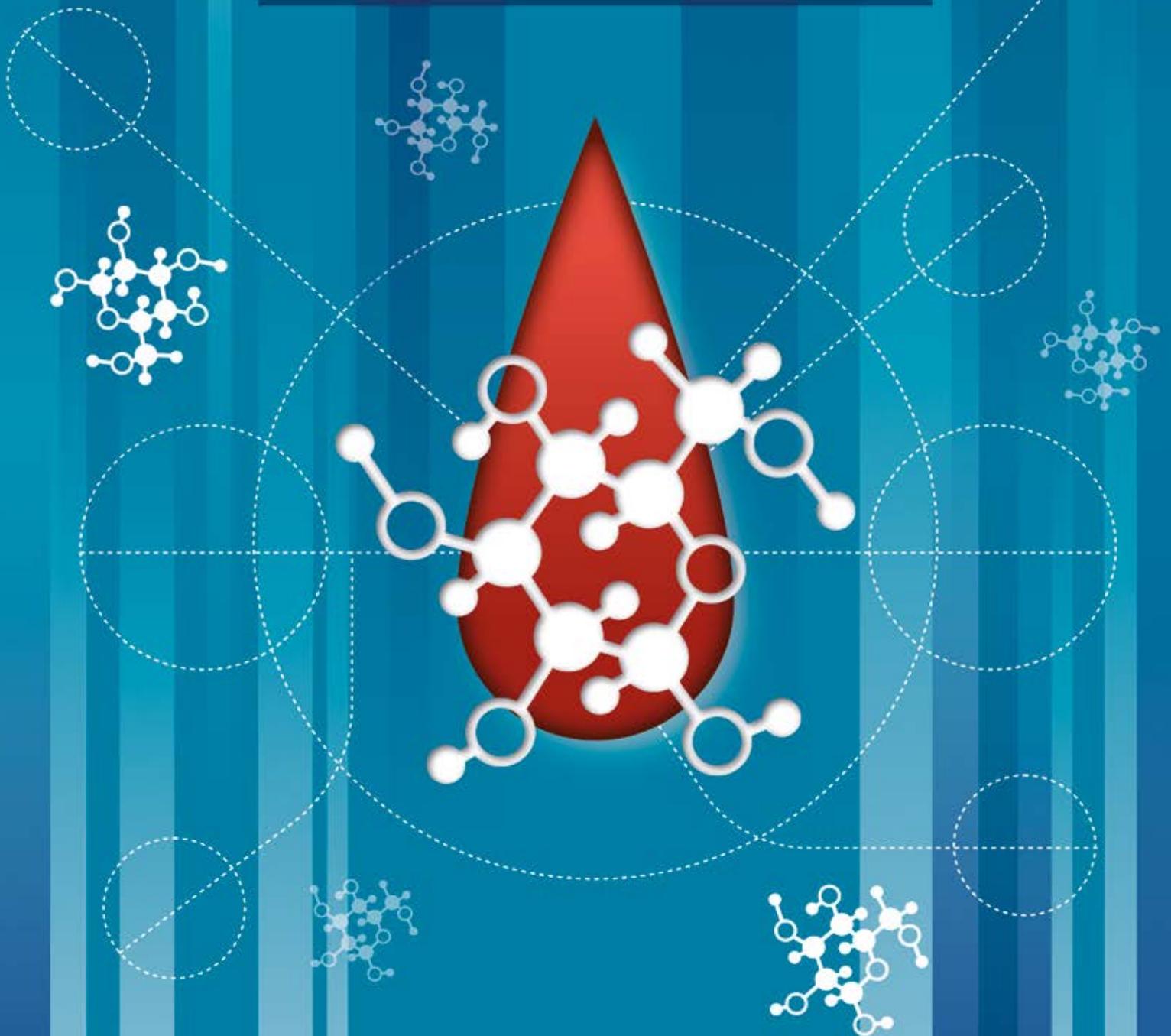


Atención integrada en diabetes:

del diseño a la implementación



Atención integrada en diabetes:

del diseño a la implementación



SANOFI ha patrocinado el desarrollo de este proyecto.

The Institute for Health and Strategy (SI-Health) ha elaborado este documento con las aportaciones del grupo de trabajo.

Atención integrada en diabetes: del diseño a la implementación

Mayo 2019

Autores: Ander Rojo, Patricia Arratibel, Rafael Bengoa y Grupo Multidisciplinar de expertos en diabetes.

Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health)

Diseño gráfico: Daniel Gibert Cobos - www.dfad.biz



Los contenidos de este informe "Atención integrada en diabetes: del diseño a la implementación" están sujetos a una licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra derivada 4.0 Internacional.

Los usuarios pueden copiar, distribuir, mostrar y reproducir solo copias directas del trabajo con fines no comerciales y dentro de los límites que se especifican en la licencia.

Puede consultar la licencia completa aquí: http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es_ES

Grupo de trabajo

Javier Carmona de la Morena. Director Gerente GAP Toledo. Castilla la Mancha.

Fco. Javier Rodríguez Alcalá. Director Médico. Gerencia de Atención Primaria de Toledo. SESCOAM.

Iván Vergara. Director Zona Básica Lodosa. Navarra.

Rodolfo Montoya. Director Zona Básica Ancín. Navarra.

Domingo Orozco. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Departamento de San Juan Alicante. Comunidad Valenciana.

María Concepción Fernández. Directora Médico de AP. Departamento de Elda. Comunidad Valenciana.

Milagros Cucarella. Directora Enfermería AP. Departamento de Elda. Comunidad Valenciana.

Sara Rodríguez. Directora d'Atenció Primària. Institut d'Assistència Sanitària i Institut Català de la Salut. Girona. Catalunya.

Montse Canet. Adjunta a direcció d'Atenció Primària. Institut d'Assistència Sanitària i Institut Català de la Salut. Girona. Catalunya.

José Antonio Saz. Representante de la Federación Española de Diabetes (FEDE) en Aragón, secretario de la Junta Directiva de FEDE y presidente de la Comisión de Cronicidad de FEDE.

Este documento ha sido revisado por la Dra. Anna Novials, jefe del equipo Patogenia y prevención de la diabetes del IDIBAPS, investigadora del CIBERDEM y presidenta de la Sociedad Española de Diabetes.

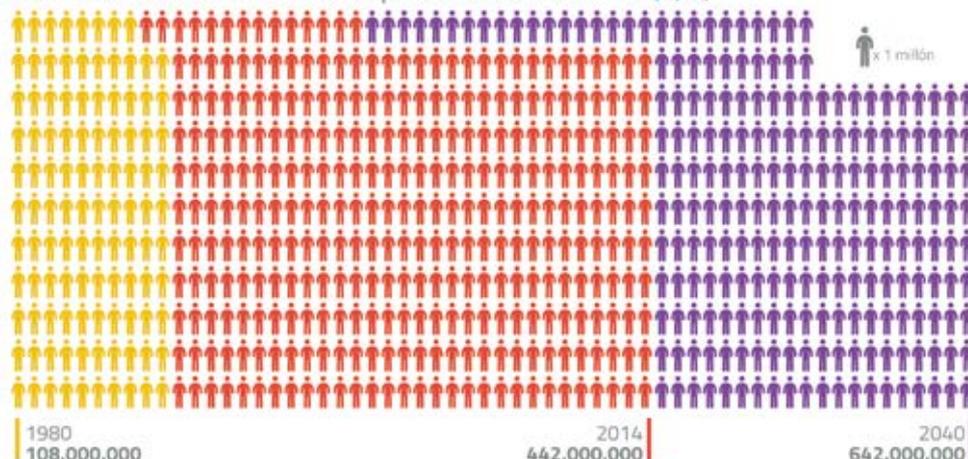
Índice

1	Introducción	5
2	Objetivo del proyecto	8
3	Metodología	9
4	El modelo asistencial actual no está obteniendo los resultados esperados	10
5	El desafío está en la implementación	13
6	Atención integrada en diabetes: del diseño a la implementación	16
7	Ejemplos de buenas prácticas internacionales	25
8	La situación en España	30
9	Diabetes: Guía de Implementación	37
10	Conclusión	40
11	Bibliografía	41

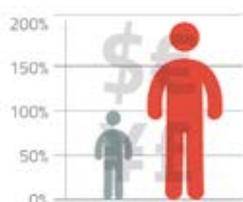
Las cifras de la diabetes

La diabetes en el mundo

Gran incremento del número de personas con diabetes (1, 2)



Los costes de la diabetes en el mundo



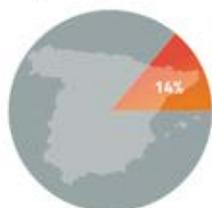
Los pacientes con diabetes consumen el doble de recursos sanitarios que la población no diabética



los sistemas de salud destinan entre un 7-14% de sus presupuestos al tratamiento de esta enfermedad (3, 4).

La diabetes en España

En España, en 2012 (5):



6 millones de personas (14% de los españoles) padecía diabetes



alrededor del 40% de ellos ignoraba que padecía la enfermedad



7 millones de personas estaban en una situación de prediabetes

Las consecuencias de la diabetes en España

25.000 españoles mueren cada año por diabetes (6)



La diabetes es responsable de 7 de cada 10 amputaciones no traumáticas (6)



El 16% de las personas ciegas en España lo son a causa de la diabetes (6)

Los costes de la diabetes en España



5.809.000.000 €

En 2012, los costes directos de la diabetes en España ascendieron a 5.809 millones de euros, lo que representó el 8,2% del gasto sanitario total (7). A modo de ejemplo, este gasto supone el total del presupuesto dedicado a sanidad por la Comunidad Valenciana en 2016 (8).



17.630.000.000 €

Se estima que los costes indirectos (absentismo laboral, jubilaciones anticipadas y gastos sociales) ascienden hasta los 17.630 millones de euros (6)

1

Introducción

Los datos presentados demuestran que la diabetes se encuentra en el centro de la epidemia mundial de enfermedades crónicas, y es uno de los problemas sanitarios más graves que existen en la actualidad. Si no se maneja adecuadamente, el aumento exponencial del número de pacientes consumirá una gran cantidad de recursos sanitarios en el futuro, lo que supone una enorme amenaza para los sistemas de salud de toda Europa, así como de España.

En este contexto, el diagnóstico precoz y el buen control de la diabetes se ha convertido en una prioridad para todas las organizaciones y áreas sanitarias del país, que ya destinan una gran cantidad de recursos sanitarios al manejo de esta enfermedad (7). Sin embargo, a pesar de que sabemos cómo prevenir, detectar y controlar la enfermedad, todavía hoy existe un gran margen de mejora en su abordaje.

La atención integrada continúa brindando una de las mejores oportunidades para responder a los problemas del abordaje actual de la diabetes (tanto del tipo 2 como del tipo 1). Sin embargo, aunque sabemos lo que hay que hacer para avanzar en la integración, todavía hoy existen numerosas barreras a nivel organizativo, financiero y cultural, así como de acceso a datos de calidad, que dificultan enormemente la implementación de los cambios necesarios que nos permitirían alcanzar un sistema plenamente integrado capaz de responder con éxito a la enfermedad.

Ante esta situación, en el año 2018 se constituyó en Europa un "grupo de expertos para la atención integrada de la diabetes en Europa (EGIDE)", con la misión de identificar y proponer soluciones concretas que ayuden a superar estas barreras que impiden la integración de cuidados de la diabetes en Europa, contribuyendo de esta forma a acelerar el cambio hacia la adopción de este nuevo modelo de atención.

En su análisis, el grupo de expertos de EGIDE identificó 4 elementos facilitadores que ayudarían a evolucionar hacia un modelo de cuidados integrado de la diabetes en Europa:

1. **Modelos de financiación e incentivos:** desarrollar nuevos modelos de financiación basados en resultados finales, abandonando el actual modelo de financiación basado en el volumen de actividad asistencial.
2. **Procesos y servicios sanitarios:** evolucionar desde el actual modelo asistencial hospitalocentrista centrado en la curación de eventos agudos, hacia un nuevo modelo de atención más preventivo, proactivo y coordinado que redirija su actividad hacia la atención primaria y la comunidad.
3. **Gestión de datos:** desarrollar los sistemas de información para permitir la atención basada en resultados, y promover su interoperabilidad para compartir la información entre prestadores.
4. **Cultura organizativa y compromiso de los profesionales:** desarrollar una cultura organizacional que promueva un alto grado de compromiso de los profesionales con el cambio.

▼ Figura 1: elementos facilitadores identificados por el grupo EGIDE para evolucionar hacia un modelo de cuidados integrado de la diabetes en Europa



Elaborado por SI-Health.

La verdadera transformación del modelo asistencial solo se logrará cuando se consigan desarrollar estos 4 elementos. Sin embargo, es necesario destacar que, en España, estos elementos facilitadores no están siendo trabajados con la misma intensidad. Así, existen algunas experiencias aisladas de introducción de cambios en los **modelos de financiación** por los pagadores, mientras que la búsqueda de mejoras en los **procesos y servicios sanitarios**, así como en la **gestión de datos**, son mucho más numerosas y llevan años en marcha.

Muestra de ello son las 57 experiencias registradas hasta el año 2016 en el Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS) de New Health Foundation (9). Estas experiencias demuestran que, al igual de lo que sucede internacionalmente, la agenda de la atención integrada avanza con fuerza en España y cada vez existen más ejemplos de que coordinarse es posible. No obstante, existen distintos ritmos de avance y un desarrollo desigual en la introducción de este tipo de mejoras en la prestación entre regiones. A modo de ejemplo, la Historia Clínica Electrónica (HCE) compartida está disponible en algunas Comunidades Autónomas (CCAA) como Galicia o el País Vasco desde 2011, mientras que, en otras, todavía están avanzando en su desarrollo.

Además, muchas de estas mejoras están experimentando numerosos problemas a la hora de ser implementadas, desplegadas y escaladas. En este sentido, la falta de liderazgo, la falta de apoyo de los stakeholders o la baja involucración del personal y los profesionales de la salud son algunas de las razones más repetidas para explicar el fracaso de muchas de estas iniciativas.

Estas razones demuestran que, en la mayoría de casos, el éxito o fracaso en la implementación de mejoras depende de elementos culturales y de contexto que condicionan la capacidad de implementación de las organizaciones de forma muy significativa. Por tanto, para incrementar las probabilidades de éxito en la implementación de estos cambios, es necesario trabajar otro tipo de capacidades más *soft* que permitan desarrollar una cultura organizativa alineada con el cambio.

Estas capacidades, sugeridas por el grupo EGIDE en su último punto, **cultura organizativa y compromiso de los profesionales**, son las que se desarrollarán en este documento con el objetivo de apoyar a las organizaciones sanitarias de España en la creación de un contexto receptivo para el cambio que facilite la implementación de mejoras en los **procesos y servicios sanitarios**, así como en la **gestión de datos** (figura 1).

A pesar de que sabemos cómo prevenir, detectar y controlar la diabetes, todavía existe un gran margen de mejora en su abordaje

La razón principal para focalizar este documento en estas capacidades *soft* es que, en la mayoría de casos, las organizaciones sanitarias de España dirigen todos sus esfuerzos a la introducción de cambios en los **procesos y servicios sanitarios**, así como en la **gestión de datos**, pero obvian la necesidad de trabajar estas capacidades complementarias que facilitan la implementación de estos cambios.

Además, existen numerosos proyectos y estudios en diabetes que analizan estos cambios para avanzar en la integración de cuidados de la diabetes, pero no existe ningún proyecto que trate de arrojar luz sobre la forma de avanzar en el desarrollo de una cultura organizacional alineada con el cambio.

Por tanto, la intención de este documento es ayudar a las organizaciones a que desarrollen una cultura organizativa alineada con el cambio que les permita superar las barreras existentes y lograr la implementación exitosa de estos cambios tan complejos.

2

Objetivo del proyecto

Este proyecto persigue un doble objetivo:

1. Analizar cómo se están trabajando en España las capacidades *soft* que permiten crear un contexto receptivo para la implementación de cambios en el abordaje de la diabetes.
2. Proponer una serie de recomendaciones que ayuden a las organizaciones o áreas sanitarias a desarrollar una cultura organizativa alineada con el cambio que permita superar las barreras e implementar con éxito las mejoras necesarias para integrar los cuidados en diabetes.

Por tanto, este trabajo pretende ser de utilidad para los diferentes agentes que hoy tienen responsabilidad en el diseño e implementación del nuevo modelo organizativo y de gestión de la diabetes en su área sanitaria. No obstante, aunque este trabajo este dirigido a los directivos meso del sector, el contenido y el marco de trabajo que se presenta a continuación también puede ser adaptado al nivel macro o micro del sistema sanitario. Asimismo, aunque este documento se ha centrado en la diabetes, su contenido también se puede extender al ámbito de otras patologías crónicas.

3 Metodología

Para elaborar el presente documento, se han seguido las siguientes fases de trabajo:

1. Revisión bibliográfica nacional e internacional sobre gestión del cambio en diabetes, utilizando la base de datos MEDLINE, además de una búsqueda libre sin límite de lengua ni tipo de estudio. Se utilizaron las siguientes búsquedas: "*diabetes change management*"; "*diabetes implementation*"; "*integrated care implementation diabetes*"; "*barriers integrated care diabetes*"; "*facilitators integrated care diabetes*"; "*collective leadership*"; "*healthcare professionals' engagement*".
2. Análisis de la revisión bibliográfica y desarrollo del marco teórico del proyecto.
3. Elaboración del cuestionario para las entrevistas en base al marco teórico definido.
4. Identificación de las áreas sanitarias y de los expertos participantes. Para la selección de expertos, estos debían cumplir los siguientes criterios:
 - a. Desarrollar funciones de liderazgo en un área sanitaria que esté implementando mejoras en la gestión de la diabetes, ya sea a nivel directivo o clínico.
 - b. Contar con una muestra representativa de España a nivel geográfico.
5. Identificación de un representante de los pacientes a través de la Federación Española de Diabetes (FEDE), con el objetivo de recoger su voz para el desarrollo del proyecto.
6. Recogida de información por medio de entrevistas individuales a los expertos de cada área sanitaria seleccionada, con el objetivo de:
 - a. Analizar el contexto actual de cada área sanitaria para la implementación de cambios en el abordaje de la diabetes.
 - b. Conocer cómo se están trabajando cada uno de los elementos de gestión del cambio identificados.
7. Análisis de la información recogida en las entrevistas y elaboración de la guía para ayudar a crear una cultura organizativa alineada con el cambio.
8. Envío del documento a los expertos para su revisión y validación final.

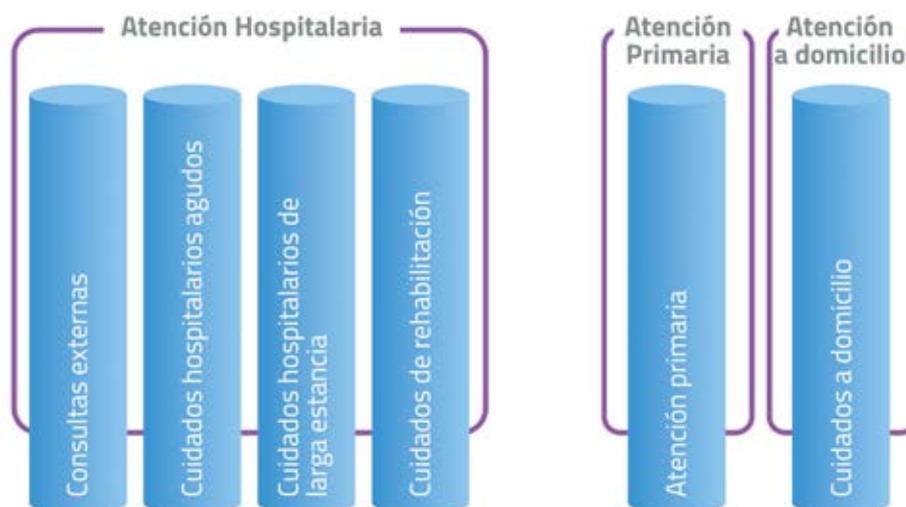
Este proceso garantiza la captación de la evidencia científica sobre el tema, al tiempo que recoge la experiencia de los responsables de la integración de cuidados en el terreno.

4

El modelo asistencial actual no está obteniendo los resultados esperados

El modelo asistencial fragmentado y pasivo como el actual no es adecuado para realizar una gestión eficaz de una enfermedad crónica como la diabetes. Este modelo se caracteriza por realizar una atención episódica, a demanda, con la participación sucesiva de múltiples profesionales y con escasa conexión entre los distintos ámbitos asistenciales (figura 2).

▼ Figura 2. Modelo asistencial actual organizado en silos



Adaptado de Accountable Care Organizations, 2012.

Este modelo pone el foco en el tratamiento del paciente crónico de forma puntual cuando presenta alguna descompensación, centrándose únicamente en la reparación del paciente en lugar de controlar y prevenir las complicaciones antes de que aparezcan. Por tanto, es un modelo reparador adecuado para episodios agudos, pero no es útil para responder de manera eficaz y eficiente a una enfermedad crónica como la diabetes, que requiere una asistencia mucho más coordinada y proactiva por parte del sistema de salud.

En este sentido, desde hace años han ido surgiendo distintos modelos de atención integrada para pacientes crónicos (10 - 13), entre los que destaca el Modelo de Cuidados Crónicos de Wagner (14-18). Aplicado en pacientes con diabetes, este modelo ha logrado demostrar mejores resultados clínicos y procesos de cuidado más eficaces en diferentes entornos y modelos asistenciales (19-21). Además, se han obtenido datos de ahorro y eficiencia derivados de un menor número de hospitalizaciones y reingresos (22, 23).

Estos modelos promueven, tal y como propone el grupo de expertos EGIDE, la búsqueda de mejoras en los **procesos y servicios sanitarios**, así como en la **gestión de datos**, para de manera conjunta ir construyendo un sistema más integrado, preventivo, proactivo y coordinado capaz de responder de manera efectiva y eficiente a las enfermedades crónicas.

En España, desde hace años se ha comenzado a avanzar en este proceso de reorganización del modelo asistencial para lograr una mejor gestión de las enfermedades crónicas, y en algunas CCAA comienzan a surgir lo que denominamos genéricamente "sistemas integrados de salud". Estos sistemas integrados son alianzas entre diferentes prestadores que se responsabilizan de trabajar de manera coordinada y ofrecer trayectorias integradas de cuidados a sus poblaciones de referencia (figura 3). Estas trayectorias integradas, diseñadas por todos los agentes involucrados en el abordaje de la diabetes, así como por los pacientes, permiten personalizar los cuidados y obtienen mejores resultados.

▼ Figura 3. Modelo asistencial del futuro: rompiendo silos



Adaptado de Accountable Care Organizations, 2012.

En muchas CCAA, estas alianzas han llegado a formalizarse mediante una integración administrativa de los distintos prestadores de un área geográfica concreta, como sucede en las Organizaciones Sanitarias Integradas del País Vasco (OSI) o en la Estructuras Organizativas de Gestión Integrada de Galicia (EOXI), mientras que en otros entornos se ha optado por tratar de integrar la práctica clínica pero manteniendo la estructura administrativa tradicional con Direcciones Generales de atención primaria y hospitalaria claramente diferenciadas, tal y como sucede en la Comunidad de Madrid o en Navarra.

Sin embargo, aunque en las CCAA donde existe una integración administrativa se avanza más rápido, a día de hoy todavía no existen áreas que funcionen plenamente en un modelo de gestión de crónicos, y la integración asistencial continúa siendo una meta más que una realidad en nuestro país.

La mayoría de las CCAA avanzan hacia la atención integrada mediante el diseño de estrategias de crónicos o planes de salud. Sin embargo, la realidad demuestra que existen barreras muy importantes que dificultan pasar del diseño a la implementación, y muchos de los cambios que se proponen para adaptar el modelo no están teniendo el éxito esperado. De hecho, llevamos una década tratando de avanzar hacia la atención integrada y la práctica clínica no ha cambiado tanto como se esperaba.

Esto demuestra que el movimiento hacia la integración es extremadamente complejo, y a pesar de que existan diferentes ritmos de avance entre CCAA, a todas ellas les está costando mucho abandonar el modelo tradicional pasivo y de reparación. En consecuencia, los pacientes con diabetes continúan recibiendo una atención fragmentada, a demanda y enfocada en la curación de eventos agudos. Muestra de ello es que no estamos siendo capaces de reducir la incidencia de la diabetes, y actualmente sólo la mitad de los pacientes diagnosticados presentan un buen control de los factores principales tales como la hemoglobina glicosilada, la presión arterial o el colesterol LDL (24). Además, si atendemos estos 3 parámetros de forma global, menos del 19% de pacientes presentan un adecuado control de la diabetes (25).

En conclusión, en España se ha avanzado en la creación de sistemas integrados de salud y en el desarrollo de los sistemas de información. Sin embargo, la gestión de la diabetes no es la adecuada, nos falta algo. Es necesario reforzar esos cambios con la implementación de intervenciones que buscan un mayor compromiso de los profesionales y un estilo de liderazgo diferente.

Muchos de los cambios que se proponen para integrar los cuidados en diabetes no están teniendo el éxito esperado.

5

El desafío está en la implementación

Muchas de las iniciativas de mejora que se proponen para avanzar en la transformación del modelo asistencial experimentan una fuerte resistencia al cambio. De hecho, existen estudios que indican que la mayoría de los proyectos transformacionales no logran el cambio deseado.

Las razones son múltiples y varían según el proyecto y el contexto (figura 4). Las razones van desde una falta de liderazgo e implicación en la implementación por el ámbito de la política de salud, la desconexión del proyecto con la realidad operativa, la falta de capacidad y presupuesto, la falta de apoyo de los *stakeholders*, la baja involucración del personal y de los profesionales de la salud o la escasa participación de los pacientes y la población (26-28).

En un estudio reciente sobre la capacidad de implementación en EEUU (Milbank Memorial Fund) se identifican como importantes los factores de liderazgo, la disponibilidad de recursos, el apoyo público y el de los profesionales. El éxito o el fracaso en la implementación dependía de esos factores (29).

De forma similar, el último informe del OMIS en España destaca como principales barreras de la atención integrada la no disponibilidad de sistemas de información, la resistencia al cambio de los profesionales, la rigidez de los sistemas social y/o sanitario y, en menor medida, las restricciones económicas. Por el contrario, identifican el compromiso institucional, el compromiso de los profesionales y el trabajo en equipo como los principales elementos facilitadores de los programas de atención integrada en España (9).

En diabetes también existen estudios que han obtenido resultados similares al analizar las principales barreras y facilitadores en la implementación de cambios en el modelo asistencial. Entre otros, la cultura organizacional, el compromiso de los profesionales o el estilo de liderazgo son algunos de los elementos que se repiten con mayor frecuencia (30-32).

▼ Figura 4. Razones asociadas al fracaso de las estrategias de cambio

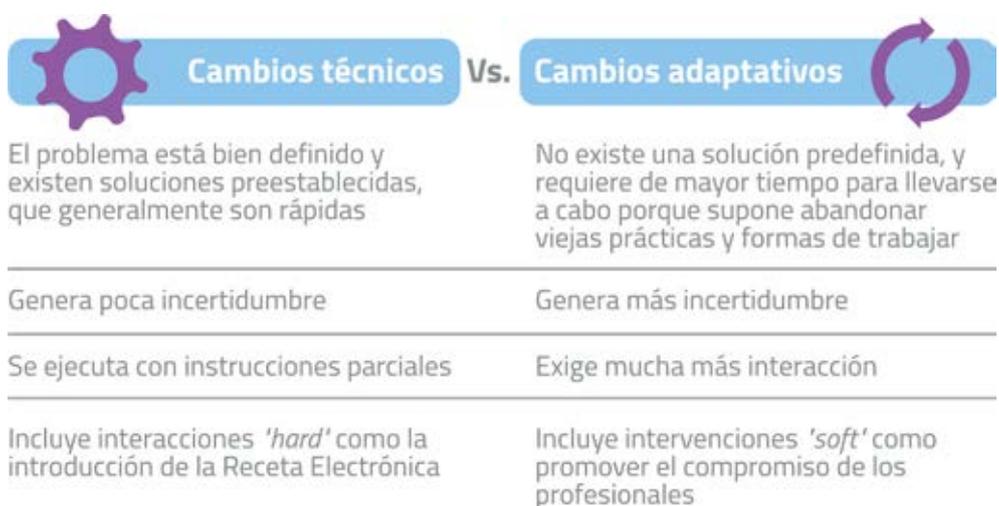


Adaptado de Matta, 2003. Watt, 2005. Best et al, 2012. Forest, 2017. Goderis, 2009. Busetto, 2016. New Health Foundation, 2016.

Si analizamos las razones expuestas en estos estudios observamos que, en la mayoría de casos, las estrategias de cambio fracasan en la implementación porque no se piensa en la reforma como un “cambio adaptativo”, sino que se la considera fundamentalmente como un “cambio técnico” (33). Sin embargo, la mayoría de los desafíos en las reformas no son meramente técnicos, sino también culturales o adaptativos, en donde los elementos de contexto, como el compromiso de los profesionales y pacientes, tienen una gran influencia.

El cambio adaptativo se basa en el compromiso de las personas para adoptar nuevas actitudes, competencias, creencias y comportamientos. A modo de ejemplo, administrar medicamentos para controlar la diabetes es un enfoque técnico, mientras que promover el compromiso de los profesionales en la búsqueda de mejoras en diabetes es un cambio adaptativo (figura 5).

▼ Figura 5. Cambios técnicos vs adaptativos



Elaborado por SI-Health.

Todavía hoy, muchos decisores en el sector sanitario consideran que implementando únicamente cambios técnicos se avanzará hacia un sistema integrado de salud. Por ejemplo, implantando la telemonitorización para pacientes con diabetes o la prescripción electrónica. Sin embargo, aunque estos cambios técnicos son importantes, no son la clave del cambio. Para lograr el cambio de modelo, es necesario desarrollar toda una batería de intervenciones “soft” que ayuden a crear un contexto cultural receptivo para el cambio.

Estos elementos de contexto no se suelen tener en consideración y la falta de cambio adaptativo es una de las principales causas del fracaso en la implementación de las reformas (34). Se constata que existe una amplia evidencia sobre la aversión al riesgo en los individuos y las organizaciones que a menudo no cambian a pesar de una evidencia abrumadora a favor de un cambio. El miedo a perder el control, el exceso de incertidumbre, la incomodidad o el miedo a cambiar la forma de hacer las cosas son algunas de las razones por las que las personas se resisten al cambio.

Esto significa que el contexto es de gran relevancia porque condiciona la capacidad de implementación de las reformas de forma muy significativa, y donde unos pueden

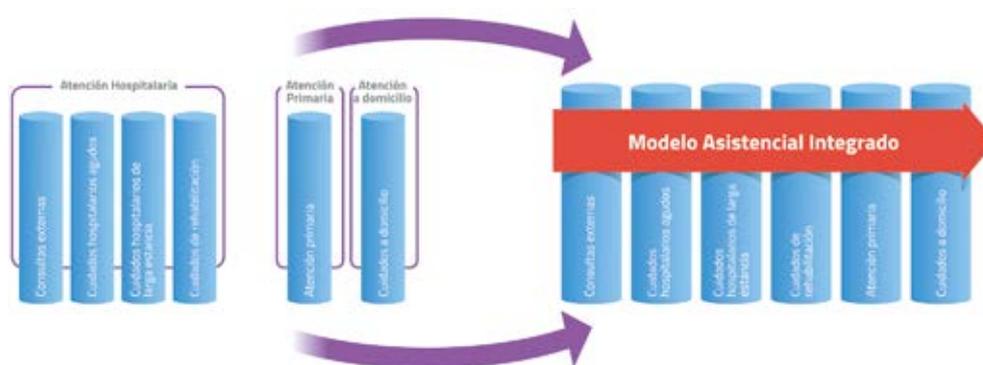
La falta de cambio adaptativo es una de las principales causas del fracaso en la implementación de las reformas

conseguir implantar una estrategia sin demasiadas dificultades, otros pueden fracasar aun cuando estén tratando de implementar los mismos cambios.

Por tanto, podemos concluir que la influencia más importante sobre el comportamiento en las organizaciones sanitarias es la "cultura organizativa y el compromiso de los profesionales". La cultura implica supuestos y valores profundamente arraigados en las organizaciones que conducen a patrones particulares de comportamiento que pueden facilitar o dificultar el cambio. En otras palabras, la cultura se refiere a "la forma en la que hacemos las cosas aquí".

Cuando la cultura de la organización y el compromiso de los profesionales actúan como una barrera en la implementación de mejoras, es necesario promover un cambio cultural para modificar los comportamientos y las prácticas laborales de la organización. Esta es, precisamente, la razón de ser de este documento que presenta un marco de trabajo organizado para aquellos que buscan modificar el comportamiento de su organización con el objetivo de facilitar la implementación de cambios que permitan acelerar el paso hacia el nuevo modelo asistencial integrado de la diabetes (figura 6).

▼ Figura 6. Acelerando el cambio hacia el modelo asistencial integrado



Elaborado por SI-Health.

6

Atención integrada en diabetes: del diseño a la implementación

Como hemos visto, la gran mayoría de las CCAA de España están progresando, con distintas velocidades de avance, hacia un nuevo modelo asistencial de la diabetes mucho más coordinado, integrado, proactivo y preventivo.

En este contexto, los directivos y profesionales sanitarios involucrados en el manejo de la diabetes están liderando cambios cada vez más complejos, y aunque los aspectos técnicos son importantes, todos esos líderes describen como barreras más importantes los ámbitos más culturales, es decir, los que requieren un cambio adaptivo para avanzar.

A pesar de ello, la mayoría de las estrategias de cambio en el sector no suelen contar con un plan de intervención que contemple el cambio adaptativo, y en muchos casos, no se ha creado un contexto receptivo para el cambio. Se trata de aquellas situaciones donde se combinan condiciones que efectivamente bloquean el cambio y se expresan como resistencias al cambio.

Para poder superar estas resistencias, en el sector salud existen varios marcos de trabajo estratégico que se han utilizado con éxito para crear un contexto receptivo para el cambio que facilite y acelere la implementación de mejoras (33, 35-40).

En esta misma línea, el marco de las 5 "i" diseñado por SI-Health propone 4 elementos interrelacionados que habría que trabajar de forma simultánea para desarrollar una cultura organizativa alineada con el cambio.

A continuación, se presenta y desarrolla dicho marco adaptado a la gestión de la diabetes (figura 7). De esta forma, los líderes interesados en acelerar la implementación de cambios en diabetes tendrán un marco que les servirá de guía para avanzar en este propósito.

▼ Figura 7. Marco de las 5 "i" para la implementación de cambios en diabetes



SI-Health, 2018.

1. Implica: Asegurar el compromiso de todos los agentes con la estrategia de diabetes

Para asegurar el respaldo de todos los agentes con la visión, estrategia o plan de diabetes, esta debe ser diseñada cumpliendo una serie de requisitos que permitan construir una estrategia coherente y de alta calidad que sea aceptada por los distintos profesionales y agentes de interés:

- **Evidencia:** Las acciones o intervenciones que conforman el plan deben diseñarse en base a la última evidencia disponible, ya que permite presentar un caso sólido y robusto para que los profesionales sanitarios respalden las estrategias de cambio, creándose un clima favorable a la reforma. En este sentido, mostrar ejemplos de buenas prácticas en diabetes de otros entornos, enfatizando los resultados positivos obtenidos tanto en términos de salud como de eficiencia puede resultar de especial utilidad para promover la involucración de los distintos agentes con el cambio.
- **Participativo:** El diseño de la estrategia se debe realizar contando con la participación del máximo número posible de especialistas involucrados en el manejo de la diabetes (endocrinología, cardiología, atención primaria, medicina interna, oftalmología, nefrología, podología, enfermería, farmacia, etc.), así como con los pacientes. En este sentido, la configuración adecuada de un grupo de trabajo multidisciplinar y la integración de la voz del paciente es esencial para asegurar la implicación de todas las partes interesadas.
- **Pacientes:** Se debe valorar el uso de metodologías de co-creación y co-diseño con los pacientes, donde pacientes y cuidadores trabajan en asociación con los profesionales sanitarios para, en base a su experiencia de cuidados, priorizar áreas de mejora y redefinir, crear o mejorar un proceso de atención o servicio determinado.
- **Alcanzable:** Los planes más exitosos son aquellos que consideran cuestiones de coherencia y alineación entre los objetivos, la viabilidad y los requisitos de implementación. Es decir, el plan debe ser realista y alcanzable, de lo contrario, no contará con el apoyo necesario para su implementación.
- **Flexible:** Es más probable que una visión amplia consiga el apoyo para el cambio que un modelo muy concreto y exhaustivo. Por tanto, es necesario que los planes sean flexibles, se comprendan y tengan una narrativa clara y consistente que evite malas interpretaciones.
- **Incentivar colaboración:** De la misma forma, el plan debe tratar de incentivar la consecución de sus metas y objetivos. A modo de ejemplo, un plan que promueve la integración de cuidados debería incentivar el trabajo colaborativo entre los distintos especialistas que prestan el servicio.
- **"Early wins":** Es necesario asegurar que la estrategia cuente con un método de evaluación y monitorización de los resultados para conocer su impacto. En este sentido, reflexionar sobre cómo obtener y reportar "early wins" en alguna de las iniciativas que componen la estrategia es especialmente útil para involucrar a los distintos agentes y mantener el interés en el cambio.

- **Diseminación:** Una vez diseñado el plan, este debe de ser comunicado y difundido entre todos los agentes de interés con el objetivo de anticipar las posibles barreras o presiones que puedan surgir en el entorno, ya que estas pueden dificultar la implementación del plan de forma muy significativa. A modo de ejemplo, las fuerzas sindicales, las asociaciones de pacientes, la propia población o la oposición política pueden suponer una barrera importante que es necesario gestionar para asegurar su apoyo en la implementación. En este sentido, contar con el apoyo de líderes de opinión en diabetes puede ser de utilidad para influir y movilizar a los distintos grupos de interés.

2. Incluye: Promover el liderazgo colectivo

La experiencia acumulada durante las últimas décadas demuestra que el liderazgo tradicional de control de arriba-abajo (*top-down*) ejercido en el pasado no favorece la involucración de los profesionales sanitarios con el cambio, dado que no solicita su participación. Si los altos directivos imponen una cultura de “control y mando” y limitan la autonomía de los profesionales para tomar decisiones, su motivación y compromiso se reduce dificultando enormemente la implementación de cambios o mejoras (41-44).

La realidad demuestra que el cambio no sucederá si los profesionales no están involucrados. Su participación es fundamental y por ello, en los últimos años surge un nuevo estilo de liderazgo más participativo e inclusivo con los profesionales del sector, así como con los pacientes: el liderazgo colectivo (45, 46).

En este nuevo estilo de liderazgo, se abandona el concepto de líderes heroicos que cambian el desempeño de la organización por si solos y se comienza a ver el liderazgo como algo compartido, participativo y distribuido en toda la organización (clínicos, enfermería, trabajadores sociales, pacientes, directivos, gestores, etc.). El monopolio de la visión por una única persona se reemplaza por una visión compartida por todos los agentes, y la cultura de “orden y mando” y el “control jerárquico” se reemplaza por una cultura que ofrece mayor autonomía y libertad a los profesionales para liderar los cambios e innovaciones.

En definitiva, el liderazgo colectivo implica que los clínicos se conviertan en gestores y líderes del cambio. Ellos son, por cercanía al paciente y *know-how*, los más indicados para mejorar la prestación de cuidados. Para ello, se debe crear una cultura en la que se cuestione el “*status quo*”, donde las ideas se escuchen y se valoren, y donde se fomente la innovación y el espíritu emprendedor.

Por tanto, este nuevo estilo de liderazgo se caracteriza por ser compartido entre los líderes y los agentes que configuran el ámbito local, es decir, requiere una mayor generosidad con el poder y encontrar un equilibrio entre las decisiones tomadas desde arriba y las que deben ser promovidas y adoptadas desde abajo por el ámbito local (*bottom-up*).

Así, se diluye el liderazgo tradicional de control de arriba-abajo desconectado de aquellos que hacen el trabajo clínico y gestor local. Esto no significa que el nuevo estilo de liderazgo sustituya al liderazgo tradicional de arriba-abajo, sino que lo complementa al fomentar la innovación desde las bases para transformar el modelo asistencial. Los cambios necesarios en el abordaje de la diabetes requieren de ambos tipos de liderazgo.

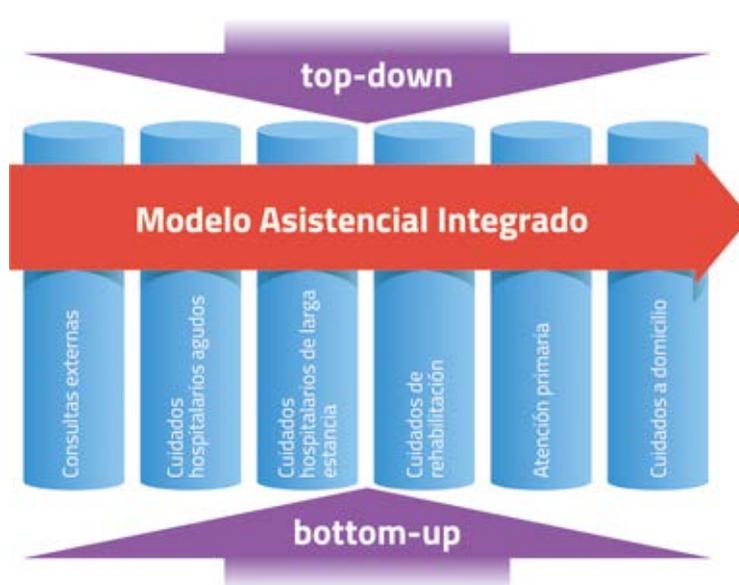
En este sentido, es evidente que algunas decisiones deben continuar realizándose de

arriba-abajo, como la definición del plan estratégico, pero cuando se considera como pasar esta iniciativa a la implementación es necesario abandonar la concepción de control sobre el proceso de cambio y permitir que los profesionales usen el conocimiento local para generar mejoras de abajo-arriba.

Por tanto, para lograr implementar un cambio tan complejo como el que nos ocupa es necesario ejercer un nuevo equilibrio entre la gestión "top-down" y "bottom-up" (figura 8). Este último tipo de liderazgo, de "abajo-arriba", se caracteriza por ser más motivador, integrador, descentralizador y compartido. Es la mejor manera de involucrar a los profesionales con el cambio y fomentar la innovación desde las bases para transformar el modelo asistencial de la diabetes.

Los cambios necesarios en el abordaje de la diabetes requieren de un equilibrio entre las estrategias top-down y bottom-up

▼ Figura 8. Los cambios necesarios en el abordaje de la diabetes requieren dos tipos de liderazgo



Elaborado por SI-Health.

Para ejercer este nuevo estilo de liderazgo, los líderes deben cambiar su mentalidad y comenzar a crear las condiciones y un contexto favorable para que los profesionales sanitarios se sientan motivados y lideren las iniciativas transformadoras de la diabetes "desde abajo", que una vez probada su eficacia podrían ser desplegadas al resto de la organización. En este sentido, algunas acciones o consejos prácticos que ayudarán a los líderes a promover la innovación "bottom-up" de los profesionales involucrados en el manejo de la diabetes son (45, 46):

- **Establecer una visión clara que dote a los profesionales de direccionalidad para el cambio**, así como objetivos compartidos que fomenten la colaboración y la creación de alianzas en la búsqueda de innovaciones en diabetes.
- **Clarificar los roles y funciones de cada miembro del equipo**, y establecer acuerdos de trabajo o normas que especifiquen como deben comportarse juntos para lograr su objetivo. A modo de ejemplo, determinando el proceso de toma de decisiones apropiado.

- **Promover la involucración de todos los profesionales en la implementación de mejoras en la atención al paciente diabético**, asegurándose de que todo el personal adopte roles de liderazgo en su trabajo y asuman la responsabilidad individual y colectiva de brindar una atención segura, eficaz y de alta calidad para los pacientes con diabetes. De esta forma, la responsabilidad se comparte entre todos los miembros del equipo.
- **Ceder poder a los profesionales permitiéndoles una mayor autonomía en el diseño e implementación de las innovaciones en diabetes**. Sus ideas tienen que ser escuchadas y valoradas, y se les debe dar autoridad y libertad para la toma de decisiones en su ámbito de actuación. Así, al involucrar a los profesionales en las tomas de decisiones importantes y darles control sobre su trabajo, se favorece el emprendimiento y la innovación.
- **Facilitar o crear las condiciones para** que los profesionales que atienden a los pacientes con diabetes puedan dedicar parte de su tiempo a **trabajar procesos de innovación organizativa interna**.
- **Celebrar los éxitos e incentivar** a sus trabajadores por liderar innovaciones.
- **Evaluar de forma estructurada el rendimiento de los trabajadores y ofrecerles *feedback*** para mejorar su rendimiento, ya que existe un fuerte vínculo entre la evaluación del rendimiento personal y el compromiso de los profesionales.
- **Comparar el rendimiento profesional entre trabajadores, equipos u organizaciones** mediante herramientas como el *benchmarking*, ya que la comparación del desempeño destinada a lograr comportamientos competitivos fomenta la motivación, el compromiso y la involucración de los profesionales.

Una de las principales ventajas que aporta el liderazgo colectivo es que acelera el proceso de gestión del cambio gracias a su capacidad para integrar e involucrar en el proceso a los profesionales sanitarios. En este sentido, varios estudios sugieren que dar autonomía al personal, permitirles usar una amplia gama de habilidades, asegurar que el trabajo es satisfactorio y darles apoyo y reconocimiento son aspectos nucleares para fomentar su compromiso (46-48).

No obstante, los beneficios de contar con personal comprometido no se limitan a facilitar la introducción de cambios e innovaciones, sino que además permiten mejorar el rendimiento y los resultados de la organización.

En este sentido, la evidencia demuestra que los profesionales comprometidos tienen un mejor rendimiento laboral porque trabajan más duro; cumplen con mayor frecuencia con los procesos estandarizados; priorizan el trabajo en equipo; tienen menores niveles de estrés y absentismo; piensan de manera más creativa y se preocupan más por mejorar los resultados de la organización (46).

Todo ello hace que las organizaciones con personal comprometido brinden una mejor experiencia al paciente, cometan menos errores, tengan menores tasas de infección, mortalidad y absentismo y realicen una gestión financiera más sólida (49).

3. Instruye: Capacitar metodológicamente a los profesionales en gestión del cambio

Para que los profesionales sanitarios que atienden a pacientes con diabetes sean capaces de liderar iniciativas transformadoras, estos deben de ser formados y capacitados en habilidades de gestión, así como en técnicas de mejora continua y gestión del cambio.

Una de las herramientas más útiles para la mejora de la calidad de los servicios sanitarios son los métodos de mejora continua. Las organizaciones deberían formar a sus profesionales en este tipo de métodos ya que permiten incrementar de manera gradual y sostenible los niveles de calidad de las organizaciones, a través del aprendizaje que proporcionan los resultados de cada ciclo de evaluación.

A modo de ejemplo, el método PDSA (Plan-Do-Study-Act) es actualmente uno de los métodos de mejora más utilizados en el sector (50). Su utilidad ha sido demostrada en multitud de enfermedades, incluida la diabetes, produciendo mejoras significativas en la calidad de la atención y en los resultados en salud de los pacientes (51-54).

El ciclo PDSA es un método científico pragmático para testar cambios introducidos en sistemas complejos, como la práctica clínica, y está especialmente indicado para proyectos de mejora a pequeña escala. Siendo aparentemente simple, el ciclo de mejora es en sí una intervención compleja compuesta de una serie de etapas interdependientes y de principios fundamentales que guían su aplicación.

Básicamente, el método consiste en un ciclo iterativo de planificación, implementación, evaluación y mejora continua (Plan-Do-Study-Act) que permite ir introduciendo cambios de forma periódica dirigidos a conseguir mejoras en la práctica clínica. De esta manera, existe la posibilidad de probar, cometer errores, analizarlos y aprender de ellos para perfeccionar la iniciativa de mejora (figura 9).

▼ Figura 9. PDSA



Fuente: Adaptado de Institute for Healthcare Improvement.

La razón para promover el uso de este tipo de métodos es la constatación de que, tradicionalmente, en el sector sanitario cualquier iniciativa de mejora es diseñada y re-diseñada constantemente hasta que se aprueba y, solo entonces, se implementa en el mundo real. Sin embargo, muchas de estas intervenciones fracasan porque no han tenido en cuenta la realidad del contexto donde se implementan, y a pesar de que estén muy bien diseñadas, en la práctica no llegan a funcionar como se esperaba (figura 10).

El principal error de utilizar este proceso es que no se produce una fase de testeo y aprendizaje previo a su implementación en el mundo real, haciendo imposible identificar las barreras de contexto que pueden obstaculizar el éxito en la implementación.

Por esta razón, se debe abandonar la idea de diseñar una intervención “perfecta” antes de pasar a la implementación, y comenzar a ver el proceso de cambio como un ciclo iterativo de planificación, implementación, evaluación y mejora continua (figura 10).

▼ Figura 10. Método de cambio tradicional vs Método de mejora continua



Elaborado por SI-Health.

El uso de estos métodos asegura la adaptación de la intervención al mundo real e incrementa significativamente las posibilidades de éxito en la implementación. Por otra parte, a medida que los profesionales adquieren experiencia en el uso de estos métodos y en la toma de decisiones para aumentar la calidad de la atención, también se incrementa su autonomía y su sentido de pertenencia generando un mayor compromiso con la búsqueda de mejoras en su trabajo.

En definitiva, para poner en marcha estos métodos, es necesario evitar los diseños excesivamente rígidos y abandonar la concepción de control sobre el proceso de cambio para permitir ajustes durante la implementación. De esta forma, se utiliza el conocimiento local para introducir cambios adaptativos durante el propio proceso de implementación y generar mejoras de forma periódica, apoyándose en la idea de que las organizaciones “aprenden de forma continua”.

Los métodos de mejora continua permiten generar mejoras de forma periódica, apoyándose en la idea de que las organizaciones aprenden de forma continua

4. Integra: Facilitar la colaboración entre profesionales

Uno de los elementos que más influyen en la implementación del nuevo modelo asistencial de la diabetes es la ausencia de colaboración entre niveles asistenciales, así como entre clínicos y gestores. La configuración tradicional del sistema sanitario basado en estructuras separadas ha provocado el desarrollo de una cultura organizativa en la que cada nivel asistencial o agente sanitario gestiona su área de competencia sin necesidad de buscar sinergias, y romper esta inercia no es una tarea sencilla.

4.1 Perspectiva de “sistema”:

Para avanzar en la creación de un “sistema”, en primer lugar, debe existir una estructura organizativa y una gobernanza que así lo permita. Es evidente que no se puede gestionar un “sistema” donde no exista una organización con esa función. Por ello, en aquellas CCAA de España donde haya una organización integrada¹ y, por tanto, con una gobernanza más integrada de los elementos de atención primaria y hospitalaria que componen el sistema, se podrá gestionar mejor la diabetes. Es en esas organizaciones donde mejor se podrá incorporar el razonamiento de este documento.

Por otro lado, es igualmente importante que los pagadores comiencen a abandonar el modelo de financiación tradicional que actúa como una barrera a la integración al fomentar el trabajo en silos, y comenzar a asignar los recursos de forma que se incentive el trabajo conjunto entre estructuras con un enfoque poblacional, premiando los resultados conseguidos a lo largo de toda la trayectoria de cuidados y no solo los conseguidos de forma individual por cada organización. De esta forma, los distintos prestadores se verían incentivados a trabajar colaborativamente ya que su financiación dependería de ello.

No obstante, aunque aún no hay señales desde la asignación de recursos (contratos programas) para promover una gestión integrada de la diabetes en España, si existen en muchas regiones las estructuras organizativas para razonar de forma integrada. Lo que evidencia este documento es que conviene que aquellos que gestionan esas organizaciones tengan la oportunidad de ampliar sus acciones con el marco de este documento y así garantizar el éxito en la gestión de la diabetes.

Sin embargo, una integración real únicamente será posible si se produce un cambio de mentalidad en los profesionales. A modo de ejemplo, aunque en algunos lugares existen equipos multidisciplinares y herramientas como la HCE para integrar y coordinar los cuidados en diabetes, los resultados no han mejorado como se esperaba debido a que los profesionales continúan priorizando sus propios servicios sin colaborar lo suficiente con el resto del equipo (55). Esto demuestra que es necesario promover aún más la colaboración entre profesionales.

Por tanto, para que se produzca un cambio de comportamiento en los profesionales los líderes deben promover una cultura de “sistema” en lugar de continuar focalizándose solo en su servicio. **El objetivo es lograr que todos los profesionales asuman la**

¹ A modo de ejemplo, las Organizaciones Sanitarias Integradas en el País Vasco o las Estructuras Organizativas de Gestión Integrada en Galicia.

responsabilidad del éxito del sistema en su conjunto, y no solo de sus servicios (45). Esto contrasta con los enfoques tradicionales que se han centrado en desarrollar la capacidad individual, mientras que descuidaban la necesidad de desarrollar una capacidad colectiva que se responsabilizase de la mejora de la atención al paciente de forma conjunta.

4.2 Operacionalizando un “sistema”:

Existen algunas herramientas y prácticas que las organizaciones sanitarias pueden poner en marcha para ayudar a potenciar la colaboración entre los distintos profesionales involucrados en el manejo de la diabetes²:

- Establecer metas y objetivos compartidos entre estructuras en clave de valor final, así como incentivos asociados a su cumplimiento que premien los resultados de toda la trayectoria de cuidados. En este sentido, la batería de indicadores y resultados finales propuestos por el International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) para la diabetes es un buen ejemplo que podría servir de inspiración (56).
- Fomentar la constitución de equipos multidisciplinares para el abordaje integral de la diabetes y promover el desarrollo de reuniones de coordinación.
- Promover una estrecha colaboración entre profesionales sanitarios y gestores/directivos para diseñar mejoras en el abordaje de la diabetes.
- Fortalecer los sistemas de información para facilitar la comunicación y coordinación de los profesionales involucrados en el manejo de la diabetes: historia clínica única compartida, interconsultas, etc.
- Introducir nuevos roles de coordinación entre niveles asistenciales.
- Impulsar el diseño multidisciplinar de rutas asistenciales, guías clínicas y protocolos conjuntos de actuación para la diabetes.
- Promover la participación de los distintos especialistas en proyectos colaborativos y foros interdisciplinares con finalidades comunes en el manejo de la diabetes.
- Fomentar y potenciar la formación conjunta de los distintos profesionales que atienden a pacientes con diabetes en sesiones clínicas, formaciones, reuniones, congresos, etc.
- Impulsar la incorporación de la perspectiva del paciente en el diseño de la trayectoria de cuidados.

El desarrollo de este tipo de actividades permitirá ir forjando una red interdependiente de organizaciones y profesionales que trabajan juntos para brindar una atención de alta calidad a los pacientes con diabetes. **De esta forma, se va creando una cultura de colaboración y trabajo en equipo en la organización que facilita la implementación de mejoras para lograr una prestación más efectiva, lo que finalmente se traducirá en una mayor satisfacción de los profesionales y pacientes y en unos mejores resultados en salud (57-60). De hecho, un estudio reciente sugiere que un aumento del trabajo en equipo del 5% conlleva un descenso del 3,3% en mortalidad de pacientes (61).**

² *Nótese que algunas de las herramientas que se proponen consiste en la introducción de cambios técnicos.*

Una integración real únicamente será posible si se promueve la colaboración entre profesionales

7

Ejemplos de buenas prácticas internacionales

Promoviendo el cambio en el condado de Jönköping, Suecia [\(62, 63\)](#)

En el ámbito sanitario internacional, existe el reconocimiento de que el condado de Jönköping en Suecia es uno de los mejores ejemplos de cómo una cultura organizativa orientada a la calidad puede mejorar el rendimiento y los resultados de una organización.

Desde que en la década de los 80 comenzará su enfoque estratégico hacia la calidad, Jönköping ha ganado en varias ocasiones el premio sueco de calidad en sanidad, y aparece constantemente como uno de los mejores condados de Suecia en indicadores de calidad y eficiencia. Además, sus indicadores referidos a satisfacción de pacientes, absentismo del personal, listas de espera y cumplimiento presupuestario han ido mejorando de forma sostenida durante todos estos años.

A modo de ejemplo, la figura 11 (*página siguiente*) muestra el ranking de 2004 donde, en comparación con el resto de condados, Jönköping es el mejor situado gracias a sus mejores resultados en distintos indicadores de calidad (eficiencia, seguridad, equidad, efectividad y atención centrada en el paciente).

Otro buen ejemplo de los resultados positivos obtenidos en Jönköping es el proyecto Esther, en el que se buscaban mejoras en la trayectoria y flujo de los pacientes por el sistema. Fruto de este proyecto, en un periodo de 3-5 años los ingresos hospitalarios se redujeron un 20%, la estancia media hospitalaria por insuficiencia cardíaca se redujo en un 30% y se observaron reducciones significativas en los tiempos de espera para citas con especialistas como el neurólogo o el gastroenterólogo.

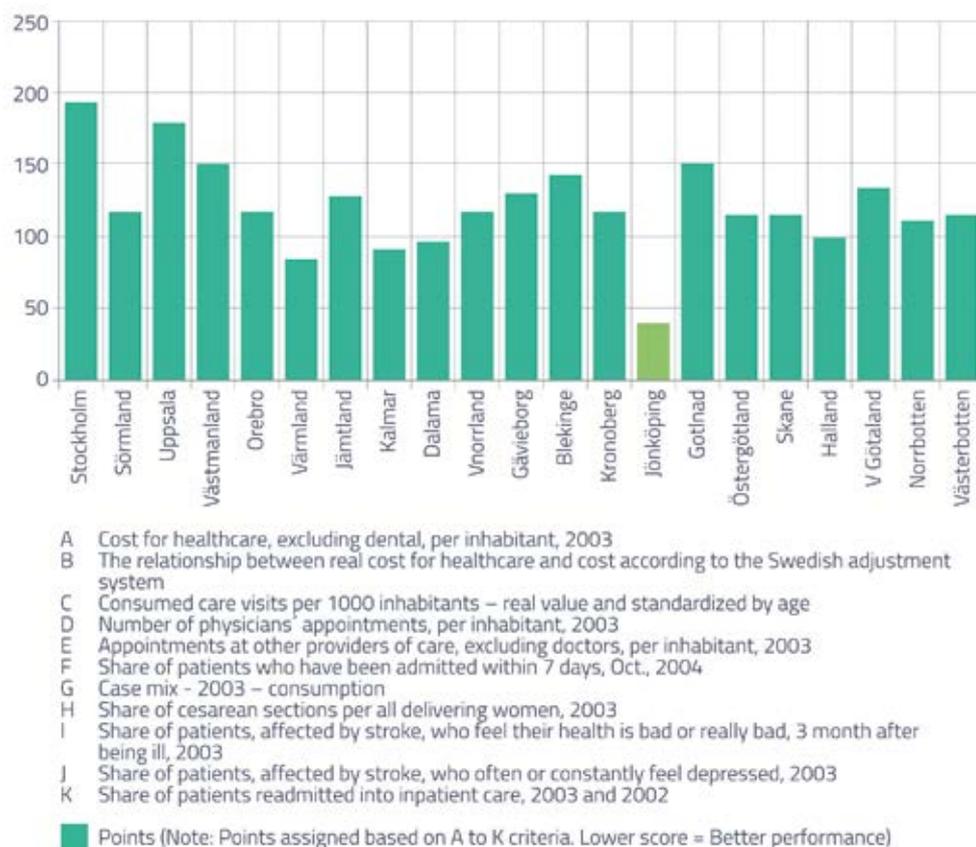
Gracias a estos resultados, Jönköping es considerada una región de referencia internacional y su centro para el aprendizaje, la calidad y la innovación, denominado Qulturum, se ha convertido en objeto de estudio por parte de gestores e investigadores de todo el mundo.

Este centro ha jugado un papel esencial en la obtención de estos resultados, y se ha convertido en el centro neurálgico desde donde se promueve una cultura de liderazgo colectivo donde todo el personal es responsable de la mejora de su trabajo. Así, desde hace más de 20 años, los empleados del condado de Jönköping tienen dos trabajos: "hacer su trabajo y mejorarlo".

Para promover este cambio cultural, Qulturum no da directrices, sino que forma y capacita al personal en gestión del cambio y promueve el uso de metodologías y herramientas de calidad como el PDSA con el objetivo de que todo el personal sea capaz de reflexionar sobre su trabajo y proponer mejoras. De hecho, se estimula a que cada

trabajador proponga unas 6 ideas de mejora al año, y existen incentivos asociados al logro de objetivos de calidad.

▼ Figura 11. Benchmarking sanitario de los condados suecos, 2004
(A menor puntuación, mejor resultado)



Fuente: Baker et al, 2008

Por otra parte, el compromiso y la involucración de los profesionales se promueve enérgicamente por medio de múltiples iniciativas que solicitan su participación y colaboración en la búsqueda de mejoras, como en los denominados "Big Groups" o en los "Diálogos para el Desarrollo", donde los clínicos son invitados a participar e identificar mejoras de calidad.

De esta forma, se ha ido creando una cultura de mejora continua en la organización donde todos los profesionales tienen una gran libertad, motivación, capacidad e influencia para proponer mejoras y crear "valor" en la organización. Es, sin duda, uno de los mejores ejemplos a nivel internacional sobre cómo promover el liderazgo colectivo necesario en una organización para asegurar el éxito en la introducción de mejoras.

Promoviendo el cambio en los NHS Foundation Trust de Wrightington, Wigan y Leigh, Reino Unido ⁽⁴⁵⁾

El movimiento para desarrollar una cultura de liderazgo colectivo que fomentase un mayor compromiso de los profesionales en los NHS Foundation Trust de Wrightington, Wigan y Leigh comenzó hace 15 años, a través de una iniciativa conjunta entre los directivos y el personal sanitario que pretendía mejorar el entendimiento mutuo y reducir las diferencias jerárquicas entre ambos grupos. En esta iniciativa, los líderes se comprometían a escuchar a los profesionales de “primera línea” en la búsqueda de mejoras y les brindaban oportunidades regulares para hablar directamente con el equipo directivo. Posteriormente, este compromiso se vio enormemente fortalecido por la implantación del programa “*Listening into Action*”, en el que los directivos organizan eventos a gran escala para realizar tres preguntas al personal: ¿qué funciona bien?; ¿qué debe mejorar?; y ¿cuáles son las barreras para la mejora?

La introducción de estas dos simples iniciativas en la cultura de la organización permitió implantar grandes cambios en el sistema, convirtiéndose en un claro ejemplo de cómo los profesionales pueden liderar el cambio en una organización.

Así, tras el éxito del programa “*Listening into Action*”, se decidió desplegar esta misma iniciativa, pero a nivel de los equipos que prestan asistencia, de tal forma que son los propios equipos a nivel local quienes organizan sus eventos de “escucha” e identifican cambios para mejorar su servicio. En este nuevo programa, denominado “*Pioneer Teams*”, se recomienda a los equipos a que se reúnan durante 15 minutos diariamente para determinar prioridades, informar sobre las últimas novedades, realizar ajustes y resolver problemas, así como para reconocer y celebrar los éxitos. Además, para poder realizar esta función, los equipos cuentan con el apoyo de una consultora que ofrece formación en herramientas de gestión, en el uso de métricas y en resolución de problemas.

Por tanto, los líderes de estas organizaciones no solo consultan a los profesionales, sino que también los escuchan, les apoyan y les capacitan para liderar la implementación de mejoras. De esta forma, se consigue ir desarrollando una cultura alineada con el cambio y la mejora continua que va mucho más allá de la simple consulta a los profesionales. En este sentido, los componentes clave del éxito en estas organizaciones han sido los siguientes:

- La apuesta por un estilo de liderazgo colectivo que fomente el compromiso del personal.
- La estrecha colaboración entre profesionales sanitarios y directivos.
- La constante comunicación y difusión de información en la organización sobre las mejoras incluidas como resultado de un mayor compromiso de los profesionales.
- Su enfoque hacia la “actuación rápida” tras identificar posibles mejoras en un servicio.
- El *feedback* constante que se ofrece a los profesionales.

Gracias a la implantación de este nuevo estilo de liderazgo, estas organizaciones han conseguido muy buenos resultados a distintos niveles, desde mejoras en los procesos y en la calidad de la atención recibida por los pacientes hasta mejoras sustanciales en la satisfacción del personal y en los niveles de absentismo. Evidentemente, esto requirió un cambio de mentalidad entre los directivos para comenzar a promover el liderazgo colectivo, pero los resultados obtenidos tras su implantación demuestran que el esfuerzo valió la pena.

Promoviendo el cambio en Veterans Health Administration, Estados Unidos (64)

En la segunda mitad de la década de 1990, la Administración de Salud de Veteranos de Estados Unidos (VA, por sus siglas en inglés) experimentó, bajo un nuevo estilo de liderazgo, una transformación radical que le permitió evolucionar desde un modelo fragmentado centrado en el hospital hacia un nuevo modelo organizativo en forma de redes integradas de servicios regionales.

Para poder llevar a cabo esta profunda transformación, se promovió la descentralización de la toma de decisiones y la rendición de cuentas mediante la introducción de un enfoque de gestión del desempeño que establecía objetivos medibles para mejorar la calidad y los resultados de los servicios. Así, se promovió una cultura de medición en todos los niveles de la organización y se fomentó el compromiso y rendimiento de los equipos mediante el uso de herramientas como el benchmarking. Además, se introdujeron incentivos financieros y no financieros para respaldar la búsqueda de mejoras en calidad.

Todos estos cambios se introdujeron con el objetivo de involucrar a los clínicos y distribuir el liderazgo en toda la organización, reemplazando el sistema anterior de microgestión top-down y delegando la responsabilidad de implementar mejoras en los gerentes y profesionales a nivel local.

Además, se invirtió en formación del personal para proporcionarles las habilidades necesarias para lograr mejoras, y también recibieron apoyo mediante la inversión en sistemas de información que les proporcionaron los datos necesarios para monitorear y mejorar la atención. Todo ello permitió estandarizar la atención en torno a las mejores prácticas y reducir la importante variabilidad clínica que predominaba hasta entonces en VA.

De esta forma, el VA consiguió una reducción de más del 50% en el uso de camas hospitalarias y reinvertió esos ahorros en atención primaria y en la comunidad, logrando transformar un sistema de atención ineficaz e ineficiente en uno ampliamente admirado por su capacidad para brindar una atención de alta calidad a un costo asequible.

En síntesis, este ejemplo es una muestra de la importancia de establecer una dirección clara para la organización en su conjunto al tiempo que se cede a los equipos locales la responsabilidad de buscar e implementar mejoras en la atención. Resalta, en definitiva, la importancia del liderazgo clínico y el valor de invertir en el personal para proporcionarles las habilidades necesarias para lograr el cambio.

Lecciones extraídas de estas buenas prácticas

Las organizaciones presentadas en este capítulo, junto con otras como Intermountain Healthcare, Virginia Mason Medical Center, el Canterbury District Health Board de Nueva Zelanda o el NHS Foundation Trust de Salford Royal, son líderes en la implementación de mejoras porque han logrado un fuerte compromiso e involucración de los profesionales con el cambio. En este sentido, algunas de las lecciones comunes que podemos extraer de estos ejemplos son (64):

- La transformación de las organizaciones no depende tanto de los grandes gestos políticos como de la participación de médicos, enfermeras y el resto del personal en los programas de mejora.
- La mejora en las organizaciones debe basarse en el compromiso más que en el cumplimiento, apoyada por la inversión en personal para permitirles lograr una mejora continuada de la calidad a lo largo del tiempo.
- El liderazgo en las organizaciones debe ser colectivo y distribuido, con líderes clínicos cualificados que trabajen junto con gerentes experimentados.
- Las organizaciones deben priorizar el desarrollo del liderazgo y la capacitación de los profesionales en métodos de mejora de mejora continua.

8

La situación en España

Tomando como base a las 5 áreas sanitarias seleccionadas para participar en el proyecto, a continuación, se presenta la situación de España en torno a estos 4 elementos facilitadores del cambio. Para ello, se han realizado entrevistas a dos directivos/responsables en cada una de las áreas sanitarias participantes con el objetivo de analizar su situación de contexto para el cambio. Las principales conclusiones de las entrevistas se presentan a continuación:

1. Implica: Asegurar el compromiso de todos los agentes con la estrategia de diabetes



Muchas de las áreas sanitarias entrevistadas no cuentan con un plan específico de diabetes. Sin embargo, en todas las áreas se están introduciendo mejoras en la gestión de la diabetes, principalmente enmarcadas dentro de las estrategias de crónicos o en los planes de salud. Como veremos a continuación, todavía queda un importante recorrido de mejora para lograr una plena involucración de los profesionales con los planes o estrategias definidos:

- Los planes o estrategias existentes han sido diseñados con representación multidisciplinar, y en general, las intervenciones que se incluyen están basadas en la evidencia. No obstante, en algunos casos se ha puesto de manifiesto la presencia mayoritaria de gestores en el diseño de algunas estrategias, con una representación de profesionales y pacientes mucho menor.
- La integración de la voz del paciente en el diseño de planes o estrategias de diabetes se encuentra todavía en una fase incipiente, y aunque existan experiencias en este sentido, todavía no es una práctica habitual en España.
- Algunas áreas sanitarias han manifestado dificultades en la implementación de mejoras por no haber contado con los profesionales en el diseño. A modo de ejemplo, la implantación de un sistema de seguimiento en los sistemas de información, en formato *check-list*, para monitorizar el cumplimiento de las actuaciones clínicas que requieren los pacientes, tuvo serios problemas de implementación por no haber contado con los profesionales sanitarios en su diseño. La complejidad y la poca amigabilidad de la herramienta, que consumía mucho tiempo de los profesionales para la carga de información, desalentó a muchos profesionales que no se involucraron lo suficiente para integrar esta práctica en su rutina diaria.
- Otra de las causas repetidas que dificultan la implementación de las estrategias es la falta de recursos (humanos, económicos, etc.) para llevar a cabo todas las acciones que se proponen en el plan. En concreto, las estrategias autonómicas y nacionales

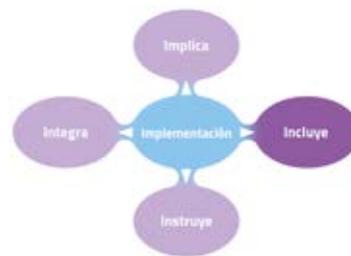
no suelen contemplar en su diseño los recursos adicionales que serían necesarios para que las organizaciones locales pudiesen implementar las acciones propuestas.

- En cambio, a diferencia de lo que sucede con las estrategias nacionales o autonómicas, cuando se diseñan intervenciones concretas en el nivel local, los recursos necesarios para su puesta en marcha si suelen ser previstos con antelación. Así sucedió, por ejemplo, en el diseño de la ruta de cuidados integrada de la diabetes en una de las regiones entrevistadas, que se realizó teniendo en cuenta los recursos disponibles en la región.
- La mayoría de los planes o estrategias incluyen una batería de indicadores que permiten evaluar y monitorizar los avances. No obstante, estos indicadores siguen siendo demasiado clásicos, con predominio de indicadores de proceso sobre los de resultado.
- Estos indicadores se revisan una vez al año y se proporcionan incentivos económicos asociados a su cumplimiento. Sin embargo, estos incentivos no se consideran una fuente importante de motivación ya que, además de ser partidas muy residuales, en ocasiones se centran más en la búsqueda de eficiencias que en la mejora de la atención al paciente.
- Por otra parte, en general no existen incentivos compartidos entre distintos prestadores de un área concreta, por lo que no se promueve ni se incentiva la colaboración entre estructuras para integrar los cuidados en diabetes.
- Tampoco existe una cultura evaluativa de las intervenciones de gestión e innovación organizativa, ni se busca la presentación de “*early wins*”, algo que ayudaría a involucrar a otros profesionales o áreas en la intervención.
- En relación a la comunicación y difusión de las estrategias, la mayoría de las áreas consideran que existe un gran recorrido de mejora, ya que en muchos casos la comunicación se limita al envío de la estrategia por correo electrónico a los profesionales. Esto provoca que la estrategia no llegue correctamente a los profesionales y dificulta su puesta en marcha.
- De manera general, las posibles barreras que puedan surgir en el entorno no son analizadas con antelación. Es posible que esta falta de previsión sea resultado de que, hasta la fecha, no se hayan observado resistencias importantes por parte de los agentes de interés a la hora de plantear cambios en el abordaje de la diabetes. Tanto las asociaciones de pacientes como los sindicatos han mostrado su apoyo a este tipo de estrategias, sobre todo cuando se cuenta con ellos en el diseño.
- No obstante, todas las áreas sanitarias entrevistadas coinciden en la importancia de explicar bien la razón del cambio para lograr la adhesión de todos los agentes de interés. Por tanto, el diseño del argumentario o relato y la difusión del mismo se consideran acciones muy relevantes.

▼ Figura 12. Áreas de mejora y diagnóstico de la situación en España

IMPLICA: Asegurar el compromiso de todos los agentes con la estrategia
Diseño poco participativo y escasa integración de “la voz” del paciente.
Poca previsión de los recursos necesarios para la implementación.
Uso mayoritario de indicadores clásicos que no promueven el cambio de modelo.
Difusión insuficiente de las estrategias.

2. Incluye: Promover el liderazgo colectivo



Como veremos a continuación, el estilo de liderazgo tradicional de arriba-abajo continúa siendo el predominante en España, y aunque todavía no existe una cultura que promueva enérgicamente el *bottom-up* en las organizaciones, cada vez existen más ejemplos de iniciativas promovidas desde las bases:

- En general, todas las áreas sanitarias cuentan con un grupo, Unidad o Comité que lidera la estrategia y las acciones relativas a la diabetes. Aunque mayoritariamente estas Unidades están compuestas por un equipo multidisciplinar con representación de profesionales sanitarios y gestores, también existen casos en los que estas Unidades están compuestas únicamente por gestores.
- Estas Unidades realizan reuniones periódicas (3 o 4 al año) con los equipos para evaluar avances y planificar mejoras o nuevas actividades.
- La dedicación de los miembros de estas Unidades para liderar las estrategias también es variable. Mientras que en algunos casos estos profesionales compaginan esta actividad con otras funciones, en otros se les libera para que dediquen el 100% de su tiempo a liderar la estrategia.
- El modelo de liderazgo tradicional de arriba-abajo sigue siendo el predominante, y en general, no se involucra a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones. No obstante, existen ejemplos concretos en donde sí se ha consultado a los profesionales antes de poner en marcha una mejora, como en el caso de las "Jornadas de ruterós", en donde se pedía a los profesionales su opinión sobre el diseño de la ruta de cuidados integrada de la diabetes.
- En general, no existe una cultura de liderazgo colectivo en donde todos los profesionales se responsabilizan de implementar los cambios para mejorar el modelo de atención de la diabetes. En este sentido, todas las áreas sanitarias entrevistadas han referido una gran variabilidad en el grado de involucración de los profesionales con los cambios como, por ejemplo, en el uso de los sistemas de estratificación o los sistemas de seguimiento de pacientes. Muchos profesionales son reticentes a utilizar estos sistemas por diversos motivos: no le ven utilidad, elevada presión asistencial y falta de tiempo, poca amigabilidad o sencillez de la herramienta, etc.
- Algunas áreas sanitarias han manifestado que la independencia clínica de los profesionales actúa como una barrera para su involucración, ya que deja la implementación de las mejoras en manos de cada profesional. El modelo público promueve el individualismo y la libertad profesional al no penalizar a los profesionales por no cumplir con los cambios propuestos en la práctica clínica, lo que dificulta enormemente la puesta en marcha de algunas innovaciones.
- No obstante, en las áreas sanitarias entrevistadas también existen algunos ejemplos de acciones que han ayudado a fomentar la involucración de los profesionales:

- **Benchmarking** entre profesionales: la comparación entre los profesionales ayuda a mejorar la involucración y el rendimiento profesional, tal y como se demostró en una intervención en la que se realizó un video formativo para enseñar a los profesionales a identificar a los pacientes con diabetes mal controlados en la HCE. A raíz del video se vieron los resultados de control de cada profesional, y la comparación entre ellos ayudó a que se involucraran para mejorar su porcentaje de pacientes en control. Esta iniciativa permitió incrementar los pacientes con diabetes en control del 49% al 55%.
- Presentación de *"early wins"*: la presentación de buenos resultados en una intervención puede animar a otras áreas o profesionales a implantar también la intervención. Por ejemplo, los buenos resultados obtenidos en una intervención dirigida a detectar casos ocultos de diabetes aprovechando los análisis de sangre que se hacían los pacientes por cualquier otro motivo, animó a otras áreas sanitarias a realizar la misma intervención.
- En general, las condiciones para que los profesionales puedan liderar iniciativas transformadoras desde abajo no son las óptimas, y todavía no existe una cultura que fomente el *"bottom-up"* en las organizaciones.
- No obstante, en algunas áreas sanitarias se está comenzando a promocionar la innovación desde las bases concediendo recursos para el desarrollo de nuevas ideas, a través de incentivos y premios. Por ejemplo, en una de las áreas entrevistadas se ha creado una plataforma donde subir proyectos innovadores que, una vez aprobados, entran en una dinámica de implementación, estudio y análisis, para posteriormente publicar los resultados en revistas y realizar presentaciones en jornadas, congresos, etc.
- Algunas de las áreas sanitarias entrevistadas mencionaron varios ejemplos de iniciativas en diabetes promovidas desde las bases como, por ejemplo, la puesta en marcha de *"tertulias saludables con los pacientes"* o la creación de un *"grupo de apoyo y promoción de la lactancia materna"*.
- En ocasiones, estas iniciativas llegan a desplegarse en otra zona, pero normalmente no llegan a escalarse en toda la CCAA.
- De manera general, las organizaciones no liberan de tiempo a los profesionales para trabajar innovaciones en diabetes durante su horario laboral. En este sentido, la presión asistencial y la falta de tiempo de los profesionales son dos barreras constantemente repetidas en todas las áreas estudiadas.

▼ **Figura 13. Áreas de mejora y diagnóstico de la situación en España**

INCLUYE: Promover el liderazgo colectivo
Predomina el liderazgo tradicional <i>top-down</i> .
Gran variabilidad en la involucración y compromiso de los profesionales con el cambio.
Las condiciones para promover la innovación <i>"bottom-up"</i> no son óptimas.

3. Instruye: Capacitar metodológicamente a los profesionales en gestión del cambio



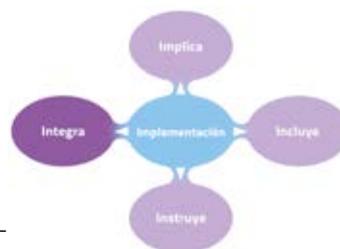
La formación y capacitación de los profesionales sanitarios en habilidades de gestión, así como en técnicas de mejora continua y gestión del cambio es probablemente el elemento del “marco de las 4i” menos trabajado en las áreas sanitarias entrevistadas:

- En general, en España no se capacita ni forma a los profesionales sanitarios en gestión del cambio ni en el uso de metodologías y herramientas de calidad como el PDSA y, por tanto, tampoco se incentiva su uso.
- En consecuencia, las intervenciones siguen siendo diseñadas y re-diseñadas hasta obtener la aprobación, dejando la implementación posterior en manos de los profesionales sin que haya existido una fase de testeo y aprendizaje previo. Habitualmente, muchas de estas iniciativas terminan fracasando porque no han tenido en cuenta el contexto ni las barreras que pueden obstaculizar su implementación.

▼ Figura 14. Áreas de mejora y diagnóstico de la situación en España

INSTRUYE: Capacitar metodológicamente a los profesionales en gestión del cambio
Los profesionales no reciben formación en gestión del cambio, ni se incentiva el uso de métodos de mejora continua para la búsqueda de mejoras de calidad.
La implementación de las mejoras o innovaciones se diseñan hasta obtener la aprobación, dejando la implementación en manos de los profesionales.

4. Integra: Facilitar la colaboración entre profesionales



A pesar de que se está avanzando mucho para promover la colaboración entre profesionales, todavía existe un importante recorrido de mejora en el fomento de una cultura de “sistema” entre prestadores:

- El modelo de financiación y asignación de recursos continúa fomentando el trabajo en silos, y aunque en ocasiones existen objetivos compartidos entre niveles asistenciales, se puede decir que es “un acto de fe” pretender que los diferentes agentes del sector se alineen y trabajen colaborativamente cuando los parámetros utilizados para evaluar el desempeño de estos agentes y asignar los recursos van en otra dirección.
- No obstante, aunque existen distintos ritmos de avance y desarrollo, todas las áreas sanitarias entrevistadas están tratando de facilitar la comunicación y colaboración

entre los distintos profesionales involucrados en el manejo de la diabetes. Algunas de las acciones que se están impulsando para promover esta colaboración son:

- Constitución de equipos multidisciplinares de diabetes.
- Reuniones multidisciplinares de equipo para evaluar avances y planificar mejoras o nuevas actividades.
- Desarrollo de instrumentos de comunicación como la HCE compartida o las interconsultas virtuales. En relación a la HCE, aunque todas las áreas sanitarias entrevistadas están avanzando en su desarrollo, ninguna de ellas cuenta todavía con una HCE única y compartida.
- Diseño de la ruta asistencial integrada de la diabetes (únicamente en un área sanitaria de las entrevistadas).
- Cursos de actualización en diabetes sobre diversos temas (alimentación, fármacos, ejercicio físico, etc.) dirigidos a todos los especialistas involucrados en el manejo de la diabetes.
- Fomento de proyectos colaborativos mediante grupos de trabajo multidisciplinares para el diseño de iniciativas concretas como, por ejemplo, la elaboración del IPT (Índice de Posicionamiento Terapéutico) o la homogenización de la prescripción de las tiras diabéticas.

▼ **Figura 15. Áreas de mejora y diagnóstico de la situación en España**

INTEGRA: Facilitar la colaboración entre los profesionales
Variabilidad geográfica en la disponibilidad de instrumentos de comunicación y coordinación entre profesionales.
Aunque se ha avanzado en potenciar la colaboración entre profesionales, todavía no existe una verdadera cultura de "sistema".

Conclusión general de la situación en España:

España dispone de muy buenos mimbres para avanzar hacia el nuevo modelo de cuidados integrado de la diabetes. Sin embargo, a pesar de que la "Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud" publicada en 2012 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad muestra la hoja de ruta para avanzar en este propósito, nuestro análisis demuestra que el contexto español para la implementación de todas estas mejoras no es todavía el óptimo (figura 16).

Los esfuerzos de las CCAA se siguen centrando en la incorporación de cambios técnicos que, en muchas ocasiones, no logran los resultados esperados por problemas en la implementación. Mientras tanto, los cambios adaptativos no se están trabajando con la misma intensidad, lo que dificulta enormemente la introducción de mejoras que permitirían alcanzar un sistema plenamente integrado capaz de responder con éxito a la diabetes.

A día de hoy, existe una gran variabilidad en el grado de compromiso e involucración de los profesionales con el cambio, y la inexistencia de un estilo de liderazgo colectivo y la falta de condiciones para que los profesionales puedan liderar iniciativas transfor-

España dispone de muy buenos mimbres si complementa sus acciones con las intervenciones más colaborativas sugeridas en el marco de este informe

madoras desde abajo son dos de las principales razones que impiden desarrollar una cultura en la organización que esté plenamente involucrada y alineada con el cambio. Por tanto, es necesario que en España se empiecen a complementar los cambios técnicos con otro tipo de capacidades que permitan lograr una verdadera transformación en el abordaje de la diabetes.

▼ Figura 16. Recomendaciones sugeridas por el grupo de expertos

IMPLICA: Asegurar el compromiso de todos los agentes con la estrategia	
Mayor participación de los profesionales y los pacientes en el diseño de las estrategias.	
Anticipar los recursos necesarios para la implementación.	
Mejorar la difusión de las estrategias.	
INTEGRA: Facilitar la colaboración entre los profesionales	INCLUYE: Promover el liderazgo colectivo
Introducir instrumentos que faciliten la comunicación entre profesionales.	Ejercer un estilo de liderazgo distribuido para involucrar y responsabilizar a los profesionales con el cambio.
Promover el contacto directo entre profesionales de distintas especialidades para construir "equipo".	Crear las condiciones para que los profesionales puedan liderar iniciativas transformadoras desde abajo.
INSTRUYE: Capacitar metodológicamente a los profesionales en gestión del cambio	
Formar a los profesionales en gestión del cambio.	
Incentivar el uso de métodos de mejora continua para la búsqueda de mejoras de calidad.	

9

Diabetes: Guía de Implementación

A continuación, se presenta una sencilla guía, en formato *check-list*, que recoge algunas de las acciones o consejos prácticos que ayudarán a las organizaciones a desarrollar una cultura organizativa alineada con el cambio en la gestión de la diabetes.

La guía se dirige a todos los agentes que hoy tienen responsabilidad en el diseño e implementación del nuevo modelo organizativo y de gestión de la diabetes en su área sanitaria, y en especial a todos aquellos líderes interesados en acelerar este proceso de transformación.

La guía se estructura en base a los 4 elementos presentados en este documento, y pretende facilitar el registro de las actividades realizadas para avanzar en la creación de un contexto receptivo para el cambio.

1. IMPLICA: Asegurar el compromiso de todos los agentes con la estrategia de diabetes:

Acciones o consejos prácticos:

1.	Constituye un grupo multidisciplinar con representación de todos los profesionales que intervienen en la atención de la diabetes, así como con los pacientes, para diseñar la estrategia.	
2.	Realiza un análisis del problema, tanto de la demanda (epidemiología) como de la oferta asistencial actual (resultados en salud, eficiencia, satisfacción de pacientes, etc.) y propón soluciones basadas en la evidencia.	
3.	Recoge la "voz" de los pacientes sobre su experiencia de cuidados y valora la posibilidad de utilizar metodologías de co-diseño con ellos para redefinir procesos o servicios asistenciales.	
4.	Realiza una estimación de los recursos necesarios para implementar el plan de diabetes.	
5.	Asegura que los objetivos del plan de diabetes son realistas y coherentes con los recursos y la capacidad disponible en la organización.	
6.	Incluye incentivos financieros y no financieros que promuevan la consecución de los objetivos del plan de diabetes.	
7.	Incorpora un método de evaluación y monitorización del plan para conocer su impacto y realizar los ajustes necesarios.	
8.	Valora la posibilidad de implementar iniciativas que puedan generar "early wins" que ayuden a involucrar a los profesionales y mantener el interés en el cambio.	
9.	Para difundir la estrategia de diabetes, construye un relato robusto que justifique la necesidad de realizar el cambio y elabora un plan de comunicación y difusión de la estrategia para obtener la validación y el apoyo institucional de todos los agentes de interés (sindicatos, asociaciones de pacientes, Sociedades Científicas, etc.).	
10.	Valora la posibilidad de contar con "líderes de opinión" en diabetes para la difusión de la estrategia.	

2. INCLUYE: Promover el liderazgo colectivo:

Acciones o consejos prácticos:

1.	Forma en el nuevo estilo de liderazgo distribuido a los gestores y líderes clínicos de diabetes.	
2.	Asegura que los líderes transmiten de manera constante el relato sobre la necesidad de cambio para involucrar a los profesionales en la implementación del plan de diabetes y despertar el liderazgo clínico.	
3.	Consulta e involucra a los profesionales en la toma de decisiones y en la búsqueda de innovaciones organizativas en diabetes, utilizando distintos medios como reuniones de equipo, jornadas de innovación, encuestas, etc.	
4.	Permite una mayor autonomía y libertad de decisión entre los profesionales para la búsqueda de innovaciones en diabetes "desde abajo".	
5.	Asegura que existe una visión clara que dote de direccionalidad a los profesionales para promover la búsqueda de innovaciones en diabetes.	
6.	Establece objetivos compartidos que fomenten la colaboración en la búsqueda de innovaciones en diabetes.	
7.	Clarifica los roles y funciones de cada miembro del equipo y establece acuerdos de trabajo o normas que especifiquen como deben funcionar para alcanzar sus objetivos.	
8.	Valora la posibilidad de liberar tiempo en la jornada laboral de los equipos para que trabajen en la búsqueda de innovaciones en diabetes.	
9.	Incentiva la búsqueda de innovaciones en diabetes y celebra los éxitos mediante premios, etc.	
10.	Evalúa el rendimiento profesional de forma estructurada para que los profesionales reciban feedback y puedan mejorar su rendimiento.	
11.	Valora la posibilidad de utilizar el "benchmarking" entre organizaciones, equipos y/o profesionales para aumentar su motivación.	

3. INSTRUYE: Capacitar metodológicamente a los profesionales en gestión del cambio

Acciones o consejos prácticos:

1.	Forma a los profesionales sanitarios en técnicas de mejora continua y gestión del cambio (PDSA, Lean, Six Sigma, etc.).	
2.	Incentiva la utilización de métodos de mejora continua para incorporar mejoras en el abordaje de la diabetes.	

4. INTEGRA: Facilitar la colaboración entre profesionales:

Acciones o consejos prácticos:

1.	Promueve una cultura de "sistema" estableciendo metas y objetivos compartidos entre estructuras en clave de valor final.	
2.	Introduce incentivos asociados al cumplimiento de estos objetivos compartidos.	
3.	Fomenta la constitución de equipos multidisciplinares para el abordaje integral de la diabetes.	
4.	Promueve el desarrollo de reuniones de coordinación multidisciplinares.	
5.	Fomenta la colaboración entre profesionales sanitarios y gestores/directivos para diseñar mejoras en el abordaje de la diabetes.	
6.	Introduce mejoras en los sistemas de información para facilitar la coordinación y comunicación de los profesionales que atienden a pacientes con diabetes: HCE compartida, interconsultas, etc.	
7.	Incorpora nuevos roles que faciliten la coordinación entre niveles asistenciales: enfermeras de enlace, gestores de caso, etc.	
8.	Promueve el desarrollo de proyectos colaborativos como el diseño multidisciplinar de rutas asistenciales, guías clínicas o protocolos conjuntos de actuación para la diabetes.	
9.	Promueve el desarrollo de formaciones dirigidas conjuntamente a los distintos profesionales involucrados en el manejo de la diabetes: formaciones en nuevas terapias, investigación, innovaciones organizativas, etc.	
10.	Fomenta la participación conjunta de los distintos profesionales en eventos multidisciplinares como jornadas, foros, congresos, etc.	

10 Conclusión

Este documento pretende servir de guía para aquellos líderes interesados en acelerar la implementación de cambios que ayuden a integrar los cuidados de la diabetes.

Si bien en España existen numerosos ejemplos de mejoras que han logrado resultados notables en el abordaje de la diabetes, existen muchas otras innovaciones o cambios que tardan años en ser adoptadas o no se convierten en una práctica habitual debido a la existencia de barreras en la implementación.

En especial, estos problemas surgen en las innovaciones que suponen un cambio adaptativo, ya que requieren un cambio en el comportamiento y la cultura de la organización.

Afortunadamente, existen herramientas y métodos que pueden ayudar a las organizaciones a crear una cultura alineada con el cambio que favorezca la implementación de todas estas mejoras.

El marco que se presenta en este documento pretende ser de ayuda en este propósito, focalizándose en desatar el poder de las personas y sus motivaciones para aumentar la probabilidad de que los esfuerzos de mejora tengan éxito.

Sobre la base de la investigación en gestión del cambio y los legados de Deming (53) o Pettigrew (39), entre otros, el marco presenta 4 elementos interrelacionados que ayudarán a las organizaciones a crear una cultura alineada con el cambio que permita la implementación exitosa de los cambios necesarios para integrar los cuidados en diabetes.

De esta forma, y a la espera de que los pagadores introduzcan los nuevos modelos de financiación y asignación de recursos, España podrá avanzar más rápidamente en la construcción del nuevo modelo asistencial integrado que sea capaz de responder de manera eficaz y eficiente a la diabetes.

11

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. 2016.
2. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 7th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2015:144.
3. Sortsø C, Green A, Jensen PB, Emneus M. Societal costs of diabetes mellitus in Denmark. *Diab Med.* 2016; 33:877–885.
4. J.M. Cabezas-Agrícola. Tendencias de la mortalidad por diabetes en España: por el buen camino. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70(6):421–422
5. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@bet.es Study. *Diabetologia.* 2012; 55:88–93.
6. Federación Española de Diabetes. Infografía: La diabetes en España. Acceso febrero 2019. Disponible en: https://www.fedesp.es/bddocumentos/1/La-diabetes-en-españa-infografia_def.pdf
7. Crespo C, Brosa M, Soria A, López-Alba A, López N, Soria B. Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España (Estudio SECCAID: Spain estimated cost Ciberdem- Cabimer in Diabetes). *Av.Diabetol.* 2013; 29(6): 182-189.
8. CCOO. Federación de sanidad y sectores sociosanitarios. Análisis de los presupuestos sanitarios de las CCAA 2018. Septiembre 2018. http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/30/2417374-Informe_analisis_de_los_presupuestos_sanitarios_por_CCAA_2018.pdf
9. New Health Foundation (NHF), Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS). Experiencias de atención integrada en España 2015. Sevilla, mayo 2016.
10. Barr, V.J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. & Salivaras, S. (2003). The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hospital Quarterly*, 7(1):73-82.
11. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Global report WHO/NMC/CCH. Ginebra: WHO; 2002.
12. Epping-Jordan, J.E., Pruitt, S.D., Bengoa, R. & Wagner, E.H. (2004). Improving the quality of health care for chronic conditions. *Quality and Safety in Health Care*, 13(4):299-305.
13. Organización Panamericana de la Salud, 2013. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas.

14. Wagner, E.H., Austin, B.T. & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*, 74(4):511-544.
15. Wagner, E.H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clin Practice*, 1(1):2-4.
16. Wagner, E.H., Davis, C., Schaefer, J., Von Korff, M. & Austin, B. (1999). A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Managed Care Quart*, 7(3):56-66.
17. Coleman, K., Austin, B.T., Brach, C. & Wagner, E.H. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the New Millennium. *Health Affairs*, 28(1): 75-85.
18. Bodenheimer, T., Wagner, E.H. & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* Vol. 288 No. 14.
19. Shojania KG, Ranji SR, McDonald KM, Grimshaw JM, Sundaram V, Rushakoff, RJ, Owens DK. Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes on glycemic control: A meta-regression analysis. *JAMA* 2006; 296 (4): 427-440.
20. Tricco AC, Noah MI, Grimshaw JM, Moher D, Turner L, Galipeau J et al. Effectiveness of quality improvement strategies on diabetes management: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012; 379: 2251-61.
21. Barceló A, Cafiero E, de Boer M, Escobar AM, García LM, Jiménez RA et al. Using collaborative learning to improve diabetes care and outcomes: The VIDA project. *Primary Care Diabetes* 2010; 4: 145-153
22. Kuo, S., Bryce, C.L., Zgibor, J.C., Wolf, D.L., Roberts, M.S., & Smith, K.J. (2011). Cost-Effectiveness of Implementing the Chronic Care Model for Diabetes Care in a Military Population. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 5(3), 501-513.
23. Gilmer, T.P., O'Connor, P.J., Rush, W.A., Crain, A.L., Whitebird, R.R., Hanson, A.M. & Solberg, L.I. (2006). Impact of office systems and improvement strategies on costs of care for adults with diabetes. *Diabetes Care*, 29(6):1242-8.
24. Juan Carlos Aguirre Rodríguez, Abraham Hidalgo Rodríguez, María Mené Llorente, David Martín Enguix, Adoración de Cruz Benayas, María Teresa García Sánchez. Grado de control cardiovascular en pacientes diabéticos tipo 2 de acuerdo con objetivos individualizados: Estudio "CONCARDIA". *Med Gen Fam*. 2018; 7(4): 140-145
25. Casagrande S, Fradkin JE, Saydah SH, Rust KF, Cowie CC. The Prevalence of Meeting A1C, Blood Pressure, and LDL Goals Among People With Diabetes, 1988-2010. *Diabetes Care*. 2013; 36: 2271-9.
26. F. Matta y R. N. Ashkenas. Why Good Projects Fail Anyway. *Harvard Business Review*, September 2003. Acceso febrero 2019. Disponible en: <https://hbr.org/2003/09/why-good-projects-fail-anyway>
27. S. Watt, W. Sword y P. Krueger. Implementation of a health care policy: An analysis of barriers and facilitators to practice change. *BMC Health Service Research*, vol. 5, nº 53, pp. 1-10, 2005.
28. A. Best, T. Greenhalgh, S. Lewis, J. Saul, S. Carroll y et al. Large-system transformation in health care: a realist review. *Milbank Q*, vol. 90, nº 3, pp. 421-456, 2012.
29. Forest P-G, Helms WD (2017). State policy capacity and leadership for health reform. New York: Milbank Memorial Fund.

30. Geert Goderis, Liesbeth Borgermans, Chantal Mathieu, Carine Van Den Broeke, Karen Hannes, Jan Heyrman and Richard Grol. Barriers and facilitators to evidence based care of type 2 diabetes patients: experiences of general practitioners participating to a quality improvement program. *Implementation Science* 2009, 4:41
31. Loraine Busetto, Katrien Ger Luijkx, Arianne Mathilda Josephus Elissen and Hubertus Johannes Maria Vrijhoef. Context, mechanisms and outcomes of integrated care for diabetes mellitus type 2: a systematic review. *BMC Health Services Research* (2016) 16:18
32. Loraine Busetto, Katrien Luijkx, Anna Huizing and Bert Vrijhoef. Implementation of integrated care for diabetes mellitus type 2 by two Dutch care groups: a case study. *BMC Family Practice* (2015) 16:105
33. World health Organization, Regional Office for Europe. Leading health system Transformation to the next level. Expert meeting Durham, United Kingdom, 12–13 July 2017.
34. Heifetz R, Grashow A, Linsky M (2009) *The Practice of Adaptive Leadership*. Boston: Harvard Business Press.
35. J. W. Kingdon. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Pearson New International Edition, Edinburgh, 2014.
36. J. S. Balla, M. Lodge y E. C. Page, *The Oxford Handbook of Classics in Public Policy and Administration*, Oxford Handbooks, 2016.
37. R. Glenn y N. Fulop. *Perspectives on context. The role of context in successful improvement*. The Health Foundation, 2005.
38. J. P. Kotter. *Leading change*. Boston: Harvard Business Review Press, 1995.
39. A. Pettigrew, E. Felie y L. Mckee. Shaping strategic change. The case of the NHS in the 1980s. *Public Money & Management*, vol. 12, nº 3, pp. 27–31, 1992.
40. Hilton K, Anderson A. *IHI Psychology of Change Framework to Advance and Sustain Improvement*. IHI White Paper. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2018. (Available at ihi.org)
41. Dean Anderson, Linda Ackerman Anderson. How Command and Control as a Change Leadership Style Causes Transformational Change Efforts to Fail. *Change Leader's Network*. Acceso marzo 2019. Disponible en: <http://changeleadersnetwork.com/free-resources/how-command-and-control-as-a-change-leadership-style-causes-transformational-change-efforts-to-fail>
42. Suzanne Lucas (2018). The Perils of Top Down Management. Top Down Management Destroys Creativity, Employee Ownership and Passion. *The Balance Careers*. Acceso marzo 2019. Disponible en <https://www.thebalancecareers.com/perils-of-top-down-management-4151058>
43. Nick Anderson (2014). Top-Down or Bottom-Up Approaches to Successful Change. *TBO international*. Acceso marzo 2019. Disponible en: <http://www.tbointl.com/blog/top-down-or-bottom-up-approaches-to-successful-change>
44. Rashid Al-Abri. *Managing Change in Healthcare*. *Oman Medical Journal* 2007, Volume 22, Issue 3, October 2007

45. West, M., Eckert, R., Steward, K., Pasmore, B. Developing collective leadership for healthcare. The Kings Fund, 2014.
46. The King's Fund. Leadership and engagement for improvement in the NHS. Together we can. 2012.
47. Hakanen JJ, Bakker AB, Demerouti E (2005). How dentists cope with their job demands and stay engaged: The moderating role of job resources. *European Journal of Oral Sciences*, vol 113, pp 479–87.
48. Mauno S, Kinnunen U, Ruokolainen M (2007). Job demands and resources as antecedents of work engagement: A longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior*, vol 70, pp 149–71.
49. West M, Dawson JF. Employee engagement and NHS performance. The King's Fund, 2012.
50. Institute for Healthcare Improvement. Acceso febrero 2019. Disponible en: <http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx>
51. Fouad H.A. Othman, Nafossa A. Afiffy, Amr A. Melegy, and Ola A. Mostafa. Initiating a Plan, Do, Study and Act (PDSA) Cycle to Improve Diabetes Care in Kasr Al-Aini Hospital, Egypt. *Med. J. Cairo Univ.*, Vol. 84, No. 1, December: 1561-1569, 2016.
52. Allen ML, van der Does AMB, Gunst C. Improving diabetic foot screening at a primary care clinic: A quality improvement project. *Afr J Prm Health Care Fam Med*. 2016;8(1), a955.
53. I Sanchez. Implementation of a Diabetic Visual Foot Assessment in a Primary Care Setting. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*. 2008 Volume 10 Number 2.
54. Peterson A, Hanberger L, Åkesson K, Bojestig M, Andersson Gäre B, Samuelsson U, (2014). Improved Results in Paediatric Diabetes Care Using a Quality Registry in an Improvement Collaborative: A Case Study in Sweden. *PLoS ONE* 9(5): e97875.
55. Ilana Graetz, Jie Huang, Richard Brand, Stephen M. Shortell, Thomas G. Rundall, Jim Bellows, John Hsu, Marc Jaffe, and Mary E. Reed. The Impact of Electronic Health Records and Teamwork on Diabetes Care Quality. *Am J Manag Care*. 2015 December; 21(12): 878–884.
56. International Consortium for Health Outcomes Measurement. Type 1 and Type 2 Diabetes in Adults. Measuring results that matter. Data collection. Reference guide. February, 2019. Acceso marzo 2019. Disponible en: <https://www.ichom.org/portfolio/diabetes/>
57. The Health Professions Regulatory Network (2008). Position statement on interprofessional collaborative practice. Halifax, NS: The Health Professions Regulatory Network.
58. Bachchu Kailash Kaini (2017). Interprofessional Team Collaboration in Health Care. *Global Journal of Medical Research*. Volume XVII Issue II Version I.
59. Warrington L, Ayers P, Baldwin AM, Wallace V, Riche KD, Saulters R, Waldrop OG, Dyess T, Delashmet GB, Peeples S, Horsley WS, Harris WJ 3rd, Butler K Jr. Implementation of a pharmacist-led, multidisciplinary diabetes management team. *Am J Health Syst Pharm*. 2012 Jul 15;69(14):1240-5.

60. Charette Coleman DeLoach (2018). The Impact of Interprofessional Collaboration on Diabetes Outcomes in Primary Care Settings. Walden University.
61. West, M., Eckert, R., Steward, K., Pasmore, B. Developing cultures of high quality care. The Kings Fund, 2014.
62. Gozzard, D and Willson, A, Quality, Development and Leadership - Lessons to learn from Jönköping, 1000 Lives Plus, 2011.
63. Baker, G. R., MacIntosh-Murray, C. Porcellato, L. Dionne, K. Stelmakovich and K. Born. 2008. "Jönköping County Council." High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design. 121-144. Toronto: Longwoods Publishing.
64. Chris Ham. Reforming the NHS from within. Beyond hierarchy, inspection and markets. The King's Fund, 2014.



SANOFI