

IV Congreso Internacional
Dependencia y Calidad de Vida



IV Congrés Internacional
Dependència i Qualitat de Vida

Coordinación Sociosanitaria: **Integrar para avanzar**
Coordinació Sociosanitària: **Integrar per avançar**

Barcelona, 29-30 / octubre / 2013

Efectividad y eficiencia en la utilización y gestión de productos farmacéuticos y sanitarios en los centros residenciales

Actualización del diagnóstico de situación y recomendaciones

Luis Segú Tolsa, Director de Consultoría de CSC Consultoria i Gestió
Oscar del Álamo, Director de Proyectos de CSC Consultoria i Gestió

Organizadores Organitzadors



Patrocinador



Colaboradores Col·laboradors





Contenidos

1. Objetivos

2. Metodología y marco de análisis

3. Limitaciones

4. Resultados externos:

Prescripción

Financiación e incentivos

Suministro

Experiencias innovadoras

5. Resultados internos:

Suministro y logística interna

Uso efectivo y eficiente

Experiencias innovadoras: externalización de servicios y alianzas estratégicas

6. Conclusiones y recomendaciones principales

1. Objetivos del estudio

- Fase inicial de un proyecto más amplio que tiene **tres objetivos generales** a desarrollar:
 - **Definir un Modelo óptimo de gestión de medicamentos y productos sanitarios**
 - Garantizar la disponibilidad del medicamento (selección, suministro y dispensación).
 - Garantizar minimizar riesgos y maximizar beneficios (Gestión clínica y seguridad del paciente).
 - Garantizar un marco sostenible y un uso eficiente tanto para los operadores como para el Sistema de Salud.
 - Identificar aquellos **elementos relevantes para la implantación** del modelo de gestión.
 - **Implantar el modelo** definido en varios centros piloto.
- El **objetivo específico** de esta fase del proyecto era:
 - **Actualizar el estado de situación del Modelo óptimo de Gestión** de medicamentos y productos sanitarios que, en el año 2009, definió la Fundación Edad & Vida.
 - **Hacer las recomendaciones necesarias que, a nuestro entender deben permitir, el desarrollo del modelo.**

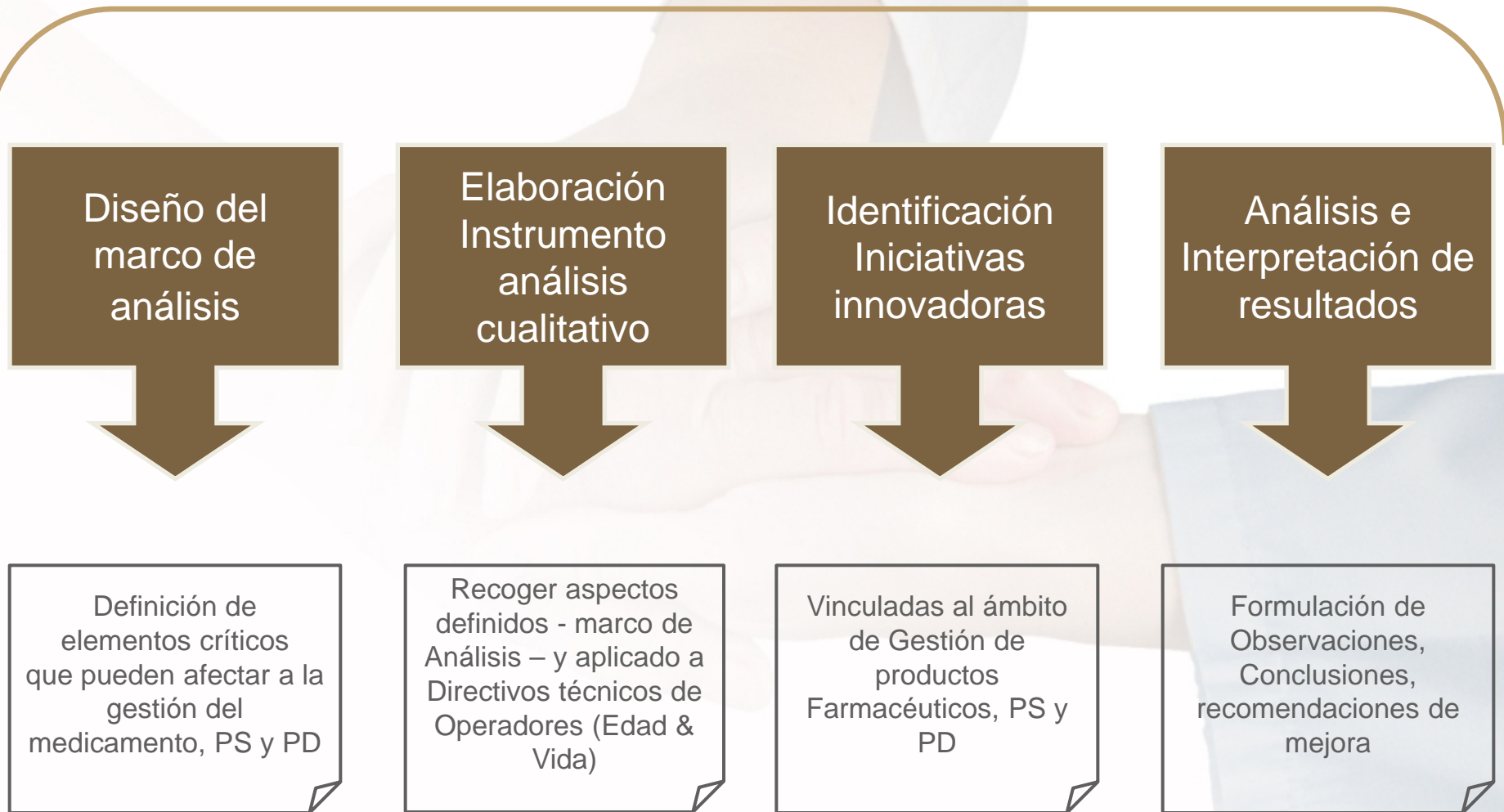
1. Ámbito del estudio

- **El proyecto integra dos ámbitos temporales de estudio :**

- El año 2009 se llevó a cabo un estudio que integró en una primera fase 90 centros de 13 operadores mediante un estudio transversal (cuestionario autoadministrado) y una segunda fase de profundización de resultados mediante entrevista a 13 operadores (representaban alrededor de 250 centros).
- En el 2012 se procede a la actualización y adecuación de los resultados obtenidos en el año 2009 mediante:
 - Entrevista estructurada a 7 operadores.
 - Entrevista a expertos vinculados a determinados ámbitos (financiación) y a entidades públicas y privadas que han desarrollado iniciativas innovadoras.

- **Marco metodológico**

- Definir el Modelo óptimo que servirá como marco de análisis de la situación actual.
- Diseñar una herramienta cualitativa de análisis del mismo en el ámbito de los operadores.
- Analizar los resultados y generar recomendaciones.



2. Marco de análisis

Ámbito
externo

Relación **actores sector** y **reglas de juego** (planificación normativa, mecanismos asignación y pago, condicionantes normativos prescripción y dispensación)

Ámbito
Interno

Factores propiamente internos de los centros (**acceso adecuado**: oferta, disponibilidad, distribución interna, administración; **uso seguro, efectivo y eficiente** – selección, validación, dispensación, administración, seguimiento; **otros**: tecnologías información, capacitación...)

- **Estudio cualitativo**
- **No incorpora elementos que permitan cuantificar la situación e identificar la magnitud de los problemas**
- **Se centra en una población seleccionada de prestadores (socios de Edad & Vida) lo que supone seguramente un sesgo a la situación general**
- **Los operadores seleccionados son de gran tamaño e incorporan un gran número de centros, disponen de servicios centrales y una estructura empresarial sólida.**
- **Seguramente el estudio identifica dentro del conjunto de centros residenciales “el mejor escenario de desarrollo”.**

- **El acceso a los medicamentos y productos sanitarios** deriva de la prescripción de un profesional.
- La fórmula más habitual se basa en la **disponibilidad de médico propio**, pero su actuación depende de validación del **profesional médico vinculado al centro de salud**.
- **Los circuitos de relación externa en la prescripción tienden a ser implícitos**. Esta relación **genera costes de transacción** y no se detectan iniciativas para mejorar la coordinación entre ambas figuras.
- **La responsabilidad económica e incluso sanitaria recae en los profesionales del Centro de Salud de referencia** y no en los de la residencia. Los primeros van a tender a trasladar los objetivos y limitaciones que les imponen sus marcos institucionales a los segundos.

4. Resultados externos: financiación e incentivos

- Salvo excepciones, **la financiación de medicamentos y PS no suele incorporar ningún tipo de incentivo** para el centro residencial en cuanto a uso y gestión.
- Los centros residenciales **no deben responder directamente a ninguna limitación o condicionamiento económico ni cualitativo**, más allá de los que la propia empresa proveedora exija.
- El modelo de financiación dirige los recursos y **responsabilidad de gestión a los dispositivos de Atención Primaria**, en los cuales se “integran” como población de responsabilidad las personas ingresadas en centros residenciales.
- **No se han identificado acciones sistemáticas desarrolladas desde los CAP que pretendan trasladar o controlar lo que se prescribe y se usa en entornos residenciales.**
- **Tampoco se han identificado acciones específicas externas que vayan dirigidas a garantizar la calidad del uso**, a excepción de las consideraciones incluidas en procesos de acreditación o de políticas de calidad de la empresa prestadora a la que pertenece el centro.

4. Resultados externos: suministro

- El modelo habitual de suministro es **consecuencia del modelo de financiación.**
- **Se contrata una Oficina de Farmacia Suministradora** próxima al establecimiento basada en vínculos históricos, proximidad, rotación o decisión tomada desde el “nivel central” del operador, entre otros.
- **Esta situación, limita las soluciones** posibles al canal específicamente diseñado para el acceso a la prestación farmacéutica y sanitaria ambulatoria.
- **Cualquier otro modelo de suministro de medicamentos no estaría vinculado a un flujo de financiación establecido** (no dispondría de financiación pública).
- Se están identificando **organizaciones empresariales que integran a Oficinas de Farmacia** y ofrecen a los operadores los servicios de suministro y servicios asistenciales farmacéuticos que se desarrollan en los centros mediante dedicaciones pactadas.
- Esta **iniciativa es bien valorada por los operadores** ya que permite prácticamente la externalización completa del proceso.

4. Resultados externos: experiencias innovadoras (1 de 4)

- “Pilotos” focalizados en modelos de financiación o suministro de medicamentos
- **Compra centralizada (Valencia)**
 - **Sustituir**, en algunos productos de gran consumo, **proceso habitual de obtención por receta por el de compra centralizada** (realizada desde el sistema público) y el suministro a través de los canales propios de distribución (Servicios de Farmacia Hospitalaria).
 - En principio, supone **optimización del proceso de compra por economía de escala y evitar el margen de la distribución externa.**
 - **No ha generado más incentivos** a la corresponsabilización que la necesidad de planificar el consumo y la compra.
 - Hasta el momento, **el criterio básico de compra ha sido el precio.**

4. Resultados externos: experiencias innovadoras (2 de 4)

- **Turnos de suministro rotatorio en farmacias (Castilla – La Mancha)**
 - Excluye del proceso la decisión de compra del operador.
 - No generan incentivos diferentes a los que existían y los que se podían manejar desde el operador, a efectos de negociar precios o servicios, desaparecen.
- **Integración de componente de gasto farmacéutico en tarifa asistencial (Catalunya en 1 centro mixto)**
 - Incorpora, al modelo de asignación de la parte social del centro, una tarifa de medicamentos y PS.
 - Rompe con modelo de receta y se integra todo el suministro a través de Servicios de Farmacia Hospitalaria (o a cualquier distribuidor autorizado).
 - Genera incentivos a gestionar presupuesto cerrado global y por paciente lo que conduce a corresponsabilización y necesidad de gestionar suministro y uso.
 - No evaluado, no se actualiza la tarifa.

4. Resultados externos: experiencias innovadoras (3 de 4)

- **Asignación presupuestaria para medicamentos y productos sanitarios (Navarra - tres residencias)**
 - Disponen de presupuesto “abierto” y facturan medicación administrada o consumida.
 - Ha generado necesidad de gestión que ha derivado en la creación de un **Servicio de Farmacia que se responsabiliza del suministro y servicios farmacéuticos.**
 - Conlleva desarrollo de acciones de suministro y farmacotecnia y estandarización del proceso de distribución interna (dosis unitaria de doble carro) y el desarrollo de actuaciones clínicas como el seguimiento farmacoterapéutico.
 - No se ha podido acceder a una evaluación del sistema.

4. Resultados externos: experiencias innovadoras (4 de 4)

- **Intervención por unidades específicas de Atención Primaria** (ICS en Barcelonès Nord i Maresme, Valles Occidental y Valles Oriental)
 - Creación de **unidades específicas (médico – enfermera)** que coordinan actividades con residencias responsabilizándose de 800 – 1.000 pacientes ingresados
 - Ha incluido **más de 115 residencias y de 6.000 pacientes** ingresados.
 - Se **desarrollan, conjuntamente**, protocolos de derivación y actuación, garantizan atención 365 días 24 horas, establecen GFT, revisan y evalúan planes terapéuticos individuales, establecen protocolos terapéuticos e incorporan en las Residencias puntos de conexión a la Historia Clínica (eCAP).
 - En 4 meses: **ahorros económicos considerables** (coste por paciente ha disminuido en más de un 20% y número de medicamentos por paciente en más de 30%).
 - **No modifica el modelo de suministro.**
 - **Demuestra el amplio margen de mejora** existente centrándose únicamente en el uso y la adecuación de los productos.

4. Resultados internos: suministro y logística interna (1 de 2)

Métodos	Resultados	Herramientas
Oferta adecuada	<p>NO definida en base a necesidades asistenciales ni existe proceso estandarizado de actualización.</p> <p>Sólo se utilizan elementos disponibles del Centro de Salud.</p>	<p>NO modelo organizativo de elaboración y selección más allá de la valoración individual.</p> <p>Sí información necesidades de pacientes.</p>
Disponibilidad Oferta	<p>NO PNT pedidos y suministros, de actuación en situación de desabastecimiento, de coordinación externa con centro de salud.</p> <p>NO gestión logística que incluya stocks mínimos definidos.</p> <p>Sí excepciones; algunas empresas prestadoras disponen de procesos definidos y acreditación (ISO).</p> <p>Sí stocks de urgencias a demanda.</p> <p>Sí acuerdos explícitos de servicios con suministrador.</p> <p>Sí responsable de farmacia pero no perfil inadecuado. Sí en casos con servicio adecuadamente externalizado.</p>	<p>Coordinación con prescriptores diferidos NO explícita y desarrollada.</p> <p>Perfil profesional responsable de farmacia NO suele ser el adecuado</p> <p>Sí Sistema informatizado de gestión almacenes y pedidos.</p>
Distribución interna adecuada	<p>NO servicios farmacéuticos presenciales (excepción algunos modelos externalizados).</p> <p>Sí circuito prescripción establecido.</p> <p>Sí preparación distribución interna en farmacia.</p> <p>Sí modelo distribución personalizado (semanal).</p>	<p>Sí historia clínica informatizada</p> <p>Sí disponer sistemas control de stocks informatizados.</p>

4. Resultados internos: suministro y logística interna (2 de 2)

Métodos	Resultados	Herramientas
Administración Adecuada	<p>NO PNT y protocolos adecuados administración productos ni de relación enfermería y cuidadores.</p> <p>NO normalización circuitos de preparación para administración (se realizan en unidades de enfermería; garantizan parcialmente la no existencia de errores).</p> <p>Sí hoja registro administración que cumplimenta enfermería</p>	<p>Sí personal capacitado responsable de administración.</p> <p>Sí sistema informatizado de orden de administración vinculado a prescripción.</p> <p>Sí registro de devoluciones.</p>
Registro Administración	<p>Sí registro administración medicamentos y productos sanitarios.</p> <p>Sí registro de administración cumplimentado por enfermería.</p>	<p>Sí sistema informatizado registro administración.</p> <p>Sí perfil adecuado personal responsable administración.</p>
Actualización suministros	<p>NO control farmacéutico explícito de prescripción – dispensación – administración.</p> <p>Sí posible actualizar stocks con devoluciones.</p>	<p>Sí sistema informatizado gestión de stocks y suministros.</p>

4. Resultados internos: uso efectivo y eficiente (1 de 2)

Métodos	Resultados	Herramientas
Selección razonada y participativa	NO GFT ni procesos normalizados de elaboración y actualización.	NO circuitos organizativos de elaboración y actualización GFT. NO disponibilidad acceso GFT en sistema de información.
Prescripción razonada	NO uso prescripción electrónica (minoritario). NO definición ni monitoreo indicadores adecuación prescripción. NO ayudas decisión clínica.	NO prescripción electrónica asistida. NO protocolos establecidos y conocidos de uso de medicamentos y PS. NO integra sistema información ayudas a prescripción.
Validación farmacéutica	NO validación farmacéutica previa a dispensación.	NO circuito validación y criterios para el mismo. NO sistema informatizado validación. NO personal cualificado.
Dispensación personalizada	Sí modelo distribución medicamentos personalizado.	Sí integrado (relativamente) en sistema información.

4. Resultados internos: uso efectivo y eficiente (2 de 2)

Métodos	Resultados	Herramientas
Administración y registro	<p>SÍ hoja administración medicamentos</p> <p>SÍ sistema registro administración.</p>	<p>SÍ integrado (relativamente) en sistema información.</p>
Retroalimentación y evaluación	<p>NO sistema bien desarrollado detección y registro errores.</p> <p>NO programas sistemáticos de revisión de prescripción.</p> <p>NO PNT de revisión de polimedicados.</p> <p>NO modelo explícito de seguimiento farmacoterapéutico.</p> <p>NO perfiles farmacoterapéuticos elaborados sistemáticamente.</p> <p>NO definición ni seguimiento explícito de indicadores de riesgo de PRM.</p> <p>SÍ información cuantitativa prescripción (NO suele analizarse).</p> <p>SÍ información individualizada de prescripción.</p>	<p>NO plan de calidad establecido de uso de medicamentos.</p> <p>NO plan de seguridad del paciente (algunos casos sólo).</p> <p>NO sistema establecido de notificación de errores.</p> <p>NO modelo definido de análisis y evaluación, intervención, seguimiento, indicadores.</p> <p>NO protocolos prescripción y validación en polimedicados.</p> <p>NO profesionales específicos que puedan dinamizar políticas y apoyar decisiones terapéuticas.</p> <p>SÍ información necesaria.</p>

4. Resultados internos: experiencias innovadoras-externalización

- No altera el modelo general de suministro **de medicamentos e implica a Oficinas de Farmacia.**
- **Sus beneficios dependerán de los contratos que se establezcan y, por tanto, de su alcance.** Se intercambian beneficios tradicionales únicamente focalizados en descuentos y rappels por servicios de mayor calidad.
- Predomina en **dispositivos con mayor volumen de plazas.**
- Permite **mayor aprovechamiento de recursos internos** así como **economías de escala** ya que varios dispositivos dentro de un mismo operador pueden beneficiarse de servicios comunes.
- Sin embargo, **se concentran más en ordenación y control de logística interna** que en actividades de apoyo clínico.
- Según entrevistados, esta modalidad ha ido extendiéndose progresivamente y afirman que, **a corto plazo, será la modalidad que predominará** en cuanto a la gestión de productos farmacéuticos.

4. Resultados internos: experiencias innovadoras – alianzas (1 de 2)

- Algunas empresas han desarrollado iniciativas en el ámbito de **alianzas estratégicas**:
 - Esencialmente, **políticas comerciales no focalizadas en el precio y centradas en disponer de una política de uso adecuada e individualizada.**
 - **Experiencias con absorbentes de incontinencia y apósitos.** Incluyen: diagnóstico inicial de adecuación individualizada, plan de intervención que incluye formación, capacitación y protocolización y una evaluación de resultados.
 - **Generan ahorros directos** en uso de producto e **indirectos** en tiempo de personal, lavandería, etc.
 - Además, en todos los casos, **se monitorizan indicadores de calidad y se observan resultados positivos.**
- Estas experiencias ponen de manifiesto y potencian varios elementos de interés:
 - **Generan capacidades y formación** en ámbitos necesitados.
 - **Incorporan una política de evaluación de la adecuación y el uso** no habitual en estos entornos.
 - Demuestran que **eficiencias generadas por uso adecuado son una mejor política que las centradas exclusivamente en el precio.**
 - Así mismo, indican que **“hacerlo bien”**, aun no existiendo incentivos directos en el ámbito de los productos farmacéuticos y sanitarios, **genera externalidades positivas** en la institución y sus costes.

5. Conclusiones principales (1 de 4)

- En general, el escenario no ha cambiado sustancialmente desde el año 2009:
 - **Las líneas de mejora**, así como los principales factores causales de los problemas, permanecen.
- Los avances identificados en las diferentes áreas es heterogéneo:
 - **Mejoras** en algunos aspectos relativos al **suministro de medicamentos, la incorporación de tecnologías de la información o la estandarización de procedimientos.**
 - Los **modelos de base y los incentivos** que el sistema genera a la gestión, continúan siendo los mismos.
 - Se han desarrollado **experiencias, con buenos resultados**, que podrían haber servido como catalizador del cambio. Pero, en general, **son dispersas, aisladas y no han creado “doctrina”**.

5. Conclusiones principales (2 de 4)

ÁMBITO	GRADO DE DESARROLLO	CAPACIDAD DE MEJORA
Libre elección de la oficina de farmacia o servicio de farmacia.	Adecuado	Media
Disponibilidad por parte del médico responsable de la Residencia de recetas oficiales del SNS.	Mejorable	Alta
Existencia de Servicios. Farmacéuticos responsables y de un sistema de financiación adecuado para el ámbito público.	Escaso	Alta
Sistema de distribución interno personalizado.	Adecuado	Baja
Preparación de medicamentos adecuada.	Mejorable	Media
Disponibilidad de un stock de urgencias.	Adecuado	Baja
Seguimiento farmacoterapéutico capaz de mejorar la seguridad.	Escaso	Alta
Disponibilidad de un sistema de seguimiento de la utilización de productos sanitarios.	Escaso	Alta
Visión de eficiencia a largo plazo.	Escaso	Alta
Plan de formación continuada.	Mejorable	Alta

5. Conclusiones principales (3 de 4)

- Junto a lo indicado y principalmente:
 - La consideración de estos dispositivos asistenciales como **extensiones del hogar** y el consiguiente **modelo de acceso a los productos farmacéuticos y sanitarios** (vía prescripción del centro de primaria y dispensación de la oficina de farmacia) incorpora, a parte de requerimientos **y circuitos administrativos, incentivos inadecuadamente dirigidos.**
 - El **modelo de acceso a productos, y su consiguiente modelo de financiación,** continúan siendo la **clave** para explicar el escaso desarrollo de actividades y políticas dirigidas a mejora de la utilización de medicamentos y PS.
 - Las **pocas experiencias externas** que cambian este modelo, no han repercutido en el funcionamiento general; **únicamente han incidido en la optimización del proceso de compra.**
 - El **modelo de suministro** continúa **vinculado a estructuras asistenciales públicas** y la **corresponsabilización de los ámbitos residenciales es escasa.**
 - Los ámbitos más trabajados por los operadores son los que afectan al **acceso al producto donde se identifica una mayor estandarización y un mayor control.**
 - La **incorporación de tecnologías de la información es bastante general;** su uso **incide poco** en políticas de **calidad.**

5. Conclusiones principales (4 de 4)

- Además:

- **Escasa presencia de políticas de medicamentos explícitas. Es el principal ámbito de mejora existente.**
- **El desarrollo de servicios farmacéuticos profesionales y sus funcionalidades es muy escaso. El escaso desarrollo va muy vinculado a la inexistencia de incentivos claros a la eficiencia y a la calidad.**
- **En la actualidad los conocimientos y habilidades de los farmacéuticos asistenciales no están adaptadas a estos dispositivos.**
- **Los grandes operadores parecen más próximos al desarrollo de políticas que incorporen, por lo menos, elementos de estandarización y protocolización, y políticas unificadas de calidad y de seguridad.**
- **Se han identificado experiencias a tener en cuenta.**

6. Recomendaciones (1 de 5)

- Es urgente **promover un cambio en el modelo de acceso a los productos y en su financiación.**
- Sería necesario replantearse, desde una **perspectiva reguladora, la catalogación de estos dispositivos como, entornos especiales de internamiento similares al modelo sociosanitario.**
- La **fórmula de acceso y financiación de los productos farmacéuticos y sanitarios debe evolucionar hacia la incorporación de una tarifa asistencial integrada.**
- El modelo de integración no es esencialmente lo más importante y puede evolucionar en el tiempo; lo relevante es **generar un mecanismo que dirija adecuadamente los incentivos e incorpore un cierto grado de corresponsabilización en la gestión.**
- El traspaso de los recursos y de la responsabilidad al agente debe incorporar **requerimientos y objetivos claros de gestión no sólo vinculados al coste, sino a la calidad de la utilización.**

6. Recomendaciones (2 de 5)

- Resulta imprescindible desarrollar **mecanismos adecuados de la medida de la complejidad de los pacientes atendidos** en estos entornos
- Es imprescindible **potenciar el desarrollo de servicios farmacéuticos** profesionales y sus funcionalidades, sobretodo en el ámbito clínico, ya que entendemos que es un **factor explicativo relevante del escaso desarrollo de las políticas de medicamentos y productos sanitarios en estos ámbitos.**
- Sería recomendable potenciar de forma más contundente los **elementos culturales y operativos vinculados a la gestión clínica en estos dispositivos.**
- En la situación actual, recomendaríamos **la externalización de los servicios farmacéuticos en base a modelos empresariales concentrados.**
- Deberían **definirse y acreditarse las capacidades y habilidades necesarias de los farmacéuticos vinculados a la gestión del medicamento en estos dispositivos** y generar programas formativos orientados a dar respuesta a las necesidades.

6. Recomendaciones (3 de 5)

- **Los centros deben poder decidir adecuadamente y de acuerdo con sus necesidades, la mejor forma de incorporar la actividad farmacéutica incentivando así el desarrollo de capacidades adecuadas en el sector.**
- **La “compra de actividad farmacéutica” debe dejar de ser una “obligación” del operador determinada por el modelo de acceso y limitada a determinados proveedores, sino una necesidad que debe ser cubierta con los recursos y capacidades adecuadas.**
- **Desaconsejamos modelos que limitan aún más la competencia y la capacidad de elección del operador.**
- **Desaconsejamos modelos de compra centralizada, únicamente basados en el precio.**
- **Dada la importancia que los productos sanitarios tienen en la calidad de la atención de los pacientes frágiles, entendemos necesaria la generación de un marco regulatorio específico capaz de normalizar la calidad de los mismos y permitir un proceso de selección técnica adecuado.**
- **Entre los Productos Sanitarios, las diferencias cualitativas son muy grandes y experiencias documentadas ponen de manifiesto que la utilización adecuada de productos de calidad acaba consiguiendo ahorros globales directos e indirectos en y una mejor calidad asistencial.**

6. Recomendaciones (4 de 5)

- Mientras el sistema de acceso no se vea modificado, **deberían adaptarse los objetivos cualitativos y económicos de los Centros de Atención Primaria responsables de la prescripción a las condiciones de los subgrupos poblacionales de estos dispositivos.**
- **Se deberían normalizar adecuadamente, no sólo los circuitos administrativos de relación entre los dispositivos residenciales y los Centros de Atención Primaria, sino también, y de forma más prioritaria, los elementos de coordinación clínica.**
- Sería importante **analizar y evaluar, de un modo riguroso, los resultados económicos y sanitarios de experiencias de integración económica** que han conllevado un cambio en el modelo de acceso, con el objetivo de extraer conclusiones generales para el sector.

6. Recomendaciones (5 de 5)

- Si bien **los operadores han evolucionado positivamente** en los ámbitos de gestión, vinculados al acceso al producto, y han incorporado tecnologías de la información, sería esencial **evolucionar más en algunos aspectos**:
 1. **La definición e implantación de políticas explícitas de calidad**
 2. **El abordaje adecuado de la gestión clínica**
 3. **Establecimiento de políticas claras de utilización de medicamentos**
 4. **Programas de seguridad del paciente**
 5. **Estrategias de manejo de polimedicados**
- **Los operadores deben visualizar** que el desarrollo de este tipo de políticas generan **externalidades positivas** (económicas y sanitarias) relevantes que compensen la inversión y que, sobre todo, les puede situar en un **nivel adecuado de competencia en escenarios futuros**.
- Es imprescindible vincular el desarrollo de **cultura y elementos de gestión clínica con el desarrollo de modelos de participación y corresponsabilización de los profesionales**.