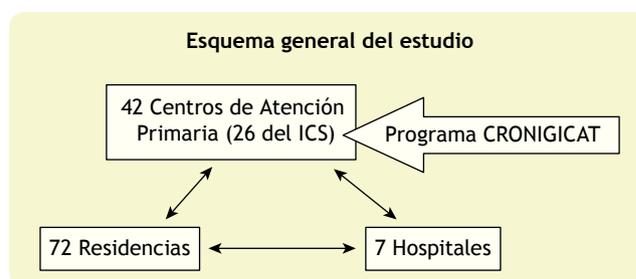
**Introducción**

La atención a la cronicidad es uno de los desafíos prioritarios en materia de salud por su incidencia en la población y por la tasa de morbilidad que comporta. Actualmente, ya son el problema de salud que demanda más servicios sanitarios llegando a suponer hasta el 75% del gasto sanitario.

Unas enfermedades que aumentan según avanza la edad; por lo tanto, se incrementan con el aumento de la esperanza de vida. Además, el envejecimiento aumenta también la posibilidad de tener más de una enfermedad crónica, alrededor del 50% de los enfermos crónicos tienen más de una.

Un sistema sanitario debería prepararse para afrontar este reto, por eso el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya propone en su Plan de Salud de Cataluña 2011-2015: un sistema más orientado a los enfermos crónicos como una línea de actuación dentro del eje vertebrador de la transformación del modelo de atención<sup>1</sup>.

El despliegue de unas estrategias coordinadas e integradas en el sistema sanitario catalán, tanto en materia de prevención como de tratamiento personalizado y orientación continuada de los pacientes crónicos y de sus familiares, se agrupa y coordina en el marco de un programa de prevención y atención a la cronicidad (PPAC) creado por el Departament de Salut y el Departament de Benestar Social i Família<sup>2</sup>. Dentro de este marco, desde la Direcció de Atenció Primària (DAP) de la Regió Sanitària de Girona del Institut Català de la Salut (ICS) se ha dissenyat i planificat un PPAC (CRONIGICAT) desde el año 2011<sup>3-6</sup>.



En este programa se define como objetivo general proporcionar a los pacientes crónicos una atención integral de calidad y sostenible ajustada al nivel de curas e intervenciones en colaboración con el resto del entorno sanitario y social. Sus objetivos y líneas estratégicas, así como los proyectos vinculados, se muestran detallados en la figura 17-11.

A continuación se muestran y se discuten los resultados de su evaluación a los 2 años de su puesta en marcha.

**Métodos**

Se ha efectuado un estudio de evaluación de un programa de salud<sup>3,12,13</sup> iniciado en el año 2011, obteniendo información cualitativa y cuantitativa relacionada con los objetivos del

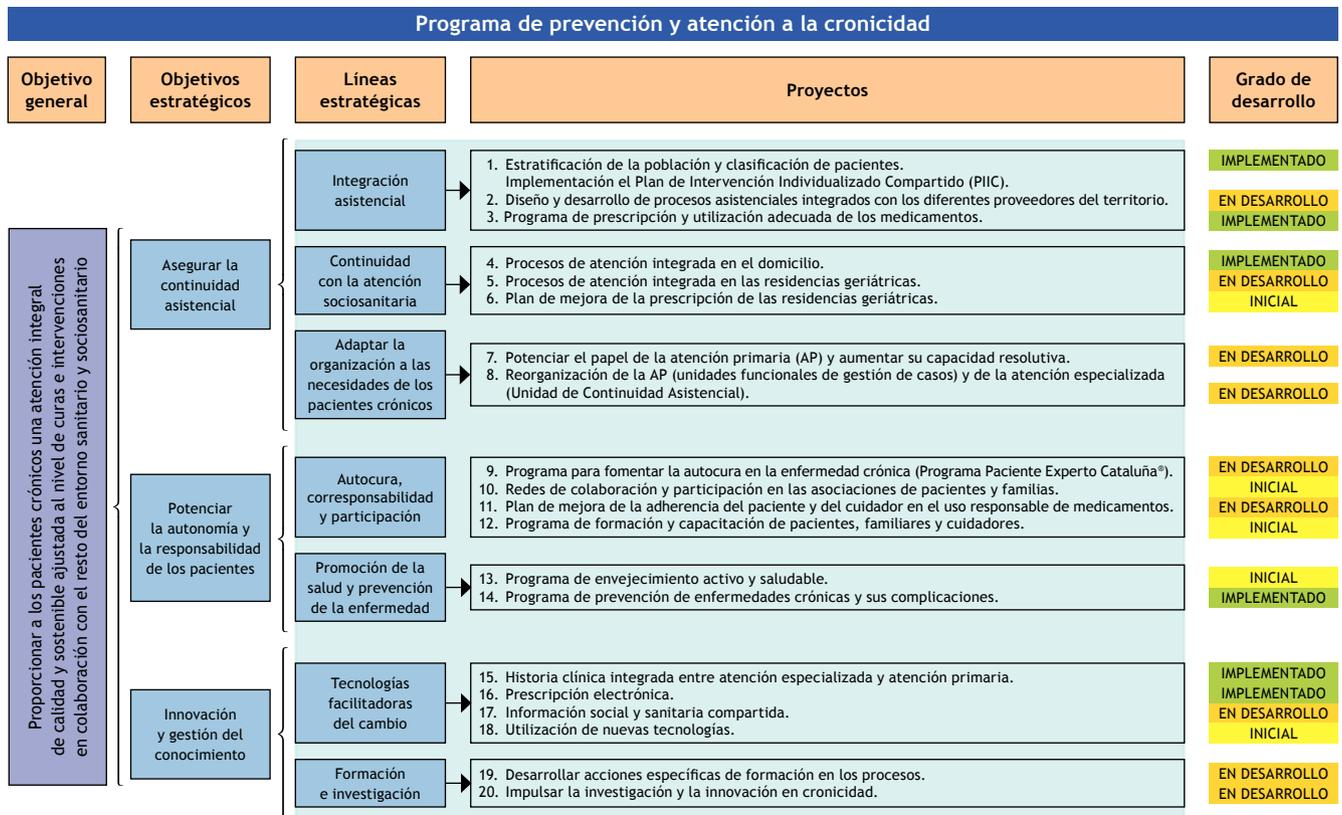


Figura 1 Programa de prevención y atención a la cronicidad: objetivos, estrategias y proyectos.

programa. Se utiliza un diseño de estudio descriptivo transversal con datos correspondientes a los años 2012 y 2013.

Según datos del Registro Central de Asegurados de 2013, el total de la Región Sanitaria de Girona es de 843.125 usuarios. Incluye 42 equipos de atención primaria (EAP), de los cuales 26 son de titularidad del ICS. Los proveedores hospitalarios de referencia son 7, de los cuales uno es de titularidad del ICS. Concentra a 76 residencias geriátricas. El programa CRONIGICAT se implementa en los 26 centros de atención primaria de titularidad del ICS de Girona agrupados en 21 direcciones con una población asignada por el Registro Central de Asegurados de 571.520 personas. Desde la DAP se impulsa el desarrollo e implementación de los proyectos y acciones del programa focalizado en los centros y EAP del ICS pero contemplando aunar esfuerzos y colaborar con los otros grupos de interés (*stakeholders*) de la región.

### VARIABLES DE EVALUACIÓN

- Grado de desarrollo del programa. Se efectúa una evaluación cualitativa por el grupo de trabajo de la DAP de 2 aspectos:
  - La valoración del grado de desarrollo de cada uno de los proyectos contemplados en el programa ponderando como *implementado*, *en desarrollo* o *inicial* en función de la consecución de 4 criterios que cada proyecto debería cumplir:

- Tener bien definidos y consensuados sus objetivos.
- Tener bien identificados quién trabaja en el proyecto y quién lo lidera.
- Tener acciones concretas planificadas
- Tener indicadores de proceso y de resultados.

- La caracterización de los distintos EAP en función del grado de desarrollo e implantación de los diferentes proyectos y acciones del programa en “alto” y “bajo”.
- Indicadores de consenso para evaluar la atención a la cronicidad elaborados por la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya<sup>14</sup>. Se proponen 18 indicadores considerados importantes y factibles para implementarlos en la fase de evaluación de los programas y experiencias de atención a la cronicidad. Las fuentes de información para su elaboración provienen de las bases de datos propias de la DAP de Girona para los de ámbito de atención primaria y de los MSIQ (*mòduls de seguiment d'indicadors de qualitat*) que elabora la Divisió de Gestió de Registres d'Activitat del Departament de Salut para los de ámbito hospitalario y más globales<sup>15</sup>. En la tabla 1 se muestran los indicadores con sus detalles técnicos y su fuente. Se resaltan en negrita aquellos sobre los que se dispone de información comparable<sup>16-19</sup>.
  - Evaluación de los modelos de atención a la cronicidad con el Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad (IEMAC) 1.0 para cada EAP y para la

Tabla 1 Indicadores de consenso para evaluar la atención a la cronicidad

Días de hospitalización	Días de hospitalización acumulados al año por la misma causa	No se han podido obtener datos
Pacientes atendidos en urgencias según procedencia	Número de pacientes atendidos en urgencias según la procedencia: atención primaria, hospital, sociosanitario	No se han podido obtener datos
Reingresos de pacientes hospitalizados	Se consideran los reingresos a 30 días. Las patologías analizadas son las siguientes: EPOC e IC	MSIQ
Pacientes polimedicados	Pacientes a quienes se prescribe $\geq 10$ fármacos	Bases de datos de la DAP Girona
Pacientes con fármacos de eficacia probada	Número de pacientes con fármacos de eficacia probada	No se han podido obtener datos
Población institucionalizada	Número de pacientes que residen en un centro sociosanitario y/o social	Bases de datos de la DAP Girona
Población atendida con trastornos crónicos de salud	Prevalencia de trastornos crónicos priorizados en el Plan de Salud de Cataluña 2011-2015: IC, EPOC y diabetes	Bases de datos de la DAP Girona
Tiempo entre descompensaciones que requieren ingreso	Mediana de días entre reingresos por la misma causa	No se han podido obtener datos
Gasto farmacéutico	Coste en euros del gasto farmacéutico por habitante y mes	Bases de datos de la DAP Girona
Circunstancia al alta pacientes en hospitales de agudos	Número o porcentaje de pacientes según su circunstancia al alta en hospitales de agudos (al domicilio, a un centro sociosanitario, fallecimiento, etc.) en relación con el total de pacientes dados de alta	No se han podido obtener datos
Pacientes atendidos en urgencias	Número de visitas en los dispositivos de urgencias de atención primaria	Bases de datos de la DAP Girona
Acceso de los profesionales sanitarios a la historia clínica compartida electrónica de Cataluña	Porcentaje de profesionales sanitarios que pueden acceder a la historia clínica compartida	No se han podido obtener datos
Estancia media de atención hospitalaria	Estancia media anual de los contactos de hospitalización convencional y de cirugía mayor ambulatoria, según los GRD (GRD AP25) <sup>17</sup> , notificados por los hospitales de la red sanitaria de utilización pública y financiados por el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Sumatorio de los días de estancia entre el número anual de contactos	MSIQ
Mortalidad hospitalaria	Tasa de mortalidad bruta por 1.000 habitantes global, por IC crónica y EPOC	MSIQ
Población atendida en programas de atención en cronicidad	Número de pacientes crónicos complejos y enfermedad crónica avanzada incluidos	Bases de datos de la DAP Girona
Población atendida en diferentes niveles de estratificación del riesgo	Porcentaje de pacientes atendidos según su nivel de estratificación con los CRG <sup>18,19</sup>	Bases de datos de la DAP Girona
Hospitalizaciones potencialmente evitables	Se calculan tasas de hospitalización, estandarizadas por edad y sexo, por las siguientes patologías: IC y EPOC	MSIQ

CRG: *clinical risk groups*; DAP: Dirección de Atención Primaria; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; GRD: grupos relacionados por el diagnóstico; IC: insuficiencia cardíaca; MSIQ: *mòduls de seguiment d'indicadors de qualitat*.

DAP. Mediante el cuestionario IEMAC, se puede valorar el grado de orientación de la organización hacia la prevención y gestión de las enfermedades crónicas y saber cuál es su comportamiento con respecto a las dimensiones de IEMAC, constituyendo una herramienta de valor para el diagnóstico y la mejora de la organización. En la tabla 2 se muestran sus dimensiones<sup>20,21</sup>.

Se realiza un análisis estadístico descriptivo mostrando los resultados en valores absolutos con sus variaciones porcentuales entre los años 2012 y 2013, en porcentajes para las variables cualitativas y en medias para las cuantitativas aplicando los test de la  $\chi^2$  y la t de Student respectivamente

para valorar si existen diferencias estadísticamente significativas. Los datos se han agrupado para la Región Sanitaria de Girona. No se efectúan técnicas de análisis multivariante al considerar que se trata de la evaluación global de un programa con multiplicidad de acciones y resultados sin tener definida una variable dependiente principal de resultados (ver Esquema del estudio).

## Resultados

En la valoración del grado de desarrollo para cada uno de los proyectos contemplados en el programa CRONIGICAT –rea-

**Tabla 2** Dimensiones del IEMAC (Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad)<sup>21</sup>.

<b>Dimensión 1. Organización del sistema de salud</b>	
1.1	Compromiso de los líderes
1.2	Marco estratégico
1.3	Enfoque poblacional
1.4	Sistema de información, evaluación, mejora e innovación
1.5	Sistemas de financiación
1.6	Políticas sociales y sanitarias
<b>Dimensión 2. Salud comunitaria</b>	
2.1	Estrategias comunitarias en los Planes de Salud
2.2	Alianza con los agentes comunitarios
2.3	Conexión del paciente a recursos comunitarios
<b>Dimensión 3. Modelo asistencial</b>	
3.1	Atención centrada en el paciente
3.2	Competencias profesionales relacionadas con la atención
3.3	Trabajo en equipo multidisciplinar
3.4	Integración y continuidad asistencial
3.5	Seguimiento activo del paciente
3.6	Innovación en las interacciones entre pacientes y profesionales
3.7	Gestión clínica de la cronicidad y sistemas de incentivos
<b>Dimensión 4. Autocuidado</b>	
4.1	Evaluación del paciente para el autocuidado
4.2	Educación terapéutica estructurada
4.3	Activación psicosocial del paciente y apoyo mutuo
4.4	Herramientas para facilitar el autocuidado
4.5	Toma de decisiones compartida
<b>Dimensión 5. Apoyo en la toma de decisiones clínicas</b>	
5.1	Protocolos y guías compartidas
5.2	Formación continuada
5.3	Consultoría y enlace
<b>Dimensión 6. Sistemas de información</b>	
6.1	Información para la gestión y la práctica clínica
6.2	Integración de la información clínica del paciente
6.3	Comunicación de información clínica entre profesionales

lizada en febrero de 2014 sobre un total de 20 proyectos—se consideran 6 “implementados” (30%), 9 “en desarrollo” (45%) y 5 “en fase inicial” (25%) (fig. 1).

En la valoración para la caracterización de los distintos EAP en función del grado de desarrollo e implantación de los diferentes proyectos y acciones del programa CRONIGICAT, sobre un total de 21 direcciones de EAP, se incluyen 15 como “alto” (71%) y 6 como “bajo” (29%).

Los resultados de los indicadores de consenso para evaluar la atención a la cronicidad se muestran en la tabla 3.

En la figura 2 se muestran los resultados de la evaluación de los modelos de atención a la cronicidad con el instrumento IEMAC 1.0 para cada EAP y para la DAP. Los EAP se agrupan según el grado de desarrollo del programa CRONIGICAT y se muestran los resultados para cada una de las 6 dimensiones del IEMAC y para su puntuación global.

## Discusión

Obviamente, la evaluación global de un programa con múltiples proyectos y acciones es compleja.

Se clasificaron las preguntas de la evaluación dentro de uno de los siguientes grupos<sup>3</sup>:

1. *Proceso de implementación.* En los resultados de la valoración del grado de desarrollo del CRONIGICAT consideramos un 75% de proyectos implementados parcial o totalmente, y un desarrollo alto en un 71% de los EAP. Por otro lado, se observa una tendencia a aumentar en los indicadores de consenso relacionados con el proceso (pacientes contactados 48 h tras el alta hospitalaria, población atendida en programas de atención a la cronicidad y con estratificación de riesgo más alto). Teniendo en cuenta la etapa de desarrollo del programa y las expectativas de las partes interesadas, valoramos positivamente su implantación, aunque hay aspectos mejorables relacionados básicamente con las transferencias de responsabilidad entre los distintos proveedores sanitarios y sociales del territorio.
2. *Efectividad.* En general se observa un ligero descenso interanual de los indicadores de consenso relacionados con la efectividad (reingresos, estancia media hospitalaria, hospitalizaciones evitables, gasto farmacéutico, pacientes atendidos en urgencias y mortalidad). Tratándose de un estudio descriptivo no puede asumirse ninguna relación de efecto con el CRONIGICAT aunque tampoco puede descartarse totalmente. Cabe resaltar que el programa se ha impulsado en un contexto general de restricción económica sin asignación de recursos específicos para su desarrollo. La estrategia se ha basado sobre todo en realizar cambios de tipo organizativo y funcional que permitieran implantar y desarrollar los diferentes proyectos del programa. Por ejemplo, la creación de la figura de la enfermera gestora de casos se ha hecho a partir del liderazgo de los directivos de los equipos mediante la reorganización de tareas y sin incremento del número de profesionales.

La utilización del instrumento IEMAC 1.0 ha permitido evaluar los modelos de atención a la cronicidad en los EAP y en la propia DAP. Resalta como la percepción y autovaloración por parte de la DAP es más elevada en global y para todas las dimensiones. Seguramente influido por el hecho de que el propio personal de la DAP ha intervenido directamente en el diseño, planificación, implementación y evaluación del CRONIGICAT como línea estratégica de trabajo. Curiosamente, resalta la tendencia a puntuar más alto el IEMAC por los EAP categorizados como de bajo grado de desarrollo del programa, cosa que podría traducir una resistencia al cambio o una baja percepción autocrítica. Otra posible explicación es que las puntuaciones más altas enmascaran la falta de comprensión, ya sea de las instrucciones o de las características de los sistemas óptimos de atención crónica y que algunos equipos no entienden completamente el proceso de mejora hasta que están en él<sup>22</sup>. Será interesante monitorizar su respuesta en el tiempo con el IEMAC, acción prevista con periodicidad anual o bianual en la evaluación futura del programa. Es lógico suponer que a medida que transcurre el tiempo, los profesionales se vayan familiarizando con los

**Tabla 3** Resultados de los indicadores de consenso para evaluar la atención a la cronicidad

Indicadores	2012	2013	Variación
<b>Pacientes contactados 48 h tras el alta hospitalaria</b>	72,8%	75,59%	2,79% (NS)
N.º de pacientes con protocolo de preparación del alta	2.314	3.606	+55,83% (NA) <sup>a</sup>
Pacientes crónicos complejos	73,1%	76,8%	3,21% (NS)
Enfermedad crónica avanzada	81%	82,2%	1,2% (NS)
<b>Reingresos de pacientes hospitalizados a 30 días</b>			
Insuficiencia cardíaca	15,6%	16,4%	0,7% (NS)
EPOC	18,4%	16,6%	1,8%(NS)
<b>Pacientes polimedificados (≥ 10-15 fármacos)</b>	9.971	9.138	-8,35% (NA) <sup>a</sup>
<b>Población institucionalizada (&gt; 65 años ingresados en una institución sociosanitaria o social)</b>	3.296	3.344	+1,45% (NA) <sup>a</sup>
<b>Población atendida con trastornos crónicos de salud (prevalencia)</b>			
Insuficiencia cardíaca (> 14 años)	0,98%	1,05%	<b>0,07%<sup>b</sup></b>
EPOC (> 39 años)	3,59%	3,48%	0,11% (NS)
Diabetes mellitus (> 14 años)	6,15%	6,46%	<b>0,31%<sup>b</sup></b>
<b>Gasto farmacéutico por habitante y mes</b>	15,24 €	14,41 €	-5,45% (NA) <sup>a</sup>
<b>Pacientes atendidos en urgencias</b>	257.354	248.882	-3,28% (NA) <sup>a</sup>
<b>Estancia media de atención hospitalaria</b>	4,4	4,1	-6,8% (NA) <sup>a</sup>
<b>Población atendida en programas de atención a la cronicidad</b>			
N.º de pacientes en programa de atención domiciliaria	3.555	3.757	+5,68% (NA) <sup>a</sup>
N.º de pacientes atendidos por gestoras de casos	266	1.124	+322% (NA) <sup>a</sup>
N.º de pacientes crónicos complejos	2.991	4.065	+36% (NA) <sup>a</sup>
Enfermedad crónica avanzada	422	621	+47,16% (NA) <sup>a</sup>
<b>Población atendida en diferentes niveles según la estratificación del riesgo</b>	72,7%	73,4%	<b>0,9%<sup>b</sup></b>
CRG 1 (sanos)	34,6%	28,6%	<b>6%<sup>b</sup></b>
CRG 2 (enfermedad aguda)	0,9%	1,6%	<b>0,7%<sup>b</sup></b>
CRG 3(enfermedad crónica menor)	13,9%	10%	<b>3,9%<sup>b</sup></b>
CRG 4 (múltiples enfermedades crónicas menores)	5,9%	3,9%	<b>2%<sup>b</sup></b>
CRG 5 (enfermedad crónica dominante)	23,1%	23,1%	0 (NS)
CRG 6 (2 enfermedades crónicas dominantes)	19,8%	30,1%	<b>10,3%<sup>b</sup></b>
CRG7 (≥ 3 enfermedades crónicas dominantes)	1,1%	1,2%	<b>0,1%<sup>b</sup></b>
CRG 8 (neoplasias)	0,6%	0,9%	<b>0,3%<sup>b</sup></b>
CRG 9 (condiciones catastróficas)	0,2%	0,5%	<b>0,3%<sup>b</sup></b>
<b>Hospitalizaciones potencialmente evitables</b>	954	924	-3,14% (NA) <sup>a</sup>
Insuficiencia cardíaca	267	263	-1,5% (NA) <sup>a</sup>
EPOC	222	204	-8,11% (NA) <sup>a</sup>

CRG: *clinical risk groups*; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; NA: no aplicado; NS: no significativo.

<sup>a</sup>No aplicado al tratarse de variaciones porcentuales interanuales.

<sup>b</sup>Significación estadística con  $p < 0,01$ .

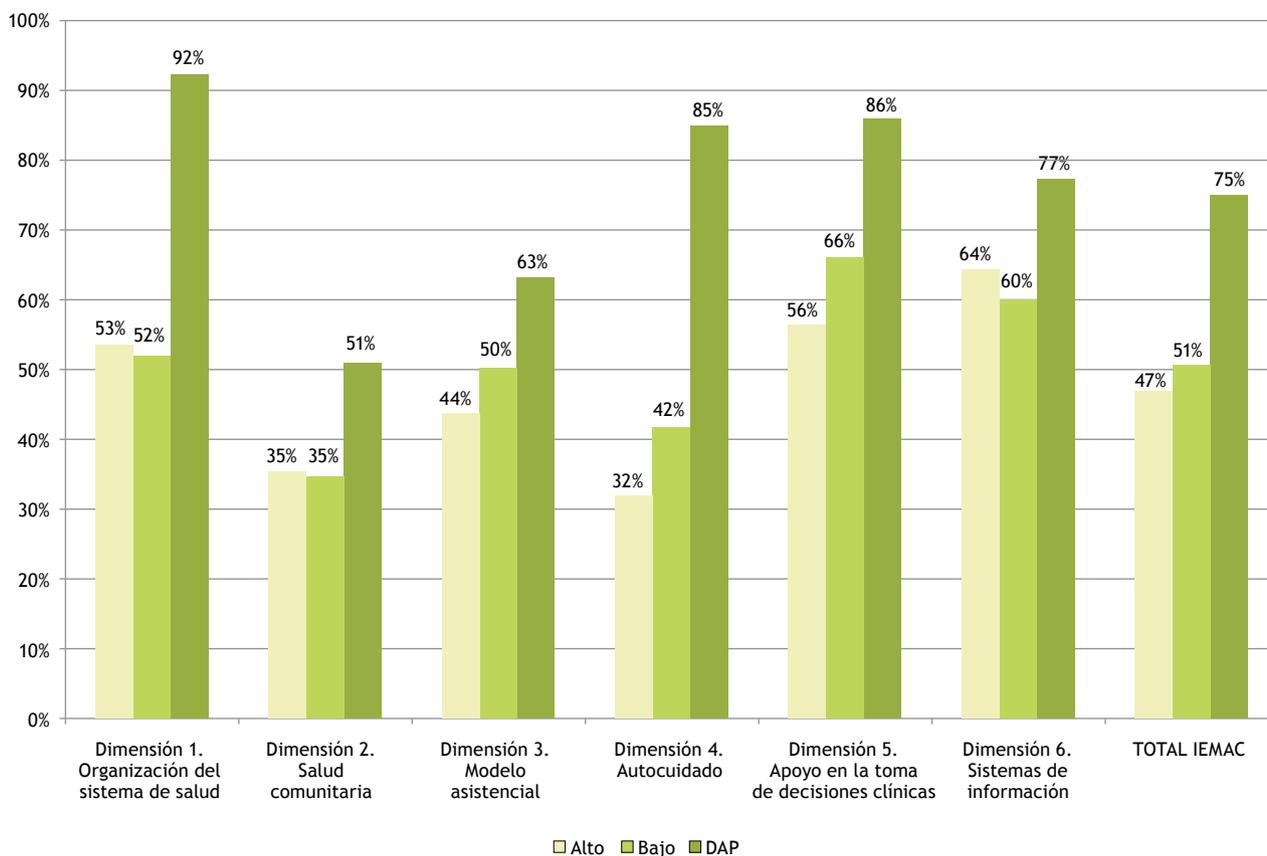
modelos de crónicos y con los elementos clave de su gestión y esto haga que las puntuaciones vayan incrementándose a lo largo del tiempo con las mejoras introducidas.

Las dimensiones mejor puntuadas por los EAP corresponden a las que evalúan los sistemas de información y el apoyo en la toma de decisiones clínicas. Este resultado parece estar en consonancia con el desarrollo tecnológico actual más orientado a facilitar que la información sanitaria se pueda compartir y a habilitar aplicaciones informáticas de soporte clínico. Las peor puntuadas por los EAP son la salud comunitaria y el autocuidado. Consideramos este hecho acorde con la dinámica general de los servicios sanitarios que ha estado más centrada en dar respuesta a las demandas asistenciales directas y fomentando más una dependencia de los pacientes hacia el sistema que el autocuidado. El cambio de esta dinámica es necesario pero se requerirán acciones

específicas como puede ser el uso sistemático y periódico del IEMAC con su doble vertiente evaluativa e impulsora de mejoras del modelo en las organizaciones.

Resalta la discrepancia entre la evaluación que efectúan los EAP y la DAP de las dimensiones de la organización del sistema de salud y del autocuidado. En nuestra opinión, esto constituye un reflejo de una visión más local de las direcciones de los EAP a diferencia de la DAP, con una visión más global del conjunto de los EAP bajo su responsabilidad.

Actualmente no es posible efectuar comparaciones con otros estudios ya que hay una falta de evaluaciones sistemáticas de los programas de gestión de la enfermedad crónica de base poblacional. Estos programas se han introducido hace relativamente poco tiempo<sup>23-25</sup>. Su impacto económico todavía no se ha estudiado bien y depende en gran medida de su contexto<sup>22</sup>.



**Figura 2** Porcentaje medio de cumplimiento de las 6 dimensiones y del total del IEMAC (Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad) para los equipos de atención primaria categorizados según el grado de desarrollo del programa CRONIGICAT y para la Dirección de Atención Primaria (DAP).

La revisión *Cochrane* de Smith et al<sup>26</sup> constata que la evidencia de las intervenciones en pacientes con multimorbilidad es limitada. Los resultados indican que las intervenciones de tipo organizativo orientadas a problemas más específicos de estos pacientes pueden ser más eficaces y que dichas intervenciones necesitan ser integradas en los actuales sistemas de salud por razones de sostenibilidad<sup>27</sup> Este último aspecto se ha considerado prioritario y se ha tenido especialmente en cuenta en el desarrollo de las actividades y proyectos del programa CRONIGICAT.

## Conclusiones

Las conclusiones se justifican cuando los hallazgos analizados y sintetizados (“la evidencia”) se interpretan a través del prisma de los valores y normas que los grupos de interés aportan. Las dificultades aparecen cuando estos tienen diferentes e incluso contradictorios puntos de vista acerca de qué resultados se consideran más importantes, o bien, sobre la cantidad de progreso que es necesario en un resultado para juzgar que el programa sea un éxito. Por ello es esencial que las iniciativas en gestión de crónicos, como el CRONIGICAT, se enmarquen dentro de las líneas estratégicas que establece el Departament de Salut recogidas en el Plan de Salud de Cataluña 2011-2015 y coordinadas en el PPAC. Incluso la

compra de servicios del propio Departament de Salut a los diferentes proveedores está condicionada por resultados comunes como puede ser la disminución de reingresos hospitalarios o de hospitalizaciones potencialmente evitables.

Así pues, consideramos esencial utilizar los indicadores de consenso y, principalmente, los datos agregados que elabora el propio Departament de Salut cuando ello es posible. Las ventajas de esta opción son evidentes. Permite una visión más global no centrada exclusivamente en nuestra propia entidad. Se trata de una fuente de información independiente con un alto grado de validez y fiabilidad. Permite compartir los mismos resultados entre proveedores con una terminología común. Disminuye los costes propios asociados a la recolección, el proceso y el análisis de los datos. Es una información que el Departament de Salut utiliza para la compra de servicios.

Sería deseable que dichos datos estuvieran disponibles de forma rutinaria en los distintos sectores del sistema de salud para que los investigadores independientes pudieran llevar a cabo análisis de coste-efectividad en profundidad.

No obstante, esta opción tiene como principal limitación para la evaluación del CRONIGICAT la dificultad de valorar el impacto de las distintas acciones del programa a nivel más local. Por esta razón, proponemos utilizar herramientas validadas como el instrumento IEMAC para poder evaluar los modelos de atención a la cronicidad de las direcciones de los

## Lo conocido sobre el tema

- La atención a la cronicidad es uno de los desafíos prioritarios en materia de salud.
- Hay una falta de evaluaciones sistemáticas de los programas de gestión de la enfermedad crónica de base poblacional.
- Una de las estrategias recomendadas en la evaluación de un programa de salud es la combinación de varios métodos para su análisis.

## Qué aporta este estudio

- Un ejemplo de evaluación de un programa de atención a la cronicidad.
- Resultados basados en indicadores de consenso de base poblacional.
- La evaluación los modelos de atención a la cronicidad de una organización mediante el instrumento IEMAC 1.0.

EAP y de la propia DAP. Si además se pudiese comparar con los indicadores de consenso a nivel local permitiría valorar la coherencia en los resultados y evaluar de una manera más precisa el impacto del programa detectando qué acciones concretas son más efectivas. Esta va a ser para nosotros una línea de trabajo futura que hay que desarrollar.

Seguimos, pues, una de las estrategias recomendadas en la evaluación de un programa de salud que es la combinación de varios métodos para su análisis<sup>3,12,13</sup>.

Con respecto a la “utilidad” del CRONIGICAT consideramos que los resultados de su evaluación permiten concluir que existe un avance —sobre todo a nivel de su implantación—, actúan como un catalizador para el cambio autodirigido a un mejor modelo de atención a la cronicidad y nos ayudan a identificar cómo mejorar el programa. También creemos que es “viable” y “sostenible” al estar sus acciones y proyectos integrados dentro de la actividad asistencial habitual que se efectúa en el territorio.

Los estudios futuros deberían considerar cuidadosamente la comparación con grupos de control para evitar efectos de contaminación. Si las intervenciones se efectúan mediante los proveedores de servicios sanitarios serían más óptimos los estudios con diseños aleatorios por conglomerados (*cluster randomised designs*) y estudios pragmáticos basados en la atención primaria<sup>26,28</sup>.

Hay múltiples aspectos que requerirían ser estudiados para generar evidencias respecto a la atención a la cronicidad, como su prevención y detección temprana; el papel de los nuevos roles profesionales —como las enfermeras gestoras de casos—, o los procesos asistenciales integrados.

La investigación debería hacer un uso rutinario de los datos poblacionales para evaluar los resultados clave, así como identificar cuáles son los elementos clave para que un enfoque tenga éxito o fracase. Se debería investigar cómo traducir la enorme cantidad de datos disponibles en información útil para los profesionales de la salud y cómo esto

impacta en la atención a la cronicidad. También habría que analizar cómo interactúan los incentivos financieros específicos relacionados con la continuidad asistencial en diferentes sistemas de salud<sup>29</sup>.

Por último, hay una necesidad de consensuar las definiciones de los participantes, los métodos de evaluación y cuáles son los resultados apropiados.

El reto es enorme y queda mucho camino por recorrer...

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A la Sra. Marta Riqué por su inestimable ayuda en la redacción del manuscrito y al Sr. Emili Vela del Departament de Salut por su colaboración.

## Bibliografía

1. Generalitat de Catalunya. Plan de Salud de Cataluña 2011-2015 [consultado 13-3-2014]. Barcelona: Departamento de Salud; 2012. Disponible en: [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Pla\\_de\\_Salut\\_2011\\_2015/documents/arxiu/plan%20de%20salud%20Catalunya\\_es.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Pla_de_Salut_2011_2015/documents/arxiu/plan%20de%20salud%20Catalunya_es.pdf)
2. Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Document conceptual [consultado 13-3-2014]. Barcelona: Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Departament de Salut; 2012. Disponible en: [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Model\\_assistencial/Atencio\\_al\\_malalt\\_cronic/documents/arxiu/562conceptual.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Model_assistencial/Atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/562conceptual.pdf)
3. U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention. Office of the Director, Office of Strategy and Innovation. Introduction to program evaluation for public health programs: a self-study guide [consultado 13-3-2014]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2011. Disponible en: <http://www.cdc.gov/eval/guide/index.htm>
4. Multiple Chronic Conditions—A Strategic Framework. Optimum Health and Quality of Life for Individuals with Multiple Chronic Conditions [consultado 13-3-2014]. Washington: U.S. Department of Health & Human Services; 2010. Disponible en: [http://www.hhs.gov/ash/initiatives/mcc/mcc\\_framework.pdf](http://www.hhs.gov/ash/initiatives/mcc/mcc_framework.pdf)
5. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016 [consultado 13-3-2014]. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2012. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PlanAtencEECC.pdf>
6. Parekh AK, Goodman RA. The HHS Strategic Framework on multiple chronic conditions: genesis and focus on research. *Journal of Comorbidity*. 2013;3:22-9.
7. Allotey P, Reidpath DD, Yasin S, Chan CK, De-Graft Aikins A. Rethinking health-care systems: a focus on chronicity. *Lancet*. 2011;377:450-1.
8. Jadad AR, Cabrera A, Lyons RF, Martos F, Smith R, editors. When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
9. Nuño R, Coleman K, Bengoa R, Sauto R. Integrated care for chronic conditions: the contribution of the ICC Framework. *Health Policy*. 2012;105:55-64.

10. Rico Blázquez M, Sánchez Gómez S, Fuentelsaz Gallego C. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enfermería Clínica*. 2014;24:44-50.
11. González Mestre A, Fabrellas Padrés N, Agramunt Perelló M, Rodríguez Pérez E, Grifell Martín E. De paciente pasivo a paciente activo. Programa Paciente Experto del Institut Català de la Salut. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*. 2008;1:Art 3.
12. Nebot M, López MJ, Ariza C, Villalbí JR, García-Altés A. Evaluación de la efectividad en salud pública: fundamentos conceptuales y metodológicos. *Gac Sanit*. 2011;25 Supl 1:3-8.
13. Health promotion evaluation: Recommendations to policy-makers. Report of the WHO European working group on health promotion evaluation. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998.
14. Grup de treball avaluació de la cronicitat. Consens i selecció d'indicadors per avaluar l'atenció a la cronicitat. Segon informe [consultado 13-3-2014]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2013. Disponible en: [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Avaluacio/Directori/2013/PDF/cronicitat\\_seleccio\\_indicadors\\_aquas\\_2013.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Avaluacio/Directori/2013/PDF/cronicitat_seleccio_indicadors_aquas_2013.pdf)
15. Observatori del sistema de salut de Catalunya. Central de Resultats. Quart informe. Àmbit hospitalari [consultado 13-3-2014]. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, Servei Català de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2012. Disponible en: [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc\\_Central\\_resultats/Informes/Fitxers\\_estatics/Central\\_resultats\\_quartinforme\\_2012.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc_Central_resultats/Informes/Fitxers_estatics/Central_resultats_quartinforme_2012.pdf)
16. Guia per a la implementació territorial de projectes de millora en l'atenció a la complexitat. Versió 5.1 del 10 de maig de 2013 [consultado 13-3-2014]. Barcelona: Programa de prevenció i atenció a la cronicitat, Generalitat de Catalunya; 2013. Disponible en: [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Model\\_assistencial/Atencio\\_al\\_malalt\\_cronic/documents/arxius/guia\\_complexitat\\_5\\_1.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Model_assistencial/Atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/guia_complexitat_5_1.pdf)
17. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Norma de referencia: Norma Ministerio APv25.0 2010 [consultado 13-3-2014] Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/SNS2011\\_PESOS\\_COSTES\\_AP25\\_DEF.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/SNS2011_PESOS_COSTES_AP25_DEF.pdf)
18. Hughes JS, Averill RF, Eisenhandler J, Goldfield NI, Muldoon J, Neff JM, et al. Clinical Risk Groups (CRGs): a classification system for risk-adjusted capitation-based payment and health care management. *Med Care*. 2004;42: 81-90.
19. Inoriza JM, Coderch J, Carreras M, Vall-llosera L, García-Goñi M, Lisbona JM, et al. La medida de la morbilidad atendida en una organización sanitaria integrada. *Gac Sanit*. 2009;23: 29-37.
20. Nuño-Solinis R, Fernández-Cano P, Mira-Solves JJ, Toro-Polanco N, Contel JC, Guilabert Mora M, et al. Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. *Gac Sanit*. 2013;27:128-34.
21. IEMAC 1.0. Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad [consultado 5-3-2012]. Disponible en: <http://www.iemac.es/>
22. Øvretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money? Volume 1: a summary review of the evidence. London: Health Foundation; 2011.
23. Vallejo Maroto I, Fernández Moyano A, Ruiz Romero MV. Two years of operation of the COMPARE care programme for complex chronically ill patients. *Int J Integr Care*. 2012;12 Suppl 2:e33.
24. Fernández Moyano A, García Garmendia JL, Palmero Palmero C, García Vargas-Machuca B, Páez Pinto JM, Álvarez Alcina M, et al. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. *Rev Clin Esp*. 2007;207:510-20.
25. Nolte E, Mckee M. Integration and chronic care: a review. In: Nolte E, Mckee M, editors. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead: Open University Press; 2008. p. 64-91.
26. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*. 2012;345:e5205.
27. Boulton C, Reider L, Frey K, Leff B, Boyd CM, Wolff JL, et al. Early effects of "Guided Care" on the quality of healthcare for multimorbid older persons: a cluster randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2008;63:321-7.
28. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380:37-43.
29. The Initiative for Sustainable Healthcare Financing in Europe. Second Report. Securing Europe's healthcare future: chronic disease management and health technology assessment [consultado 13-3-2014]. Luxembourg: Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, Ministère de la Santé; 2009. Disponible en: [http://www.opimec.org/media/files/DOC\\_PFIH\\_HEALTHCARE\\_FINAL\\_05-02-09.pdf](http://www.opimec.org/media/files/DOC_PFIH_HEALTHCARE_FINAL_05-02-09.pdf)