



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

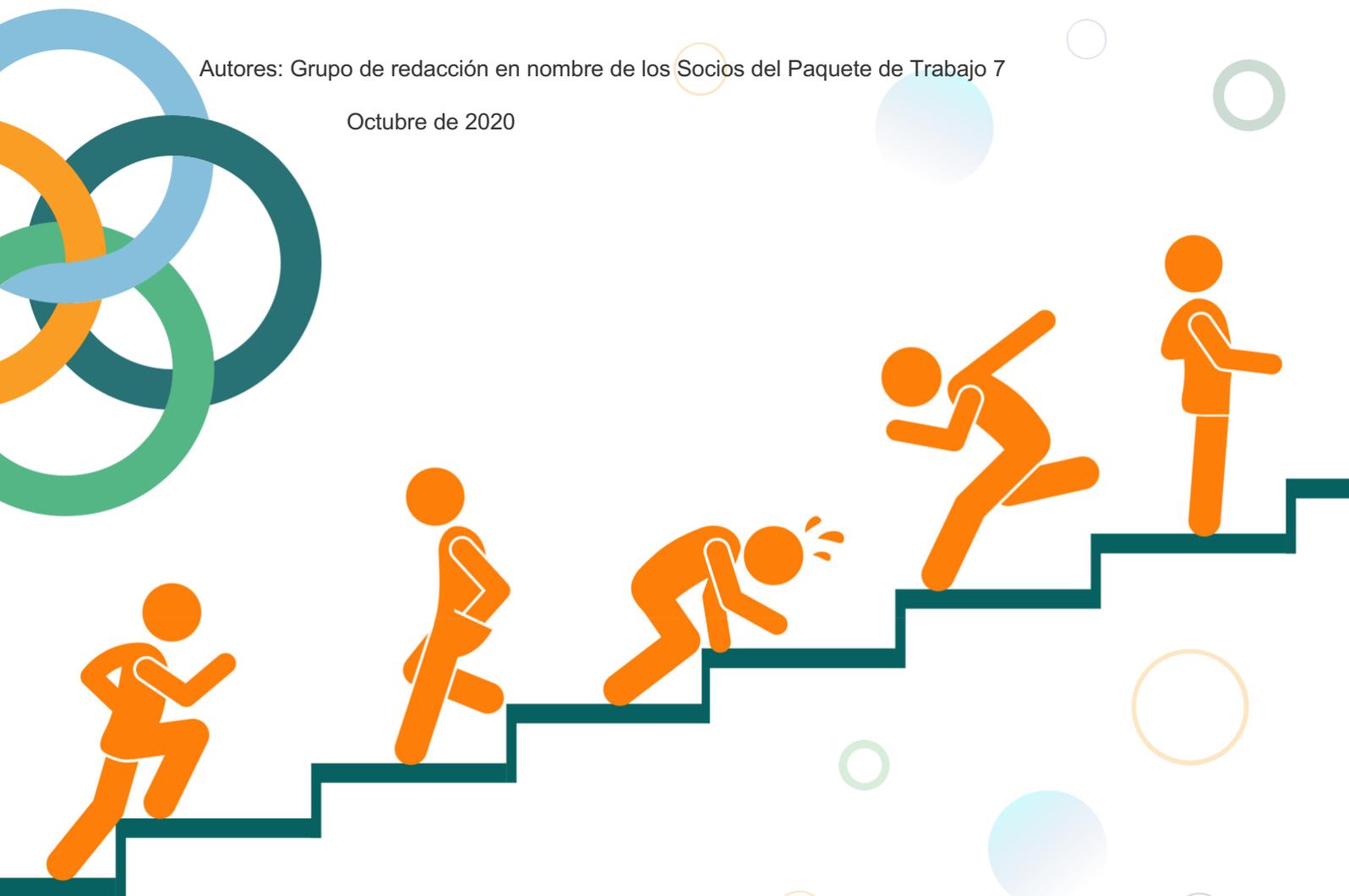


GUÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS

Basado en resultados de JA CHRODIS PLUS de 8 países usando
RECOMENDACIONES Y CRITERIOS DE JA CHRODIS (QCR). Versión corta

Autores: Grupo de redacción en nombre de los Socios del Paquete de Trabajo 7

Octubre de 2020



Este documento surge de la Acción Conjunta CHRODIS PLUS que aborda las enfermedades crónicas a través de iniciativas transnacionales identificadas en JA-CHRODIS para reducir la carga de enfermedades crónicas, al tiempo que se asegura la sostenibilidad y capacidad de respuesta de los sistemas de salud, en el marco del Programa de Salud (2014-2020). La responsabilidad exclusiva recae en el autor y la Agencia Ejecutiva de Consumidores, Salud, Agricultura y Alimentación no es responsable del uso que se pueda hacer de la información contenida en el mismo.

INTRODUCCIÓN

Este documento es una versión corta de la **Guía para la implementación de Recomendaciones y Criterios de la Acción Conjunta CHRODIS** (en adelante: La Guía, QCR y JA CHRODIS), que ha sido desarrollada en la Acción Conjunta **CHRODIS PLUS** (en adelante JA CHRODIS+). Esta es una iniciativa de tres años (2017-2020) financiada por la Comisión Europea y las organizaciones participantes con 42 beneficiarios que representan a 20 países europeos. El propósito de la JA CHRODIS+ ha sido abordar la creciente carga de enfermedades crónicas promoviendo la implementación de políticas y prácticas en este campo.



La Guía proporciona un tutorial paso a paso para la implementación de las Recomendaciones y Criterios de la JA CHRODIS. Estos últimos se desarrollaron originalmente en el periodo 2014-2017, utilizando la diabetes tipo 2 (DM2) como modelo de enfermedad crónica. Posteriormente se han aplicado y probado en la JA CHRODIS+, dentro de su Paquete de Trabajo 7: Fomento de la calidad de la atención para personas con enfermedades crónicas. (En adelante WP7). Se implementaron en una variedad de entornos a través de estudios piloto en Alemania, Bulgaria, Croacia, Eslovenia, España, Finlandia, Grecia y Serbia. Los estudios piloto desarrollaron prácticas innovadoras en los campos de la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la atención médica, centrándose en la DM1 y DM2, el tinnitus y las enfermedades crónicas complejas. Las experiencias muestran el potencial para la aplicación de las QCR de la JA CHRODIS en otros entornos y condiciones crónicas además de en la DM2.

A partir de estas experiencias desarrollamos La Guía para la implementación de las QCR de la JA CHRODIS para brindar apoyo práctico a quienes van a liderar el desarrollo, implementación, monitorización y evaluación de las prácticas en el campo de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y cuidado de las patologías crónicas. Se concluyó que es adecuado para ser utilizado como un marco "de arriba hacia abajo", cuando se ha de tener en cuenta el horizonte de la implementación, siendo muy útil para el grupo que lidera el desarrollo de la práctica. Sin embargo, como lo experimentan los socios en los estudios piloto, su uso fomenta la participación activa y significativa de una amplia variedad de partes interesadas que están o serán de alguna manera afectados por la práctica, y/o están involucrados en su sostenibilidad y desarrollo posterior.

ELEMENTOS BÁSICOS DE LA GUÍA

JA CHRODIS Criterios y Recomendaciones

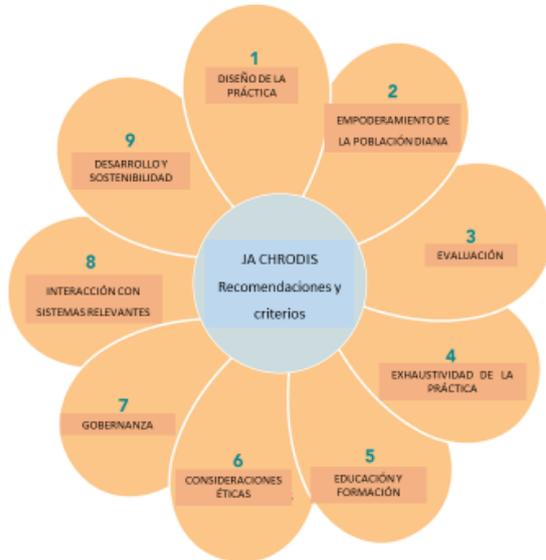
- Lista de Recomendaciones y Criterios de JA CHRODIS y representación visual del marco de actuación
-

Pasos del proceso de implementación

- Establecimiento del grupo de liderazgo central y del grupo de trabajo de implementación
 - Alcance de la práctica
 - Análisis de referencia de la situación y el contexto
 - Diseño del plan del estudio piloto
 - Seguimiento y evaluación de la implementación
 - Informe de los resultados
 - Planificación para la sostenibilidad de la práctica y para aumentar el potencial de ampliación.
-
-

RECOMENDACIONES Y CRITERIOS DE JA CHRODIS

La siguiente sección presenta las QCR de JA CHRODIS. Incluyen descripciones detalladas de diferentes aspectos que resultaron útiles para desarrollar, implementar, monitorizar y evaluar las buenas prácticas. Se representan visualmente como un trébol de nueve hojas, ya que todas y cada una de las hojas caracterizan una buena práctica.



Diseño de la práctica

El diseño debe especificar claramente las metas, los objetivos y los métodos, y debe basarse en datos, teoría, contexto, evidencia y prácticas previas relevantes, incluidos los estudios piloto. La estructura, organización y contenido de la práctica se define y establece junto con la población objetivo claramente descrita (es decir, los criterios de exclusión e inclusión y el número estimado de participantes). Los recursos humanos y materiales deben estimarse adecuadamente en relación con las tareas comprometidas. Las dimensiones relevantes de la equidad deben tomarse en consideración y enfocarse adecuadamente.

Promover el empoderamiento de la población diana

La práctica debe promover activamente el empoderamiento de la población objetivo mediante el uso de mecanismos adecuados, como el apoyo a la autogestión, la toma de decisiones compartida, la educación-información, la clarificación de valores, la participación activa en el proceso de planificación, la participación activa en la formación de los profesionales y la consideración de las necesidades de las partes interesadas en términos de mejorar/ adquirir las habilidades, el conocimiento y el comportamiento adecuados.

Definir un plan de evaluación y seguimiento

Los resultados de la evaluación deben estar vinculados a acciones para fomentar el aprendizaje continuo y / o la mejora y / o remodelación de la práctica. Los resultados de la evaluación y el seguimiento deben

compartirse entre las partes interesadas pertinentes y vincularse a las metas y objetivos establecidos, teniendo en cuenta los aspectos sociales y económicos tanto de la población diana, como de las perspectivas de los cuidadores formales e informales.

Comprensión de la práctica

La práctica debe considerar evidencias relevantes sobre su efectividad, costo-efectividad, calidad, seguridad, los principales indicadores contextuales y los riesgos subyacentes para la población diana, utilizando herramientas validadas para la evaluación de riesgos individuales

Incluir educación y capacitación

La práctica debe incluir elementos educativos para promover el empoderamiento de la población diana (por ejemplo, fortalecer su alfabetización en salud, autogestión, manejo del estrés, etc.). Los profesionales y expertos deben estar capacitados para apoyar el empoderamiento de la población diana, y los profesionales / educadores deben también estar calificados en términos de conocimientos, técnicas y enfoques a realizar en las buenas prácticas.

Consideraciones éticas

La práctica debe implementarse de manera equitativa (es decir, proporcional a las necesidades). Los objetivos y la estrategia deben estar claros tanto para la población diana como para las partes interesadas involucradas. Otras cuestiones que pueden afectar a la práctica (psicosociales, asequibilidad, accesibilidad, etc.) también deben abordarse para lograr un alcanzar un beneficio adecuado. La población diana tiene derecho a estar informada, y a decidir sobre su cuidado y participación. Su derecho a la confidencialidad debe respetarse y mejorarse.

Enfoque de la gobernanza

La práctica debe incluir elementos organizativos, identificando las acciones necesarias para eliminar las barreras legales, administrativas, financieras u otras, mediante la contribución de la población diana, los cuidadores y y la planificación de los profesionales, dotados y apoyados de los recursos adecuados. Existe una estrategia definida para alinear los incentivos y la motivación del personal con los objetivos de la práctica. La práctica debe ofrecer un modelo de liderazgo eficiente y debe crear sensación de pertenencia e identidad entre la población diana y los diferentes estamentos interesados considerando las alianzas multidisciplinarias, multisectoriales / intersectoriales etc., que correspondan. Las evidencias y documentación de calidad que respalden la práctica (pautas, protocolos, etc.) deben estar fácilmente disponibles para las partes interesadas (por ejemplo, profesionales sanitarios y poblaciones diana), así mismo, deben respaldar el enfoque multidisciplinario de estas prácticas. También deben estar respaldadas las prácticas por diferentes tecnologías de la información y la comunicación (por ejemplo, registros médicos electrónicos informatizadas, software específico para tareas de detección e identificación de las diferentes situaciones, redes sociales, etc.). También se deben desarrollar políticas para garantizar la aceptabilidad de las nuevas tecnologías de la información entre los usuarios (profesionales sanitarios y población diana) para permitir su participación en el proceso de cambio

Interacción con sistemas relevantes

La práctica debe integrarse o interactuar con la atención sanitaria habitual de la población y con otros sistemas relevantes, permitiendo vínculos efectivos entre los encargados de la toma de decisiones y las partes interesadas relevantes, y mejorando y apoyando la capacidad de las poblaciones diana para interactuar de manera efectiva con las estructuras y estamentos relevantes en la atención a la cronicidad.

Sostenibilidad y desarrollo

La continuación de la práctica debe garantizarse mediante el anclaje institucional y/o la idea de identidad y pertenencia de los estamentos interesados y las comunidades pertinentes, así como con el apoyo de las personas que la implementaron las prácticas. La estrategia de sostenibilidad debe considerar una variedad de factores contextuales (por ejemplo, políticas sociales y de salud, cuestiones de sexo y género, innovación, tendencias culturales, economía general y tendencias epidemiológicas) que evalúan el impacto potencial en la población diana.

Las QCR de la JA CHRODIS también pueden describirse como Criterios de JA CHRODIS con categorías específicas definidas por cada criterio para respaldar el proceso de implementación. Consultar página 15.

PASOS DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

Establecimiento del grupo de liderazgo principal y del grupo de trabajo de implementación

El primer paso del proceso de implementación debe considerar varios aspectos de la gobernanza y el liderazgo. En este paso es necesario definir quién liderará y coordinará el desarrollo y la implementación de la práctica. El grupo de liderazgo principal es fundamental para identificar a las partes interesadas relevantes que se involucrarán en las diversas etapas del proceso, delineando sus roles y responsabilidades. Es un grupo que planifica, organiza, monitorea, comparte, informa y brinda apoyo durante el seguimiento de los objetivos de la práctica. Aquí es donde se debe establecer un liderazgo eficiente y se deben sentar las bases para luego crear sensación de identidad y pertenencia entre la población diana y todas las partes interesadas o colaboradoras. Es por eso que este grupo pone un énfasis particular en compartir la información o permitir un fácil acceso a la información relevante y a la evidencia que respalda la implementación del estudio piloto (por ejemplo, directrices, documentos, protocolos, etc.). El establecimiento de oportunidades para el intercambio continuo de información fomenta el enfoque multidisciplinario e incentiva a las partes involucradas.

Al establecer el grupo de trabajo que implementará la práctica, el grupo de liderazgo principal debe identificar las partes interesadas que se incluirán y en qué nivel: individuos, instituciones u organizaciones que de alguna manera estén involucradas o afectadas por la actividad, programa, intervención o política implementada, o que sean importantes para la sostenibilidad o desarrollo de la acción implementada. Las partes interesadas pueden representar instituciones, organizaciones o personas con conocimientos y experiencias distintivos en los sectores de salud, educación, social, empleo, investigación y tecnologías de la información y la comunicación (TIC), ONG, asociaciones de pacientes y la sociedad civil. Aunque los equipos pueden variar en tamaño y composición, la implementación se beneficiaría más de las personas que pueden garantizar que las perspectivas relevantes estén representadas. Los miembros pueden participar como organizadores, expertos, tomadores de decisiones, partes interesadas de primera línea, implementadores y representantes del grupo diana. Es posible que otras partes interesadas identificadas no se incluyan en el grupo de trabajo de implementación, pero se les puede consultar sobre temas específicos, se les puede informar activamente y solicitar comentarios, o solo se les puede informar.

Dependiendo de las características específicas de la práctica, pueden surgir durante su desarrollo e implementación nuevos objetivos, necesidades y actividades. El grupo de liderazgo principal debe poder identificarlos oportunamente y luego ajustar el grupo de trabajo de implementación de acuerdo con la situación y el contexto. Por lo general, los pacientes y otros usuarios de los servicios de salud son los grupos sobre los que inciden directa o indirectamente las prácticas de salud. Si es posible (y dependiendo del contexto), se puede considerar involucrar a representantes de la población diana en el grupo de trabajo de implementación. Esto puede influir sustancialmente en la dinámica del grupo, hacerlo más constructivo con un lenguaje más claro y más centrado en el paciente. Así es también como se puede mantener el enfoque en la participación de la población objetivo a lo largo del desarrollo e implementación de la práctica.



1. *Gobernanza*
7. *Diseño de la práctica*

Alcance de la práctica

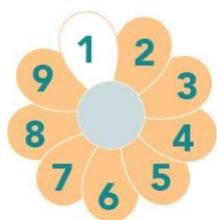
El siguiente paso es definir el alcance de la práctica. El grupo de trabajo de implementación, dirigido por el grupo de liderazgo central, en esta fase describe el problema que la práctica abordará, define su propósito y la participación de la población objetivo y selecciona las QCR de la JA CHRODIS (1) que son fundamentales para la implementación exitosa.

Descripción del problema: se describe la naturaleza y la importancia del problema local, basándose en el conocimiento disponible. Resume lo que se conoce actualmente sobre el problema con referencia a estudios previos relevantes. Los socios de la JA Chrodis+ percibieron que la literatura científica publicada en el área de implementación es escasa.

Propósito general: el propósito general debe ser claro y establecerse junto con todos los miembros del grupo de trabajo de implementación; debe reflejar las necesidades de la población objetivo.

Población objetivo: al definir la población objetivo, las dimensiones relevantes de la equidad se deben tomar en consideración y focalizarse adecuadamente (es decir, género, nivel socioeconómico, etnia, área rural-urbana y grupos vulnerables). Sus características, criterios de exclusión e inclusión y la estimación número de participantes, y los roles en la intervención deben especificarse claramente.

Primer esquema de implementación: Se describe brevemente la implementación, considerando cada criterio. Aunque es recomendable tener en cuenta todos los criterios, es posible que algunos no puedan aplicarse a un proceso de implementación concreto. En ese caso, se puede realizar una doble verificación para tratar de describir por qué algunos de los criterios no se pueden abordar.



1. – 9. Todo

1. Énfasis particular en el diseño de la práctica

Análisis inicial de la situación y el contexto

Antes de que el plan de acción se desarrolle en detalle, se deben identificar los factores contextuales relevantes que podrían afectar la implementación. Se puede utilizar metodología cuantitativa, cualitativa o mixta para realizar el análisis inicial. Se pueden aplicar los mismos principios para el seguimiento y la evaluación de la implementación.

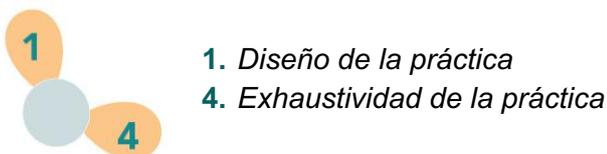
Metodología cuantitativa: la información se pueden recopilar de bases de datos, cuestionarios, formularios y otros. El análisis de datos incluye procedimientos estadísticos (estadística descriptiva, análisis univariante y multivariante, multinivel, etc) y elaboración de escalas. Los resultados proceden de estadísticas inferenciales, modelos multinivel y/o análisis multivariante. En muchos casos, se utilizan datos secundarios para analizar el contexto.

Metodología cualitativa: los datos generalmente se recopilan con cuestionarios abiertos, entrevistas semiestructuradas, observación participante y sesiones interactivas [por ejemplo,

talleres, análisis DAFO (2), metodología "World café" (3)] o mediante la extracción de datos de fuentes escritas. Los datos (principalmente en forma de transcripciones y memorandos de investigadores) generalmente se analizan mediante codificación, análisis de contenido o teoría fundamentada (4).

El análisis DAFO es un método cualitativo que se puede utilizar para describir el contexto desde la perspectiva del grupo de trabajo de implementación. Involucra a todos los participantes del grupo y no requiere un conocimiento experto elaborado para realizar el análisis. Permite una discusión estructurada entre los participantes del grupo que se sintetiza en un diagrama DAFO. Describe las debilidades, y amenazas, fortalezas y oportunidades de la actividad de implementación que se está tratando de desarrollar, cambiar o mejorar.

El análisis DAFO podría realizarse desde el enfoque de todas las QCR de la JA CHRODIS (1), o solo teniendo en cuenta los criterios seleccionados que se consideren más relevantes. No obstante, se aconseja argumentar por qué unos criterios se consideraron relevantes y otros no.



Diseño de plan de acción-estudio piloto

El análisis inicial de la situación y contexto, ayuda a delinear y definir el problema local específico con más detalle. Llegados a este punto, conviene volver a comprobar el alcance de la intervención y realizar ajustes, en función de la información obtenida del análisis.

El siguiente paso es definir el plan de acción-estudio piloto. En él, se definen objetivos específicos, actividades, responsabilidades, cronograma e indicadores de los resultados, como la clave para el desempeño adecuado de la práctica.

Objetivos específicos: la formulación de objetivos específicos debe ser coherente. Los objetivos de la práctica y la estrategia deben ser transparentes para la población diana y todos los estamentos y partes interesadas.

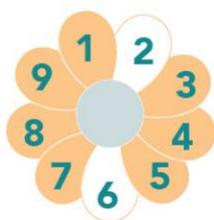
Actividades: por cada objetivo específico se definen una o más actividades concretas.

Responsabilidades: debe quedar claro quién es el responsable de la implementación de una actividad en particular y quién está involucrado. El plan de acción debe generar sensación de identidad y pertenencia entre la población diana y las diferentes partes interesadas, considerando las asociaciones y alianzas multidisciplinares, multisectoriales o intersectoriales, según corresponda.

Calendario: la implementación de cada actividad debe ser realista en términos de duración. Por lo general, la actividad lleva más tiempo del planeado.

Indicadores clave de desempeño: los indicadores se utilizan para medir procesos (actividades implementadas), productos (resultados de las actividades) y resultados (cambios obtenidos por la actividad).

La práctica debe implementarse de manera equitativa (es decir, proporcional a las necesidades) y deben realizarse esfuerzos para asegurar la transparencia de los objetivos y la estrategia para la población objetivo y las partes interesadas involucradas. Se deben considerar las dificultades potenciales de la práctica (como aspectos psicosociales, asequibilidad, accesibilidad, etc.) y el equilibrio entre beneficio y esas situaciones. Se deben respetar y apoyar los derechos de la población diana a ser informada (periódicamente y después de la puesta en práctica de la práctica), a decidir sobre su cuidado, a participar activamente, mantener la confidencialidad.



1. - *Todo, con particular énfasis en el empoderamiento de la población diana.*
6. *Consideraciones éticas.*

Seguimiento y evaluación de la implementación

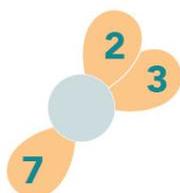
Debe definirse el primer día del proceso de implementación. Se recomienda el uso del diagrama de Gantt (ver 5) u otros métodos visuales para describir la línea de tiempo e identificar fallos potenciales en la planificación.

La metodología PHVA (planificar-hacer-verificar-actuar) (6) se puede adoptar para delinear uno o más ciclos de implementación. Este método admite cambios adicionales del plan primario, según la información recopilada y analizada. En el ciclo PHVA se incluye la evaluación intermedia de la intervención.

La evaluación intermedia de la intervención se puede realizar utilizando las QCR de la JA CHRODIS (1), en la JA CHRODIS+ se utilizó para la autoevaluación. Los socios evaluaron la implementación de la práctica después de varios meses, describiendo en detalle si y cómo se cumplen las categorías de los criterios en ese momento, una justificación / explicación de la respuesta y describiendo las ideas / planes / acciones concretas para los cambios en el plan de acción primario. La evaluación intermedia también incluye la valoración de los indicadores clave de desempeño y da como resultado la adaptación del plan si es necesario. Se puede implementar más de un ciclo PHVA.

La evaluación final al término de la intervención debe tener la misma estructura.

Los resultados de la evaluación deben estar vinculados en todos los puntos a la acción para fomentar el aprendizaje continuo y / o la mejora y / o remodelar aún más la práctica. Deben compartirse entre las partes interesadas relevantes, mostrando el vínculo con las metas y objetivos definidos. La evaluación debe abordar los aspectos sociales y económicos tanto de la población objetivo como de las perspectivas formales e informales del cuidador, si corresponde.



2. *Empoderamiento de la población diana*
3. *Evaluación*
7. *Gobernanza*

Informe de los resultados

Cuando se concluye la intervención, es muy útil para el grupo de trabajo de implementación reflexionar sobre el trabajo realizado y redactar un informe sobre todo el proceso de implementación. La presentación de informes también transmite información y mensajes básicos a las comunidades científicas, profesionales y no profesionales, así como a los responsables de la toma de decisiones, y es un elemento de construcción esencial para la sostenibilidad y el desarrollo de las prácticas

El informe del proceso de implementación debe estar estructurado y alineado con las pautas que se utilizan en las publicaciones científicas y profesionales. Los socios de JA CHRODOS+ estaban utilizando las Directrices SQUIRE 2.0 (7). Los siguientes elementos deben incluirse en el informe:

- Título
- Resumen
- Resumen breve
- Introducción (¿Por qué empezaste?) o Descripción del problema

Conocimientos disponibles o Justificación

Objetivos específicos

- Métodos (¿Qué hiciste?) o Contexto

Intervención (es)

Estudio de la (s) Intervención (es)

Medidas

Plan de acción piloto

Análisis

Consideraciones éticas

- Resultados (¿Qué encontró?)
- Discusión (¿Qué significa esto?) o Proceso de implementación

Resumen

Interpretación y limitaciones

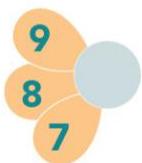
- Conclusiones

Planificación para la sostenibilidad de la práctica y para aumentar el potencial de ampliación

Los aspectos de sostenibilidad y desarrollo de la práctica deben considerarse en todas las etapas de la implementación: en el análisis de situación y en el contexto de la situación basal, en la fase de planificación de las actividades y durante las evaluaciones intermedias y finales, con especial énfasis en la presentación de informes. Las experiencias de nuestros socios con las acciones y estudios piloto muestran que a veces se necesitan ajustes importantes en la planificación de las actividades primarias para aumentar el potencial de sostenibilidad.

Para lograr la sostenibilidad, debe existir un amplio apoyo a la práctica implementada entre quienes la han implementado, o entre quienes se proponen para implementarla. La continuación de la práctica puede garantizarse mediante el desarrollo institucional y / o la idea de identidad y pertenencia de las partes interesadas o las comunidades participantes, facilitado por el grupo de trabajo de implementación y / o el grupo de liderazgo principal. Se debe definir la estrategia de sostenibilidad, que considere factores contextuales (por ejemplo, políticas sociales y de salud, innovación, tendencias culturales y economía general, tendencias epidemiológicas). Se debe evaluar el impacto potencial en la población objetivo (si se amplía).

Establecer y / o fomentar conexiones con los responsables de la toma de decisiones y la comunidad local es otro mecanismo importante para construir la sostenibilidad y el potencial de desarrollo futuro. Siempre que sea posible, esas partes interesadas deben participar en el proceso de implementación y los resultados (información significativa) deben compartirse con ellos. Se puede buscar su reflexión sobre los resultados, por ejemplo, organizando un "diálogo sobre políticas", un debate estructurado con los responsables de la toma de decisiones, los expertos y los representantes de la población diana de la intervención. Es necesario identificar expectativas comunes, buscar el apoyo de las partes interesadas y esbozar juntos los posibles pasos siguientes. Los representantes de los pacientes / representantes de la población diana deben participar de manera continua y significativa. Los implicados en el desarrollo futuro de la práctica, se deben definir y apoyar por todas las partes y estamentos interesados, según lo experimentado por nuestros socios durante las acciones-estudios piloto.



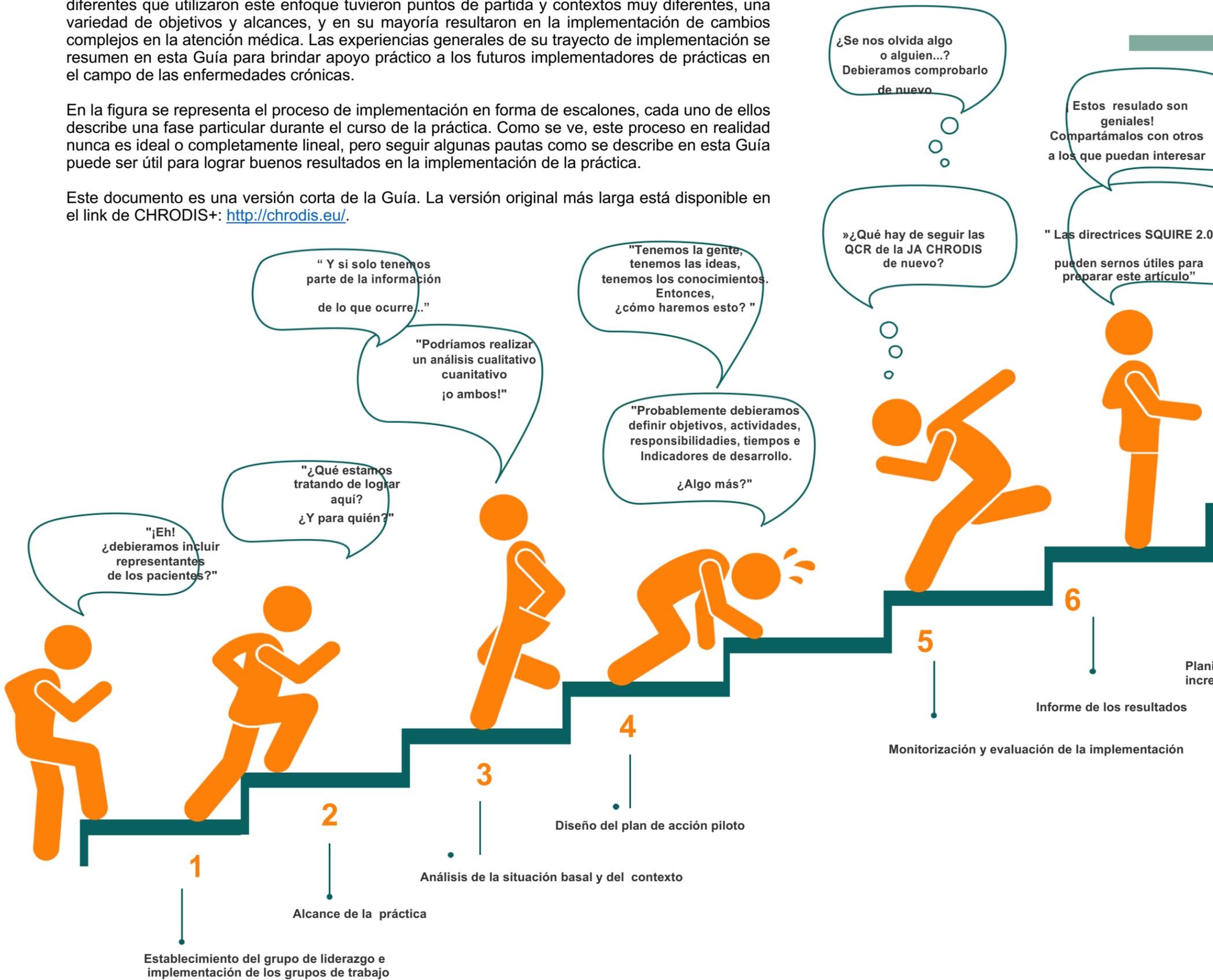
- 7. Gobernanza
- 8. Interacción regular consistemas relevantes
- 9. Sostenibilidad y desarrollo

CONCLUSIÓN

Como se ha observado en JA CHRODIS+, las acciones y estudios piloto en ocho países diferentes que utilizaron este enfoque tuvieron puntos de partida y contextos muy diferentes, una variedad de objetivos y alcances, y en su mayoría resultaron en la implementación de cambios complejos en la atención médica. Las experiencias generales de su trayecto de implementación se resumen en esta Guía para brindar apoyo práctico a los futuros implementadores de prácticas en el campo de las enfermedades crónicas.

En la figura se representa el proceso de implementación en forma de escalones, cada uno de ellos describe una fase particular durante el curso de la práctica. Como se ve, este proceso en realidad nunca es ideal o completamente lineal, pero seguir algunas pautas como se describe en esta Guía puede ser útil para lograr buenos resultados en la implementación de la práctica.

Este documento es una versión corta de la Guía. La versión original más larga está disponible en el link de CHRODIS+: <http://chrodis.eu/>.



REFERENCIAS

- (1.) Zaletel J. and Maggini M. Fostering the Quality of Care for People with Chronic Diseases, from Theory to Practice: The Development of Good Practices in Disease Prevention and Care in JA CHRODIS PLUS Using JA CHRODIS Recommendations and Quality Criteria. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020; 17; 951: doi: 10.3390/ijerph17030951
- (2.) van Wijngaarden J., Scholten G. and van Wijk K. Strategic analysis for health care organizations: the suitability of the SWOT-analysis. *Int J Health Plann Manage.* 2010; 27(1): 34–49 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.1032/full>; accessed 5 March 2020).
- (3.) Brown J. und Isaacs D. The World Café. *Shaping Our Futures Through Conversations That Matter.* McGraw-Hill Professional, 1995.
- (4.) Flick U., Ed. The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis. SAGE Publications: Los Angeles, London, New Delhi, Singapore and Washington DC, 2014.
- (5.) Kumar, P. Pradeep. Effective use of Gantt chart for managing large scale projects. *Cost Engineering.* 2005; 47 (7): 14–21. ISSN 0274-9696.
- (6.) ATC Academy. *Plan, Do, Study, Act (PDSA) cycles and the model for improvement.* Online library of Quality, Service Improvement and Redesign tools (<https://improvement.nhs.uk/documents/2142/plan-do-study-act.pdf>; accessed 10 February 2020).
- (7.) Ogrinc G. et al. SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): Revised Publication Guidelines from a Detailed Consensus Process. *Perm J.* 2015 Fall; 19(4): 65–70 (doi: 10.7812/TPP/15-141; accessed 8 February 2020).
- (8.) <https://www.scirocco-project.eu/maturitymodel/>; accessed 20 March 2020.

QCR JA CHRODIS

Criterio 1: Diseño de la práctica:

- Se especificaron claramente las metas, objetivos y métodos de la práctica. El diseño se basa en datos relevantes, teoría, contexto, evidencia, práctica previa, incluidos los estudios piloto. La estructura, organización y contenido de la práctica se definieron y establecieron junto con la población diana.
- Había una descripción clara de la población diana (es decir, criterios de exclusión e inclusión y el número estimado de participantes)
- La práctica incluye una estimación adecuada de los recursos humanos, materiales y requerimientos presupuestarios en clara relación con las tareas comprometidas.
- Había una descripción clara de la población diana, los cuidadores y el rol específico de los profesionales.
- En el diseño, las dimensiones relevantes de la equidad se toman en consideración y se focalizan (es decir, género, nivel socioeconómico, etnia, área rural-urbana, grupos vulnerables)

Criterio 2: Empoderamiento de la población objetivo

- La práctica promueve activamente el empoderamiento de la población diana mediante el uso de mecanismos adecuados (por ejemplo, apoyo a la autogestión, toma de decisiones compartida, educación-información o aclaración de valores, participación activa en el proceso de planificación y en la formación profesional).
- La práctica consideró las necesidades de todas las partes interesadas en términos de mejorar / adquirir las habilidades, el conocimiento y el comportamiento adecuados para promover el empoderamiento de la población diana (población objetivo, cuidadores, profesionales de la salud y la atención, responsables políticos, etc.)

Criterio 3: Evaluación

- Los resultados de la evaluación se vincularon con acciones para fomentar el aprendizaje continuo y / o la mejora y / o remodelar la práctica.
- Los resultados de la evaluación y el seguimiento se compartieron entre las partes interesadas pertinentes.
- Los resultados de la evaluación se vincularon a las metas y objetivos establecidos
- La evaluación tuvo en cuenta los aspectos sociales y económicos tanto de la población diana como de las perspectivas formales e informales de los cuidadores

Criterio 4: Exhaustividad de la práctica

- La práctica ha considerado evidencias relevantes sobre efectividad, costo-efectividad, calidad, seguridad, etc.
- La práctica ha considerado los principales indicadores contextuales
- La práctica ha considerado los riesgos subyacentes de la población diana (es decir, herramientas validadas para la evaluación de riesgos individuales)

Criterio 5: Educación y formación

- Se incluyen elementos educativos en la práctica para promover el empoderamiento de la población diana (por ejemplo, fortalecer su alfabetización en salud, autogestión, manejo del estrés ... etc.)

- Los profesionales y expertos pertinentes están capacitados para apoyar el empoderamiento de la población diana.
- Los formadores / educadores están cualificados en términos de conocimientos, técnicas y enfoques.

Criterio 6: Consideraciones éticas

- La práctica se implementa de manera equitativa (es decir, proporcional a las necesidades)
- Los objetivos de la práctica y la estrategia son transparentes para la población diana y las partes interesadas involucradas.
- Se abordan las cargas potenciales de la práctica (es decir, psicosocial, asequibilidad, accesibilidad, etc.) y existe un equilibrio entre el beneficio y la carga.
- Se respetaron y mejoraron los derechos de la población diana a ser informados, a decidir sobre su cuidado, participación y cuestiones de confidencialidad.

Criterio 7: Gobernanza

- La práctica incluyó elementos organizacionales, identificando las acciones necesarias para remover barreras legales, gerenciales y financieras o de habilidades.
- La contribución de la población diana, los cuidadores y los profesionales se planificó, apoyó y dotó de recursos de manera adecuada.
- La práctica ofrece un modelo de liderazgo eficiente
- La práctica crea sensación de identidad y pertenencia entre la población diana y varias partes interesadas considerando asociaciones y alianzas multidisciplinarias, multisectoriales / intersectoriales, si corresponde.
- Había una estrategia definida para alinear los incentivos y la motivación del personal con los objetivos de la práctica.
- La mejor evidencia y documentación que respalda la práctica (pautas, protocolos, etc.) estuvo fácilmente disponible para las partes interesadas relevantes (por ejemplo, profesionales y poblaciones objetivo).
- El enfoque multidisciplinario de las prácticas cuenta con el apoyo de las partes interesadas adecuadas (por ejemplo, asociaciones de profesionales, instituciones, etc.)
- La práctica está respaldada por diferentes tecnologías de la información y la comunicación (por ejemplo, sistema de historia clínica, software dedicado que respalda la implementación de exámenes de detección, redes sociales, etc.)
- Se definió una política para asegurar la aceptabilidad de las tecnologías de la información entre los usuarios (profesionales y población diana), es decir, permitir su participación en el proceso de cambio

Criterio 8: Interacción con sistemas regulares y relevantes

- La práctica se integró o interactuó completamente con los sistemas regulares de salud, atención y / o otros sistemas relevantes.
- La práctica permite vínculos efectivos entre todos los tomadores de decisiones y partes interesadas relevantes.
- La práctica mejora y apoya la capacidad de la población objetivo para interactuar de manera efectiva con los sistemas regulares y relevantes.

Criterio 9: Sostenibilidad y desarrollo

- Se ha asegurado la continuación de la práctica mediante el anclaje institucional y / o la idea de identidad o pertenencia de las partes interesadas o comunidades pertinentes.
 - La estrategia de sostenibilidad consideró una variedad de factores contextuales (por ejemplo, políticas sociales y de salud, innovación, tendencias culturales y economía general, tendencias epidemiológicas).
 - Existe un amplio apoyo para la práctica entre quienes la implementaron
- Se evalúa el impacto potencial en la población diana (si se amplía).

Autores y agradecimientos

Grupo principal de redacción del documento: Denis Oprešnik (NIJZ), David Somekh (EHFF), Lyudmil Ninov (EPF), Jelka Zaletel (NIJZ)

Lideres del WP7: ISS (Istituto Superiore di Sanità): Marina Maggini, Bruno Caffari, Angela Giusti, Flavia Pricci, Emanuela Salvi, Marika Villa.

Co-líderes del WP7: NIJZ (National institute of public health, Slovenia): Jelka Zaletel, Denis Opresnik, Dejan Bahc.

Socios de los estudios piloto: **ALEMANIA:** UHREG (University Hospital Regensburg): Patrick Neff, Jorge Simões, Winny Schlee; OVGU (Otto-von-Guericke University Magdeburg): Myra Spiliopoulou, Miro Schleicher, Vishnu Unnikrishnan, Yash Shah, Sachin Nandakumar; UULM (Ulm University): Rüdiger Pryss, Johannes Schobel, Michael Winter, Manfred Reichert. **ZXC, BULGARIA:** NCPHA (National Center of Public Health and Analyses): Plamen Dimitrov, Mirela Strandzheva, Doroteya Velikova. **CROACIA:** CIPH (Croatian Institute of Public Health): Verica Kralj, Mario Šekerija, Maja Silobričić Radić, Tamara Poljicanin, Marijan Erceg, Ivana Brkić Biloš, Ivan Pristaš, Marko Brkić, Domina Vusio, Marija Švajda; MoH (Ministry of Health, Croatia): Dunja Skoko Poljak, Sanja Kiš; CHIF (Croatian Health Insurance Fund): Tatjana Bekić; KoHOM (Croatian Family Physicians Coordination): Vjekoslava Amerl Šakić; DNOOM (Croatian Association of Teachers in General Practice/ Family Medicine): Valerija Bralić Lang; HSDU (Croatian Diabetes Patients Associations): Zrinka Mach. **ESLOVENIA:** SBNM (General Hospital Novo mesto): Milivoj Piletič, Ljubinka Počrvina, Marjan Matešič, Sabina Klemenčič, Miloš Potkonjak, Marjetka Matoh, Andreja Žnidaršič, Milanka Markelič, Simona Volf; ZDNM (Community Health Centre Novo mesto): Alenka Simonič, Mila Mršič, Jana Mrvar, Darja Brudar, Sonja Seničar, Nastja Florjančič Lobe, Elizabeta Grill, Katja Šinkovec, Breda Cetina; DDNM (Patient Diabetes Association Novo mesto): Dušan Jukič; NIJZ (National Institute of Public Health Slovenia): Radivoje Pribaković Brinovec, Branko Gabrovec; MZ RS (Ministry of Health Republic of Slovenia): Vesna Kerstin Petrič. **ESPAÑA:** CSC (Consejería de Sanidad de Cantabria) and SCS (Servicio Cántabro de Salud): Carlos Fernández-Viadero, Abraham Delgado Diego, Verónica García Cernuda, Patricia Rodríguez Fernández, Iñaki Lapuente Heppe, Marta López Cano, Concha Sastre García, Jose Antonio García del Río; Asociación Cántabra de Diabéticos y Federación Española de Diabetes (FEDE). **FINLANDIA:** THL (Finnish Institute for Health and Welfare): Idil Hussein, Jaana Lindström, Katja Wikström, Eeva Virtanen. **GRECIA:** CERTH (Centre for Research and Technology - Hellas): Konstantinos Votis, Vassilis Koutkias, Dimitrios Tzouvaras, Eleftheria Polychronidou; AUTH (Aristotle University of Thessaloniki, AHEPA University Hospital): Christos Savopoulos, Ilias Kanellos, Georgia Kaiafa, Paraskevi Leonida, Panagiotis Skantzis, Elena Matopoulou, Spyros Fotiadis, Dimitris Konstantinidis, Addo Tesfaye, Triantafyllos Diddagelos, Mariam Jaber, Elena Fotiadou, Dimitris Konstantinidis, Parthena Giannoulaki, Maria Kourbeti, Nikolaos Tsokos, Konstantina Stavropoulou, Apostolos Hatzitolios; IHU – ATEIT (International Hellenic University - Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki): Dimitrios Theofanidis, Antigoni Fountouki; TDGHS (Thoracic Diseases General Hospital Sotiria): Angellos Vontetsianos, Theodoros Vontetsianos, Dimitra Gennimata; EUC (European University of Cyprus): Ioannis Patrikios, Ilias Kanellos, Konstantinos Lampropoulos, Georgios Papaioannou; NHA (Naval Hospital of Athens): Spyros Papaioannou, Nikolaos Papaioannou; TGHP (Tzaneio General Hospital of Pireus): Stylianos Handanis; KGH (Kozani General Hospital): Stefanos Poullos, Stylianos Lampropoulos, Stamatios Sofoulis, konstantinos Stokos, Eirini melidou.. **SERBIA:** UBEO (Faculty of Medicine University of Belgrade, Clinic for Endocrinology, Diabetes and Metabolic Diseases, Clinical Centre of Serbia: Nebojša Lalić, Katarina Lalic, Aleksandra Jotić, Ljiljana Lukić, Tanja Milicić, Marija Macešić, Jelena Stanarčić Gajović, Milica Stoilkovic; (Faculty of Medicine University of Belgrade, Institute of Social Medicine): Vesna Bjegovic Mikanovic, Jovana Todorovic, (Centre for International Collaboration, Faculty of Medicine) Natasa Ognjanovic, MoH (Ministry of Health Republic of Serbia): Ljubica Pakovic; IPHS (Institute of Public Health of Serbia): Verica Jovanović, Darija Kisić Tepavcević, Ivana Rakočević, Natasa Mickovski Katalina; PHCC (Primary health care centre Palilula) Aleksandar Stojanović; (Primary health care centre Stari Grad): Vesna Janjušević; (Primary health care centre Savski venac): Dubravka Miljuš; (Primary health care centre Zemun): Aleksandra Cvetković; (Primary health care centre Rakovica) Dobrila Vasić; (Primary health care centre Uzice): Danijela Marinković, (Primary health care centre Novi Sad): Veselin Bojat; (Primary health care centre Kragujevac): Vasilije Antić; DAS (Diabetes Association of Serbia): Aleksandar Opačić.

Otros socios: DCHE (Danish Committee for Health Education), Charan Nelander, Lars Münter; EHFF (European Health Futures Forum): David Somekh, Basia Kutryba, Ales Bourek, Rui Louriero; EPF (European Patient Forum): Lyudmil Ninov, Valentina Strammiello; Kronikgune (Institute for Health Services Research Kronikgune): Ane Fullaondo, Jon Txarramendieta, Esteban de Manuel Keenoy.

Soporte Externo: Mirca Barbolini.

El trabajo está en línea con las pautas de JA CHRODIS PLUS para la fase de pre-implementación, implementación y post-implementación, desarrolladas por KRONIKGUNE en colaboración con todos los socios de JA CHRODIS PLUS, y adaptadas para su uso en WP7 por el líder de WP7, colíder de WP7 y otros socios de WP7.