

Cuaderno 1

**¿Por qué el sistema de salud
necesita la coordinación
socio sanitaria?**

Impacto del uso inadecuado de los servicios
hospitalarios de agudos y de los servicios de
atención primaria en salud



**¿Por qué el sistema de salud necesita coordinación
socio-sanitaria?**

Edita:

Antares Consulting, S.A.
Av. Josep Tarradellas, 8-10 - 4ª planta
08029 Barcelona
© Antares Consulting, S.A.
Se permite la reproducción parcial
citando como fuente Antares Consulting.

Autores:

Esteban Carrillo Ridaó
Montserrat Cervera Macià
Vicente Gil Suay
Yolanda Rueda Falcón

¿Por qué el sistema de salud necesita coordinación socio sanitaria?

Una de las grandes preocupaciones en la definición de políticas socio sanitarias es que la escasez de recursos adecuados para los pacientes mayores con múltiples patologías y dependencia ocasiona la utilización inadecuada de recursos sanitarios de elevado coste como son los hospitales de agudos, que además de generar un elevado gasto, implica sobre todo, que las personas reciban un tratamiento inadecuado para su necesidad. En nuestro documento “Claves para la construcción del espacio socio sanitario en España” (1), planteábamos la necesidad y oportunidad de abordar decididamente el desarrollo de una nueva manera de atender a quienes requieren a la vez de los servicios sociales y sanitarios. Justificamos el porqué e insistimos en que el primer interesado es el sector sanitario ya que ello le permitiría obtener notables eficiencias internas que redundarían en beneficio de una mejor adecuación del uso de los servicios sanitarios.

Potencialmente, activar el espacio socio sanitario implica además de una mayor calidad de la atención prestada, una reducción de los actuales costes puesto que, mayoritariamente, lleva asociado la readecuación de los servicios a las necesidades del usuario y la liberación equivalente de otros recursos sanitarios de alto coste para poder ser utilizados por los pacientes que más los necesitan.

Presentábamos en el documento una simulación del impacto del uso inadecuado de los recursos de agudos por parte de los pacientes crónicos con alternativas de tratamiento socio sanitario. Dado el interés que ha despertado, hemos profundizado sobre los datos que apuntan al impacto de la inadecuación de uso de los servicios sanitarios. Los nuevos datos disponibles nos llevan a aumentar, de forma muy significativa, las estimaciones de impacto que hacíamos en el documento.

Para concretar la magnitud de este problema en España hemos analizado el uso inadecuado de los recursos hospitalarios y de los servicios de atención primaria, recurriendo a la base de datos de todos los pacientes ingresados en hospitales de agudos del Sistema

¿Por qué el sistema de salud necesita coordinación socio-sanitaria?

Nacional de Salud del año 2008 (2) y a la base de datos de consultas de atención primaria del año 2007 de la Comunidad Valenciana, cuya explotación nos ha sido facilitada, por el sistema de información ambulatoria SIA de Abucassis II de la Agencia Valenciana de Salud en un momento de implantación ya bastante avanzada en la atención primaria pública de esta comunidad.

El estudio de la base de datos de las estancias hospitalarias nos ha permitido observar las estancias medias de 42 Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD, clasificación de pacientes en grupos con una estancia hospitalaria similar) que son los que en mayor proporción se derivan, en Estados Unidos, a centros socio-sanitarios u hospitales de media y larga estancia (*nursing homes*) (3,4).

La base de datos de consultas de primaria contiene las consultas en medicina general y pediatría de atención primaria del servicio de salud de la Comunidad Valenciana (Agencia Valenciana de Salud) con 5,6 millones de consultas correspondientes a 1,2 millones de pacientes (una tercera parte del total de los ciudadanos valencianos).

Estancias hospitalarias inadecuadas – consultas hiperfrecuentadas

La diferencia entre la estancia media hospitalaria de los GRD estudiados en España con la estancia media de los mismos GRD en Estados Unidos oscila entre menos de 0 y 28 días; con sólo dos GRD en que la estancia media en España es discretamente menor.

Esta diferencia de estancias supone que, si los pacientes españoles se tratasen con la estancia media estadounidense, se evitarían más de **1.638.000 estancias anuales** en hospitales de agudos derivadas de la atención a pacientes crónicos con pluripatología y dependencia.

¿Por qué el sistema de salud necesita coordinación socio-sanitaria?

Ello implica que en España se han utilizado, de forma potencialmente inadecuada, **5.281 camas** más de hospitales de agudos. En términos más visuales podríamos decir que nuestro SNS dedica más de cuatro hospitales del tamaño de La Paz o Vall d'Hebron a tratar pacientes que se beneficiarían más de otro tipo de recursos más adecuados a sus problemas y de menor coste.

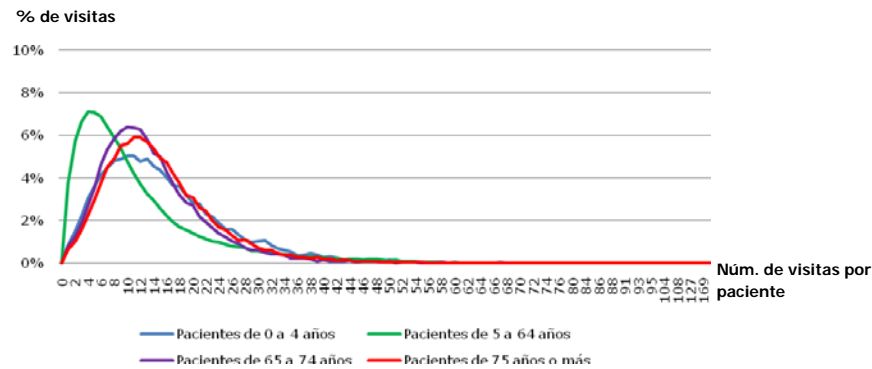
Cod.GRD	Descripción	Tipo GDR	Total Altas 2008	Estancia Media 2008	Diferencia		Nº Camas
					Estancias Medias (SNS-Medicare)	Estancias Innadecuadas	
462	REHABILITACION	M	5.368	38,1	28,8	154.729	498,7
126	ENDOCARDITIS AGUDA & SUBAGUDA	M	816	24,7	12,9	10.490	33,8
263	INJERTO PIEL &/O DESBRID. POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS CON CC	Q	982	22,5	11,9	11.713	37,8
430	PSICOSIS	M	33.996	19,3	11,8	400.024	1.289,4
271	ULCERAS CUTANEAS	M	2.308	14,2	7,4	17.138	55,2
264	INJERTO PIEL &/O DESBRID. POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS SIN CC	Q	1.593	12,7	7,1	11.347	36,6
238	OSTEOMIELITIS	M	802	14,0	6,1	4.908	15,8
249	MALFUNCION. REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO ORTOPEDICO	M	4.337	9,3	5,1	22.173	71,5
12	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO	M	7.570	9,8	4,3	32.305	104,1
80	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXCEPTO NEUMONIA SIMPLE EDAD>17 SIN CC	M	3.564	9,3	4,1	14.624	47,1
79	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXCEPTO NEUMONIA SIMPLE EDAD>17 CON CC	M	4.810	11,7	3,7	17.891	57,7
89	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 CON CC	M	26.188	9,1	3,6	93.334	300,8
418	INFECCIONES POSTOPERATORIAS & POSTRAUMATICAS	M	5.328	9,5	3,6	18.988	61,2
468	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EXTENSIVO SIN RELACION CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Q	8.410	15,0	3,4	28.783	92,8
296	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	M	5.350	8,5	3,4	18.069	58,2
145	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO SIN CC	M	4.928	5,9	3,2	15.974	51,5
127	INSUFICIENCIA CARDIACA & SHOCK	M	63.913	8,2	3,2	201.552	649,6
452	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO CON CC	M	3.097	8,1	3,0	9.218	29,7
144	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO CON CC	M	4.181	9,1	3,0	12.404	40,0
130	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS CON CC	M	8.583	8,4	3,0	25.404	81,9
90	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 SIN CC	M	16.860	6,7	2,8	47.481	153,0
88	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	M	32.927	7,5	2,8	92.295	297,5
316	INSUFICIENCIA RENAL	M	11.814	8,4	2,7	32.356	104,3
297	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	M	4.269	6,4	2,7	11.587	37,3
188	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 CON CC	M	9.698	8,0	2,6	25.419	81,9
294	DIABETES EDAD>35	M	12.140	6,7	2,5	30.868	99,5
453	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO SIN CC	M	5.575	5,3	2,5	14.107	45,5
277	CELULITIS EDAD>17 CON CC	M	3.827	9,2	2,3	8.951	28,8
416	SEPTICEMIA EDAD>17	M	5.402	9,6	2,2	11.954	38,5
87	EDEMA PULMONAR & INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	M	41.460	8,1	2,1	86.545	279,0
76	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	Q	2.728	12,3	2,0	5.513	17,8
77	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	Q	2.523	6,6	2,0	4.986	16,1
131	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS SIN CC	M	11.369	5,6	2,0	22.394	72,2
189	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 SIN CC	M	12.376	5,1	1,9	23.982	77,3
320	INFECCIONES DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	M	13.598	7,8	1,8	24.810	80,0
278	CELULITIS EDAD>17 SIN CC	M	6.393	6,4	1,8	11.446	36,9
183	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	M	18.059	6,5	1,7	30.563	98,5
466	CUIDADOS POSTERIORES SIN HISTORIA DE NEO.MALIGNA COMO DIAG.SECUNDARIO	M	5.999	4,6	1,2	7.388	23,8
321	INFECCIONES DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	M	18.972	5,1	0,9	18.001	58,0
182	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	M	9.666	8,3	0,7	6.732	21,7
415	PROC. QUIRURGICO POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS & PARASITARIAS	Q	3.657	14,8	-0,5	0	0,0
465	CUIDADOS POSTERIORES CON HISTORIA DE NEO.MALIGNA COMO DIAG.SECUNDARIO	M	576	3,9	-0,9	0	0,0
			446.012			1.638.446	5.281

¿Por qué el sistema de salud necesita coordinación sociosanitaria?

Por otra parte, la hiperfrecuentación de visitas a los servicios de atención primaria (más de ocho consultas/paciente/año) es generalizada, pero aumenta de forma muy significativa en niños hasta cinco años, personas mayores entre 65 y 75 años, y, de forma algo menos marcada, en personas mayores de 75 años. Esto supone unas tasas de frecuentación muy diferenciadas por grupo de edad, como era de esperar.

Núm. de visitas por paciente en atención primaria

Fuente: Agencia Valenciana de Salud, 2007



En 284.749 visitas (un 20,85%) en personas de entre 65 y 74 años, y 351.266 visitas (un 36,65%) en personas de 75 o más se cumple el criterio de ser visitas que se han realizado por encima del umbral de 9 o más visitas por paciente y año. Sobre el total de la base de datos de todas las edades, estas visitas suponen un 11,81%.

**¿Por qué el sistema de salud necesita coordinación
socio-sanitaria?**

**Análisis de sobrefrecuentación. Frecuentación en Atención Primaria.
Comunidad Valenciana**

Grupo de edad	Número total de visitas	Número total de visitas por encima de 8 visitas/persona/año	Tasa de frecuentación	% de visitas por encima de las 8 visitas / año
0 - < 5 años	486.024	180.504	7,82	37,14%
5-64 años	3.377.938	786.541	3,89	23,28%
65 -74 años	865.702	284.749	7,66	20,85%
75+ años	958.332	351.266	7,08	36,65%
TOTAL	5.687.996	1.603.060	4,83	28,18%

Fuente: Agencia Valenciana de Salud. Sistema de Información Ambulatoria. 2007

En términos operativos, estamos dedicando a la sobrefrecuentación del sistema, el equivalente a toda la actividad de 326 centros de salud: es decir un volumen de actividad superior al de todos los centros de la Comunidad de Madrid (297) y muy próximo al de todos los centros de salud de Cataluña (395) (5).

**¿Cuánto nos cuesta la escasez de servicios socio-sanitarios
alternativos?**

Con un coste medio de la estancia en hospitales de agudos de 657 euros/día, el importe de los días de estancia hospitalaria de dudosa adecuación a los pacientes de más frecuente derivación a recursos socio-sanitarios habría sido en 2008 de algo más de 1.000 millones de euros (1.076.459.340 €).

¿Por qué el sistema de salud necesita coordinación socio-sanitaria?

Por su parte, la hiperfrecuentación en atención primaria, tomando como base el coste medio estimado de 14,78€ por consulta (6), supone un gasto de 452.089.198 euros, casi 500M€ que podrían ser evitados si se gestionase a los pacientes crónicos con otro modelo y se evitase la realización de no más de 8 visitas/paciente/a de promedio por parte de las personas mayores.

Implicaciones para las políticas socio-sanitarias: ¿Diez minutos por consulta o diez consultas de un minuto?

En contextos de contención de costes este tipo de datos muestra la importancia de analizar la información sobre adecuación de los servicios y recursos a los problemas de salud de la población a la que tratan, para poder decidir políticas de contención de costes que no sean cortoplacistas, evitando el recorte del gasto de forma indiscriminada sobre el conjunto del sistema.

Los datos expuestos de los hospitales de agudos muestran la importancia de desarrollar una red de recursos alternativos a la hospitalización de agudos (hospitales de media y larga estancia, centros socio-sanitarios, hospitales de día, programas de hospitalización y de atención a domicilio...) lo que puede permitir importantes contenciones de costes en los recursos más caros.

En la atención primaria, la hiperfrecuentación aparece como "el" problema de base y la prioridad número uno; y, aunque está generalizada en todos los grupos de edad, se concentra mucho en las personas mayores. Ello indica claramente que una de las herramientas imprescindibles para gestionarla son los nuevos modelos de gestión del paciente crónico en los que tiene especial relevancia la figura de las enfermeras que realizan gestión de casos o los esquemas de formación grupal de pacientes.

¿Por qué el sistema de salud necesita coordinación sociosanitaria?

En esta situación, pues, plantear como se suele hacer, objetivos de incrementar el tiempo por visita (los famosos diez minutos por consulta) no parece tener demasiado sentido. Si el número de contactos es a todas luces desproporcionado, lo que tiene sentido es racionalizarlo, no aumentar el tiempo dedicado a cada contacto no relevante.

En momentos de dificultades económicas es obligado que los sistemas sanitario y social afinen su análisis y miren hacia sus propios servicios para saber donde éstos pueden “adelgazar” no sólo no restringiendo los servicios a los ciudadanos sino consiguiendo además el objetivo de mejorarlos. La simulación que hemos realizado demuestra claramente la importancia y el impacto del desarrollo de redes de servicios sociosanitarios integradas, que defendemos y argumentamos en nuestro documento, “Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España”(1), así como el potencial que existe en los actuales servicios para crear nuevos servicios sin incrementar los costes.

Es cierto que la evidencia de que disminuyan los costes no se produce siempre, pero en cambio es generalizada la opinión de que se mejoran muy significativamente los resultados (7,8,9) porque aunque abordar la atención a los pacientes crónicos y con necesidades sociosanitarias desde modelos alternativos evita costes generados por la atención tradicional, aplicar este nuevo modelo tendrá sus propios costes. Serán, probablemente unitariamente menores que los de la atención sanitaria de agudos pero no siempre globalmente puesto que no se trata solamente de sustituir el modelo anterior, sino que también es importante conseguir unos resultados de mayor cobertura y calidad de servicio.

Lo que ciertamente se produciría es que los beneficios para el paciente serían mucho mayores, tanto en términos de resultados clínicos como de satisfacción por la calidad y adecuación del servicio recibido, argumento suficiente como para afirmar que el sistema de salud es el primero que necesita de la coordinación sociosanitaria.

Anexo: Metodología

01 Inadecuación de estancias hospitalarias

Cálculo de uso de camas

Hemos utilizado los datos públicos de la base de datos nacional Norma GRD de Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) del Ministerio de Sanidad y Política Social (2). Esta base de datos recoge el CMBD (conjunto mínimo básico de datos) de todas las altas hospitalarias de hospitales de utilización pública del Sistema Nacional de Salud español, con el cual se realiza la clasificación GRD en grupos de pacientes que presentan un número de días de estancia similar.

De esta base de datos se han utilizado los 48 GRD que recoge Medicare que con mayor frecuencia se presentan, en Estados Unidos, casos de derivación de pacientes a alternativas a la hospitalización de agudos, como pueden ser los centros socio sanitarios (nursing homes en terminología USA) (3).

Como norma de comparación se ha utilizado la clasificación en grupos GRD de Medicare, en Estados Unidos (4).

La clasificación en GRD utilizada por Medicare presenta algún desglose adicional en algunos GRD a los publicados por el Ministerio de Sanidad. Para obtener las estancias medias de los GRD comparables, se ha procedido a calcular para cada uno de los GRD implicados la estancia media ponderando la estancia media de cada subgrupo por su volumen en la base de datos de Medicare.

¿Por qué el sistema de salud necesita coordinación socio-sanitaria?

Comparando la estancia media de los 20 GRD seleccionados de la base de datos española con la de Medicare, hemos calculado para cada GRD la diferencia en días de estancia. Estos días de diferencia entre la población de Medicare y la población española son los que consideramos como probable inadecuación de la estancia en un hospital de agudos.

Multiplicando estos días de diferencia por el número de casos existente en la base de datos del sistema nacional de salud, hemos obtenido el número total de días de estancia hospitalaria evitables en pacientes susceptibles de alternativas a la hospitalización de agudos.

La transformación de los días de estancia en camas se ha realizado mediante la fórmula usual:

$$Camas = \frac{N_{est}}{100 * TO} ,$$

Donde:

N_{est}: Número de estancias.

TO: Tasa de ocupación en porcentaje

Se ha tomado como tasa de ocupación estándar para este cálculo, la del 85%. Esta tasa de ocupación es la considerada como ideal en un hospital de agudos para maximizar la eficiencia. En realidad la tasa de ocupación promedio es algo inferior a esta. Aún así tomamos esta tasa porque ello redundaría en un cálculo de camas menor (más prudente por tanto) que si tomásemos una tasa más baja.

Estimación del coste de la inadecuación

¿Por qué el sistema de salud necesita coordinación socio-sanitaria?

Carecemos de un dato público del coste medio de la estancia en hospitales de agudos del SNS. El coste medio de la estancia ha sido establecido en 657 € en base a las bases de datos de Antares Consulting, a falta de la información sobre promedio nacional del coste de la estancia. Estos 657 € provienen de la base de proyectos de Antares Consulting de los hospitales en que se han realizado proyectos recientes (últimos tres años) de contabilidad analítica y se han considerado los datos como de alta fiabilidad. Aunque no podemos presumir la representatividad de esta cifra, las cifras que nos han facilitado responsables de varias comunidades autónomas nos refieren a costes de la estancia entre 600 y 1150 € por estancia, con lo que nuestro dato está dentro del intervalo bajo de coste medio de la estancia.

02 Inadecuación de consultas de atención primaria

Datos

Se ha estudiado la base de datos de consultas de atención primaria de médicos y pediatras de la Agencia Valenciana de Salud. Esta base de datos contiene los registros de atención primaria del sistema Abucassis que ya cuenta con una implantación del 85%.

La base de datos contiene 5.867.000 consultas realizadas por 1.178.229 pacientes. La única información disponible es el sexo, edad del paciente y el número de visitas año por paciente al médico general o pediatra.

Se analizaron las tasas de frecuentación en la base de datos desechando aquellos centros en que la implantación del sistema era reciente y por tanto no recogían aún toda la información. En la base de datos analizada finalmente, sobre un total de 1.178.000 pacientes

¿Por qué el sistema de salud necesita coordinación socio-sanitaria?

adscritos a los médicos generales incluidos en la base de datos se registraron en este sistema 5.687.996 visitas al médico general o pediatra de atención primaria. Ello supone una ratio de 4,83 visitas al médico general o pediatra por habitante año. Esta ratio es algo inferior a la global del sistema nacional de salud (entre 5 y 6 visitas por habitante y año. Ello es debido a que no están incluidas las visitas de enfermería y urgencias de atención primaria y es coherente con los datos generales de España.

Se seleccionaron de esta base de datos las visitas realizadas por personas mayores de 65 años, diferenciándolo en dos grupos, personas entre 65 y 74 años, y personas de 75 o más años.

Al carecer, para este estudio, de identificadores de diagnóstico para seleccionar a los pacientes crónicos se ha considerado sólo a pacientes mayores de 65 años.

La literatura internacional suele calificar como hiperfrecuentación en atención primaria más de 8 visitas por paciente y año (10), a partir de la cual se produce sobrefrecuentación. Este número es evidentemente algo arbitrario y aunque dará como resultado incluir como potencialmente inadecuadas visitas que no lo son, también dejará como adecuadas visitas que no lo son. La estimación no pretende afinar en la cuantificación de la utilización inadecuada, sino mostrar el impacto que la más que evidente hiperfrecuentación de pacientes crónicos de edad avanzada tiene en nuestro sistema sanitario. Estamos hablando pues de sobrefrecuentación, cuando se producen más de 8 visitas por paciente y año.

Tomando sólo las visitas de personas mayores de 65 años, evitamos incidir sobre la alta frecuentación de grupos de edad en que la enfermedad crónica tiene mucho menor peso, como la pediátrica que debería ser objeto de otro estudio, o la hiperfrecuentación del joven y del adulto que posiblemente está muy condicionada por otros

¿Por qué el sistema de salud necesita coordinación socio-sanitaria?

aspectos tales como los administrativos para la renovación de partes de incapacidad.

Extrapolación de datos al SNS español

Las memorias del sistema público de salud español recogen que en 2008 se realizaron un total de 273.557.142 visitas de atención primaria (5). Esta cifra es la que se ha utilizado para estimar el impacto en el conjunto de España de los datos obtenidos de la Comunidad Valenciana.

Estimación de costes

En base a los datos aportados por el Grupo de Trabajo sobre el Gasto sanitario (6), se ha estimado el coste medio de la visita de atención primaria. Dicho coste se ha calculado dividiendo los costes imputados al capítulo de atención primaria del año 2005 por el total de visitas del año 2008.

El resultado es un coste medio de 14,78 € en base a datos de coste del año 2005 (año más reciente) y de actividad de visitas de 2008 (el uso de datos de 2005 tiende por tanto a infraestimar el coste).

Una simple multiplicación de este coste medio por el total de visitas de personas mayores de 64 años por encima de las ocho visitas por persona año ofrece una cifra de 452.089.198 euros que podrían ser evitados si se gestionase a los pacientes crónicos con otro modelo y se evitasen, en promedio, más de 8 visitas/ año a los servicios de atención primaria por parte de las personas mayores.

Bibliografía

1. Carrillo E, Cervera M, Gil Suay V, Rueda Y. Claves para la construcción del espacio socio-sanitario. Informe de posicionamiento. Marzo de 2010. [acceso 25 de agosto]. Disponible en: <http://www.antares-consulting.com/content/index.php?lang=08idmenu=13&id=84>
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Norma GRD 2008 Sistema Nacional de Salud. [acceso 25 de agosto]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/cmbd.home>
3. Center for Medicare and Medicaid Services. FY 2010MS-LTC-DRG File (Effective 10/1/2009 – 9/30/2010). [acceso 25 de agosto]. Disponible en: http://www3.cms.gov/LongTermCareHospitalPPS/06_ltcdrgr.asp
4. Center for Medicare and Medicaid Services. [acceso 25 de agosto]. Disponible en: <http://www.cms.gov/AcuteInpatientPPS/10FR/itemdetail.asp?filterType=none&filterByDID=99&sortByDID=1&sortOrder=ascending&itemID=CMS1227453&intNumPerPage=10>
5. Ministerio de Sanidad y Política Social. Actividad Asistencial en Atención Primaria del SNS. Resumen 2007-2008. (publicado el 14 de enero de 2009). [acceso 25 de agosto]. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>

**¿Por qué el sistema de salud necesita coordinación
socio-sanitaria?**

6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Grupo de Trabajo sobre el Gasto Sanitario, 2007.
7. Bengoa R, Nuño Solinis R (2008). Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de las enfermedades crónicas: Una guía práctica para avanzar. Elsevier-Masson.
8. National Health Service. Department of Health. Raising the Profile of Long Term Conditions Care. A Compendium of Information. 2004. [acceso 25 de agosto]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_062820
9. Hutt R, Rosen R, McCauley J. (2004). Case Managing Long Term Conditions. What impact does it have in the treatment of older people? King's Fund. London.
10. Dowrick CF, Bellon JA, Gomez MJ. GP frequent attendance in Liverpool and Granada, the impact of depressive symptoms. Br J Gen Practice 2000; 50:361-385.

Antares Consulting, S.A.
www.antares-consulting.com

Barcelona

Josep Tarradellas, 8-10, 4 planta
08029 Barcelona, España
Tel. +34 93 241 89 50
Fax. +34 93 209 95 67
antares@antares-consulting.com

Madrid

Leganitos, 47
28013 Madrid, España
Tel. +34 91 781 06 66
Fax. +34 91 781 06 67
antares@antares-consulting.com

Lausanne

BDO
Route de la Corniche no, 2
1066 Epalinges, Suiza
Tel. +41 21 310 23 23
antares@antares-consulting.com

Lisboa

Largo das Palmeiras, 9
01050-168 Lisboa, Portugal
Tel. +351 21 350 58 94
Fax. +351 21 316 05 05
antareslisboa@antares-consulting.com

Paris

7, boulevard de Magenta
75010 Paris, Francia
Tel. +33 173 54 76 15
Fax. + 33 147 66 46 78
antaresparis@antares-consulting.com

Sao Paulo

Av. Ver. José Diniz,
3135, cj. 61 Campo Belo
04603-002 Sao Paulo, Brasil
Tel. +55 11 3842 62 12
antares@antares-consulting.com