

## 13.2. Gestión Clínica en Atención Primaria; retos de la gestión integrada



La Gestión Clínica busca aproximar perspectivas y reducir la variabilidad inapropiada. Su aplicación en Atención Primaria se enlaza con la influencia en el conjunto de la red asistencial para promover la integración asistencial.

**Autoras: Marta Aguilera**

**Asunción Prieto**

*Profesoras asociadas del Departamento de Planificación y Economía Sanitaria.*

ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

### **Citación recomendada:**

Aguilera M, Prieto A. Gestión Clínica en Atención Primaria; retos de la gestión integrada [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [**Actualizado noviembre de 2023**] [consultado día mes año]. Tema 13.2. Disponible en: direccion url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA  
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD  
is licensed under a Creative Commons  
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada  
3.0 Unported License.



### **Resumen**

El desarrollo de la gestión clínica busca el acercamiento entre el gestor y el clínico con el fin de compartir objetivos bajo una visión más clínica del gestor y más gestora por parte del clínico. La medicina basada en la evidencia ha irrumpido en la gestión clínica con sus ventajas y limitaciones, así como la gestión basada en la evidencia.

Se constata la alta variabilidad de la práctica clínica debida a distintos tipos de organización como a distintos estilos de práctica clínica, pudiendo la gestión clínica reducir parte de esta variabilidad.

Evidenciar la variabilidad en la práctica clínica en atención primaria es muy complejo. Sin embargo, la implantación de guías clínicas, protocolos y el papel relevante de la Cartera de Servicios en Atención Primaria pueden reducir la variabilidad injustificada.

## **1.- Concepto de gestión clínica en atención primaria.**

*1.1 Gestión clínica, calidad de la atención y medicina y gestión basadas en la evidencia*

*1.2 Variabilidad de la práctica clínica y valoración de la variabilidad en Atención Primaria*

*1.3 Guías de práctica clínica y carteras de servicios para la gestión clínica en atención primaria*

*1.4 Unidades de Gestión Clínica en Atención Primaria*

## **2.- Retos de la gestión integrada.**

*2.1 Elementos de la gestión integrada*

*2.2 Cambios en las organizaciones sanitarias: reflexiones y claves de la integración asistencial*

*2.3 Cambio de cultura de la organización sanitaria*

*2.4 Resultados de las experiencias*

### *Referencias bibliográficas*

En nuestro país, al igual que muchos otros, se están llevando a cabo modelos de integración asistencial con el fin de dar respuesta a la continuidad asistencial, fundamentalmente en enfermos crónicos. No obstante, se desconocen los resultados de estos modelos. Sin embargo, parece que existen elementos "clave" para que tengan éxito: fortalecimiento de la atención primaria, reorientación de los hospitales de referencia, papel de la enfermería, buena coordinación con los servicios sociales, además de la implantación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

La gestión clínica con mayor autonomía en la organización y gestión de los servicios, así como la integración asistencial requieren de un cambio de cultura de las organizaciones sanitarias. La organización en Unidades y Áreas Clínicas que comporta esta visión de mayor autonomía y tendencia a integración se han desarrollado con muy desigual intensidad en los distintos servicios de salud. Así es posible encontrar en España desde una consti-

tución de Unidades Clínicas casi excepcional y orientada exclusivamente a procesos intrahospitalarios complejos que precisan una participación de múltiples servicios (por ejemplo, en la Comunidad de Madrid), a un desarrollo progresivo que se ha con-

tinuado extendiendo tras la evaluación de la implantación inicial en las 5 primeras unidades (Asturias). Y lo que fue una práctica extensa con la intención de basar la totalidad de la organización de un Servicio Regional de Salud en Unidades / Áreas Clínicas parece haberse convertido actualmente en una denominación vacía de contenido gestor específico (Andalucía).

## 1.- Concepto de gestión clínica en atención primaria

El concepto de "**Gestión Clínica**", ampliamente utilizado es entendido por la mayor parte de los actores del sector sanitario como aquellas formas de actuación clínica y de organización asistencial que pretenden aumentar la calidad de la atención al paciente tanto en términos de efectividad como de eficiencia: dar la más adecuada atención a cada paciente en cada situación concreta y al menor coste posible. Se evitan en este concepto las clásicamente consideradas complementarias o, en ocasiones, contrapuestas visiones de la calidad asistencial según el papel desempeñado por un profesional en el sistema sanitario, en la cual los gestores valoraban la eficiencia como parámetro principal de la calidad, mientras que los clínicos centraban su interés en la búsqueda de la eficacia teórica, minusvalorando cada uno de los actores con frecuencia los restantes elementos.

El **managed care** iniciaba la introducción de conceptos gestores en la asistencia, pero su posicionamiento conceptual en la utilización de recursos como elemento clave, no permitía un acercamiento suficiente de posiciones entre clínicos y gestores. La contraposición de visiones parece empezar a superarse a partir de 1998 con el concepto de **clinical governance**, desarrollado por el gobierno laborista en el Reino Unido como forma de superar una crisis de legitimidad social del NHS al que se atribuía una insuficiente calidad en el servicio, siendo precisamente la búsqueda de una calidad global el elemento que ha actuado como aglutinador y el antecedente inmediato de lo que en España hemos llamado gestión clínica.

Cabe plantearse si existe realmente una contradicción entre clínica y gestión, o entre calidad y costes; quizás el papel del médico maximizando la efectividad y del gestor minimizando los costes den lugar a una imagen *adversarial*; pero la buena medicina implica conciencia de costes, lo mismo que la buena gestión exige efectividad como condición necesaria para la eficiencia. Como decía Fiona Godlee la editora del *British Medical*

*Journal* en un conocido editorial “*cost is an ethical issue*” (los costes son un tema ético).

La persistente y en ocasiones etérea actualidad de la gestión clínica en nuestro país, hizo incluso que se realizaran propuestas respecto a su profesionalización completa bajo formación específica. Algunos por el contrario valoramos que realizar una opción de ese tipo impediría obtener una importante utilidad para el sistema sanitario, como es la búsqueda de objetivos, lenguajes y ámbitos de trabajo compartidos por clínicos y gestores, que preferiblemente debieran recibir también formación compartida respecto a los objetivos y métodos de gestión clínica aplicables en los ámbitos de sus respectivas competencias, y con un especial énfasis en la formación de aquellas personas que por la definición de su propio puesto de trabajo tienen responsabilidades mixtas clínico-gestoras como responsables de unidades asistenciales, o por su actividad docente sobre otros profesionales (jefes de sección, servicio o unidad, coordinadores de EAP o directores de centros de salud, tutores y responsables de residentes).

---

### **1.1- Gestión clínica, calidad de la atención y medicina y gestión basadas en la evidencia**

---

Como ha sido indicado por diversos autores (Ortún, Repullo), la gestión para ser clínica precisa una doble vía de evolución de los actores del sistema: por una parte los gestores han de contemplar la organización bajo una visión más clínica (dotar de sentido clínico a la gestión, emplear instrumentos que tengan sentido para la búsqueda de calidad por el clínico), por otra parte el clínico ha de dotar de responsabilidad social a su actuación clínica (elegir entre los procedimientos eficaces aquellos más eficientes).

La medicina basada en la evidencia o en las pruebas (MBE) irrumpió como elemento capaz de aglutinar los intereses en ocasiones contrapuestos de clínicos y gestores: teóricamente y llevando al límite el razonamiento de MBE solo se emplearían aquellos procedimientos demostradamente eficaces con lo que se obtendrían mejoras de eficiencia al evitar la “no calidad”. Dado que una parte importante de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos empleados en la asistencia sanitaria no han demostrado ser más eficaces y beneficiosos que inútiles o

*El gran impacto de la gestión clínica se obtiene de su carácter transversal a la organización en general, y ello puede ser especialmente cierto en la atención primaria (AP) en particular en el que la dispersión de recursos hace que solo el razonamiento compartido pueda producir una suficiente homogeneidad de efectividad*

*Con frecuencia la referencia a la gestión clínica se circunscribe a como el clínico debe tener en cuenta el componente económico y social de sus actos. No obstante, no conviene olvidar que existe también una "gestión basada en la evidencia", que debe aportar un discurso e instrumentos que, provenientes del gestor, sean comprensibles y admisibles por los clínicos (hacer la gestión más clínica) y hagan posible que el clínico se interese por el uso correcto de los recursos como una parte normal de la buena práctica clínica.*

perjudiciales, la no utilización de toda aquella tecnología no testada bajo normas de MBE por parte de los clínicos supondría un importante ahorro económico (es lo que se ha dado en llamar *desinversión* o *reinversión* clínica).

La limitación del concepto MBE es sin embargo clara cuando se trata por ejemplo de fármacos o procedimientos antiguos, que no fueron sometidos en su momento a los mismos criterios de evaluación que los actuales pero que tienen un coste bajo y un muy amplio conocimiento de su forma de empleo y perfil de seguridad. Asimismo, la producción de "evidencia", el recordatorio sobre la "no evidencia" y el sesgo de publicación (evitar la publicación de evidencias desfavorables) es más factible cuando existen intereses en competición.

Por tanto, la aplicación de los principios de MBE comporta un punto conceptual de encuentro en el cual los mejores clínicos desde el punto de vista de la eficacia serían previsiblemente además los más eficientes desde el punto de vista económico: clínica más gestora y gestión más clínica. En la realidad cotidiana la MBE es un instrumento útil (aunque tenga sus limitaciones) ya que facilita gestionar la variabilidad no justificada de la práctica clínica.

Y precisamente en relación a la gestión basada en la evidencia, es frecuente también olvidar que las formas de organización que no tienen en cuenta las características, necesidades y deseos locales, o la repetición y perpetuación de errores conocidos y reconocidos como tales en la organización y gestión de los servicios deslegitiman a quien gestiona por más clínico que sea su discurso teórico.

El primer principio de "gestión basada en la evidencia" es, como en gestión de cualquier organización, que la autoridad moral de quien dirige y gestiona es una base imprescindible y su pérdida (por incoherencia, falta de implicación, rol burocrático en lugar de gestor, buenismo o autoritarismo), irremplazable.

## **1.2- Variabilidad de la práctica clínica y valoración de la variabilidad en Atención Primaria**

Cuantos estudios se han realizado sobre utilización de servicios como sobre la frecuencia y forma de aplicación de todo tipo de



procedimientos diagnósticos y terapéuticos (incluidas pruebas invasivas, cirugías electivas y no electivas, fármacos etc.), muestran en forma sistemática que ante un problema similar distintos profesionales aún en un mismo entorno y tipo de paciente, aplican prácticas clínicas muy distintas.

Las diferencias son también muy amplias cuando se comparan distintos servicios en la misma o diferentes regiones de un país o sistemas sanitarios en distintos países, pero lo que resulta especialmente llamativo es que la variabilidad global entre distintos países o territorios no es forzosamente mayor que la variabilidad observada entre profesionales que atienden a una misma población, en un mismo territorio y bajo unas mismas formas de acceso y organización.

La **variabilidad de la práctica clínica (VPC)** puede deberse a razones que justifican diferente decisión (diferentes características de los pacientes) o razones que hacen comprensible una determinada variabilidad de decisión en pacientes clínicamente similares, como sería por ejemplo la decisión diferente del clínico por diferente capacidad económica de pacientes clínicamente similares, en relación a procedimientos diagnósticos o terapéuticos cuando existe copago o diferencias de aseguramiento. La realidad demuestra que un amplio margen de variabilidad en la práctica clínica no es ni justificable ni comprensible por razones como las antes señaladas.

La constatación de la variabilidad inadecuada se convierte así en un primer paso de la gestión clínica y la aplicación de procedimientos clínicos y organizativos para limitar la **Variabilidad Injustificada de la Práctica Clínica (ViPC)**, en su consecuencia lógica.

En España como en el resto de países ha sido probada la existencia de una importante VPC. A este respecto resulta muy ilustrativa la colección Atlas de Variabilidad de la práctica médica (<http://www.atlasvpm.org>): Tanto procedimientos quirúrgicos como atención en urgencia hospitalaria sin ingreso experimentan una muy amplia variabilidad no explicable por diferencia de morbilidad. En 2018- 2020, las diferencias en hospitalización potencialmente evitable por procesos crónicos entre zonas básicas de salud (equipo de atención primaria), constatan diferencias globales de hasta 4,2 veces para el conjunto de los procesos estudiados, siendo inferior o prácticamente en la media para algunos procesos

*Se considera como variabilidad no justificada de la práctica clínica aquella debida al diferente manejo de la incertidumbre por el clínico (estilo de práctica), o la producida por diferentes formas de organización en la prestación del servicio (estilo de organización). A ambas cabría añadir como fuente de variabilidad no justificada los sesgos de género y clase socioeconómica en la frecuencia o intensidad de aplicación de procedimientos. La disminución en la variabilidad injustificada de la práctica clínica (ViPC) es en sí misma objetivo de la gestión clínica.*

(complicaciones agudas de diabetes, EPOC o ICC), mientras que en otros como el asma, el angor o la deshidratación, dichas diferencias se multiplican hasta 45- 80 veces (diferencias entre percentiles 5 y 95).

En muchas de las variaciones detectadas ya desde el inicio del proyecto por el Grupo de Estudio VPM en el Sistema Nacional de Salud, responsable de los trabajos del Atlas de Variabilidad, resulta llamativo como lo que superficialmente pudiera valorarse como un problema de equidad en el uso/aplicación de los servicios, bajo una reflexión más detallada realizada por los propios autores de los estudios<sup>1</sup>, parece más bien corresponderse con un problema de eficiencia al valorarse como no explicables por distinta necesidad del paciente las variaciones por exceso sobre la media o incluso-valores por debajo de la media (cirugía de próstata, atención en urgencia hospitalaria).

Desde el año 2013 y en el marco del proyecto del Ministerio de Sanidad "Compromiso de Calidad de las Sociedades Científicas", diversas sociedades médicas científicas (llegaron a ser 60) se incorporan a través de Guíasalud para desarrollar esquemas y guías tipo "Do not do", denominación de la base de datos del NICE que ha identificado desde 2007 más de 1000 prácticas clínicas a evitar por no aportar beneficio o inadecuada relación entre riesgos y beneficios. Se intenta desde 2023 reactivar el proyecto inicial, que quedó estancado a partir de 2018 <https://portal.guiasalud.es/iniciativa-no-hacer/>

Actualmente solo la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) ha continuado realizando estos abordajes "do not do", con publicaciones propias de recomendaciones "NO HACER" en distintos campos del abordaje clínico y comunitario desde la medicina de familia, aportando periódicamente la revisión de nuevas materias mediante este tipo de guías [https://www.semfy.com/categoria-producto/publicaciones/?swoof=1&publicaciones=documentos-semfycom&really\\_curr\\_tax=2393-product\\_cat](https://www.semfy.com/categoria-producto/publicaciones/?swoof=1&publicaciones=documentos-semfycom&really_curr_tax=2393-product_cat)

Lamentablemente la ya muy antigua máxima de que la demanda sanitaria está más influida por la decisión del médico que por la necesidad del paciente sigue siendo cierta. La constatación de que un sistema conocidamente poco garante de la equidad en la protección de amplias capas de la población como la estadounidense, tiene desde hace décadas unas mucho

más altas tasas poblacionales de intervenciones quirúrgicas (amigdalectomías, colecistectomías, cesáreas, apendicectomías) que el más equitativo y universal NHS británico, fue una de las primeras llamadas de atención acerca de cómo la diferencia de agresividad, en este caso terapéutica, es más explicable por una diferente pulsión intervencionista de los sanitarios que por una diferente necesidad quirúrgica de la población.

Pero ¿cómo se manifiesta la VPC en atención primaria? Esta respuesta que en lo que se refiere a procedimientos quirúrgicos, como en el anterior ejemplo, se puede apreciar por simples tasas, incluso estandarizables por comorbilidades, complicaciones u otras variables, tiene en atención primaria una visualización menos evidente, congruente con la **mayor dificultad de medición del producto en el primer nivel de atención.**

El carácter longitudinal de la atención, la necesidad de concatenación de un continuo prevención - detección precoz - diagnóstico - seguimiento/prevención secundaria -tratamiento y los motivos múltiples de consulta en un único contacto, hacen que tanto el producto como la variabilidad detectada en el análisis de cada contacto o incluso de episodios clínicos con varios contactos, suele carecer de significado global en atención primaria. Quizás por este carácter más escurridizo de la constatación de la realidad longitudinal que de la transversal, los instrumentos de *case-mix*, no han obtenido en el primer nivel de atención, ni en la asistencia ambulatoria en general, una potencia explicativa comparable a la obtenida en el ámbito de la hospitalización<sup>2</sup>. Incluso cuando han conseguido un nivel de explicación de consumos aceptable (ACG), han perdido simultáneamente la capacidad de conectar con el médico clínico que mantienen los agrupadores de hospitalización, al precisar un lenguaje (nomenclátor) carente de sentido clínico. Cuando, como en el caso de los CRGs (Clinical Risk Groups), se consigue mantener el sentido clínico la herramienta se hace compleja y precisa de la integración de información de todos los niveles asistenciales. La experiencia reciente con los GMA desarrollados en España <https://cpage.mpr.gob.es/producto/informe-del-proyecto-de-estratificacion-de-la-poblacion-por-grupos-de-morbilidad-ajustados-gma-en-el-sistema-nacional-de-salud-2014-2016> (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. 2018). y accesibles a través de las historias clínica informatizadas de diversos servicios de salud parece ofrecer nuevas oportunidades, habiendo mostrado su mejor capacidad



predictiva, así como su mejor aceptabilidad por el profesional clínico<sup>3,4,5</sup>.

Esta dificultad de aprehensión de la variabilidad del conjunto de las prestaciones mediante instrumentos de información estandarizados es compartida por los servicios en régimen de prestación ambulatoria en general, incluso los de carácter muy especializado en los que la multiplicidad de motivos de consulta no suele darse.

La VPC en AP se mostraría probablemente en mayor medida en un mix que permitiera valorar conjuntamente las tasas de frecuentación de consulta, las frecuencias de uso de medios diagnósticos y de derivación, de uso de la prescripción farmacéutica y de la IT, todo ello corregido mediante poblaciones estandarizadas. Pero el contenido concreto de la consulta media de un profesional concreto (la proporción preventiva/vs curativa, por ejemplo) seguiría escapando a la medición, y con ello una base esencial de la variabilidad de la práctica en atención primaria.

El modelo de análisis de variabilidad suele usar como descriptor el episodio de cuidados o de enfermedad, más manejables para el hospital que para la primaria: la medicina de atención primaria trata más del enfermo y el enfermar, que de la enfermedad como entidad nosológica (y sus diagnósticos y tratamientos asociados).

Quizás por ello, solo aproximaciones a resultados finales en salud en poblaciones estandarizadas y a consumos dados resulte un modo fiable de valorar la variabilidad, y la medición de resultados intermedios en salud un paso necesario.

Un loable intento en este sentido puede verse en la referencia de Vila y cols<sup>6</sup>, basado en el estudio de McColl y cols<sup>7</sup>. En ambos, como en las sucesivas aproximaciones al producto a la variabilidad de práctica en AP, la selección de trazadores continúa siendo necesaria y, la gestión de la ViPC en AP parcelarmente orientada a su disminución en procesos seleccionados, generalmente buscando la disminución de la ViPC sobre elementos con normas clínicas de actuación muy evaluadas y con constatables resultados finales o intermedios en salud.

---

### **1.3- Guías de práctica clínica y carteras de servicios para la gestión clínica en Atención Primaria**

---

Se busca por tanto disminuir la ViPC en AP, a costa de evitar

contactos innecesarios (consultas cuyo contenido exclusivo sea la renovación de procedimientos ya prescritos, y que los clínicos catalogan acertadamente como burocráticas) o evitar contenidos de actuación correspondientes a aquellas intervenciones preventivas, diagnósticas o terapéuticas innecesarias, ineficaces o peligrosas, bien sea en general o para determinados grupos de pacientes y, complementariamente, extender la aplicación de aquellas otras que probadamente resultan más beneficiosas que de riesgo y precisamente para aquellos grupos de población o de pacientes que pueden obtener un beneficio en salud, con arreglo a las pruebas disponibles, todo ello con unos mecanismos de medición (y por consiguiente de evaluación) parciales y rudimentarios.

Este intento de **matizar los extremos de práctica parece ser más factible mediante la influencia por el grupo de iguales que por otros procedimientos**, por lo que se busca que los extremos modifiquen su actuación en algún grado para aproximarse hacia la media (se asume mayor calidad en la media que en los extremos).

Es en este tipo de aproximación en la que resultan de utilidad las guías de práctica clínica y protocolos tanto los humildemente clínicos basados en las mejores evidencias disponibles, como los más ambiciosos de gestión de procesos, que buscan esquemas más continuos de actuación en las actividades de aplicación por clínicos de diferentes niveles asistenciales, gestionando por tanto no solo el transcurso clínico sino también el organizativo incluida la coordinación/integración. Como afirma Gabbay, el problema consiste en transitar desde las "guidelines" (guías escritas) a las mindlines (patrones mentales): la internalización de las guías en los grupos profesionales (comunidades de prácticas) sigue siendo el reto clave.

[http://www.bmj.com/content/329/7473/1013.abstract?ijkey=4a992689e0bba20c1899f2b22874a6e194dc7f8e&keytype2=tf\\_ipsecsha](http://www.bmj.com/content/329/7473/1013.abstract?ijkey=4a992689e0bba20c1899f2b22874a6e194dc7f8e&keytype2=tf_ipsecsha)

En AP tiene una especial relevancia para introducir la gestión clínica en la consulta incluso de los profesionales menos motivados al uso de **criterios de cumplimiento en las carteras de servicio** realizadas por los distintos servicios de salud, que comportan algoritmos de práctica (básicamente orientada a la aplicación concatenada de procedimientos de detección-seguimiento), y

*Como medio para mejorar la calidad de la atención poblacional, lo que se busca es en gran medida atraer a una práctica profesionalmente más aceptable a aquellos que más se apartan de ella, por exceso de intervencionismo (aplicación de actividades no justificable en base a los beneficios que el usuario pueda obtener) o por defecto (falta de aplicación a la práctica cotidiana de avances preventivos y clínicos constatados).*

que con frecuencia buscan proporcionar instrumentos mixtos formativo/informativos. Cada vez con más frecuencia los algoritmos y sus documentos anexos son automáticamente accesibles al introducir un determinado tipo de episodio en la HC informatizada. Buscan en definitiva la gestión por parte del clínico en el interior de su espacio de consulta y en el momento del contacto con el paciente.

Sin embargo con demasiada frecuencia, y de forma incomprensible son inaccesibles a los propios clínicos los **resultados intermedios o finales** y ni tan siquiera el cumplimiento o no de determinados **hitos de atención** referidos a su propio cupo de pacientes (proporciones de pacientes detectados, de pacientes en seguimiento, de pacientes con determinados procedimientos de control aplicados según los indicadores clínicos) básicos para valorar características variables en la práctica clínica al menos en los conceptos recogidos en las carteras de servicios.

#### 1.4- Unidades de Gestión Clínica en Atención Primaria

El desarrollo de Unidades de Gestión Clínica (UGC) requiere la existencia de elementos de autogestión más amplios que los tradicionales en nuestro sistema sanitario público. Así, requiere participación efectiva de la Unidad en su configuración de objetivos, alineados con los generales, pero específicos para las características y situación de la propia Unidad.

Como consecuencia inmediata de lo anterior requiere un **mayor margen de participación y decisión** sobre **presupuesto** de ingresos y gastos y, lógicamente, una capacidad de decisión muy amplia sobre la forma de **organización e incentivación interna**. Como efecto inmediato de todo lo anterior, la dirección de una Unidad de Gestión Clínica debe ser ante todo clínicamente profesional y no vitalicia, sino sujeta al cumplimiento de los **objetivos** clínicos con las asignaciones presupuestarias acordadas.

Para poder realizar este tipo de evaluación de funcionamiento resultan imprescindibles sistemas de información que proporcionen indicadores lo suficientemente desagregados como para permitir que cada Unidad y cada uno de sus integrantes puedan mantener o corregir su actividad orientándose hacia la consecución de objetivos.

*La existencia de Unidades de Gestión Clínica requiere en primer lugar la presencia de instrumentos de información clínica eficaces, aunque no necesariamente complejos, y la decisión de la cúspide del Servicio Regional correspondiente de transferir capacidad de decisión (de gestión) a los niveles clínicos.*

En la atención hospitalaria es relativamente frecuente encontrar desde hace bastantes años, Unidades/ Áreas aisladas de gestión clínica en hospitales que en su globalidad funcionan bajo esquemas tradicionales y que generalmente han venido a buscar solución a graves problemas de duplicidades entre servicios o especialidades: Áreas de Gestión Clínica cardiovascular, laboratorios, atención oncológica etc.

En Atención Primaria las experiencias son más limitadas. Por una parte, tienen un componente de especial autonomía y orientación clínica las Entidades de Base Asociativa (EBAs) de Cataluña. Estas interesantes experiencias producen mayor satisfacción en los profesionales implicados, aunque no mejores resultados en efectividad y eficiencia (similares respecto a centros de salud gestionados por el Instituto Catalán de la Salud –ICS-) en las sucesivas evaluaciones realizadas. Su extensión poblacional es muy limitada, a pesar de los más de diez años de su constitución, dado que la **posibilidad de generalización** es remota al requerir voluntariedad de adscripción de los profesionales médicos promotores, por lo cual tiende a agotarse conforme se incorporan los profesionales más activos (a la par que se extraen esos profesionales con más iniciativa del conjunto del sistema lo cual no es forzosamente bueno).

Un trabajo que revisa la literatura de evaluación de modelos es el siguiente: Palomo L, Gené-Badia J, Rodríguez-Sendín JJ. La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit.2012; 26(Supl.1):14-9

<https://www.gacetasanitaria.org/es-la-reforma-atencion-primaria-entre-articulo-S0213911111002470>.

La experiencia más amplia temporal y cuantitativamente corresponde a Andalucía, cuyo servicio de salud inicia la experiencia piloto de organizar UGC en 1999. En 2010 funciona ya mayoritariamente bajo dicho esquema en ambos niveles con 440 UGC en AP, 401 en AE y 68 interniveles. Esto supone que casi el 80% de las unidades asistenciales funcionaban ya en 2010 bajo esquemas de UGC.

La evaluación de las UGC en Andalucía (2008) resultó claramente favorable a esta forma de organización y gestión en AP y ligeramente favorable en la AE.

A partir de 2015, se establece la estructura de organización general de SAS mediante unidades de gestión clínica, pareciendo corresponder esa aparente extensión completa más bien a un cambio de denominación con una real desaparición de los tímidos avances en autonomía de gestión para este tipo de estructuras gestoras<sup>8</sup>.

Una experiencia más reciente de UGC como intención de gestión global de un servicio regional de salud, viene desarrollándose desde 2009 en Asturias, con 5 Centros Piloto evaluados en dicho año con resultados positivos, promovándose la extensión al conjunto del sistema con la correspondiente normativa<sup>9</sup> y la definición de distintos niveles de autogestión según los parámetros de desarrollo de cada unidad asistencial, continuando en forma progresiva la implantación desde 2009.

También el Decreto 174/2010, de 21 de septiembre, del Gobierno de Aragón<sup>10</sup>, por el que se aprueba el reglamento de la estructura y funcionamiento de las áreas y sectores del Sistema de Salud de Aragón; su definición de Unidades de Gestión Clínica y los contratos de gestión clínica afectan al conjunto de líneas asistenciales (primaria y especializada), asimiladas a la estructuras vigentes de equipo de atención primaria, y sin desarrollo de mayor autonomía de gestión tras la publicación de esta norma. No hay referencias a unidades de gestión clínica ni siquiera en los documentos más recientes (Plan 2022-2023 en el vínculo inferior), por lo que el término unidades de gestión clínica utilizado en dicho decreto carece realmente de contenido específico.

<https://www.aragon.es/documents/20127/91222034/Plan%20de%20Atenci%C3%B3n%20Primaria%20y%20Comunitaria%20de%20Arag%C3%B3n%202022-2023.pdf/5cbbacb4-7eb0-3896-43e0-103f986c758a?t=1649261164348>.

---

## 2- Retos de la gestión integrada

---

Como ya hemos comentado en el tema 5.3, el patrón epidemiológico ha cambiado debido a un aumento de la población mayor de 65 años (se estima que el 53% de la población española será mayor de 64 años en 2050<sup>11</sup>) y, consecuentemente, por



el incremento de enfermedades crónicas (2,8 enfermedades crónicas en población entre 65 y 74 años y 3,23 patologías crónicas en la población igual o mayor a 75 años). Este patrón origina una mayor demanda de utilización de los servicios sanitarios, que corresponde al 80% de las consultas en atención primaria y al 60% de los ingresos hospitalarios, con estancias medias de ingreso más prolongadas y con mayor utilización de los servicios de consulta médica, urgencias, hospitalización de día y consumo de medicamentos, lo que representa el 70% del gasto sanitario.

Según la Encuesta Europea de Salud en España, las enfermedades crónicas afectan a más de 22 millones de pacientes, lo que significa un 54% de la población, con especial prevalencia en mayores de 65 años, donde el porcentaje sube al 89,5%<sup>12</sup>.

Sin embargo, este cambio de patrón epidemiológico que ya preveía la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales de los años 70 del siglo XX, no ha conllevado una evolución de los sistemas de salud, para adaptarse a las nuevas necesidades.

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

- promoción de la salud hacia hábitos y estilos de vida saludables
- prevención de factores de riesgo y detección precoz de los mismo
- integración asistencial de atención primaria y atención hospitalaria
- coordinación con los servicios sociales
- información a los pacientes y apoyo al autocuidado.

En el Anexo 1 del tema 5.3 se describe los modelos y clasificaciones de gestión integrada, dependiendo de si las integraciones son horizontales o verticales, o bien, reales o virtuales. *Integración horizontal* se produce cuando dos o más organizaciones prestan servicios conjuntamente en un nivel de atención similar. *Integración vertical* ocurre cuando dos o más organizaciones prestan servicios conjuntamente entre niveles de atención distintos.

Tanto las integraciones verticales como las horizontales pueden ser *integraciones reales* (cuando hay fusión de las organizaciones), o *integraciones virtuales* (mediante procesos contractuales).

Asimismo, existe otra clasificación de Natasha Curry y Chris Ham<sup>13</sup> en tres niveles de gestión que, en general, son integraciones virtuales (ver Anexo 1 del tema 5.3) que podemos resumir en:

**a) Macro-nivel:** los más conocidos son los relacionados fundamentalmente con procesos crónicos como el Kaiser Permanente o *Chronic Care Model*.

**b) Meso-nivel:** esta integración se enfoca a las necesidades de un grupo específico de pacientes ya sea por edad, por patología o por otra condición.

**c) Micro-nivel:** coordinación de la atención individualizada de pacientes y cuidadores, por ejemplo, la gestión de casos.

En las experiencias mencionadas en los tres niveles de integración, las **tecnologías de la información y comunicación** juegan un papel clave, especialmente la historia clínica electrónica.

## 2.1- Elementos de la gestión integrada

Como se ha comentado anteriormente, la base de la gestión integrada es la atención de los procesos crónicos, cuyo objetivo principal es lograr que esta atención sea lo más cercana al habitat habitual del paciente para mantenerle, en lo posible, en su entorno familiar. El perfil del paciente ha ido cambiando en los últimos años; quiere saber más sobre su enfermedad y lentamente va desarrollando un papel más proactivo en las decisiones sobre su propia salud. Este papel, que hay que continuar potenciando, será muy positivo para que tenga una buena calidad de vida.

Las estrategias de **atención** a las enfermedades crónicas<sup>14</sup> abarcan desde la información al paciente y familia y apoyo al autocuidado hasta la integración asistencial, acuerdos con los servicios sociales e implantación de tecnologías de la información y comunicación, en las que el paciente es el centro de la atención y los recursos se adecúan a sus necesidades (Figura 1):

*Elementos de la gestión integrada: información al paciente y familia, apoyo al autocuidado, coordinación entre ambos niveles asistenciales y con servicios sociales, y tecnologías de la información y comunicación.*

- Información al paciente y familia

Hay estudios que concluyen cierta evidencia de que los pacientes mejor informados cumplen en mayor grado con las pautas terapéuticas indicadas y, por tanto, con una mayor adherencia al tratamiento. Además de la información que el paciente pueda recibir de los profesionales sanitarios que le atienden, en la actualidad, muchos pacientes utilizan internet para conocer su enfermedad, incorporándose a redes sociales en las que se intercambian información y experiencias sobre su proceso y se prestan apoyo mutuo. Por tanto, las organizaciones sanitarias y los profesionales deberían informar sobre páginas informativas de calidad acreditada.

- Apoyo al autocuidado

Se entiende por autocuidado cuando *“el paciente asume un papel responsable del cuidado de su salud, adquiriendo hábitos de vida saludable o aprendiendo habilidades, motivación y confianza para manejar los síntomas de la enfermedad, de tal manera que consiga mejor calidad de vida, en colaboración con el profesional sanitario”*<sup>15</sup>. Este papel de apoyo al autocuidado suele recaer principalmente en el personal de enfermería, siendo un profesional clave para una mejor calidad de atención, como han demostrado algunos estudios sobre atención a crónicos<sup>16</sup>.

Otras líneas que se están desarrollando con el fin de que el paciente sea una parte activa de su proceso asistencial<sup>17,18</sup>, son:

- Paciente experto: formación de formadores.
- Escuela de Pacientes: intercambio de conocimiento y experiencias para facilitar la toma de decisiones sobre su enfermedad.



Figura 1: Elementos de la gestión integrada para la atención a pacientes crónicos

- Coordinación atención primaria – atención hospitalaria

Independientemente del modelo de integración asistencial, la mayoría de las experiencias establecen criterios de actuación consensuados entre ambos niveles asistenciales que conlleve desde la estratificación de los pacientes (pirámide de Kaiser Permanent) hasta la gestión de procesos en cada estrato, de manera que permita el abordaje integral del proceso, especificando las actuaciones de forma coordinada en las que se defina profesionales, medios, procedimientos, circuitos y tiempos. Además de la gestión por procesos, también se contempla la “gestión de casos” en la que se establece un plan individualizado para casos graves y/o complejos.

- Coordinación con servicios sociales

Uno de los elementos clave para que la atención del paciente pueda realizarse en su entorno familiar y se pueda dar respuesta a sus necesidades socio-sanitarias, es la garantía de una adecuada coordinación con los servicios sociales. Experiencias como la de Torbay y Northumbria en el Reino Unido<sup>19</sup>, han demostrado que esta coordinación ha sido relevante para los buenos resultados en la reducción de

urgencias hospitalarias y la disminución de días de estancia hospitalaria, lo que ha conllevado a reducción del gasto sanitario.

- Tecnologías de la información y comunicación

En todas las experiencias de integración asistencial, los sistemas de información y comunicación han sido elementos esenciales. La implantación de la historia clínica electrónica, facilitando el acceso a todos los profesionales de ambos niveles que intervienen en el proceso asistencial para garantizar la calidad de la atención, evitar duplicidades de pruebas diagnósticas, minimizar la iatrogenia y, consecuentemente, mejorar la eficiencia es imprescindible.

Los avances en las tecnologías de comunicación están siendo una herramienta de gran utilidad por su agilidad de contacto para los sectores implicados en la integración asistencial: atención primaria, atención hospitalaria, servicios de emergencia y recursos sociales.

El desarrollo de nuevas tecnologías como las videoconsultas y la telemonitorización para el seguimiento del paciente en el domicilio con determinaciones de glucemia, tensión arterial, electrocardiografía, entre otras, están repercutiendo en un mayor control y seguimiento del paciente, originando un cambio en la organización asistencial.

---

## 2.2- Cambios en las organizaciones sanitarias: reflexiones y claves para la integración asistencial

---

En el Estado español, la integración asistencial se está llevando a cabo, bien mediante cambios en los modelos de organización sanitaria como las Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI – Gestión Integrada) o Áreas Únicas, o bien mediante un mayor impulso de la gestión por procesos sin cambios en los modelos organizativos.

Sin embargo, en algunos países como Canadá, Australia, Holanda o Reino Unido, han concluido que las estrategias de gestión integrada no pueden lograrse si no existe una **atención primaria potente**, lo que les ha llevado a implantar actuaciones orientadas al fortalecimiento del primer nivel asistencial, como una financiación capítativa ajustada con aumento de los



incentivos relacionados con la atención a pacientes crónicos (Quality Outcomes Framework – QOF<sup>20</sup>).

Además, se han implantado medidas para mejorar el acceso, como consultas telefónicas o electrónicas y un mayor papel de enfermería en la atención de los pacientes crónicos, fomentando el trabajo en equipo multidisciplinar. Asimismo, con el fin de mejorar la calidad asistencial en atención primaria, se ha impulsado la formación, acreditación y adhesión a las guías de práctica clínica.

En España, parecería que estamos en condiciones muy ventajosas para garantizar una atención primaria potente ya que disponemos de Centros de Salud con Equipos de Atención Primaria (equipos multidisciplinarios) con una implantación progresiva desde la década de los 80 – 90 y que en la actualidad cubre prácticamente a toda la población. No obstante, en las dos últimas décadas, la Atención Primaria está sufriendo un estancamiento en su desarrollo, debido fundamentalmente a la falta de recursos humanos y de financiación<sup>21</sup>.

Otros aspectos importantes que no se han desarrollado adecuadamente en Atención Primaria son la plena capacidad de resolución para evitar derivaciones injustificadas al nivel hospitalario y la potenciación de la enfermería con un papel relevante en el seguimiento del proceso crónico, en la coordinación con los servicios sociales y en el apoyo al autocuidado, con el fin de que el paciente pueda ser atendido en su hábitat habitual.

La **reorientación de la organización hospitalaria** es esencial para la atención de los procesos crónicos. La mayoría de los hospitales fueron diseñados para la atención a patología aguda, pero en la actualidad gran parte de su volumen de actividad está originada por los procesos crónicos. Puede haber resistencias a estos cambios, pero parte de estos hospitales deben reorientarse para la atención de pacientes crónicos, desarrollando alternativas al ingreso hospitalario como hospital de día, unidades de corta estancia, entre otras, asumiendo un papel imprescindible de apoyo al primer nivel asistencial, bien mediante interconsultas en el propio centro de salud (“especialista consultor”), bien mediante interconsultas telefónicas o electrónicas.

Asimismo, la estratificación de los pacientes crónicos permitirá una **ordenación de los recursos asistenciales** siendo el

*Una atención primaria potente, la reorientación de la organización hospitalaria, la ordenación de los recursos asistenciales para la atención de los distintos estratos (según la pirámide de Kaiser Permant), los compromisos con servicios sociales y las evaluaciones de las experiencias son claves para que tenga éxito la integración asistencial.*

médico de familia el referente del paciente en la mayoría de los casos. En los casos complejos (menos del 5% de los pacientes), pudiera ser que el médico de familia atendiera al paciente con el apoyo del médico hospitalario o en otros casos, fuera el médico hospitalario quien atendiera al paciente hasta su resolución o estabilización del proceso (gestión de casos). En esta reordenación, es esencial la implementación de los flujos y coordinación para la atención (gestión por procesos) entre ambos niveles asistenciales, estableciéndose médicos y enfermeras hospitalarios de referencia o de enlace, que además deben asumir la coordinación intrahospitalaria o con otros hospitales.

Estos cambios en las organizaciones sanitarias conllevan un cambio en las funciones y manera de trabajar de los profesionales, además de que se tendría que valorar la incorporación de otras profesiones para garantizar una adecuada atención como está sucediendo en algunas experiencias de otros países, en las que se han incluido terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, trabajadores sociales, nutricionistas, psicólogos, entre otros.

En las experiencias que han tenido buenos resultados, la **coordinación con servicios sociales** ha sido fundamental para cubrir las necesidades del paciente y su familia en el domicilio. Por tanto, parece que es necesario llegar a acuerdos (contratos, convenios) con los servicios sociales para garantizar una buena coordinación.

Como ya se ha comentado, las **tecnologías de información y comunicación** son clave para lograr una buena atención integrada<sup>22</sup>. Asimismo, la información debe ser un soporte para la realización del **seguimiento y evaluación de las experiencias** que se vayan implementando y poder llegar a conocer las mejores experiencias que aporten valor al Sistema Nacional de Salud.

---

### 2.3- Cambios de cultura en las organizaciones sanitarias

---

Todas las innovaciones en los modelos de gestión, el fortalecimiento de la atención primaria y la reorientación de los hospitales de referencia no pueden lograrse si no existe un cambio de cultura en las organizaciones sanitarias.

Edgar Schein definía cultura (organizativa) como *“un patrón de supuestos básicos compartidos aprendidos por un grupo a medida que resolvía sus problemas de adaptación externa e integración*

*Las estructuras burocráticas no se ajustan a las organizaciones sanitarias, máxime cuando se está evolucionando a modelos de autonomía de gestión y de integración asistencial.*

*interna, que ha funcionado lo suficientemente bien como para ser considerado válido y, por tanto, para ser enseñado a los nuevos miembros como la forma correcta de percibir, pensar y sentir en relación con esos problemas*<sup>23</sup>. La cultura es pues la clave de transformaciones reales y sostenibles.

No se podrá tener éxito en la integración asistencial si no se suprimen barreras de desconfianza entre los profesionales y de pertenencia del paciente. Las organizaciones sanitarias tienen como razón de ser, la atención de los problemas de salud de la población, por lo que el eje de la organización es el ciudadano o paciente. En el caso de los pacientes crónicos, el objetivo de la organización es que los enfermos sepan “vivir con su enfermedad” con la mejor calidad posible. Los profesionales deben aprender a trabajar en equipo para ser más efectivos en la atención y más eficientes en el uso de los recursos. Para ello, es necesario que los profesionales de ambos niveles asistenciales conozcan la organización, funcionamiento y competencias que pueden asumir cada uno de ellos y establezcan alianzas para dar la atención más adecuada en el lugar más idóneo.

En este cambio de cultura, debe contemplarse mayor autonomía de gestión de los servicios y unidades y mayor participación de los profesionales en la toma de decisiones, lo que repercutirá en mayor motivación, implicación y satisfacción de los profesionales.

El rol del directivo institucional y gestor debe tener capacidad creativa y más facilitador de la colaboración entre profesionales, minimizando las barreras funcionales e impulsando la participación de los profesionales en la toma de decisiones y en el trabajo en equipo.

Sin embargo, la atención integrada con procedimientos compartidos y dinámicos entre ambos niveles asistenciales, en los que se necesita de medios ágiles de información y comunicación, con una mayor papel proactivo de los pacientes, con coordinación con otros sectores como los servicios sociales y la mayor autonomía de los profesionales para organizar su trabajo y participar en las innovaciones, son difíciles de lograrse en modelos burocráticos, que son rígidos en sus instrumentos, lentos en sus procedimientos y contrarios a la innovación (“no miran hacia fuera y sólo buscan perpetuarse”). La rapidez en la evolución de los cambios científicos y tecnológicos, así como la complejidad y variabilidad de los hospitales y centros de salud

no se ajustan a estructuras burocráticas.

Por tanto, este cambio de cultura ha de venir asociado a un cambio de estructuras organizativas en las que se produzca en una primera fase un aplanamiento de la pirámide weberiana con el fin de que la estructura sea más horizontal y así dotar de mayor funcionalidad. Posteriormente, estas estructuras deberían evolucionar a estructuras no burocráticas, más acordes con la descentralización de la gestión y con la integración asistencial. Estas estructuras deben ser más flexibles, autónomas y cohesionadas, garantizando la calidad de los servicios y el buen gobierno de las organizaciones con una gestión basada en la evidencia, con transparencia y rendición de cuentas.

---

## 2.4. Resultados de las experiencias

---

La evaluación debe ir dirigida a la efectividad y eficiencia de las experiencias. En los últimos años se han realizado evaluaciones nacionales e internacionales de las experiencias implantadas.

La mayoría de estas evaluaciones se han basado, fundamentalmente, en los tres elementos: "Gestión por procesos", "Sistema de Información compartida" y "Tecnologías de Información y Comunicación" en los Servicios Sanitarios, aunque también ha habido algunas basadas en la coordinación socio-sanitaria<sup>24, 25, 26, 27, 28</sup>. Los resultados se resumen en:

- Mejora la satisfacción del paciente
- Mejora la calidad de atención percibida
- Incremento del acceso de los pacientes a los servicios sanitarios
- Parece que reduce las urgencias y los ingresos hospitalarios
- No hay evidencia clara de que la integración asistencial reduzca o incremente costes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peiró S, Meneu R, Bernal-Delgado E. Variabilidad, efectividad y desigualdad. Histerectomías y prostatectomías por enfermedad neoplásica en España (2002-2004). *Rev. Esp Salud Pública* 2009; 83: 109-121
2. Vila Córcoles A, Bria Ferré X. La mortalidad evitada como producto de la atención primaria. *Cuadernos de Gestión* 2001; 7-3:134-141
3. David Monterde, Emili Vela, Montse Clèries, Luis García Eroles, Pol Pérez Sust Aten Primaria. 2019;51:153-61 Validez de los grupos de morbilidad ajustados respecto a los clinical risk groups en el ámbito de la atención primaria
4. Barrio Cortes J, Suárez Fernández C, Bandeira de Oliveira M, Beca Martínez MT, Lozano Hernández C, del Cura González I. Utilización de los servicios de salud de Atención Primaria en los pacientes crónicos según nivel de riesgo. *Rev Esp Salud Pública*. 2019;93: 6 de septiembre)
5. Jaime Barrio-Cortes, Isabel del Cura-González, Miguel Martínez-Martín, Carmen López-Rodríguez, María Ángeles Jaime-Sisó, Carmen Suárez-Fernández Aten Primaria. 2020;52:86-95 Grupos de morbilidad ajustados: características y comorbilidades de los pacientes crónicos según nivel de riesgo en Atención Primaria
6. Vila Córcoles A y cols. Grupo SISINFO. EQA-17: Propuesta de un indicador sintético del Producto de la atención primaria en mayores de 14 años. *Rev Esp Salud Pública* 2006, Vol. 80: 17-26.
7. McColl A, Roderick P, Gabbay J, Smith H, Moore M. Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach *BMJ* 1998; 317: 1354-60
8. Proyecto de Decreto de Ordenación y Regulación de la Gestión Clínica en el Servicio Andaluz de Salud. <http://www.ugcandalucia.es/proyecto-de-decreto-de-unidades-de-gestion-clinica/>
9. Decreto 66/2009, de 14 de julio, por el que se regula la estructura y funcionamiento de las áreas y unidades de gestión clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias
10. Decreto 174/2010, de 21 de septiembre, del Gobierno de Aragón, por el



que se aprueba el reglamento de la estructura y funcionamiento de las áreas y sectores del Sistema de Salud de Aragón. <http://www.boa.aragon.es/cgi-bin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=551628360404>

11. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población 2022-2072. Disponible en [https://www.ine.es/prensa/pp\\_2022\\_2072.pdf](https://www.ine.es/prensa/pp_2022_2072.pdf)
12. Ministerio de Sanidad. Encuesta Europea de Salud en España 2020. Disponible en [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc\\_Eur\\_Salud\\_en\\_Esp\\_2020.htm](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.htm)
13. Curry N, Ham Chris. Clinical and service integration: the route to improved outcomes. The King's Fund, 2010. Disponible en: <http://kingsfund.koha-ptfs.eu>
14. Conferencia Nacional para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas: Documento de Consenso. 2011. Disponible en: [http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.semfy.com%2Fcomponentes%2Farchivos%2Fdescarga.php%3FMTA3MDQ%253D&ei=D7GJT4DABMWwhAft3Ky-CQ&usq=AFQjCNGuvRm09Zp0QvOWs5sFpmICDkze5A&sig2=A9Cavx\\_2JrtnKWwtbMrX0Q](http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.semfy.com%2Fcomponentes%2Farchivos%2Fdescarga.php%3FMTA3MDQ%253D&ei=D7GJT4DABMWwhAft3Ky-CQ&usq=AFQjCNGuvRm09Zp0QvOWs5sFpmICDkze5A&sig2=A9Cavx_2JrtnKWwtbMrX0Q)
15. Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. Atención Primaria de Salud: nuevos retos, nuevas soluciones. SEDAP, 2009. Disponible en: <http://www.faecap.com/documents/download/42>
16. Willcox S, Lewis G, Burgers J. Strengthening Primary Care: Recent Reforms and Achievements in Australia, England and the Netherlands. The Commonwealth Fund: Issues in International Health Policy, 2011. Disponible en: [www.commonwealthfund.org](http://www.commonwealthfund.org)
17. Para mayor información de la experiencia de Andalucía, consultar en [http://www.juntadeandalucia.es/salud/escuela\\_pacientes](http://www.juntadeandalucia.es/salud/escuela_pacientes)
18. Para mayor información de la experiencia de Galicia, consultar en <http://www.sergas.es/EscolaSaude>
19. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Libro Blanco de la Coordinación Socio-Sanitaria en España, 2011: 39-40. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mspsi-libroblancos-anidad-01.pdf>

20. NHS England. Quality and Outcomes Framework guidance for 2023/24. Disponible en <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/03/PRN00289-quality-and-outcomes-framework-guidance-for-2023-24.pdf>
21. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Disponible en [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020\\_21/INFORME\\_ANUAL\\_2020\\_21.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf)
22. Merino Hernández M et al. Desarrollo de un modelo de atención sanitaria integrada para pacientes crónicos con necesidades complejas. Premios Profesor Barea. 14.a Edición 2016
23. Schein EH. Organizational Culture and Leadership. Jossey-Bass, 2010. Disponible en: [https://ia800809.us.archive.org/14/items/EdgarHScheinOrganizationalCultureAndLeadership/Edgar\\_H\\_Schein\\_Organizational\\_culture\\_and\\_leadership.pdf](https://ia800809.us.archive.org/14/items/EdgarHScheinOrganizationalCultureAndLeadership/Edgar_H_Schein_Organizational_culture_and_leadership.pdf)
24. Baxter, S. et al. (2018), "The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence", BMC Health Services Research, Vol. 18/1, Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3161-3>
25. Morales-Asencio JM et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. BMC Health Services Research 2008, 8:193. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-193>
26. Mireia Espallargues et al. Desarrollo de un marco conceptual para la evaluación de la atención a la cronicidad en el sistema nacional de salud. Rev Esp Salud Pública. 2016; Vol. 90: 7 de julio: e1-e16
27. Looman, W. et al. (2021), "Drivers of successful implementation of integrated care for multi-morbidity: Mechanisms identified in 17 case studies from 8 European countries", Social Science & Medicine, Vol. 277, p. 113728. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113728>
28. Mateo-Abad, M. et al. (2020), "Impact of the CareWell integrated care model for older patients with multimorbidity: a quasi-experimental controlled study in the Basque Country", BMC Health Services Research, Vol. 20/1. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05473-2>