

ME New Medical Economics

AULA DE INNOVACIÓN EN POLÍTICA SANITARIA

UIC
barcelona

Instituto Universitario
de Pacientes

4

La necesidad de un abordaje global y transversal en la prevención del suicidio

9

Optimización del programa de salud mental general del CESFAM de Peñalolén

14

Proyecto de gestión integral de la población según complejidad en el ámbito de la Atención Primaria

20

La calidad como filosofía de trabajo

24

Aproximación del modelo de acreditación catalán 2023

32

Pago por desempeño de las aseguradoras de salud a los centros de fisioterapia de Cataluña

janssen  PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF 

En colaboración con Janssen España

EDITOR

Boi Ruiz García

boi.ruiz@uic.es

COORDINADOR GENERAL

Rafael Lledó Rodríguez

rlledo@uic.es

DIRECTOR

José María Martínez García

jmmartinezgar@gmail.com

EDITA

Health Economics, S.L.

C/ Velázquez 157

28002 Madrid

ISSN: 2792-4033

EDITORIAL

La innovación es uno de los motores del progreso, cuando responde a las necesidades de mejora de algo, resuelve un problema o aporta solvencia en el cumplimiento de objetivos. Para que haya innovación hace falta pensamiento innovador, capacitación y competencias. En ello trabajamos en el Aula de Innovación en Políticas Sanitarias.

Reflejo de ese trabajo son los artículos que publicamos en los números monográficos de *New Medical Economics*. En este número en concreto podemos leer un conjunto de artículos en los que encontraremos propuestas, debidamente estudiadas y explicadas, que persiguen hacer mejor las cosas, atacar problemas y ganar en eficacia en el desempeño de actuaciones.

Podemos ver una propuesta de modelo organizativo para dar respuesta desde los equipos de Atención Primaria a las necesidades de las personas que tienen asignadas, de acuerdo con el grado de complejidad de sus patologías. Todo ello, con la mirada puesta en mejorar la accesibilidad desde una atención integral y centrada en la persona y eliminando prácticas que no aportan valor.

Los métodos de contraprestación de los servicios prestados han sido siempre controvertidos. Aparece en este número una propuesta innovadora de un sistema *bonus-malus* aplicado a la atención fisioterapéutica y que atiende a los valores cualitativos de la prestación y no solo a los cuantitativos.

No cabe duda de que el aumento de la demanda en la atención a la salud mental es uno de los mayores

retos a los que se enfrentan los sistemas de salud de todo el mundo. La propuesta publicada para dar respuesta en Chile, en un centro de Atención Primaria de su capital Santiago, propone una mejora de la efectividad a partir de la optimización de los recursos con un abordaje más adecuado de los casos complejos que se traduce en una mejora significativa de la calidad de vida de los pacientes y su entorno.

Este número recoge también el innovar en la aproximación a la realidad del suicidio en nuestro país. Ello requiere revisar sus principales determinantes para avanzar, desde una perspectiva global y multidisciplinar, en la prevención del suicidio y en el acompañamiento a las personas que han realizado tentativas, así como a sus familiares.

La evaluación de la calidad también debe ir incorporando factores que identifiquen aquellos aspectos de la actividad que están al margen de la ocupación concreta de los profesionales en sus tareas. Son las que dan el carácter humanitario y diferente de las profesiones sanitarias y debemos innovar en su recopilación y registro de esos factores.

Siguiendo con los sistemas de evaluación y acreditación, hacer una revisión de lo regulado hasta ahora en Cataluña, como la que publicamos, aporta las propuestas de reflexiones y recomendaciones desde la que ir avanzando.

Las aportaciones de todos los autores destilan la ambición por la mejora continua con propuestas innovadoras nacidas de la observación y el análisis comparativo.

COMITÉ EDITORIAL

Llorenç Sotorres Bartolí
llsotorres@fundacio-puigvert.es

Joan Bosch Sabater
jboschs@uic.es

Joan María Ferrer Tarrés
jm.ferrer@fsm.cat

Candela Calle Rodríguez
ccalle@fsfa.cat

Xavier Mate García
xavier.mate@quironsalud.es

Isabel Amo Mora
iamo@uic.es

La necesidad de un abordaje global y transversal en la prevención del suicidio



Alex Figueras Nadal

Instituto Universitario de Pacientes.
Universidad Internacional de Catalunya
alexfiguerasnadal@gmail.com



Isabel Amo Mora

Instituto Universitario de Pacientes.
Universidad Internacional de Catalunya
iamo@uic.es

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic, and its socioeconomic consequences, have had repercussions on the emotional well-being and mental health of the population. One of these effects has been the growth of suicidal ideation. However, the pandemic has also served to focus on this reality and help to change social perception. In this sense, the role of the media is essential when addressing suicide, avoiding its concealment, and helping to destigmatize and break the taboos that are still associated with it.

In recent years, significant progress has been made in suicide prevention and care, especially from the health system, which acts as a driving force for other areas, through specific plans and new care services.

However, social determinants are the main conditioning factor of this public health problem, and policies are necessary from all spheres (labour, housing, social, economic, cultural...) to achieve significant advances in prevention, even if they occur at medium or long term. This multisectoral, coordinated and multidisciplinary action is essential to deal with this problem.

Likewise, the role of associations of survivors and family members should be valued, both in support activities, as well as in raising awareness and encouraging governments to implement policies.

KEYWORDS

Suicide, Prevention, Social determinants, Risk factors, Patients, Attention

RESUMEN

La pandemia de la COVID-19 y sus consecuencias socioeconómicas, han tenido repercusiones sobre el bienestar emocional y la salud mental de la población. Uno de estos efectos ha sido el crecimiento de la ideación y la conducta suicida. Sin embargo, la pandemia ha servido también para poner el foco sobre esta realidad y ayudar a cambiar la percepción social. En este sentido, es esencial el papel de los medios de comunicación a la hora de abordar el suicidio, evitando su ocultación y ayudando a desestigmatizar y romper los tabús que aún lleva asociados.

En los últimos años se han realizado avances importantes en la prevención y atención al suicidio, especialmente desde el sistema de salud, que actúa de tractor de otros ámbitos, mediante planes específicos y nuevos servicios de atención.

No obstante, los determinantes sociales suponen el principal factor condicionante de este problema de salud pública y son necesarias políticas desde todos los ámbitos (laboral, habitacional, social, económico, cultural...) para lograr avances significativos en la prevención, aunque estos se produzcan a medio o largo plazo. Esta actuación multisectorial, coordinada y pluridisciplinar es fundamental para hacer frente a este problema.

Asimismo, debe ponerse en valor el papel de las asociaciones de supervivientes y familiares, tanto en las actividades de apoyo, como en la sensibilización y el impulso a los gobiernos para la implantación de políticas.

PALABRAS CLAVE

Suicidio, Prevención, Determinantes sociales, Factores de riesgo, Pacientes

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido cambios notables en la sociedad respecto a la percepción y tratamiento que recibe el suicidio. La pandemia de la COVID-19, con todas sus repercusiones, ha puesto en el foco la necesidad de abordar los problemas de bienestar emocional y salud mental de la población con mayor intensidad y, a la vez, desde un enfoque distinto.

Romper determinados tabús, alcanzar una mayor sensibilidad por parte de la población y ofrecer un tratamiento distinto desde los medios de comunicación, son algunos de los aspectos esenciales para conseguir dar una mejor respuesta a estas necesidades relacionadas con la salud mental y el bienestar emocional, incluyendo las tentativas de suicidio.

Lógicamente, es esencial también abordar los distintos factores y determinantes sociales que generan estas situaciones y, a la vez, ofrecer, desde los distintos recursos y servicios públicos una respuesta adecuada, efectiva y coordinada a las necesidades de las personas que pueden resultar afectadas. Todo ello, sin dejar de contar con las asociaciones de personas y familiares especializadas en este ámbito, cuyo desarrollo ha sido notable en los últimos años.

Este artículo pretende realizar una aproximación a la realidad del suicidio en nuestro país, revisar sus principales determinantes y ofrecer una visión sobre algunas de las líneas de avance identificadas por los expertos y que pueden permitir avanzar, desde una perspectiva global y multidisciplinar, en la prevención del suicidio y en el acompañamiento a las personas que han realizado tentativas, así como a sus familiares.

CONTENIDO

Los datos disponibles posteriores a la pandemia de la COVID-19 muestran un crecimiento del suicidio en España. Según el Observatorio del Suicidio en España de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio, que recoge datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2021 fallecieron por suicidio 4.003 personas en España (un 75% de ellas hombres y un 25% mujeres). Así, 2021 se convirtió en el año con más suicidios registrados en la historia de España desde que se tienen datos (año 1906).

También se han superado las defunciones históricas por suicidio infantil (menos de 15 años), mientras que entre

los 15 y los 29 años, el suicidio es la principal causa absoluta de muerte. Asimismo, en el global de edades, el suicidio sigue siendo la principal causa de muerte no natural en España.

Asimismo, la Fundación ANAR (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo), en su Estudio sobre Conducta Suicida y Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en España (2012-2022) sobre casos atendidos por la entidad, señala que el número de casos con conducta suicida ha experimentado un acentuado crecimiento en el periodo 2012-2022, destacando el incremento producido en el periodo post-COVID -19, entre 2020 y 2022 (128%). Estos datos relativos al crecimiento del suicidio están relacionados con factores muy diversos, entre los cuales ha tenido un impacto la pandemia de la COVID-19 y todas sus repercusiones sanitarias, sociales y económicas. Esta realidad está asociada con la estimación, a nivel mundial, de un incremento del 25% de los indicadores relacionados con la ansiedad y la depresión.

Hacer frente a esta situación requiere un abordaje multifocal y pluridisciplinar, que abarca desde la sensibilización social y desestigmatización hasta una respuesta asistencial más ágil, coordinada, efectiva y afectiva, pasando por la implementación de políticas transversales que permitan actuar sobre las causas socioeconómicas que pueden acabar derivando en tentativas suicidas.

1. UNA NUEVA PERSPECTIVA RESPECTO AL SUICIDIO: EL PAPEL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

La necesidad de romper determinados tabús relacionados con el suicidio, como su ocultación, es fundamental para poder abordar con profundidad la realidad del suicidio y ayudar mejor a las personas con ideación suicida. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) apunta al papel de los medios de comunicación para visibilizar la realidad del suicidio, sensibilizar a la sociedad y romper dichos estigmas.

En los últimos años se han producido avances notables en nuestro país en el tratamiento del suicidio por parte de los medios, pero queda todavía camino por recorrer. Aunque muchos medios han elaborado documentos de estilo al respecto, la traslación a la práctica periodística diaria resulta básica para poder seguir avanzando.

2. LA LABOR Y EXPERIENCIA DE LAS ASOCIACIONES

Más allá del desarrollo de los recursos asistenciales especializados, en los últimos años vienen realizando una

actividad muy importante las asociaciones de supervivientes y familiares, tanto en el apoyo a las personas y sus familias, como en la sensibilización social o el impulso a la introducción de políticas por parte de los gobiernos.

Las asociaciones están teniendo un papel protagonista a la hora de contribuir al cambio social en el tratamiento del suicidio, su prevención y el abordaje de sus consecuencias. En este sentido, cabe destacar, por ejemplo, la labor de los grupos de apoyo, el *peer to peer*, el acompañamiento en el duelo o la conmemoración del Día Internacional del Superviviente, entre otras actividades.

Contar con sus aportaciones, visión y contribución en el diseño de las políticas preventivas es imprescindible para lograr avances reales.

3. LOS CONDICIONANTES SOCIALES DEL SUICIDIO

Tal como ocurre con el conjunto de las políticas relacionadas con la salud de las personas, la mayoría de condicionantes (se estima que alrededor del 80%) que afectan a la salud se corresponden a ámbitos y competencias que no pueden ser abordados desde los sistemas de salud. La salud en todas las políticas es, pues, un enfoque cada vez más asumido y extendido, que se demuestra básico a la hora de dar respuesta a las necesidades sanitarias de la población.

Esto es especialmente evidente en el caso de la salud mental, en general, y en la prevención del suicidio, en particular. El análisis del actual contexto social ha permitido identificar que los factores económicos (crisis, inflación...), sociales (desigualdad, problemas de vivienda, soledad...), climáticos, sanitarios (confinamiento, temor al contagio...) han acabado repercutiendo sobre el bienestar emocional y la salud mental de la población.

Se ha constatado que el suicidio es el resultado final de una cadena de elementos y situaciones, y que las intervenciones no deben centrarse únicamente al final de esta cadena (donde se han logrado avances), sino que deben identificarse los factores de riesgo y actuar sobre ellos antes de que se produzcan las tentativas. A grandes rasgos, cabe actuar, por ejemplo, sobre la detección de situaciones de *bullying* o maltrato infantil en el caso de niños o adolescentes, sobre la vulnerabilidad económica en la población adulta o sobre las situaciones de soledad, en las personas mayores.

En el actual contexto social, la falta de horizontes de futuro definidos puede ser también un factor desencadenante. Ante esta situación, es importante ofrecer una respuesta global, no solo soluciones clínicas, y se debe apostar por destinar recursos y ofrecer políticas decididas que encaren esta realidad. Aunque algunas de estas políticas no obtengan resultados hasta medio o largo plazo, no pueden obviarse a la hora de dar una respuesta eficaz a la realidad del suicidio.

4. INTENSIFICAR LA PREVENCIÓN

El suicidio, aunque tenga un grado de impulsividad final alto, no se puede considerar un acto aislado en sí mismo, sino el final de todo un proceso. Por ello, es muy importante actuar de forma precoz, detectando y actuando sobre los factores de riesgo.

Así, el primer nivel de prevención se basa en las campañas de información y también en la formación de los profesionales de todos los ámbitos (sanitarios, profesores, jueces, forenses...) en los signos y síntomas, para poder identificar situaciones de riesgo.

La prevención universal es también muy importante, aunque se obtengan resultados a largo plazo, y pasa por ofrecer a las personas una mayor seguridad a todos los niveles: económico, laboral, asistencial, escolar, física, habitacional, digital, cultural y jurídica. Asimismo, es esencial la sensibilización y la implicación del conjunto de la sociedad.

5. MEJORA DE LA ATENCIÓN

Lógicamente, la mejora de la respuesta al suicidio pasa también por destinar más recursos a la atención de las personas con conducta suicida y que estos sean más eficientes. En este sentido, la existencia de programas específicos y de instrumentos como el Código Riesgo Suicidio (CRS), implantado en Catalunya en el año 2015, han permitido mejorar la respuesta asistencial.

Así, en 2019 se activó 4.500 veces el CRS en Catalunya; en 2020, 4.300; y en 2021, la cifra se incrementó hasta las 6.520 activaciones. Según datos del Departament de Salut este dispositivo de detección ha hecho posible vincular a los servicios de salud mental un 80% de personas adultas que ha llevado a cabo un intento de suicidio y un 90% de los niños y jóvenes con activación del CRS por lesiones autoinfligidas o ideación suicida.

Asimismo, la puesta en marcha en 2022 de la mesa de salud mental del servicio de atención telefónica 061 Salut Respon, compuesta por profesionales especializados (psiquiatras, psicólogos y enfermeras especialistas en salud mental) ha supuesto un paso adelante notable.

Pero más allá del ámbito estrictamente sanitario, resulta fundamental también la identificación y coordinación de todos los recursos existentes. Actualmente, existe una amplia red de recursos y servicios, perfectamente estructurados, que, desde los distintos ámbitos (salud, educación, servicios sociales, trabajo, justicia...) y administraciones (local, autonómica, estatal...) dan respuesta y atención a las múltiples necesidades de las personas en materia de salud mental. Mejorar la comunicación, conexión y coordinación entre todos ellos es fundamental para que la respuesta sea eficaz y responda a un relato único, sólido y común en relación con el suicidio.

CONCLUSIONES

Del análisis de los distintos determinantes relacionados con las tentativas de suicidio, de la visión actual de este problema de salud y de los diferentes ámbitos de actuación en relación con la prevención y atención al suicidio, pueden extraerse las siguientes conclusiones:

- Aunque en los últimos años se han realizado progresos notables, hay que seguir avanzando en la visibilización del suicidio y la realidad que lleva asociada, rompiendo los tabús que aún existen. En este sentido, es esencial el papel de los medios de comunicación que todavía deben trabajar para revisar el enfoque tradicional, puesto que son un instrumento fundamental para cambiar la percepción del conjunto de la sociedad.
- La pandemia de la COVID-19 ha tensionado la sociedad, incrementando los factores de malestar emocional que pueden llegar a ocasionar problemas de salud mental e ideación suicida. No obstante, ha permitido poner el foco en esta realidad, generando una oportunidad para poder avanzar en la respuesta conjunta que la sociedad le ofrece.
- La existencia, previa a la pandemia, de programas específicos de prevención del suicidio y atención al suicidio (como en Catalunya el CRS) permite dar una mejor respuesta a esta realidad, aunque sigue siendo necesario incrementar los recursos públicos destinados a estas políticas. Asimismo, iniciativas como la mesa de salud mental del servicio 061 Salut Respon ha constituido un avance importante a la hora de disponer de instrumentos eficaces para atender a las personas con ideación suicida.
- Es esencial el papel de las asociaciones de afectados, tanto en el apoyo a las personas y sus familias, como en la sensibilización social. En los últimos años se ha producido un desarrollo importante en la implantación de estas asociaciones y en la labor que realizan.
- Dado que el suicidio es el final de todo un proceso, es fundamental actuar sobre los factores de riesgo e intensificar la prevención a todos niveles. En este sentido, es muy importante la formación de los profesionales de diferentes sectores y demás agentes implicados, en la detección de los signos y síntomas, para poder identificar situaciones de riesgo.
- La experiencia de los dispositivos sanitarios de atención urgente ante las tentativas de suicidio sugiere que no siempre las personas con ideación suicida requieren la activación o la derivación a un recurso de salud mental especializado. En muchos casos, es primordial ofrecer apoyo, escucha, atención, respuesta a la soledad, resolución de problemas o alternativas de vida.
- Ante la existencia de una amplia red de servicios sanitarios, educativos, sociales, laborales..., ofrecidos por distintas administraciones y entidades, es imprescindible la coordinación entre ellos y el establecimiento de políticas comunes para la prevención y atención al suicidio.
- Los factores económicos (crisis, inflación...), sociales (desigualdad, problemas de vivienda, soledad...), climáticos, culturales..., repercuten sobre la salud mental de la población y sobre las conductas suicidas. En este sentido, es esencial que las políticas públicas incidan sobre estos condicionantes y factores de riesgo para poder obtener resultados, aunque no sean a corto plazo. Los servicios sanitarios están actuando de tractor y concienciando a otros sectores, pero debe ampliarse el prisma de la acción clínica a una actuación más transversal.
- El actual contexto social, marcado por factores como el aislamiento, la presión por alcanzar la felicidad, la aceleración constante, la inseguridad, la necesidad excesiva de control o la falta de expectativas, puede contribuir a incrementar la ideación suicida. Es impor-

tante tener en cuenta estos factores para poder obtener una respuesta más eficaz.

- Sin este abordaje global de las causas y los determinantes que pueden conducir al suicidio, la mejora de la respuesta asistencial y de los distintos dispositivos, una solución únicamente asistencial, aunque pueda mejorarse, resultará insuficiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Universitario de Pacientes. UIC Barcelona. Jornada sobre prevención del suicidio. 20 de abril de 2023.
2. Instituto Universitario de Pacientes. UIC Barcelona. Atención afectiva y efectiva en la prevención del suicidio. <https://www.uic.es/sites/default/files/inline-files/AE-prevencion-suicidio.pdf>
3. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Pla de prevenció del suïcidi a Catalunya 2021-2025. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/6319>
4. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codi risc suïcidi. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1654/catsalut_instruccio_10_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. S'activa la taula de salut mental per atendre els casos de risc elevat de suïcidi amb professionals sanitaris especialistes al 061 Salut Respon. <https://sem.gencat.cat/ca/detalls/Noticia/220622-activa-taula-salut-mental-atendre-casos-risc-elevat-suicidi-professionals-sanitaris-especialistes-061-salut-respon>
6. Fundación Anar. Conducta suicida y salud mental, en la Infancia y la Adolescencia en España (2012-2022), según su propio testimonio. 2022. <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2022/12/Estudio-sobre-Conducta-Suicida-en-la-Infancia-y-la-Adolescencia-2012-2022.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. 2000
8. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.
9. Organización Mundial de la Salud. Suicidio: datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
10. Ministerio de Sanidad. 024: Línea de atención a la conducta suicida. <https://www.sanidad.gob.es/linea024/home.htm>
11. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Una veu contra el suïcidi. <https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/salut-mental/061-veu-contra-suicidi/>



Optimización del programa de salud mental general del CESFAM de Peñalolén (Santiago de Chile)



Prof. Emilio Rojo Rodes
Profesor de la UIC
emiliorojo@uic.es



Dra Francisca Soto Loubies
Cirujano Dentista. CESFAM Carol Urzúa, Peñalolén. Chile
francisca.s90@gmail.com

ABSTRACT

The increasing global rise in mental health care needs poses a critical challenge, and Chile is no exception. This study focuses on analyzing and addressing the growing demand for mental health services in the Peñalolén commune in Santiago, Chile. The objective is to present an improvement plan aimed at enhancing the effectiveness of the Mental Health Program at the Carol Urzúa Family Health Center (CESFAM).

The methodology involves a literature review, interviews with center managers and professionals, followed by SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) and CAME (Correct, Adapt, Improve, Exploit) analyses. Conclusions emphasize the importance of improving the effectiveness of the mental health program in Peñalolén, highlighting benefits such as resource optimization, a more effective approach to complex cases, and a significant improvement in patients' quality of life.

This study not only addresses the importance of strengthening mental health care in a specific community but also underscores the relevance of effective planning and management strategies in public health. The recommendations presented have the potential for a significant impact on the health and well-being of the Peñalolén community, serving as a reference for addressing similar challenges in other regions.

KEYWORDS

Mental Health, Public Health, Effectiveness, Resource Optimization

RESUMEN

El creciente aumento global de las necesidades de atención en salud mental representa un desafío crítico y Chile no es una excepción. Este trabajo se centra en analizar y abordar la creciente demanda de servicios de salud mental en la comuna de Peñalolén, en Santiago de Chile. El objetivo es presentar un plan de mejora destinado a aumentar la efectividad del programa de salud mental en el Centro de Salud Familiar Carol Urzúa (CESFAM).

La metodología comprende una revisión bibliográfica, entrevistas a directivos y profesionales del centro, seguidas de análisis DAFO y CAME. Las conclusiones resaltan la importancia de mejorar la efectividad del programa de salud mental en Peñalolén, destacando beneficios como la optimización de recursos, un abordaje más efectivo de casos complejos y una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes.

Este estudio no solo aborda la importancia de fortalecer la atención de la salud mental en una comunidad específica, sino que también subraya la relevancia de estrategias efectivas de planificación y gestión en la salud pública. Las recomendaciones presentadas tienen un potencial impacto significativo en la salud y el bienestar de la comunidad de Peñalolén, sirviendo como referencia para abordar desafíos similares en otras regiones.

PALABRAS CLAVE

Salud Mental, Salud Pública, Efectividad, Optimización de Recursos

INTRODUCCIÓN

La salud mental es un componente fundamental del bienestar integral de las personas y juega un papel crucial en su calidad de vida. En este apartado se tocarán 3 temas fundamentales para entender el contexto del trabajo:

1. LA IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL

Todas las instituciones internacionales (WHO, OCDE, UNICEF, UE-27) alertan sobre el aumento de los problemas emocionales, conductuales y trastornos mentales. El problema tiene una repercusión sobre las personas, la sociedad y los centros asistenciales, cuyos profesionales deben dar respuesta con los recursos disponibles^{6,7,9}.

2. CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNA DE PEÑALOLÉN

Se encuentra ubicada en Santiago de Chile y tiene una superficie de 5.487 hectáreas (54,9km²). Se divide administrativamente en 5 sectores: Peñalolén Alto, La Faena, Lo Hermida, San Luis y Peñalolén Nuevo. Según el Instituto Nacional de Estadística⁴ hay una población de

241.599 habitantes, de los cuales 116.882 son hombres (48%) y 124.717 mujeres (52%).

En los últimos 28 años, se ha observado un envejecimiento poblacional evidenciado por una base más estrecha y un vértice más ancho en las pirámides demográficas. Este fenómeno se observa no solo en Peñalolén, sino a nivel nacional en Chile, y se refleja también unas tendencias similares en España.

Las condiciones socioeconómicas de la comuna de Peñalolén son descritas en el Informe de Desarrollo Social 20223 y señala que, por primera vez en 30 años, entre 2017 y 2020 se produjo un aumento en la tasa de pobreza por ingresos y la tasa de pobreza extrema, asociado en gran medida por la crisis sanitaria, que produjo una baja significativa de los ingresos de los hogares de manera transversal en todo el país.

Según esta tabla contenida en el Plan de Salud 2023 de la comuna de Peñalolén⁵ se puede observar que el 80% de los hogares de la comuna son de bajos ingresos y de alta vulnerabilidad.

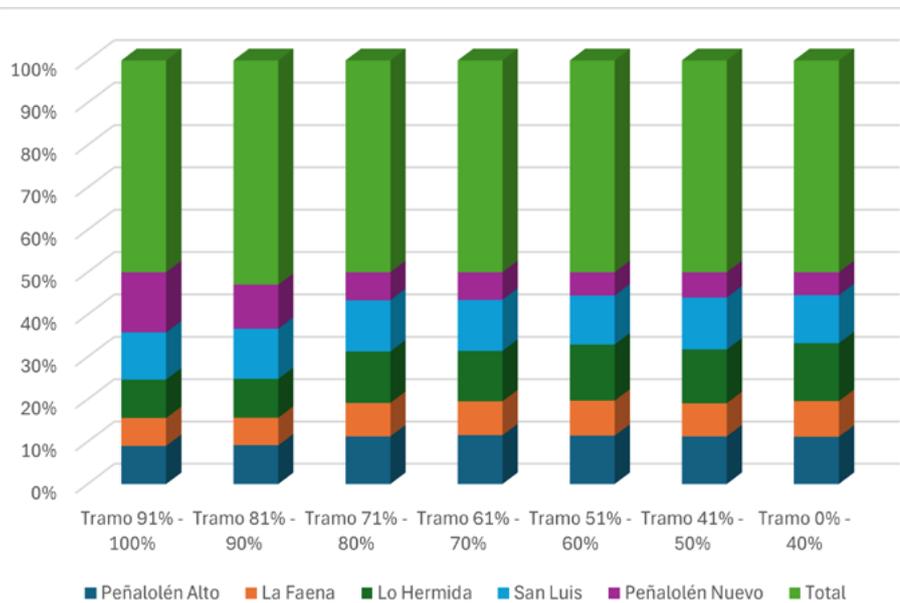


Gráfico 1. Registro social de hogares 2016-2021. Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Registro Social de Hogares 2016-2021. Elaboración: Dirección de Salud CORMUP, 2022.

	Peñalolén Alto	La Faena	Lo Hermida	San Luis	Peñalolén Nuevo	Total
Tramo 91% - 100%	510	373	515	631	806	2835
Tramo 81% - 90%	1541	1097	1544	2000	1749	8931
Tramo 71% - 80%	1397	980	1502	1507	819	6205
Tramo 61% - 70%	1376	959	1423	1442	778	5978
Tramo 51% - 60%	1498	1089	1742	1519	724	6572
Tramo 41% - 50%	1565	1087	1759	1710	832	6953
Tramo 0% - 40%	11849	8971	14480	12058	5772	53130

Tabla 1. Registro social de hogares 2016-2021.

3. EL CESFAM CAROL URZÚA Y EL CIRCUITO DE RECURSOS ASISTENCIALES

En la comuna de Peñalolén existen 7 centros de Salud Familiar y el CESFAM Carol Urzúa es uno de ellos. En el año 2022 el centro de salud tenía 44.161 personas inscritas, convirtiéndolo en el centro con más población inscrita de la comuna.

En los centros de salud de la comuna de Peñalolén existen 4 programas de salud mental:

- Programa de atención en salud mental general.
- Programa de atención especializada en salud mental para niños, niñas y adolescentes de 4 a 12 años.
- Programa de prevención de suicidio en adolescentes.
- Programa de detección de drogas y alcohol (DIR).

Al analizar el perfil de pacientes ingresados por patología de salud mental, se puede observar que la principal causa en los menores de 10 años son los trastornos del comportamiento (trastornos hiperquinéticos y emocionales), en los adolescentes y adultos, además de esa causa se añaden los trastornos de la ansiedad y del humor (depresión) y en los adultos mayores, las demencias. En el año 2022 fueron atendidas un total de 7.506 personas en la comuna.

El programa de atención en salud mental general para personas de 13 años y más tiene como propósito detectar y tratar precozmente problemas de salud mental, a través de una atención integral de salud.

Durante el año 2023, según programación, se destinaron 23 horas semanales de personal médico y 124 horas semanales de psicólogo en horario diurno y 48 horas semanales de psicólogo en horario vespertino, dando un total de 176 horas semanales. La consulta inicial o ingreso al programa tiene una duración de 60 minutos y 30 minutos para los seguimientos.

¿Por qué es importante mejorar la salud mental? La salud mental de la población, especialmente en adolescentes y adultos, ha sido un tema de preocupación creciente debido a su impacto en la calidad de vida y el bienestar social^{6,7,9}.

Cuando la salud mental se ve afectada, los efectos se extienden más allá del individuo, repercutiendo en la familia, el lugar de trabajo y la sociedad en su conjunto. Los

trastornos mentales, como la depresión, la ansiedad, los trastornos de conducta y otros, pueden limitar el funcionamiento diario de las personas, provocar un deterioro en las relaciones sociales y afectar negativamente el rendimiento académico o laboral.

CONTENIDO

Los resultados obtenidos en la búsqueda sistemática y la bibliografía ya se han comentado en la introducción. Durante el análisis de los datos estadísticos de actividad y estructura del centro se ha podido identificar un excedente de 32 horas de psicólogo que en la actualidad no se observa actividad según programación. Esto significa que, si bien se han contratado un total de 160 horas de profesional, solo se requieren 128 horas a la semana para cubrir las actividades programadas, distribuidas en 124 horas de atención directa y 4 horas de gestión. Y posteriormente, con la información obtenida de las entrevistas a los profesionales y los datos estadísticos del centro, se deduce el siguiente DAFO jerarquizado por relevancia:

Debilidades:

- Largas listas de espera. La alta demanda de servicios de salud mental puede conducir a listas de espera prolongadas para los pacientes que buscan atención, lo que tiene un impacto negativo en su bienestar y en la eficacia de la atención. Según indican los directivos del centro, se tardan entre 4-5 semanas entre citas de los pacientes en seguimiento.
- Escaso volumen de altas en el programa.
- Falta de planificación y organización de la asistencia/agenda profesional.
- Personal administrativo insuficiente en horario vespertino.

Amenazas:

- Demandas crecientes. La creciente demanda de servicios de salud mental puede superar la capacidad del programa para atender a todos los pacientes de manera oportuna y efectiva.
- Factores determinantes socioeconómicos de la salud mental desfavorables.
- Volumen de casos complejos elevada.
- Altas tasas de inasistencia. Como se ha destacado previamente, la inasistencia de los pacientes a las se-

siones individuales con el psicólogo es un factor que ejerce un impacto negativo en el desarrollo efectivo del programa de salud mental.

- Estigmatización persistente. La estigmatización en torno a los trastornos mentales puede llevar a la falta de conciencia y apoyo comunitario, dificultando el acceso a la atención y el seguimiento.

Fortalezas:

- Compromiso del personal. El equipo de salud del CESFAM Carol Urzúa cuenta con profesionales comprometidos para brindar una atención de calidad.
- Compromiso del personal con la salud mental de la comunidad y los usuarios.
- Acceso a literatura científica y buenas prácticas. La revisión de literatura y el acceso a mejores prácticas en el campo de la salud mental pueden fortalecer la base de conocimientos y las estrategias de tratamiento del programa.
- Buen sistema de TIC e historia clínica.
- Personal joven con altos niveles de conocimiento en las nuevas recomendaciones terapéuticas.
- Sistema de TV dentro del centro, que permite difusión de información.

Oportunidades:

- Colaboración intersectorial. La colaboración con otros sectores, como la educación y las organizaciones comunitarias pueden fortalecer las iniciativas de promoción y prevención de salud mental.
- Enfoque en la prevención. La promoción de estrategias de prevención de trastornos mentales podría reducir la carga de pacientes y mejorar la salud mental de la comunidad.
- Posibilidad de mejorar el uso de los recursos asistenciales.
- Interés del gobierno de Chile y de la municipalidad en mejorar la salud mental.

Teniendo en consideración el DAFO se ha realizado un análisis CAME que arroja la siguiente información:

Corregir debilidades:

- Disminuir listas de espera mediante las atenciones grupales y aplicando las nuevas técnicas en psicote-

rapia, se aumentará también el número de pacientes a dar de alta, lo que corrige dos de las debilidades descritas.

- Realizar planificación de todas las horas profesionales según recomendaciones y redistribución de las 32 horas de psicólogo no programadas en las sesiones grupales.
- Revisión de las horas de administrativos y posible sistema de turnos para cubrir horas vespertinas.

Afrontar amenazas:

- Se proponen soluciones para aumentar eficiencia del programa, lo que ayuda a hacer frente al constante aumento de las demandas.
- Realizar llamadas telefónicas para confirmar las citas y en los casos que los pacientes indiquen que no asistirán, poder llenar ese cupo con otro paciente.
- Educación, promoción y prevención de la salud mental.

Mantener fortalezas:

- Refuerzo positivo y reconocimiento a los profesionales para mantener las buenas prácticas.
- Capacitaciones constantes al equipo para mantener los conocimientos actualizados de las nuevas terapias.
- Comunicación constante con los profesionales que llevan las TIC para mantener el sistema de historia clínica actualizado.
- Creación de contenido audiovisual para difundir información dentro de la comunidad.

Explotar oportunidades:

- Fortalecer los vínculos con las diferentes entidades presentes en la comunidad (escuelas, juntas de vecinos, asociaciones, etc.).
- Fortalecer la promoción y la prevención en salud.
- Revisión constante de la distribución de los recursos del centro.
- Informar a la comunidad de los avances y los cambios en las políticas públicas en temas de salud mental.

CONCLUSIONES

Los desafíos relacionados con el aumento en las necesidades de atención de salud mental están cobrando una relevancia cada vez mayor a nivel global, y estas tendencias se reflejan en Chile y en la comuna de Peñalolén. Como se evidenció previamente, Peñalolén es una comuna que tiene determinantes socioeconómicos malos que llevan a asumir un aumento en la demanda de las atenciones en el futuro y el Centro de Salud Familiar Carol Urzúa tiene además recursos limitados con los que no puede seguir haciendo frente a esta demanda creciente. Por este motivo, es de fundamental importancia buscar alternativas para mejorar el acceso y el seguimiento a la atención y fortalecer los servicios de salud, especialmente los de atención primaria ya que estos son la puerta de entrada a todos los servicios sanitarios de la comunidad.

Tras analizar los datos del centro y la literatura disponible, se observa que la implementación del plan propuesto podría aportar oportunidades de mejora en los siguientes aspectos:

- **Eficiencia de recursos.** Al dar de alta a pacientes que han logrado mejoras significativas en su salud mental, se liberan recursos y espacios para atender a nuevos pacientes que lo necesiten. Esto permite una distribución más equitativa de los recursos disponibles en el sistema de salud.
- **Mayor enfoque en casos complejos.** Al reducir la carga de pacientes en seguimiento, los profesionales de la salud mental pueden dedicar más tiempo y atención a aquellos casos que son más complejos o que requieren un tratamiento a largo plazo. Esto mejora la calidad de atención para quienes más lo necesitan.
- **Fomento de la independencia.** El proceso de alta en salud mental implica que los pacientes han adquirido las habilidades y herramientas necesarias para gestionar sus problemas de salud mental de manera más autónoma. Esto promueve la independencia y la capacidad de afrontamiento, lo que puede tener un impacto positivo en su calidad de vida a largo plazo.
- **Reducción de costos.** El tratamiento a largo plazo es costoso tanto para los pacientes como para el sistema de salud en general. Al dar de alta a los pacientes, se reducen los costos asociados con visitas y terapias continuas, lo que es beneficioso para los sistemas de atención médica y para los propios pacientes.
- **Prevención de la cronicidad.** La atención continua a pacientes que se han recuperado completamente puede llevar a la cronicidad de los trastornos menta-

les. Al dar de alta a los pacientes cuando están listos, se previene este riesgo y se mejoran las perspectivas a largo plazo de recuperación.

- **Mejora de la autoestima y la autoeficacia.** La experiencia de recibir el alta fortalece la autoestima y la sensación de autoeficacia de los pacientes, lo que tiene un impacto positivo en su autoconfianza y en su capacidad para enfrentar futuros desafíos.

En resumen, mejorar la efectividad del programa y ser capaces de dar de alta a los pacientes cuando han alcanzado un estado de salud mental estable y positivo es beneficioso tanto para los pacientes como para el sistema de salud en general, ya que permite una mejor utilización de recursos, un enfoque más efectivo en casos complejos y una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Federació Salut Mental Catalunya. Activat per la salut mental. 2020. https://activatperlasalutmental.org/wp-content/uploads/2020/01/guia-GAM-salutmental-1a-persona_cast.pdf
2. Ministerio de Desarrollo Social. Registro Social de Hogares. 2019. https://registrosocial.gob.cl/docs/Orientaciones-complementarias-N8_calculo-CSE_VF.pdf
3. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Informe de desarrollo social 2022. 2022. <https://www.desarroll-socialyfamilia.gob.cl/storage/docs/ids/Informe-desarrollo-social-2022.pdf>
4. Instituto Nacional de Estadística. Resultados Censo 2017. 2017. <http://resultados.censo2017.cl/>
5. Dirección de Salud. Plan Anual de Salud Municipal 2023. Corporación Municipal de Salud y Educación de Peñalolén, Dirección de Salud, Santiago de Chile. 2023.
6. OECD and European Union. Health at a Glance: Europe 2018 State of health in the EU cycle. OECD/EU, OECD Publishing, Paris. 2018.
7. OECD. Mental Health Performance Framework. 2019. <https://www.oecd.org/health/OECD-Mental-Health-Performance-Framework-2019.pdf>
8. Antón-Menárguez, V., B.Jareño, Lara-Espejo, Redondo-Jiménez, M., & García-Marín, P. Eficacia de la intervención psicológica grupal en atención primaria. Medicina de Familia SEMERGEN, 45(2). Marzo 2019.
9. Salud, O. M. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 [Comprehensive mental health action plan 2013-2030]. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 2022.

Proyecto de gestión integral de la población según complejidad en el ámbito de la Atención Primaria



Lidia Palau Morales

Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Atención Primaria Vallès Occidental. Dirección de Atención Primaria Metropolitana Norte. Instituto Catalán de Salud
 lidiapalaumorales@gmail.com

ABSTRACT

The objective of this project is to define a new organizational model for a Primary Care center based on the complexity of its assigned population, which allows us to offer comprehensive, quality and efficient care.

The population assigned to the team is classified according to Adjusted Morbidity Groups (GMA), and according to whether they are Complex Chronic Patients (CCP) or with Advanced Chronic Disease (ACA). The different types of units are defined based on the aforementioned criteria and which will be. The adaptation of patients to the units according to their complexity should allow us to improve the accessibility of the population to the Primary Care Team.

As the evidence shows, the new stratification would contribute to the improvement of the quality of care we offer to our patients represented by an increase in the team's Care Quality standards and citizen satisfaction.

This new organizational model, through the definition of the different types of consultations, should allow us a comprehensive approach to the patient and centered on the person. We must also be able to be more efficient, through a process of standardizing consultations and with the disappearance of those practices that do not add value to daily assistance.

KEYWORDS

Organizational Model, Complexity, Stratification, Comprehensive Approach

RESUMEN

El objetivo de este proyecto es definir un nuevo modelo organizativo para un centro de Atención Primaria en base a la complejidad de su población asignada, que permita ofrecer una atención integral, de calidad y eficiente.

Se clasifica a la población asignada al equipo según Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA) y si son Pacientes Crónicos Complejos (PCC) o con Enfermedad Crónica Avanzada (MACA). En base a dichos criterios se definen los diferentes tipos de unidades y cuáles serán los profesionales de referencia.

La adecuación de los pacientes a las unidades según su complejidad debería permitir mejorar la accesibilidad de la población al equipo de Atención Primaria. Tal y como se recoge en la evidencia, la nueva estratificación contribuiría a la mejora de la calidad de atención que se ofrece a los pacientes, representado por un incremento en los estándares de calidad asistencial del equipo y de la satisfacción del ciudadano.

Este nuevo modelo organizativo, mediante la definición de los diferentes tipos de consultas, debe permitir, un abordaje integral del paciente y centrado en la persona. También se debe ser más eficiente, a través de un proceso de estandarización de las consultas y con la desaparición de aquellas prácticas que no aporten valor a la asistencia diaria.

PALABRAS CLAVE

Modelo Organizativo, Complejidad, Estratificación, Abordaje Integral

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida, las mejoras en salud pública y la atención sanitaria, así como la adopción de determinados estilos de vida han condicionado el patrón epidemiológico que dominaba en las últimas décadas del siglo XX y, en la actualidad, ha cambiado dicho patrón estando representado por las enfermedades crónicas.

El envejecimiento y la prevalencia de múltiples enfermedades, a medida que aumenta la edad, desafía al modelo de enfermedad única que domina la educación médica, la investigación y la atención hospitalaria¹. Este fenómeno ha dado lugar a términos como la comorbilidad y la multimorbilidad, otro reto de la Atención Primaria²⁻⁵.

A medida que los programas o directrices para la gestión de enfermedades crónicas se centran en condiciones específicas e individuales, existe una creciente preocupación de que estos programas sean menos efectivos para personas con multimorbilidad, en comparación con los enfoques centrados en la persona^{6,7}. En los últimos años se ha introducido un nuevo concepto, cada vez más frecuente en la Atención Primaria: el “paciente crónico complejo”⁷. El cual se define como un perfil particular de la cronicidad donde las dimensiones socioeconómicas, culturales y ambientales juegan un papel esencial⁸, y que refleja los factores específicos de la persona que interfieren en el cuidado habitual, en la toma de decisiones y en la necesidad de implementar planes individuales específicos⁹.

La revisión de la literatura sobre la construcción de la complejidad¹⁰⁻¹³ tiene una característica en común: la presencia de otras dimensiones, además de la multimorbilidad, que incorporan determinantes socioeconómicos de la salud, la cultura, el medio ambiente, el comportamiento del paciente y su experiencia en el uso de los servicios sanitarios que evidencian las desigualdades sociales en materia de salud. Grant et al. sugieren diferentes patrones de complejidad en los que se identificó la salud mental y el abuso de sustancias tóxicas como principales problemas en pacientes complejos más jóvenes, mientras que la toma de decisiones y la coordinación asistencial predominaron en la edad avanzada¹⁴. Loeb et al. perciben la complejidad si los pacientes tienen un factor exacerbante: una enfermedad médica, una enfermedad mental, un reto socioeconómico o un comportamiento o rasgo (o alguna combinación de estos), que complican el cuidado de las condiciones crónicas de salud¹⁵. La prevalencia estimada de complejidad oscila entre el 5,16 y el 24,00%.

Por otra parte, la identificación de personas con necesidades de atención más intensivas exige nuevos modelos organizativos, que posibiliten dar una mejor capacidad de respuesta. Por este motivo, surge la necesidad de una reorganización asistencial para dar una atención, con mayor eficacia y eficiencia.

Detectando las diferentes complejidades de los pacientes, ya clasificados en agrupadores de morbilidad o identificando Pacientes Crónicos Complejos (PCC) o con Enfermedad Crónica Avanzada (MACA), permite valorar las diferentes necesidades y distintos grados de atención. Estas clasificaciones generan una adecuada estratificación poblacional capaz de identificar poblaciones diana y muestra buenos resultados explicativos en indicadores de uso de recursos sanitarios.

En 2009 el Instituto Catalán de la Salud (ICS) empezó a utilizar los *Clinical Risk Group* (CRG) como agrupador de morbilidad. Se utilizaron para el ajuste de indicadores de la macro gestión, pero también se mostraba su información en la estación clínica de los profesionales.

Posteriormente se elaboró un nuevo sistema de medida de morbilidad propia basada en la información que había en los sistemas de información, con un número de grupos que permitía el análisis estadísticamente, que era clínicamente específico y que proporcionaba una estratificación directa de la población, surgiendo de este modo los Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA).

El agrupador se encuentra estructurado en base a dos factores: la multimorbilidad y la complejidad. La clasificación por GMA facilita la adaptación de los recursos a las necesidades asistenciales de cada persona. El sistema permite clasificar a la población en cinco grupos de riesgo: muy bajo, bajo, moderado, alto y muy alto. Aunque suponen una pequeña parte de la población, las personas incluidas en los niveles de estratificación superiores representan un impacto muy elevado respecto al consumo de recursos asistenciales (Figura 1).

En 2012, el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad (PPAC) introdujo dos identificadores relacionados con la complejidad¹⁰:

- Paciente crónico complejo o PCC (supone aproximadamente el 4% de la población), respecto del cual los profesionales perciben dificultades en la gestión ya sea por criterios relacionados con la propia persona, con los profesionales o con el entorno.

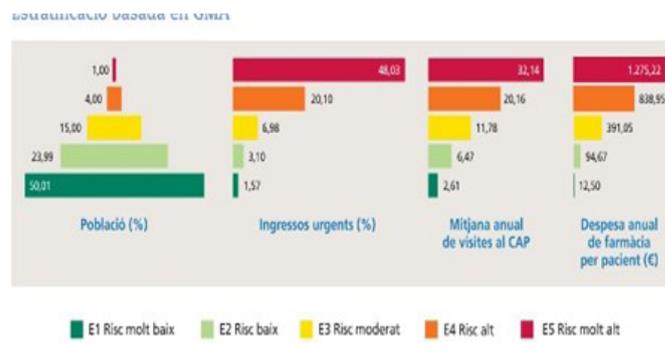


Figura 1. Estratificación basada en GMA. Fuente: Memòria ICS 2017. Institut Català de la Salut.

- Enfermedad crónica avanzada o MACA (supone aproximadamente el 1% de la población), en referencia a las personas que presentan una o más enfermedades o condiciones de salud crónicas avanzadas, progresivas e irreversibles, que condicionan un pronóstico de vida limitado (aproximadamente inferior a 24 meses), a menudo, con importantes repercusiones sobre la estructura cuidadora y que tienen necesidades de atención paliativa.

Para adecuar la atención a las necesidades de las personas con enfermedades y condiciones crónicas, es imprescindible abordar la complejidad desde una dimensión individual. La identificación es el punto de partida del reconocimiento de unas características específicas y singulares de las personas que, siendo reconocidas proactivamente por su profesional de referencia y de forma conjunta consigo mismas, permite empezar a reflexionar sobre la forma idónea de responder de manera individualizada a sus necesidades.

CONTENIDO

Este proyecto pretende dibujar un nuevo modelo organizativo asistencial que dé respuesta al patrón de cronicidad que caracteriza al sistema sanitario actual, que será creciente en las próximas décadas. Un nuevo modelo asistencial centrado en la persona, es decir, que preste atención, no tanto a demandas sino a necesidades reales y expresadas por el paciente. Sobre estas necesidades deben pivotar los nuevos modelos asistenciales y, por tanto, tienen incorpo-

rarse desde los niveles más altos de gestión de las organizaciones.

El proyecto se ha llevado a cabo en un Equipo de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud, urbano, situado a unos 25 kilómetros de la ciudad de Barcelona.

El Equipo de Atención Primaria (EAP) en el que se enmarca el proyecto tiene una población asignada de 23.000 habitantes aproximadamente.

El EAP está formado por 13 médicos de familia, 3 pediatras, 15 enfermeras, 10 profesionales de gestión y servicios (incluyendo el referente), 2 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAI), 1 odontólogo, 1 trabajadora social sanitaria (TSS) y 1 gestor de caso. La Atención Domiciliaria (ATDOM) está centralizada por enfermería, pero cada facultativo médico presta atención a sus pacientes inscritos en el programa ATDOM.

En base a los sistemas de información que dispone la organización y que se muestran en las estaciones clínicas, se realizó un análisis de la población en base a su complejidad. El sistema informático del que disponen los profesionales permite la estratificación de la población según su GMA, junto con cinco distintos niveles de gravedad y se especifica también su riesgo de ingreso hospitalario.

Tal y como se ha definido anteriormente, atendiendo a los datos que dispone el CatSalut, se clasifica la población siguiendo los criterios según su GMA (Figura 2).

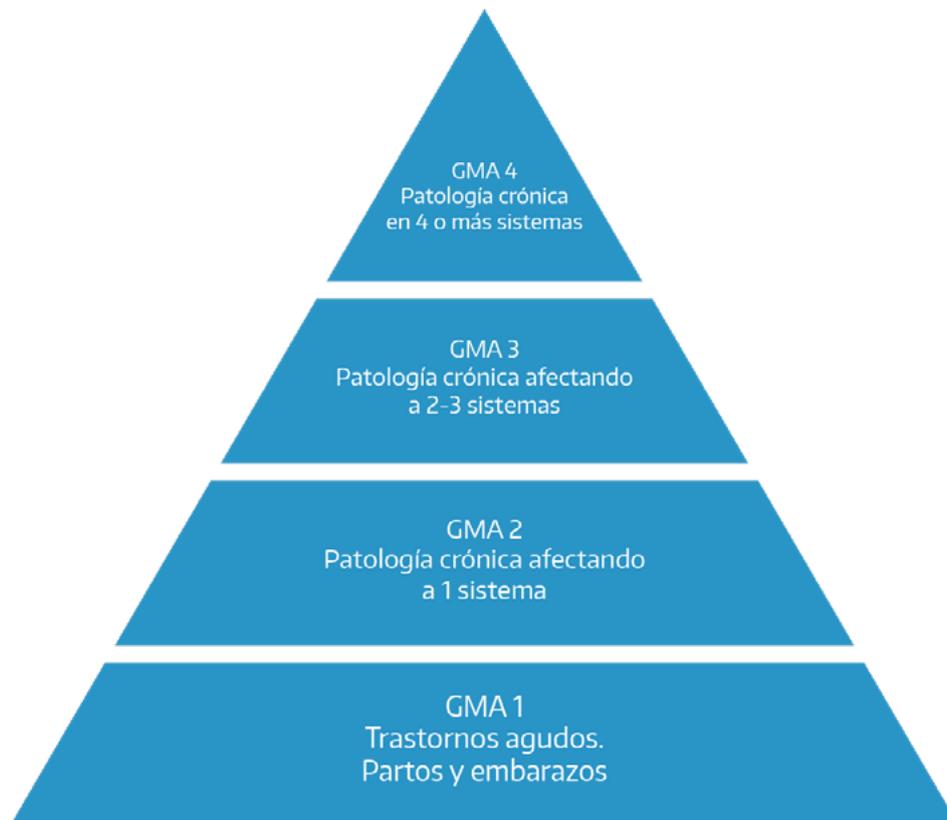


Figura 2. Criterios de clasificación de la población según su GMA.

GMA	1	2	3	4	sin clasificar	Total general
MF 1	758	406	243	45	34	1486
MF 2	622	436	205	49	10	1322
MF 3	711	530	243	50	3	1537
MF 4	366	370	295	160	5	1196
MF 5	633	473	282	95	128	1611
MF 6	666	485	289	87	9	1536
MF 7	1015	499	248	56	7	1825
MF 8	443	461	301	90	3	1298
MF 9	677	437	265	86	3	1468
MF 10	660	484	200	46	4	1394
MF 11	737	491	254	46	3	1531
MF 12	910	435	221	59	1	1626
MF 13	758	493	263	54	6	1574

Tabla 1. Tabla de población asignada según GMA.

Profesional	sin clasificar	1	2	3	4
Enfermería	162	859	955	1191	894
Médico de Familia	140	1274	1921	1784	758
Trabajadora Social Sanitaria	2	3	13	28	31

Tabla 2. Tabla de visitas realizadas por profesional según GMA en un mes.

Los datos que se obtuvieron después del análisis de la población asignada al equipo de Atención Primaria fueron los siguientes se muestran en la Tabla 1.

En este territorio aproximadamente un 3% de la población se encuentra identificada como paciente crónico complejo. El equipo muestra unos datos de identificación sensiblemente inferiores a los del territorio.

Posteriormente, en base a datos recogidos durante el mes de mayo de 2019, se analizaron el número de visitas realizadas en el centro según GMA. Por otra parte, se recogió con qué profesional se había realizado la visita: el médico de familia, la enfermería o la trabajadora social sanitaria (Tabla 2). Estos datos ayudarían a la definición de los nuevos perfiles competenciales.

RESULTADOS

Del análisis de los datos anteriormente descritos y en base a la complejidad de la población se podrían identificar las

consultas monográficas donde la distribución de las ratios por profesionales y unidad serían las siguientes (Tabla 3):

Unidad de alta complejidad - ATDOM

Esta consulta incluiría a los pacientes en atención domiciliaria, que son pacientes con alta complejidad (GMA 4). El domicilio es el mejor sitio donde este grupo de pacientes puede mantener el control de su cuidado, ya que la permanencia en su entorno mejora su bienestar y calidad de vida. En estos enfermos es importante evitar las hospitalizaciones inadecuadas y los desplazamientos innecesarios a consultas de seguimiento o servicios de urgencias, salvo en los casos de descompensaciones graves, especialmente en el caso de los pacientes en situación de fin de vida.

La intervención social es clave para mantener a estos pacientes en las mejores condiciones posibles, procurando a ellos y su entorno el apoyo social adecuado en cada situación. Los profesionales de trabajo social sanitario son responsables de las funciones de diagnóstico y tratamiento de

Unidades Asistenciales	GMA	Ratios	Nº de profesionales
Alta complejidad - ATDOM	4	250 pacientes por profesional (médico/enfermera)	3
Cronicidad alta complejidad	3 + 4	450 pacientes por profesional (médico/enfermera)	1
Cronicidad media complejidad	2 + 3	1.750 pacientes por profesional (médico/enfermera)	5
Cronicidad baja complejidad/patología aguda	1 + 2	2.500 pacientes por profesional (médico/enfermera)	4

Tabla 3. Tabla de distribución ratios por profesional y GMA.

la problemática social y de facilitar y coordinar el acceso a otros recursos sociosanitarios.

Unidad de cronicidad de alta complejidad

Formada por pacientes con complejidad GMA 3 y 4 que no se encuentran todavía en condición de ser atendidos a domicilio, pero sí con carga importante de morbilidad (pacientes afectados de condiciones crónicas de manejo más complejo o con necesidad de manejo interdisciplinar o de abordaje integral), como serían los pacientes afectados por enfermedad oncológica, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). En esta unidad se incluirían todos los pacientes PCC que presentan necesidades complejas de atención, tanto sanitarias como sociales.

Esta unidad la formarían profesionales de medicina de familia, enfermería, y trabajadora social sanitaria.

Consulta de media complejidad

En esta unidad se incluirían los pacientes con complejidad GMA 2 y 3. Estos son pacientes que presentarían patología crónica de uno o dos sistemas que corresponderían a condiciones crónicas como: la hipertensión arterial, la diabetes y la dislipemia, sin complicaciones, que presentan un manejo menos complejo y apoyado por las guías de práctica clínica incluidas en las estaciones clínicas.

Unidad de baja complejidad - Atención aguda

Esta unidad estaría formada por aquellos pacientes sanos, que consultan principalmente por patologías o condiciones agudas. Por este motivo, la prevención primaria es uno de los objetivos principales de esta unidad.

CONCLUSIONES

La clasificación de la población asignada en función de su grado de complejidad es factible. En este sentido, la validez de contenidos y de constructo de la propuesta de identificación resultarían reforzadas por los resultados del proyecto.

Este proyecto pone de manifiesto el papel nuclear de la Atención Primaria en cuanto a la identificación de la complejidad de los pacientes y su abordaje integral.

Se evidencia también la capacidad de gestionar las necesidades desde los propios recursos (domiciliarios y ambulatorios, médicos y de enfermería), con el nuevo modelo organizativo. De la misma forma la continuidad y la longitudinalidad de la atención, que son atributos idiosincráticos de la atención primaria de nuestro país, se verían preservados en el nuevo modelo de gestión, manteniendo así la capacidad para atender las necesidades más complejas de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Averill RF, Goldfield NI, Eisenlander J. Development and evaluation of clinical risk groups. Final Report to the National Institutes of Standards and Technology, US Department of Commerce.
2. Huntley AL, Johnson R, Purdy S, Valderas JM, Salisbury C. Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: A systematic review and guide. *Ann Fam Med.*, 10 (2012), p.134-141
3. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanase A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med.*, 3 (2005), p. 223-228.
4. Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most chronic condition - multimorbidity. *JAMA*, 307 (2012), p. 2493-2494
5. Barnett K, Mercer S, 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*, 380 (2012), p. 37-43.
6. Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care : A retrospective cohort study. *Br J Gen Pract.*, 61 (2011), p. e12-e21
7. Estupiñán Ramírez M, Trisancho Ajamil R, Company Sancho MC, Sánchez Janáriz H. Comparison of predictive models for the selection of high-complexity patients]. *Gac Sanit.* 2019 Jan - Feb;33(1):60-65. Disponible en: 10.1016/j.gaceta.2017.06.003. Epub 2017 Aug 19. Spanish.
8. Miller AM, Swartwout KD, Schoeny ME, Vail M, McClenton R. Care coordination to target patient complexity and reduce disparities in primary care. *Public Health Nurs.* 2019 Mar 20. Disponible en: 10.1111/phn.12606
9. Hudon C, Chouinard MC, Aubrey-Bassler K, Burge F, Doucet S, Ramsden VR, Brodeur M, et al. Case management in primary care for frequent users of health-care services with chronic diseases and complex care needs: an implementation and realist evaluation protocol. *BMJ Open.* 2018 Nov 25;8(11): e026433. Disponible en: 10.1136/bmjopen-2018-026433
10. Blay, C and Limón, E. Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas: conceptualización e introducción a los elementos operativos. [Bases for a Catalan model of attention to people with complex needs: conceptualization and introduction to the operative elements]. Barcelona: Departament de Salut; 2016. [cited 2017 24 June]. Aten

- Primaria. 2016 Dec;48(10):674-682. doi: 10.1016/j.aprim.2016.06.003. Epub 2016 Aug 3. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/bases_modelo_personas_complejidad.pdf.
11. Schaink AK, Kuluski K, Lyons RF, Fortin M, Jadad AR, Upshur R, et al. A scoping review and thematic classification of patient complexity: offering a unifying framework. *Journal of Comorbidity*, 2012; 2(1): 1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.15256/joc.2012.2.15>
12. Grembowski D, Schaefer J, Johnson KE, Fischer H, Moore SL, Tai-Seale M, et al. AHRQ MCC Research Network. A conceptual model of the role of complexity in the care of patients with multiple chronic conditions. *Medical Care*, 2014; 52(Suppl 3): S7–S14. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000045>
13. Zullig LL, Whitson HE, Hastings SN, Beadles Ch, Kravchenko J, Akushevich I, et al. A Systematic Review of Conceptual Frameworks of Medical Complexity and New Model Development. *J Gen Intern Med*, 2016; 31(3): 329–337. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3512-2>
14. Grant RW, Ashburner JM, Hong CS, Chang Y, Barry MJ, Atlas SJ. Defining patient complexity from the primary care physician's perspective: a cohort study. *Ann Intern Med* 2011; 155:797–804.



La calidad como filosofía de trabajo



Miguel Alias Ferrer

Administrativo del EAP Camps Blancs. Abogado. Vocal de la Sección de Derecho Sanitario del Ilustre Colegio de la Abogacía de Barcelona (ICAB).
maliasf@icab.cat

ABSTRACT

Professional experience in the healthcare field has led to discovering and detecting numerous professional activities that often go unnoticed and are not collected, compiled and recorded. The research focuses on the possibility of maintaining the benefits of the quality without the necessity of restoring the ISO certification.

The added value of healthcare professionals are those activities on the margins of their activity, which provide them with a different and humanitarian character to their profession.

The present study analyses the definition of quality, process and procedure and examines the novelties of ISO 9001:2015.

The methodology was divided in 4 phases, an initial analysis, publicity and involvement, quality commissions, foreseen difficulties and implementation.

This project develops as key interventions the implementation of a scoreboard, complaints management, satisfaction survey, improvement plans, and internal audits.

The paper concludes on how quality can be sustained as a work philosophy, highlighting the value of active participation of all team members and the use of continuous improvement tools with the final objective to ensure effective and high-quality management.

KEYWORDS

Quality, ISO, Procedure, Process

RESUMEN

La experiencia profesional en el ámbito sanitario ha permitido descubrir y detectar numerosas actividades profesionales que a menudo pasan desapercibidas y no son recogidas, recopiladas ni registradas. La investigación se enfoca en la posibilidad de mantener los beneficios de la calidad sin la necesidad de recurrir a la certificación ISO.

El valor añadido de los profesionales sanitarios, son aquellas actividades que se encuentran al margen de su ocupación, y que dan este carácter diferente y humanitario a su profesión.

El presente estudio analiza la definición de calidad, proceso y procedimiento, y examina las novedades de la ISO 9001:2015.

La metodología se dividió en 4 fases, un análisis inicial, publicidad e implicación, comisiones de calidad, dificultades previstas y puesta en marcha.

El trabajo desarrolla como intervenciones clave, la implementación de un cuadro de indicadores, gestión de reclamaciones, encuesta de satisfacción, planes de mejora, y auditorías internas.

El trabajo concluye que la calidad puede ser sostenida como una filosofía de trabajo, subrayando la importancia de la participación activa de todos los miembros del equipo y el uso de herramientas de mejora continua, con la finalidad de asegurar una gestión efectiva y de alta calidad.

PALABRAS CLAVE

Calidad, ISO, Procedimiento, Proceso

INTRODUCCIÓN

Su título, “La calidad como filosofía de trabajo”, induce a considerar que la calidad y sus estructuras pueden ser entendidas como un estilo o forma de trabajo.

La introducción ofrece una visión clara de los objetivos y motivaciones del estudio basada en tres elementos:

- La experiencia del centro: durante 5 años, desde 2012 a 2017, el centro estudiado obtuvo la certificación ISO 9001/2015 y se abandonó dicha normativa transcurrido ese periodo.
- Nueva normativa ISO 9001/2015: supuso un trabajo adicional de adaptación, una “puesta en marcha” a la nueva normativa, y como contraprestación, también la obtención de beneficios y la justificación de la actividad profesional.
- La Dirección de Atención Primaria decide abandonar la certificación.

El estudio pasa por definir 3 palabras clave:

Calidad. Se hace referencia a su evolución histórica con autores de renombre como Joseph Juran, William Edwards Deming, Avedis Donabedian y que la OMS define como: “Aquella que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una manera global y precisa, de manera oportuna y tan efectiva como permita el estudio actual del conocimiento”.

Proceso. Se entiende por proceso la actividad que hacen los profesionales hacia sus clientes y el resultado final genera un valor añadido. Diferencia 3 tipos de procesos: estratégicos, clave y de soporte.

Procedimiento. El procedimiento se define en la ISO 9001/2015, como una norma específica para llevar a cabo una actividad. No todos los procesos requieren un procedimiento, pero aquellos que los hacen deben seguir un conjunto específico de pasos.

Los objetivos que se persiguen son:

Generales:

- Mantener la calidad de la actividad asistencial.
- La perfección de los usuarios sobre el servicio y el trato recibido.

Específicos:

- Perfeccionar y diseñar los estándares.
- Revisar y rediseñar los procesos.
- Fomentar el clima laboral de motivación y participación.
- Favorecer el crecimiento profesional.

CONTENIDO

1. METODOLOGÍA

Análisis de la situación e identificación de la población.

Entorno

Municipio de Sant Boi de Llobregat, que actualmente cuenta con una población de 95.102 habitantes. En concreto se trata del ABS Camps Blancs, un CAP localizado en un barrio marginal, donde la incidencia de desempleo es elevada, así como el fracaso escolar, el envejecimiento y la prevalencia de enfermedades crónicas, donde la población asignada es de 10.225 usuarios.

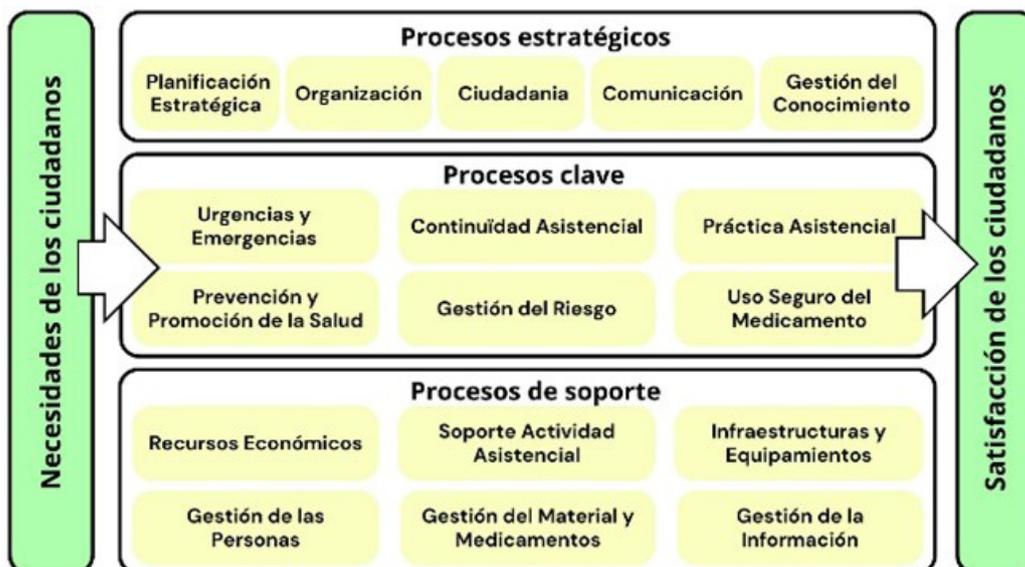


Figura 1. Comisión de Calidad DAP Metropolitana Sur.2018.

Identificación de los profesionales

El Equipo de Atención Primaria (EAP) cuenta con 7 médicos de familia, 3 pediatras, 9 enfermeras, 1 auxiliar de enfermería, 7 de la Unidad de Atención al Usuario (UAC) y 2 personas externas del servicio de limpieza.

Descripción del estudio

1. Fase I: Presentación del proyecto. El proyecto se presentó a la Dirección del centro, explicando la importancia de mantener la gestión de la calidad tras la decisión de abandonar la certificación ISO. La dirección aprobó continuar con los criterios de calidad y autorizó el desarrollo del plan.
2. Fase II: Publicidad e implicación. Se informó a todo el personal sobre la decisión adoptada de seguir con el proyecto de calidad. Se creó una comisión de calidad y un núcleo de seguridad, solicitando la colaboración del personal.
3. Fase III: Reuniones de la comisión de calidad. La comisión de calidad fue integrada por la directora del EAP, la adjunta de dirección, la referente de la UAC, la referente de calidad de Dirección de Atención Primaria (DAP), y la referente de formación y personal de la UAC. El núcleo de seguridad está compuesto por 3 miembros, la referente de calidad de DAP, el administrativo de UAC y enfermería.
4. Fase IV: Dificultades de puesta en marcha. Se reconocieron las siguientes dificultades: primero, se trata de un centro pequeño; en segundo lugar, la carga de trabajo; y, por último, la antigüedad del personal. Se realizaron reuniones iniciales con buena acogida y se establecieron los primeros pasos del proyecto.

2. INTERVENCIONES

Cuadro de indicadores

El cuadro de indicadores es una herramienta de gestión que facilita la toma de decisiones, incluye indicadores de ciudadanía y de seguridad del paciente gestionados por la UAC y el servicio de enfermería. Los indicadores de facultativos se encuentran en el programa ECAP y los indicadores del equipo directivo se encuentran en Khalix.

Reclamaciones, agradecimientos, y sugerencias

Las opiniones de los usuarios se expresan por medio de reclamaciones, agradecimientos y sugerencias. Se registran y analizan para mejorar el servicio; y se fomenta el registro de reclamaciones orales para detectar anomalías.

Declaración de incidencias

Para recoger y registrar las incidencias se utiliza la herramienta de intranet PROSP, más tarde, son revisadas y valoradas por el núcleo de seguridad.

Las incidencias repetitivas, significativas o graves se elevan al comité de calidad para adoptar medidas correctivas.

Comité de calidad

Este organismo tiene funciones de prevenir las no conformidades, dirigir acciones correctivas y asegurar el cumplimiento de los acuerdos de gestión de calidad.

Núcleo de seguridad

El núcleo de seguridad se encarga de analizar notificaciones y asegurar el cumplimiento de los acuerdos de gestión de calidad.

% INCIDENCIAS DE PROGRAMACIÓN

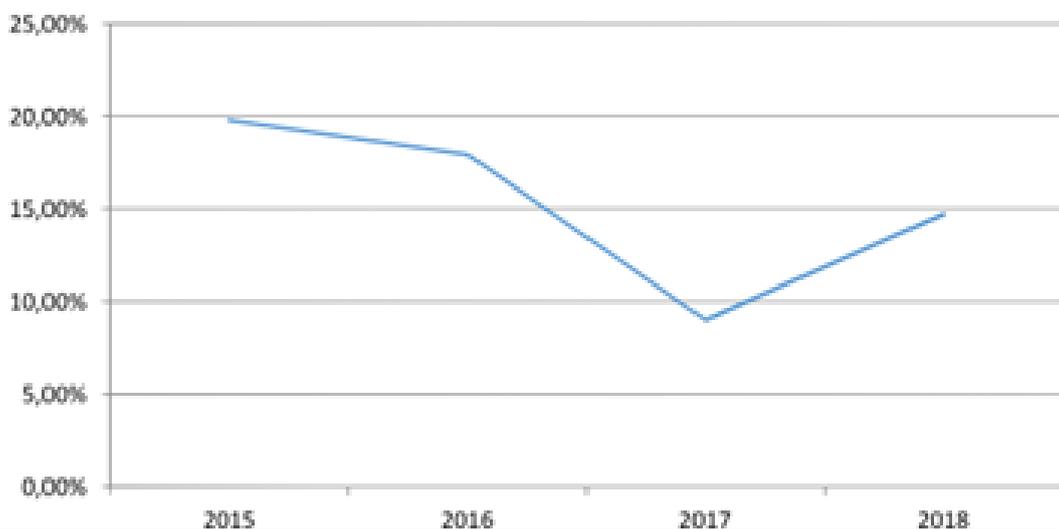


Figura 2. Aplicativo Declaración de Incidencias 2015-2018. EAP CAMPS BLANCS

Encuesta de satisfacción

Las encuestas internas y externas miden la opinión entre estamentos y profesionales, también entre pacientes y los servicios recibidos. En general, se utilizan para mejorar la gestión de recursos, conocer también las reacciones de los usuarios y mejorar la competitividad y los resultados del centro.

Informe de revisión

En este documento se resume toda la actividad realizada, analizando la conveniencia, la adecuación, la eficacia y la alineación continua con la estrategia del centro. Incluye información sobre encuestas de satisfacción, objetivos, desempeño de procesos, no conformidades y auditorías.

Plan de mejora

En el plan de mejora se identifican riesgos y debilidades, proponiendo soluciones. Incluye pasos para identificar problemas, causas, definir objetivos y acciones de mejora con el consiguiente seguimiento.

Auditoría interna

Se descartan las auditorías externas que conllevan un gasto económico al ser realizadas por entidades privadas. Con las auditorías internas se pretende analizar la formación y mejora continua de los procesos sin penalizaciones por la no conformidad, así como se busca empoderar al personal en el manejo de procedimientos y solucionar dudas.

Incidente relacionado con la seguridad del paciente (IRSP)

Se utiliza como herramienta el TPSC Cloud, analizando las causas y proponiendo soluciones. Anualmente se organiza una sesión con todo el personal, en la que se presentan los casos gestionados, resueltos y no resueltos, con el fin de mejorar la seguridad del paciente.

RESULTADOS

El proyecto presentado nombra varios aspectos críticos y una base sólida para implementar acciones destinadas a mejorar la eficacia y la satisfacción del EAP estudiado:

- Se examinan datos relativos.
- Comunicación de Incidentes (TPSC Cloud).
- Plan de mejora de la gestión de la programación.
- Encuesta de satisfacción del cliente interno.
- Auditoría telefónica y auditoría interna.

Los datos revelan la comunicación de incidentes de riesgo bajo entre los años relativos al trabajo.

El compromiso del personal es elevado, dato obtenido por medio de la encuesta de calidad de vida.

Se crea un equipo de mejora dado el alto número de incidencias, la decisión se basa en 4 criterios:

- Elevado número de incidencias relacionadas con la programación.
- La programación es un proceso fundamental del EAP.
- Es un papel clave que se puede mejorar.
- La gran motivación por parte del personal EAP.

La encuesta de satisfacción del cliente interno muestra en primer lugar una alta tasa de participación, con una satisfacción general de promedio de 8,2.

La auditoría telefónica está pendiente de su ejecución, pero los elementos de identificación que son contestar la llamada en menos de un minuto, identificación del centro, identificación del personal y el idioma, se encuentran implantados y asumidos por el personal.

CONCLUSIONES

Este modelo conlleva una eficiencia, eficacia y efectividad y para ello requiere la implicación de todos los estamentos, siendo un equipo interdisciplinario, transversal y sumando sinergias.

Puede aplicarse en EAP, laboratorios clínicos, servicios de diagnóstico por la imagen, anatomía patológica y de más; donde dichos servicios precisan certificaciones acreditativas por seguridad y sofisticación.

En definitiva, se puede determinar que estas medidas contribuyen a una mejora de los procesos y circuitos, que también logran facilitar el trabajo de los profesionales, mejorando el clima laboral y las condiciones de trabajo.

Por último, permite compartir responsabilidades de la organización en el análisis de los problemas y en la propuesta de soluciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. ISO. (2015). Norma ISO 9001:2015. Sistemas de gestión de la calidad — Requisitos. Organización Internacional de Normalización. Disponible en: <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9001:ed-5:v1>
2. Martínez, C. (2023). ¿Cuál es el origen y la utilidad de un sistema de gestión de la calidad? Revista Digital INESEM. Disponible en: <https://www.inesem.es/revista-digital/gestion-integrada/sistema-gestion-calidad/>
3. Tirado, E. (2016). ISO 9001:2015: Diferencia entre proceso y procedimiento. Nueva ISO 9001:2015. Disponible en: <https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2016/01/iso-9001-2015-diferencia-proceso-procedimiento/>

Aproximación del modelo de acreditación catalán 2023: cambios en EFQM 2020 y en la *Joint Commission International* 2021



John Restrepo Benavides

Universidad Internacional de Cataluña
jhrestrepo@uic.es



Jaume Durán Navarro

Director General de la Fundació Sanitària de Mollet
jduran@fsm.cat

ABSTRACT

In 2006, the accreditation system for acute hospital care centers in Catalonia was updated to align with modern quality management trends, establishing an innovative model in Europe. Since its approval that year, the model has evolved through five successive versions released in 2006, 2013, 2020, 2022, and 2023. The latest version integrates and simplifies the standards manual with the evaluator's manual (both from 2020) to facilitate its application by the centers and their evaluators, emphasizing continuous improvement in the system. This approach has been reviewed and adjusted in line with current quality models such as the EFQM 2020 Model and the seventh edition of Joint Commission International (JCI) 2021, incorporating extensive validated knowledge about healthcare quality, standards, and evaluation. This systematic review is based on an exhaustive bibliographic review of the current versions, defining basic concepts and offering recommendations and reflections on the system.

KEYWORDS

Accreditation, EFQM, JCI, Equivalences, Updates

RESUMEN

En 2006, el sistema de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña fue renovado conforme a las tendencias modernas en gestión de calidad, estableciendo un modelo innovador en Europa. Desde su aprobación en ese año, el modelo ha evolucionado a través de cinco versiones sucesivas lanzadas en 2006, 2013, 2020, 2022 y 2023. La versión más reciente integra y simplifica el manual de estándares con el manual del evaluador (ambos de 2020) para facilitar su aplicación por los centros y sus evaluadores, enfatizando la mejora continua en el sistema. Esta aproximación ha sido revisada y ajustada en función de los modelos de calidad vigentes como el Modelo EFQM 2020 y la séptima edición de *Joint Commission International* (JCI) de 2021, incorporando un amplio conocimiento validado sobre calidad asistencial, estándares y evaluación. Además, esta revisión sistemática se ha fundamentado en una exhaustiva revisión bibliográfica de las versiones actuales, definiendo conceptos básicos y ofreciendo recomendaciones y reflexiones sobre el sistema.

PALABRAS CLAVE

Acreditación, EFQM, JCI, Equivalencias, Novedades

INTRODUCCIÓN

Los procesos de acreditación se benefician de una constante mejora y actualización. Con este punto de vista surge la necesidad de comparar el sistema de acreditación actual catalán con otros estándares internacionales (JCI y EFQM), para proponer la actualización de estándares e integración de aspectos relevantes que contribuyan a mejorar la calidad y seguridad en el sistema de acreditación catalán, específicamente en sus centros de atención hospitalaria aguda.

Los sistemas de salud de los países en el mundo y, entre ellos, el Sistema Nacional de Salud español además de los Departamentos de Salud de las comunidades autónomas, de cobertura universal, promueven la estandarización y la acreditación de equipos para evaluar y mejorar sus procesos asistenciales¹.

De este modo, las administraciones, a través de estos procedimientos acreditativos, pretenden dar crédito, garantía y confianza a los usuarios y pacientes del nivel de calidad en la atención sanitaria, asegurando unas normas y estándares óptimos, para asegurar su responsabilidad social hacia los ciudadanos.

Los objetivos de un sistema de acreditación son, principalmente: establecer un nivel de calidad para la organización competente e impulsar la mejora continua de las organizaciones sanitarias. Además, la acreditación de una organización sanitaria mediante estándares ha de permitir a las instituciones dotarse de unos instrumentos de medida y evaluación, que promuevan la mejora continua y la obtención de unos resultados de salud excelentes².

Hacia los años 2000 el sistema catalán carecía de un modelo único y establecido de referencia en materia de acreditación de organizaciones sanitarias. La comunidad autónoma de Cataluña fue la primera con capacidad de planificación y gestión de su sistema sanitario, el cual se consideró un esquema innovador y pionero en Europa. Se evaluaba la estructura física y organizativa de los hospitales de atención para enfermos agudos y también los instrumentos principales para la contratación de servicios sanitarios de los hospitales financiados públicamente, que debían acreditarse según el modelo de acreditación vigente, mientras que para los hospitales privados la acreditación era voluntaria.

En 2005, en Cataluña se implementó un nuevo modelo de acreditación hospitalaria basado en el modelo de la EFQM, que ponía énfasis en los procesos y la mejora continua. En el 2006, el sistema fue renovado y adaptado a las modernas tendencias en gestión de la calidad. Se aprobó el modelo de estándares de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña, conteniendo cinco versiones: la inicial en el 2006, en 2013, en 2020, en 2022 y en el 2023 el nuevo manual, que unifica el manual de estándares y el manual del evaluador publicados en enero del 2020, a fin de que los centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña y sus evaluadores dispongan de una versión que les sea más fácil aplicar incluyendo la mejora continua a lo largo del modelo y representándolos en sus subcriterios y estándares. Cada una de estas ediciones anteriores busca reflejar el pensamiento más actual en las prácticas y en los conceptos de seguridad del paciente para ayudar a las organizaciones, acreditadas o no acreditadas, a descubrir sus riesgos de seguridad más urgentes y avanzar en sus objetivos de mejora continua de la calidad³.

En la actualidad, los centros sanitarios deben pasar un proceso de acreditación que, mediante un sistema de verificación externa, evalúa el nivel en que se sitúa el centro en relación con un conjunto de referentes previamente establecidos, consensuados con los expertos y adaptados al territorio catalán, para garantizar una asistencia eficaz y de calidad a la ciudadanía.

La Generalitat de Cataluña considera la calidad de las prestaciones de servicios sanitarios como un derecho del ciudadano y en su ejercicio como autoridad sanitaria establece y evalúa el nivel de calidad de los centros proveedores mediante la aplicación de un sistema de acreditación de sus instituciones sanitarias.

A nivel global existen prestigiosos modelos de acreditación que evalúan la calidad observada y la calidad real de la atención en organizaciones sanitarias y, pese a ser diferentes, todos son de gran importancia para mejorar los servicios y asegurar la confianza de sus clientes⁴.

La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, entidad americana, es una de las mayores y más antiguas instituciones de acreditación, la cual busca promover la mejora de las organizaciones, con gran rigurosidad técnica, tanto en la elaboración de los estándares como en el proceso de evaluación de las organizaciones. Al ser un modelo específicamente sanitario, define de forma precisa en qué consiste la atención óptima al cliente

en estos sectores y qué procesos de atención debe implantar la organización para garantizarla⁵.

Otra importante entidad internacional reconocida es la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), la cual, en un marco de gestión, reconocido a nivel mundial, aborda la transformación desde el punto de vista de la gestión, para alcanzar el éxito y mejorar significativamente el rendimiento de las organizaciones⁶.

El uso del Modelo permite contemplar la organización en su conjunto, adoptar una perspectiva holística o global y apreciar que es un sistema complejo, pero que, a la vez, es un sistema organizado; este sistema ayuda a alcanzar el éxito, midiendo dónde se encuentra en el camino para crear valor sostenible, identificando y comprendiendo los vacíos para encontrar soluciones⁷.

La revisión del sistema de la salud de Cataluña a la luz de las modificaciones a partir de los modelos de calidad actualmente vigentes, como el Modelo EFQM 2020 y JCI 7ª edición, dará una aproximación a un conjunto significativo de conocimientos sólidos y validados en la literatura existente sobre calidad asistencial, estándares y sistemas de evaluación.

Adicionalmente, es muy importante para cualquier empresa o negocio conocer lo que sucede en tiempo real. Disponer de esta visión global real facilita la toma de decisiones, permitiendo a la empresa adelantarse y actuar de forma ágil, detectar mejoras continuas en la calidad y orientar el camino de la acreditación.

Los indicadores de rendimiento permiten conocer si un proceso se está realizando de forma óptima, cómo debe realizarse o si está sufriendo algún tipo de desviación; estos parámetros son útiles para conocer cómo se están realizando los procesos. La medición de este tipo de indicadores debe realizarse con frecuencia para mostrar siempre en el cuadro de mando el valor que represente el estado actual, el pasado y permita hacer proyecciones.

Esta revisión busca similitudes y diferencias del Modelo de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda de Cataluña en comparación con el modelo de Acreditación de Salud de la JCI para hospitales y el modelo de excelencia de la EFQM, a partir de una exhaustiva revisión de la bibliografía de las versiones actuales, para ofrecer recomendaciones y reflexiones⁸.

CONTENIDO

Esta revisión tiene como objetivo principal analizar el modelo de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña, versión 2023, apoyado en una revisión bibliográfica y análisis de contenido para identificar la relación, novedades y equivalencias con los objetivos de la JCI 2021 y criterios del modelo EFQM 2020; y, como objetivo secundario, actualizar la herramienta de gestión informática de evaluación de la Generalitat que facilita e integra los estándares nuevos, ajustando el sistema de puntuación que contemple la obtención de un grado o nivel de cumplimiento y, que a su vez, muestre a través de un cuadro de mando los indicadores generales, tales como:

- Total de estándares completados en curso, en espera o cancelados.
- Costo del estándar, prioridades del estándar: alta, normal, baja.
- Evaluación, cumplimiento, objetivo, tendencia.
- Subestatus, áreas responsables, grupos de personas implicadas (gestor, desarrollador, analista, ejecución).
- Fechas de inicio, revisión, auditoría interna, auditoría de la Generalitat.
- Comentarios del evaluador.
- Gráficos de columnas que muestren el total de estándares y tipo de estándar.
- Gráficos de anillos que muestren el estado de la acreditación: activos o no activos.
- Gráfico que muestre los estándares de los gestores.
- Segmentaciones de nombres de los estándares interconectados para mostrar todas las tablas de cada estándar.

A través del desarrollo de tablas en el programa de Excel, diseñadas a tal efecto y realizadas en el marco de un proceso estructurado en el que se asegura un total contraste de los datos recopilados de los 3 modelos y sus estándares, se garantiza la triangulación de datos por medio de un análisis de criterios, subcriterios y estándares para conocer los principales aspectos de los modelos de acreditación.

Inicialmente, se recopiló información a través de una revisión bibliográfica, seleccionando fuentes con una antigüedad máxima de 5 años, a excepción de documentos fundamentales para el análisis completo del tema en estudio.

El periodo de cruce de la información se centró en el intervalo de los meses de junio y agosto de 2023, periodo en el que se llevó a cabo el desarrollo de las tablas en el programa Excel, sobre tres manuales de calidad, un documento local de estándares y evaluación (modelo de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña, 5ª edición) con 1.312 estándares y dos documentos Internacionales (Modelo EFQM 2020, 2ª edición y estándares de la JCI, 7ª edición) que son utilizados con diferentes objetivos que abordan los problemas reales a los que se enfrentan las organizaciones en la actualidad. La EFQM cuenta con más de 1.000 estándares posibles y la organización con más experiencia en acreditación sanitaria de todo el mundo, JCI, con aproximadamente 329 estándares asociados al ámbito sanitario y sus elementos medibles que indican lo que se revisa y se puntúa durante el proceso de evaluación in situ, con un total aproximado de 1.250 incluyendo los de liderazgo. No obstante, cabe mencionar que en la JCI hay también estándares de evaluación que corresponden a los Requisitos de Participación en la Acreditación (APR), pero que en esta aproximación no se incluyen porque no son propios de la calidad asistencial.

La metodología empleada ha sido cualitativa, análisis de los tres manuales de acreditación, con el objetivo de simplificar el proceso, facilitar la estructuración de los datos y manejar y gestionar grandes cantidades de información.

Una vez completado el análisis cualitativo, basado en revisión de estándares y criterios y evolución de ellos, se confirman las dimensiones teóricas que configuran el modelo EFQM y el modelo JCI aplicado a la acreditación catalana, en el cual se puede empezar a evidenciar el contraste que se plantea en el primer objetivo.

Para ello, se ha llevado a cabo, en primer lugar, un análisis para verificar hasta qué punto los estándares específicos del modelo EFQM y JCI asociados a cada criterio y subcriterio del modelo catalán que conforman cada uno de los puntos importantes, se representan adecuadamente.

En segundo lugar, como contraste de las relaciones entre los distintos subcriterios y estándares del modelo EFQM

y JCI, identificando aquellos subcriterios específicos más relevantes dentro de cada criterio o subcriterio, además de posibilitar el planteamiento de un modelo catalán simplificado que permita llevar a cabo evaluaciones más precisas, así como orientarlo de forma más adecuada a sus centros de atención hospitalaria aguda hacia la mejora y la transformación.

Y, en tercer lugar y para completar el segundo objetivo, la versión informatizada de Excel con los estándares, a modo de instrumento de evaluación, contiene un sistema de puntuación que incluye el ciclo de mejora continua, recoge un único resultado final, el cumplimiento final y global de los estándares. Para realizar su mejora, se elaboró en la versión paga del programa informático Excel 365 (Microsoft Office), utilizando una base de datos de todos los estándares y enriqueciéndola, adicionando campos de estatus, prioridad, subestatus, áreas responsables, gestores de los estándares (personas implicadas), costos, ahorros, horas de dedicación, fechas seleccionadas (fecha de inicio hasta la fecha de auditoría con la Generalitat) y comentarios del evaluador.

Por medio de la utilización de filtros avanzados, tablas de datos, tablas dinámicas, fórmulas matriciales avanzadas de lógica del programa, diseño, organización y dominio del análisis de los datos y de la confección de un cuadro de mando integral (*dashboard*), se desarrolló una herramienta *software* en Microsoft Excel muy potente, fácil de usar por las organizaciones públicas sanitarias y que brinda la generación de reportes efectivos de evaluación en donde se tiene la disponibilidad de la información de la eficiencia y eficacia de la acreditación catalana que puede ser aplicada en cada uno de los centros sanitarios de Cataluña. Sin embargo, esta mejora es meramente informativa y académica, no tiene ninguna relación con el Departamento de Salud de Cataluña o con ningún centro, hospital, u organización sanitaria que esté adscrita al sistema de acreditación catalán. Su uso no tiene ninguna validez para alcanzar los estándares que acreditan ante el CatSalut a centros sanitarios que presten asistencia en el ámbito de la atención hospitalaria aguda en Cataluña.

RESULTADOS

Entre los resultados del primer objetivo se pueden destacar tres puntos importantes:

1. Principales diferencias conceptuales entre los tres modelos de acreditación:

Buscador de Estándares del Manual de Acreditación de Centros de Atención Hospitalaria Aguda en Cataluña										
Numero	Estándar	Evidencia	Cod. Estándar	Esencial o No	Dim. Est.	Metodo EV.	Estándares Relacionados	Criterio	Subcriterio	Agrupador
156	El plan de gestión de la información se revisa y actualiza con la periodicidad prevista de forma objetiva y se modifica, si procede, en función de la evolución del entorno, de su efectividad o de nuevas prioridades.	Verificar las últimas revisiones.	2b-01-R-01-F	Esencial	R	RD, FP	-	2. Estrategia	Subcriterio 2.b.: La estrategia se basa en comprender el rendimiento de la organización y sus capacidades.	Agrupador conceptual 0 Información y análisis p la estrategia

Figura 1. Buscador de estándares del manual de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña.

- El modelo de acreditación catalán es un modelo adecuado, establecido para evaluar organizaciones y su conjunto, y se adapta muy bien al antiguo modelo EFQM 2013 enfocado a más a agentes y resultados; se adapta bien a la JCI.
- El modelo EFQM 2020 es más completo, porque está más enfocado a la dirección, ejecución y resultados, y no es complejo para que las organizaciones sanitarias se adhieran él; no es obligatorio, además da la posibilidad de una autoevaluación interna, ofreciendo oportunidades de mejora, con la implicación de todos los profesionales hacia la calidad.
- El modelo JCI fue creado específicamente para instituciones sanitarias y está basado en funciones de

todas las áreas clave de las organizaciones sanitarias. Además, en cada última edición, destaca la revisión de la literatura científica para la práctica clínica y procesos actuales basados en la evidencia, además contiene fuentes autorizadas para estudiar las directrices de la industria a fin de respaldar los estándares nuevos y revisados con una orientación más clínica a nivel hospitalario, actualmente han incluido estándares de gestión global para toda la organización.

2. Se resumen los análisis comparativos de los modelos utilizados en la acreditación de centros de atención hospitalaria en Cataluña 2023 (Tabla 1), destacándose las novedades y equivalencias más importantes entre estos modelos y el Modelo EFQM 2020, resaltando las similitudes y diferencias clave.

Acreditación catalana 2023	EFQM 2020	Análisis o contraste
No existe comparación	2.3 Estimular la creatividad y la innovación.	Las actuaciones de la organización sobre la creatividad e innovación afectan no solo a los productos, servicios y soluciones, sino también a los procesos internos, la organización y la gestión, como subcriterios clave se podrían ejemplificar: * Entiende la importancia y los beneficios de focalizarse en la creatividad, la innovación y el pensamiento disruptivo para alcanzar su propósito, visión y estrategia. * Establece metas y objetivos ambiciosos que estimulan la creatividad, la innovación y el pensamiento disruptivo.
No existe comparación	3.3 Inversores y reguladores: asegurar y mantener su apoyo continuo.	Obtener y mantener la confianza de los inversores, accionistas y reguladores es una necesidad cada vez más importante, sobre todo en áreas de actividad donde las inversiones en tecnología, I+D y el cumplimiento normativo suponen un desafío constante, como subcriterios clave se podrían ejemplificar: * Identifica a los inversores y reguladores clave que poseen un interés financiero, legal y administrativo en la organización y comprende sus necesidades y expectativas. * Implica a sus inversores y reguladores clave en sus objetivos de mejora y transformación y en la definición de su estrategia global.
No existe comparación	3.4 Sociedad: contribuir a su desarrollo, bienestar y prosperidad.	La creciente importancia de la conciencia social de la organización, así como las potenciales oportunidades de diferenciación y de propuesta de valor constituyen un elemento clave de su proyección con la sociedad, como subcriterios clave se podrían ejemplificar: * Usa su propósito, visión y estrategia para comprender y enfocar de manera clara cómo contribuir a su comunidad. * Establece, desarrolla y mantiene una relación con los grupos de interés clave de su comunidad encaminada al beneficio mutuo de la organización y su comunidad.

Tabla 1. Atención Hospitalaria en Cataluña 2023 en relación con las novedades y equivalencias al Modelo EFQM 2020, Criterio 2.3, 3.3 y 3.4. Fuente: Elaboración Propia.

Acreditación catalana 2023	JCI 2021	Análisis o contraste
Nuevo, no existe comparación	IPSG 3.4 El hospital desarrolla e implementa un proceso para reducir el riesgo de daño por caídas a los pacientes ambulatorios.	En el contexto de la población atendida, de los servicios proporcionados y de sus instalaciones, el hospital debe evaluar las caídas de los pacientes y tomar medidas para reducir ese riesgo y reducir el riesgo de lesiones en caso de que se produzca una caída.
No existe comparación	ACC 2.2 Al ingreso como paciente internado, el paciente y la familia reciben educación y orientación sobre la unidad de hospitalización, información acerca de la atención propuesta, cualquier posible costo por la atención y los resultados esperados.	Este estándar se relaciona con los estándares de la acreditación de catalana 593-627-629-669, pero el elemento medible 4 de la JCI que habla de: "El paciente y la familia reciben información sobre cualquier costo esperado relativo a la atención propuesta", no se encuentra textualmente relacionado.
No están definidos los criterios	ACC 2.3 El hospital desarrolla un proceso para la admisión en un departamento o unidad que proporciona servicios especializados o intensivos y el alta de ese departamento o unidad.	Este estándar se relaciona con los estándares de la acreditación de catalana 975-652, con este criterio la JCI justifica que el paciente necesita estar en ese medio y para que esto suceda, cuáles son los criterios que tiene el paciente para estar por ejemplo: en la UCI, unidad de quemados entre otras (ejemplo: si el paciente tiene fallo respiratorio, necesita ventilación mecánica; si tiene fallo cardiaco, necesita soporte inotrópico), pero en el momento que el paciente no cumple esos criterios debe dársele de alta en la unidad correspondiente; con el objetivo de evitar costes innecesarios. En la acreditación catalana no especifica cuáles son los criterios de alta: ni de UCI, ni de unidad de quemados, psiquiatría, paliativos, trasplante (unidades de alto coste).
No están definidos los criterios o no están alineados con los elementos medibles (2)	ACC 3, ACC 4, ACC 4.4.1, ACC 5 (1), ACC 6, PCC 1.3, PCC 2, PCC 2.1, PCC 2.2, PCC3, PCC 3.1, PCC4, PCC 4.1, PCC 4.2, PCC 4.3, PCC 4.4, PCC 5	Son algunos ejemplos más de la JCI con estándares y elementos medibles que no se asocian a ningún criterio, subcriterio o estándar en la acreditación catalana.

(1) Este estándar se relaciona con los estándares de la acreditación catalana 596-692; sin embargo, cuando se realizaba el cruce de estándares se encontró que los números de estándares: 692-763-779-795, 710-771-787, 698-765-781-797, 775-791-807 son repetidos, contienen el mismo enunciado.

(2) Se recomienda analizar y revisar más a fondo el cruce de la información.

Tabla 2. Acreditación de Centros de Atención Hospitalaria en Cataluña 2023 en relación con las novedades y equivalencias al Modelo JCI 2021. Fuente: Elaboración Propia.

Por otro lado, se enfoca en comparar (no todos) estos mismos modelos (Tabla 2) con el Modelo JCI 2021, señalando aspectos importantes que no están presentes en el modelo de acreditación catalán, proporcionando así un enfoque más específico en las diferencias y exclusividades respecto al modelo JCI.

3. En cuanto a los resultados del objetivo secundario, para facilitar el intercambio y la implementación de estándares operativos, es fundamental involucrar a los equipos operativos desde el principio y asegurarse que entiendan los beneficios que aportan los nuevos estándares a sus actividades diarias, por lo que

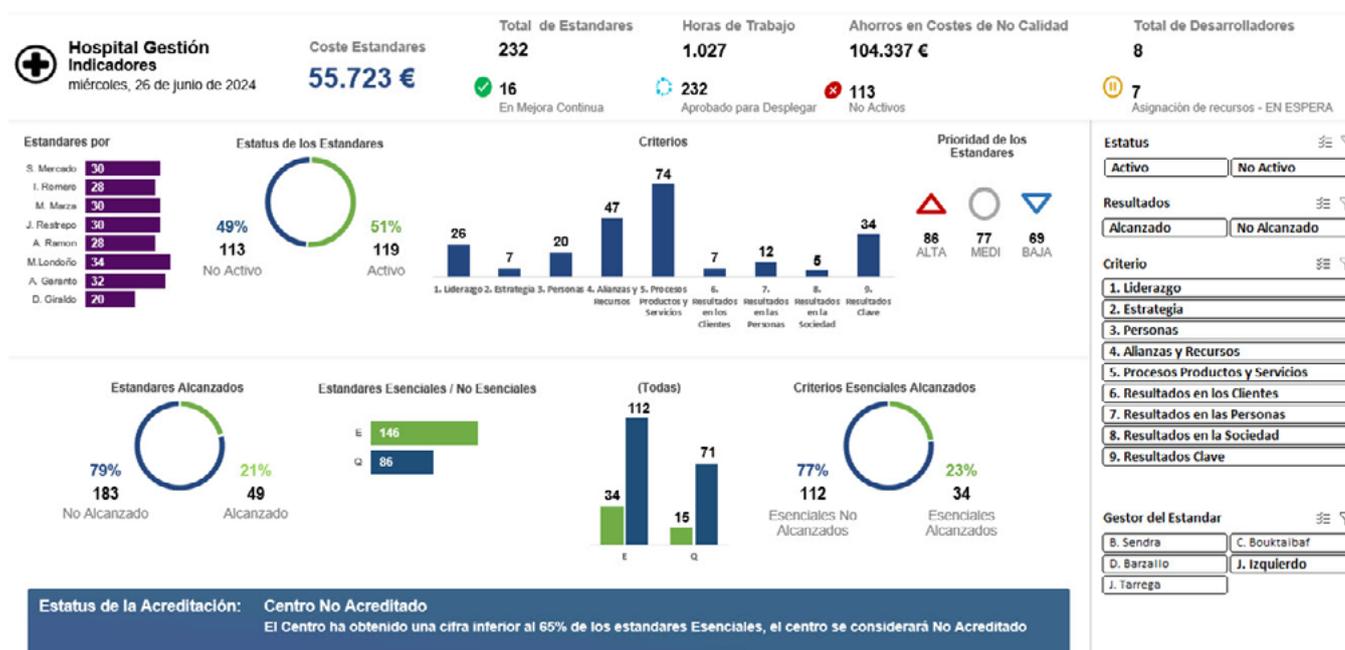


Figura 2. Estatus de acreditación.

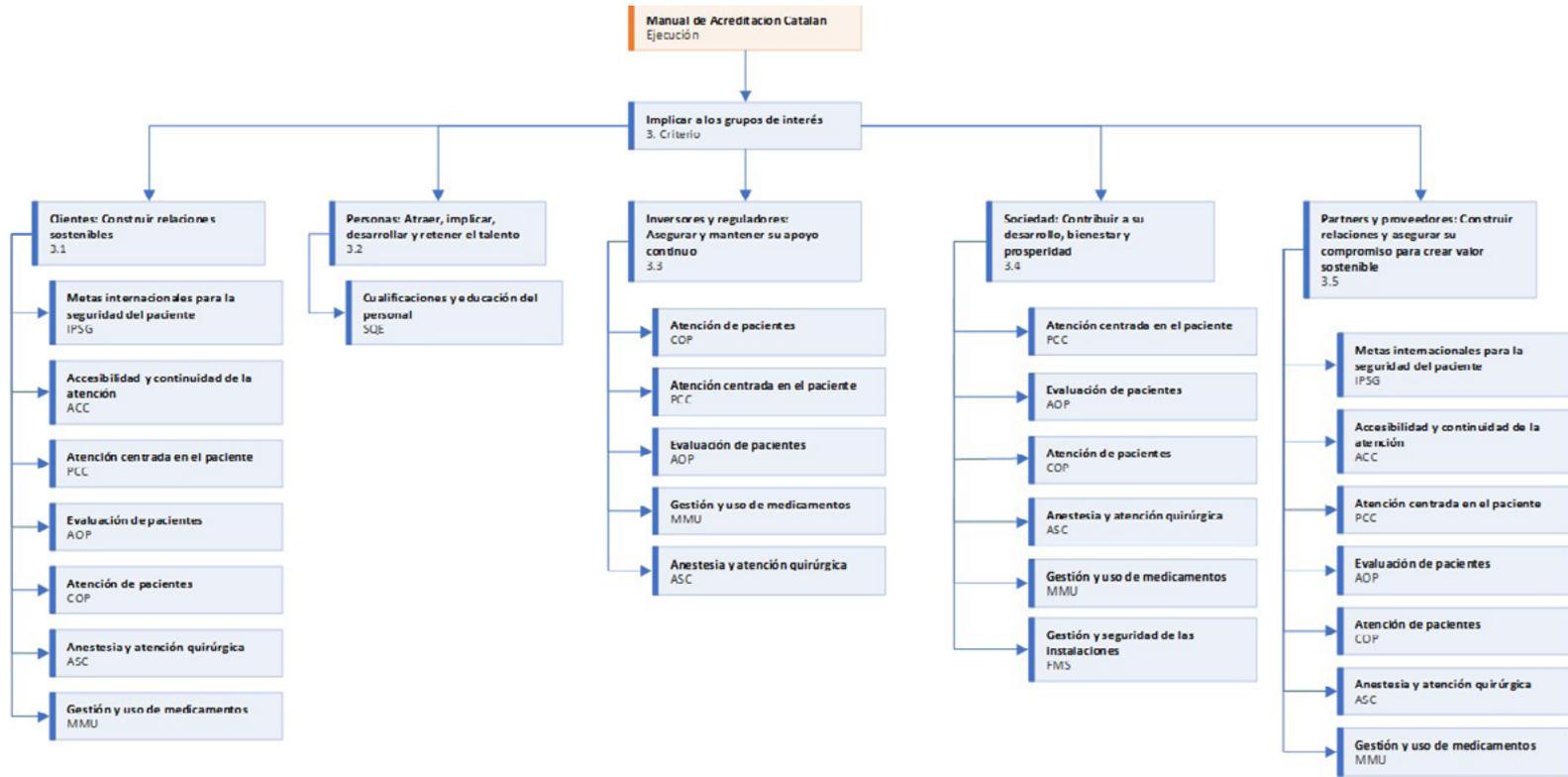


Figura 3. Manual de acreditación.

se incluye en la aplicación un buscador independiente (Figura 1) para cada uno de los siguientes ítems: los números de los estándares, descripción del estándar y su posible evidencia.

La inclusión de diversos indicadores y gráficos en el cuadro de mando parece proporcionar una visión detallada de la gestión de evaluación de acreditación de la Generalitat; la calidad y relevancia de los indicadores son más importantes que la cantidad. Por lo tanto, se han diseñado gráficos que se pueden leer de manera intuitiva, comprensible y que faciliten la interpretación rápida de los datos. La inclusión de comentarios del evaluador podría ser también beneficioso, relevante y útil.

Sería clave para el desarrollo posterior una prueba piloto que permita validar la herramienta en un centro sanitario que acceda a formar parte de la primera prueba de la herramienta⁹.

En resumen, aunque la inclusión de una amplia variedad de indicadores y gráficos puede ser valiosa, es fundamental mantener un equilibrio entre la cantidad de información presentada y su relevancia. La claridad, la simplicidad y la pertinencia son clave para asegurar que el cuadro de mando (Figura 2) sea efectivo y facilite la toma de decisiones.

CONCLUSIONES

Se destacan las siguientes conclusiones:

- El modelo de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña sigue vigente, porque se articula como herramienta esencial proporcionando mejora continua, garantizando la seguridad y la eficiencia de los servicios de atención hospitalaria.
- El proceso de acercar el modelo de acreditación catalán a las bases operativas del hospital implica a los mandos la adaptación e implementación de estándares del manual de acreditación catalán al entorno hospitalario, para llevar a cabo este proceso y facilitar este intercambio.
- Adecuar o actualizar el modelo catalán, que está basado en el modelo EFQM 2013 y en su estructura con total de nueve criterios, al EFQM 2020 con siete criterios; buscando reflejar la transformación, los desafíos y las oportunidades actuales que enfrentan las organizaciones en un ecosistema en constante evolución.
- Revisar el cruce entre el modelo EFQM 2020 y JCI séptima edición, aunque ambos tienen como objetivo mejorar la calidad y seguridad de la atención al

paciente, utilizan enfoques diferentes y no están necesariamente diseñados para ser directamente compatibles entre sí. Sin embargo, es posible identificar áreas de solapamiento y similitudes en los principios generales de calidad que comparten. En un ejercicio preliminar ejemplificante (Figura 3), sería necesario examinar detalladamente los criterios y estándares de ambas acreditaciones para determinar cómo pueden complementarse al modelo catalán; por lo tanto, se puede concluir que es necesario un estudio monográfico donde se pueda ampliar este cruce.

- Perfeccionar o evolucionar la herramienta informática de seguimiento directivo. Esta acción puede resultar fundamental porque la tecnología adecuada proporciona ventajas para mejorar la eficiencia, la toma de decisiones y el rendimiento general de las acreditaciones de los hospitales en Cataluña.
- Sería clave para el desarrollo posterior de la herramienta una prueba piloto en un centro sanitario que acceda a formar parte de esta primera prueba, con el fin de realizar los ajustes necesarios, recolectar indicaciones de perfeccionamiento para su funcionamiento en sus futuras versiones y validar la herramienta definitivamente.
- Para explorar, interactuar y aprovechar al máximo la aplicación en un ambiente de *business intelligence*, se ha escalado a la herramienta: 'Herramienta de análisis, BI para estándares y evaluación de la calidad' en dos versiones: la primera está diseñada específicamente para un hospital¹⁰, mientras que la segunda versión está destinada a todos los hospitales de la comunidad de Cataluña¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oficina de planificación sanitaria y calidad. Proceso de acreditación de centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet]. [Accedido: 04/05/2023]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuestionario/Ma_nual_Acreditacion_Centros_Servicios_Unidades.pdf.
2. López M, Costa N, Tirvió C. Modelo de acreditación de centros de atención hospitalaria aguda de Cataluña. *Med Cli* [Internet]. 2014 [Accedido: 15/06/2023];143(SUPL. 1):68-73. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-modelo-acreditacion-centros-atencion-hospitalaria-S0025775314005594>
3. Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitaria. Acreditación de centros de atención hospitalaria aguda en Cataluña: Documento de estándares y evaluación [Internet]. 5.a ed. Barcelona: Plan editorial; 2023 [Accedido: 04/07/2023]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1683.4>
4. Aranaza M, Leutschera M, Vitaller J. El aseguramiento y la acreditación sanitaria. Qué opinan sobre la acreditación los directivos sanitarios españoles. *Rev Cal Asis* [Internet]. 2003 [Accedido: 06/08/2023];18(2):107-14. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1134282X03775848&r=256>
5. Joint Commission International. Estándares de la Joint Commission International para Hospitales [Internet]. 7.a ed. Joint commission website. Illinois: Joint Commission Resources; 2021 [Accedido: 04/07/2023]. Disponible en: <https://store.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-7th-edition-spanish-version-pdf-site-license/>
6. Club Excelencia en gestión. Modelo EFQM 2020 [Internet]. 2.a ed. European Foundation for Quality Management; 2021 [Accedido: 28/04/2023]. Disponible en: <https://mailchi.mp/ec26e50dcae8/0w9ztk5g02>
7. Martínez B. Calidad. ¿Qué es el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management)? *An Pediatr Contin* [Internet]. 10/2008 [Accedido: 28/07/2023];6(5):313-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-calidad-que-es-el-modelo-S169628180874887X>
8. Davins Miralles J. Comparativa de 3 modelos de gestión de calidad: EFQM, ISO, JCAHO. *FMC*. 2007;14 (6).
9. Restrepo J. Video Aplicación- YouTube [Internet]. 2023 [Accedido: 26/06/2024]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=0ajBirdyBE0>
10. Restrepo J. Herramienta de Análisis, BI para Estándares y Evaluación de la Calidad. Versión Hospital [Internet]. Barcelona; 2024 [Accedido: 26/06/2024]. Disponible en: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrl-joiYjk4YWVmNjUtZjA0NS00YzM1LTg5MTMtOGU5O-DdINmJlOGYwIiwidCI6IjE5MDRmNmY3LTFjM2ItN-DExOC1hM2NkLTUxMmI4MjNiNDQ2MSIsImMiOiJ9>
11. Restrepo J. Herramienta de Análisis, BI para Estándares y Evaluación de la Calidad. Versión Todos los Hospitales [Internet]. Barcelona; 2024 [Accedido: 26/06/2024]. Disponible en: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrl-joiOWYxZjI3YWQtZWQxOC00OTU4LTg0NDQ2MGR-hYTM0NjIjMjIiwidCI6IjE5MDRmNmY3LTFjM2ItN-DExOC1hM2NkLTUxMmI4MjNiNDQ2MSIsImMiOiJ9>

Pago por desempeño de las aseguradoras de salud a los centros de fisioterapia de Cataluña



Alberto Santana Cano

Fisioterapeuta. Máster Universitario en Gestión Sanitaria.
Universitat Internacional de Catalunya (UIC) Barcelona 2020-2021.
albertosantanacano@gmail.com



Joan Bosch MD, PhD.

Máster en dirección de Hospitales y Empresas Sanitarias.
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. UIC. Barcelona.
jboschs@uic.es

ABSTRACT

It is known that the payment system influences health-care services. For both health systems and insurers, choosing a payment model is a complex issue. Combining economics, quality, and satisfaction of providers and patients is not an easy task.

Different countries have implemented various payment models with the aim of promoting quality care and allowing for the individualization of each patient. After analyzing the different pay-for-performance models, a system known as *Bonus-Malus* has been selected, which combines both incentives and penalties based on the results obtained. Through this payment model, a theoretical implementation program has been developed for private physiotherapy centers in Catalonia that provide services to insurers, potentially solving the current problem associated with fee-for-service payment.

KEYWORDS

Payment System, Pay For Performance Model, Bonus-Malus, Patient Satisfaction, Provider Satisfaction

RESUMEN

Es conocido que el sistema de pago condiciona las prestaciones asistenciales. Tanto para los sistemas de salud como para las aseguradoras la elección de un modelo de pago es un tema complicado. Unir economía, calidad y satisfacción de proveedores y pacientes no es una tarea sencilla.

En diferentes países se han implementado distintos modelos de pago con el objetivo de favorecer la calidad asistencial y permitir la individualización de cada paciente. Una vez analizados los diferentes modelos de pago por desempeño se ha seleccionado un sistema conocido como *Bonus-Malus* que combina tanto incentivos como penalizaciones en función de los resultados obtenidos. Mediante este modelo de pago se ha desarrollado un programa teórico de implementación de este modelo en los centros privados de fisioterapia de Cataluña que prestan sus servicios a las aseguradoras pudiendo solucionar el problema actual que conlleva el pago por acto.

PALABRAS CLAVE

Sistema de Pago, Modelos de Pago por Desempeño, Bonus-Malus, Satisfacción del Paciente, Satisfacción del Proveedor

INTRODUCCIÓN

La demanda de los servicios de fisioterapia ha crecido en los últimos años con la mejora de la calidad de vida de la sociedad y el aumento de la esperanza de vida. En Cataluña existen más de 1.200 centros de fisioterapia, de los cuales, gran parte son proveedores de aseguradoras de salud. Teniendo en cuenta que 1 de cada 3 catalanes posee un seguro privado de salud, gran parte de los ingresos de estos centros dependen de los servicios que se realizan a través de las compañías de salud. La relación comercial entre los proveedores de salud y los pagadores actualmente se basan en dos modelos de retribución, que son¹:

- Pago por acto (pago por servicio), donde se premia la provisión de servicios.
- Capitación (pago por individuo).

Una de las principales demandas, tanto del colegio de fisioterapeutas de Cataluña como por otros colegios profesionales sanitarios que se encuentran en la misma situación, es llegar a un acuerdo para conseguir una retribución por parte de los pagadores, basada en los resultados, este modelo de pago es conocido como pago por desempeño.

Países como Estados Unidos, Inglaterra o Canadá, entre otros, están centrando sus sistemas de retribución en el pago por calidad. Este método tiene como objetivo estimular la mejora de la atención asistencial remunerando al profesional sanitario tras alcanzar unos objetivos de calidad o productividad establecidos con anterioridad². Se está pasando de un pagar por “ser/hacer” a un pagar por “resultado/calidad”³.

Dentro del sistema de salud español también se encuentran modelos de retribución incentiva, basados en la calidad de la asistencia. Un ejemplo claro es que en el 2004 el Institut Català de la Salut (ICS) hizo efectiva una retribución variable a los facultativos de la atención primaria vinculada a la calidad⁴.

Tanto en el programa británico como el estadounidense revisan anualmente los resultados para llevar a cabo actualizaciones y modificaciones con el fin de hacerlo más eficaz y eficiente⁵. Estos modelos de pago reducen las diferencias entre las distintas zonas dentro de un mismo territorio. La ubicación de un centro no ve comprometida

la economía de este ni se ve afectada la calidad asistencial que se brinda al usuario. Este modelo otorga además las mismas oportunidades a todos los participantes del programa⁶.

METODOLOGÍA

Se analizaron los costes de diferentes tipos de centros, estos están divididos según su localización entre zonas de alta densidad poblacional y zonas de baja densidad poblacional y según el volumen de facturación.

De todos los datos analizados se ha realizado un modelo teórico del coste medio de un centro de fisioterapia representativo en Cataluña.

Para el cálculo de los gastos mensuales y anuales se han tenido en cuenta los costes derivados del propio acto del fisioterapeuta y los gastos referentes a la estructura como son: local, consumibles, seguros...

El coste de un centro medio teórico por acto de fisioterapia de una hora de duración es de 27,60€. Actualmente las compañías aseguradoras realizan una retribución media por servicio de fisioterapia de 9,38€. Esta retribución es fija por servicio y no tiene en cuenta las necesidades del paciente.

Esto provoca que los centros se vean en la necesidad de realizar tratamientos de entre 3 y 4 pacientes por hora para poder cubrir los costes derivados de cada acto.

1. SISTEMA ACTUAL DE RETRIBUCIÓN

En el caso de la retribución por parte de las compañías intervienen varios factores pero, por lo general, el centro pacta el precio por sesión con la compañía aseguradora. El precio por acto en los últimos años está supeditado a la crisis económica, lo que ha provocado que las aseguradoras reduzcan sus costes rebajando las tarifas a los centros de fisioterapia. El poder de la oferta y la demanda para fijar los precios es limitado debido a la mínima competencia existente en el sector, ya que las tres compañías aseguradoras más grandes acumulan en torno al 60% de los clientes. Por otra parte, la asimetría de la información, la no comercialidad de la salud y otras situaciones de incertidumbre económica agravan la situación⁷. A todo esto, se debe añadir otro factor importante, como es la apertura de centros de rehabilitación por parte de las compañías aseguradoras.

Teniendo en cuenta todos estos factores, es patente que la retribución actual que se recibe por acto dificulte o impida la individualización de los tratamientos.

Esta situación puede comprometer la calidad asistencial, que es definida por la Organización Mundial de la Salud como: "Medida en que los servicios de salud prestados a las personas y las poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados. Esta atención debe ser segura, eficaz, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en la persona"⁸.

2. MODELOS DE PAGO POR DESEMPEÑO: *BONUS-MALUS*

El sistema combinado de bonificaciones y penalizaciones a los proveedores se conoce como *Bonus-Malus* y es el más implantado por parte de la HMO americana. Esto se debe a que las organizaciones a la hora de realizar un cambio son más sensibles a una pérdida económica que a una recompensa⁹.

Diversos estudios publicados analizan el efecto de este modelo de pago en distinta áreas de salud generalmente en un periodo corto de tiempo, 2-4 años, tras su implantación.

Los estudios concluyen que la implantación de este modelo conlleva un aumento de la calidad asistencial. Estos resultados hacen pensar que se podrían obtener resultados similares al implantarlo en el sistema actual de retribución de las aseguradoras a los centros de fisioterapia de Cataluña^{5,6,10-13}.

El aumento en la calidad asistencial tiene como consecuencia una disminución de la utilización de los recursos por parte de los pacientes¹³. Esta disminución se traduce en un ahorro de los costes económicos por parte de las compañías aseguradoras, pudiendo destinar ese dinero al pago de incentivos a sus proveedores.

La publicación de Kim KM et al (2020) habla de la tendencia hacia los modelos basados en las sanciones por el no cumplimiento de los objetivos ya que estos han demostrado una mayor efectividad a la hora de mejorar los resultados¹⁴. Los centros con unos mejores resultados basados en los objetivos pueden obtener unos incentivos mayores y los centros en los que los resultados sean menos favorables serán penalizados con retribuciones más bajas o incluso dejar de formar parte del programa.

3. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA BASADO EN EL MODELO DE PAGO POR DESEMPEÑO *BONUS-MALUS*

El plan de desarrollo del programa se ha dividido en varias fases, en las que es necesaria la participación de todos los agentes implicados en el proceso.

1. Fase 0: Presentación del nuevo modelo de pago a las partes implicadas. Esta fase tiene como objetivo justificar:
 - Los motivos del cambio y en qué se basará el nuevo modelo de retribución *Bonus-Malus*.
 - Los beneficios/riesgos del nuevo modelo.
 - Los actores implicados en el programa: representantes de las compañías aseguradoras, del colegio profesional y de los usuarios.
2. Fase inicial: Diseño del programa de pago por desempeño basado en el *Bonus-Malus*. Una vez se llegue al consenso por las partes sobre la viabilidad de la implantación del nuevo modelo se creará una comisión en la cual estarán representados el personal de las compañías aseguradoras, el colegio profesional de fisioterapeutas de Cataluña y los asegurados. En esta fase se fijará:
 - El calendario para el diseño del programa. Este no debe tener una duración superior a un año.
 - Los objetivos para la mejora de la calidad asistencial basados en la evidencia, los cuales serán el pilar del sistema de *Bonus-Malus*. Los objetivos deben ser concisos y fácilmente objetivables. Estos objetivos pueden verse modificados a lo largo del desarrollo del programa. La revisión de estos objetivos se realizará de forma anual por parte de la comisión que podrá proponer la inclusión, exclusión o modificación de alguno de ellos.
 - Elección del Quality Assurance o garante de la calidad, esta figura es importante ya que llevará a cabo la valoración y seguimiento del cumplimiento de los objetivos, validando resultados. En muchas ocasiones los programas de pago por desempeño han dado lugar a la mejora de la documentación y no a la de los servicios en programas en los que no existía esta figura 6.

- Fijar la retribución, los incentivos y la penalización por parte de la comisión.
 - Fijar el límite de objetivos cumplidos a partir del cual se accede a la retribución variable por parte de la comisión.
3. Fase de prueba: Puesta en marcha del programa piloto. En esta fase se seleccionará una muestra representativa de centros de fisioterapia que mantienen relación comercial con las aseguradoras de salud, distribuidos en las diferentes provincias de Cataluña. La selección de los centros se realizará teniendo en cuenta la densidad poblacional y la distribución territorial de manera que se tenga una representación de cada una de las realidades de esta práctica. Pasado un año de la puesta en marcha del programa piloto la comisión valorará los siguientes puntos:

- El cumplimiento de los objetivos tanto de calidad como económicos del primer año.
- Análisis de las posibles desviaciones.
- Realizarán encuestas de satisfacción tanto a usuarios como a los centros participantes del programa.

Una vez analizados los datos obtenidos de la fase piloto se procederá a las modificaciones del programa en caso de ser necesarias. En el caso de obtener resultados satisfactorios para todas las partes implicadas se procederá a la puesta en marcha del programa en todos los centros con relación comercial con las aseguradoras.

RESULTADOS

Dada la situación actual del funcionamiento del modelo de retribución vigente entre las compañías aseguradoras y los centros de fisioterapia de Cataluña, en este trabajo se estudia la implantación de un programa de pago por desempeño basado en *Bonus-Malus*. El actual sistema de retribución fomenta la atención reducida en tiempo y la agrupación de pacientes atendidos por un mismo profesional.

Los sistemas de retribución basados en el *Bonus-Malus* presenta las siguientes ventajas:

- Una atención de calidad basada en la evidencia. Se traduce en una disminución en la utilización de recursos, que a su vez supone un ahorro económico para las compañías.

- Permite a centros o consultorios pequeños entrar a formar parte del programa y beneficiarse de él, ya que con el actual modelo basado en el volumen estos quedan excluidos.
- Una atención de calidad basada en la evidencia supone también un aumento en la satisfacción del paciente.
- Una vez fijada la retribución por acto y el límite máximo de los incentivos se puede pensar que aumenta el coste económico de forma exponencial para el pagador, pero una de las ventajas de este modelo de pago es que se puede llegar a una situación financiera neutral ya que el coste de los incentivos se ve compensado con el aumento en la calidad que conduce a menos recidivas y menos consumo de otros recursos¹⁵.

Las limitaciones que podría plantear este tipo de modelo son las siguientes:

- Aspirar a un ahorro de costes inmediato puede abocar al fracaso, es pertinente procurar un tiempo para su acción, poder observar resultados y llevar a cabo modificaciones.
- Inevitablemente todo cambio se opone a una resistencia, ya sea de tipo legal o cultural.
- La limitación en la información de los presupuestos que manejan las compañías aseguradoras puede dificultar el establecimiento del precio adecuado de las retribuciones. El hecho de que existan leyes que limiten cualquier acto o publicación que pueda afectar a la competencia puede dificultar también el establecimiento de los precios.
- En ocasiones el no cumplimiento de los objetivos se puede ver condicionado por factores biopsicosociales relacionados con el propio paciente⁷.

Pese a ser uno de los modelos que se están implantando en otros sistemas sanitarios no hay resultados evidentes de su funcionalidad, de hecho, en un entorno cercano apenas existe literatura publicada referente a este tema. En el caso de Inglaterra existe mayor cantidad de literatura en la que se refleja que los resultados a corto plazo son positivos, pero se desconocen los resultados a largo plazo. Cabe destacar que todos los estudios están desarrollados e implantados en el entorno médico; únicamente se ha encontrado un estudio piloto en el cual

se desarrolla un modelo de pago por desempeño en la rehabilitación tras un accidente cerebrovascular, pero no se han publicado resultados¹⁶. En el estudio publicado por Epstein AM (2007) se observó que aquellas áreas en las que es difícil medir los resultados o no son remuneradas generalmente dejan de ser atendidas con la misma intensidad que antes¹². Elaborar un programa de pago por calidad es una tarea compleja en la que actualmente apenas hay estudios en el entorno que demuestran tanto las ventajas como las limitaciones de este modelo de pago^{17,18}.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos planteados al inicio de este trabajo se puede concluir que: el modelo de retribución actual de las compañías aseguradoras de salud hacia los centros de fisioterapia de Cataluña se basa en el pago por acto. Este pago es insuficiente para cubrir los gastos derivados de una intervención. Para solventar esta situación, los centros de fisioterapia tienden a agrupar pacientes en un mismo periodo de tiempo con un mismo profesional, lo que provoca una disminución de tiempo de la asistencia individual, pudiendo causar que se vea afectada la calidad asistencial y la satisfacción del cliente. Dentro de los modelos de pago por desempeño que se han implementado en otros países y en otras áreas sanitarias lleva a seleccionar el sistema *Bonus-Malus*. Se trata de un sistema mixto que aúna incentivos y penalizaciones, eso hace prever que se pueden obtener los mejores resultados en cuanto a calidad y a recursos dispuestos. La implantación de planes similares en otras áreas sanitarias ha obtenido como resultados la disminución del uso de recursos y el aumento de la calidad asistencial. Estos resultados se han obtenido a corto plazo lo que hace necesario poder revisar estos resultados a largo plazo. El plan de implementación del modelo teórico incluye revisiones periódicas de objetivos y resultados. Este plan permitirá realizar modificaciones que conduzcan a la adaptación y mejora del modelo con el fin de hacerlo más eficiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Q*. 2001;79:149-77.
2. Conrad DA, Christianson JB. Penetrating the «black box»: financial incentives for enhancing the quality of physician services. *Med Care Res Rev*. 2004;61 3 Suppl:37-68.
3. Ortún Rubio V. Los incentivos para la mejora de la calidad en los servicios de salud. *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22:1-6.
4. Gené Badia J, Gallo de Puelles P. Retribución variable vinculada a la calidad asistencial. *Aten Primaria*. 2004.
5. Kondo KK, Damberg CL, Mendelson A, Motu'apuaka M, Freeman M, O'Neil M, Relevo R, Low A, Kansa-gara D. Implementation Processes and Pay for Performance in Healthcare: A Systematic Review. *J Gen Intern Med*. 2016 Apr.
6. Gharibi F, Dadgar E. Pay-for-performance challenges in family physician program. *Malays Fam Physician*. 2020 Jul.
7. Markovitz AA, Ryan AM. Pay-for-Performance: Disappointing Results or Masked Heterogeneity? *Med Care Res Rev*. 2017 Feb;74(1):3-78.
8. Definición de la OMS de atención de calidad de la Organización Mundial de la Salud, 2021. Disponible en: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/quality-of-care/about-quality-of-care> [Consultado el 5 de julio de 2021]
9. Kairies-Schwarz N, Souček C. Performance Pay in Hospitals: An Experiment on *Bonus-Malus* Incentives. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Nov 10;17(22):8320.
10. Epstein AM, Lee TH, Hamel MB. Paying physicians for high-quality care. *N Engl J Med*. 2004 Jan 22;350(4):406-10.
11. Gillam SJ, Siriwardena AN, Steel N. Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework: a systematic review. *Ann Fam Med*. 2012 Sep-Oct;10(5):461-8.
12. Epstein AM. Pay for performance at the tipping point. *N Engl J Med*. 2007.
13. Mendelson A, Kondo K, Damberg C, Low A, Motu'apuaka M, Freeman M, O'Neil M, Relevo R, Kansa-gara D. The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2017 Mar 7.

14. Kim KM, Max W, White JS, Chapman SA, Muench U. Do penalty-based pay-for-performance programs improve surgical care more effectively than other payment strategies? A systematic review. *Ann Med Surg (Lond)*. 2020 Nov 25;60:623-630.
15. Kruse GB, Polsky D, Stuart EA, Werner RM. The impact of hospital pay-for-performance on hospital and Medicare costs. *Health Serv Res*. 2012 Dec;47(6):2118-36.
16. Gerdes N, Funke UN, Schüwer U, Kunze H, Walle E, Kleinfeld A, Reiland M, Jäckel WH. Ergebnisorientierte Vergütung der Rehabilitation nach Schlaganfall - Entwicklungsschritte eines Modellprojekts 2001-2008 [Pay for performance in rehabilitation after stroke - results of a pilot project 2001-2008]. *Rehabilitation (Stuttg)*. 2009 Aug;48(4)
17. Díaz Ojeda E, Navarro P, Prados S. Sistema Nacional de Salud: la retribución variable. *Rev Adm Sanit*. 2005;3:205-35.
18. Gervas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA. Seminario de Innovación en Atención Primaria 2007. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:589-96.





janssen  PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF 

En colaboración con Janssen España