POSICIONAMIENTO SEDISA

EFICIENCIA Y CALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO: UNA APUESTA A FAVOR DE LAS PRÁCTICAS DE VALOR

QUÉ HACER Y NO HACER: PROPUESTAS *RIGHT CARE* PARA LA EFICIENCIA Y CALIDAD SANITARIAS

Enero de 2019

sedisa

sociedad española de directivos de la salud

Con la colaboración de

VIFOR PHARMA

Edita y distribuye:

sedisa
sociedad española de directivos de la salud

© 2019 Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)
C/ José Silva, 3 - 1°A. 28043 Madrid

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen a SEDISA. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducir total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

www.sedisa.net

POSICIONAMIENTO SEDISA

EFICIENCIA Y CALIDAD SANITARIAS EN EL ÁMBITO SANITARIO: UNA APUESTA A FAVOR DE LAS PRÁCTICAS DE VALOR

QUÉ HACER Y NO HACER: PROPUESTAS *RIGHT CARE* PARA LA EFICIENCIA Y CALIDAD SANITARIAS

Enero de 2019

Autores:
Xavier Bayona
Jordi Varela
Pere Vallribera

Contenidos

0 Presentación 1

1 Resumen ejecutivo 3

2 Antecedentes 9

2.1. El valor añadido en la toma de decisiones clínicas 9

2.2. El valor añadido en la toma de decisiones organizativas 11

3 El Workshop 13

3.1. Participantes en el workshop 13

3.2. Metodología de trabajo 14

3.3. Propuestas para avanzar en las prácticas clínicas de valor 15

3.4. Propuestas para avanzar en las organizaciones de valor 15

4 Propuestas *Right Care* para la EFICIENCIA y la CALIDAD SANITARIAS 17

4.1. Propuestas para añadir valor en las decisiones clínicas 17

4.2. Propuestas para añadir valor en las decisiones organizativas 20

ANEXO 1.
Bibliografía previa de referencia del área clínica 27

ANEXO 2.
Bibliografía previa de referencia del área organizativa 39

Presentación

El presente Posicionamiento de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) propone una serie de recomendaciones para reducir la variabilidad clínica y mejorar la efectividad y la eficiencia de las prácticas asistenciales, impulsando la calidad y la eficiencia del sistema de salud. Para ello, tras un análisis y revisión bibliográfica, un grupo de 20 expertos, Directivos de la Salud con diferentes perfiles, participaron en un workshop celebrado en Barcelona en diciembre de 2018 para, mediante la metodología del *Metaplan*, recoger, clasificar, priorizar y consensuar propuestas para potenciar el valor de las decisiones clínicas y propuestas para potenciar el valor de las decisiones organizativas.

Entre otras propuestas recogidas, destacan la creación de Comisiones para la Mejora de la Práctica Clínica, políticas de comunicación de la práctica clínica de valor, la gestión del proceso asistencial a partir de las cadenas de valor y potenciar políticas y acciones que sean favorecedoras de innovación, en el ámbito de las decisiones clínicas, y fomentar gobernanzas orientadas a implementar medidas organizativas de valor, transformar la actual situación de fragmentación asistencial en modelos organizativos que aportan valor y la formación en novedades de gestión organizativa, en el ámbito de las propuestas para potenciar el valor de las decisiones organizativas.

Todas ellas forman parte del trabajo de creación de la cultura organizativa del "qué no hacer" y "qué hacer" para aportar calidad y seguridad asistencial y eficiencia, y facilitando, al mismo tiempo, una mejora en la experiencia del paciente en el sistema sanitario. Esto supone una aportación fundamental y prioritaria del Directivo de la Salud por la que SEDISA apuesta, en el marco de la profesionalización de la gestión sanitaria y del compromiso con la contribución a la mejora del modelo asistencial, así como con los usuarios del sistema.

1 Resumen ejecutivo

Es bien conocido que, de forma genérica y particularmente en el entorno sanitario, los recursos son limitados y escasos. Además, las acciones que se llevan a cabo no están exentas de riesgo; algunas, incluso, pueden dar lugar a más daños que beneficios. Por ello, es imprescindible que las acciones que se realicen estén cada día más basadas en el valor y no en la productividad.

Clínicos, gestores, pacientes y políticas deben alinearse compartiendo un objetivo común, trabajar a favor de una atención sanitaria de alto valor, dejando de hacer aquello que no aporta éste y potenciando acciones coste-efectivas basadas en los resultados.

En el presente documento se realizan recomendaciones que priorizan estrategias desde la visión de la gestión clínica y la organizativa que permitan avanzar en este sentido, en los hospitales y, en general, en el sistema sanitario.

¿Qué se conocía sobre el tema?

El sistema sanitario aporta valor a la sociedad, tanto desde la perspectiva de mejorar la salud de los ciudadanos como de la perspectiva económica de generar riqueza.
Las prácticas clínicas que no aportan valor consumen entre un 25 y un 33% de los recursos.
El movimiento *Right Care* pretende fomentar las prácticas de valor y dejar de hacer aquellas prácticas que no lo aportan.

¿Qué aportan las propuestas del documento?

Recomendaciones que persiguen la alineación de las diferentes estructuras sanitarias con el objetivo de homogeneizar y disminuir la variabilidad clínica y mejorar la efectividad y la eficiencia de las prácticas asistenciales, en las que ganan el paciente, la sociedad y el sistema sanitario.

Propuestas priorizadas para potenciar el valor a las decisiones clínicas:

1. Crear Comisiones de Mejora de la Práctica Clínica que se caractericen por:
   - Estar adaptadas a la realidad del territorio
   - Ser multidisciplinares
   - Contar con implicación y compromiso directivo:
     - Gobernanza, planes estratégicos y de formación y acuerdos (contratos) de gestión alineados
   - Tener liderazgo efectivo
   - Incorporar la voz del paciente

2. Las políticas de comunicación de la práctica clínica de valor deberían estar basadas en:
   - La comunicación interna:
     - En el seno de las organizaciones, entre todos los profesionales
     - En políticas de difusión y formación continuada en estrategias *Right Care* (qué hacer y qué no hacer para añadir valor a la práctica clínica)

- Comunicación externa:
  - Es fundamental evaluar y publicar las experiencias de valor y de no valor
  - No debería olvidarse la difusión de la información sobre las prácticas de valor en el ámbito de la sociedad

3. Se debería pasar de la organización jerárquica de servicios médicos a la gestión por procesos, y de ésta a la de las cadenas de valor, a través de:
   - Medir la variabilidad clínica
   - Realizar *Benchmark* (compartir y, si es posible, realizar comparación entre experiencias), a la vez que publicar cadenas de valor y resultados
   - Sistemas de información que favorezcan la medida de las cadenas de valor y los *outcomes*
   - Fomentar decisiones compartidas y empoderar al paciente, teniendo en cuenta preferencias y creencias

4. Potenciar políticas y acciones que sean favorecedoras de innovación, a partir de:
   - Estrategias institucionales, con recursos y estructuras favorecedoras
   - Formación en innovación
   - Potenciar la autonomía de gestión
   - Potenciar otros roles profesionales que pueden aportar valor a la práctica asistencial

5. Para construir proyectos de valor añadido se deberían tener en cuenta todos los actores de los diferentes entornos del sistema:
   - Entorno hospitalario
   - Entorno sociosanitario
   - Entorno de atención primaria y comunitaria
   - Entorno social; esto es, sociedad, ciudadanos y representantes

Propuestas priorizadas para potenciar el valor a las decisiones organizativas:

1. Fomentar gobernanzas orientadas a implementar medidas organizativas de valor, que deben:
   - Identificar las situaciones de crisis como oportunidades para el cambio
   - Potenciar un clima favorable: organización (estructuras de soporte facilitadoras) y transparencia
   - Medir, identificar, comunicar y publicar
   - Planificar la cartera de servicios en función de la prevalencia y necesidades de la población; "todos no pueden hacer todo"
   - Fomentar y no frustrar la innovación

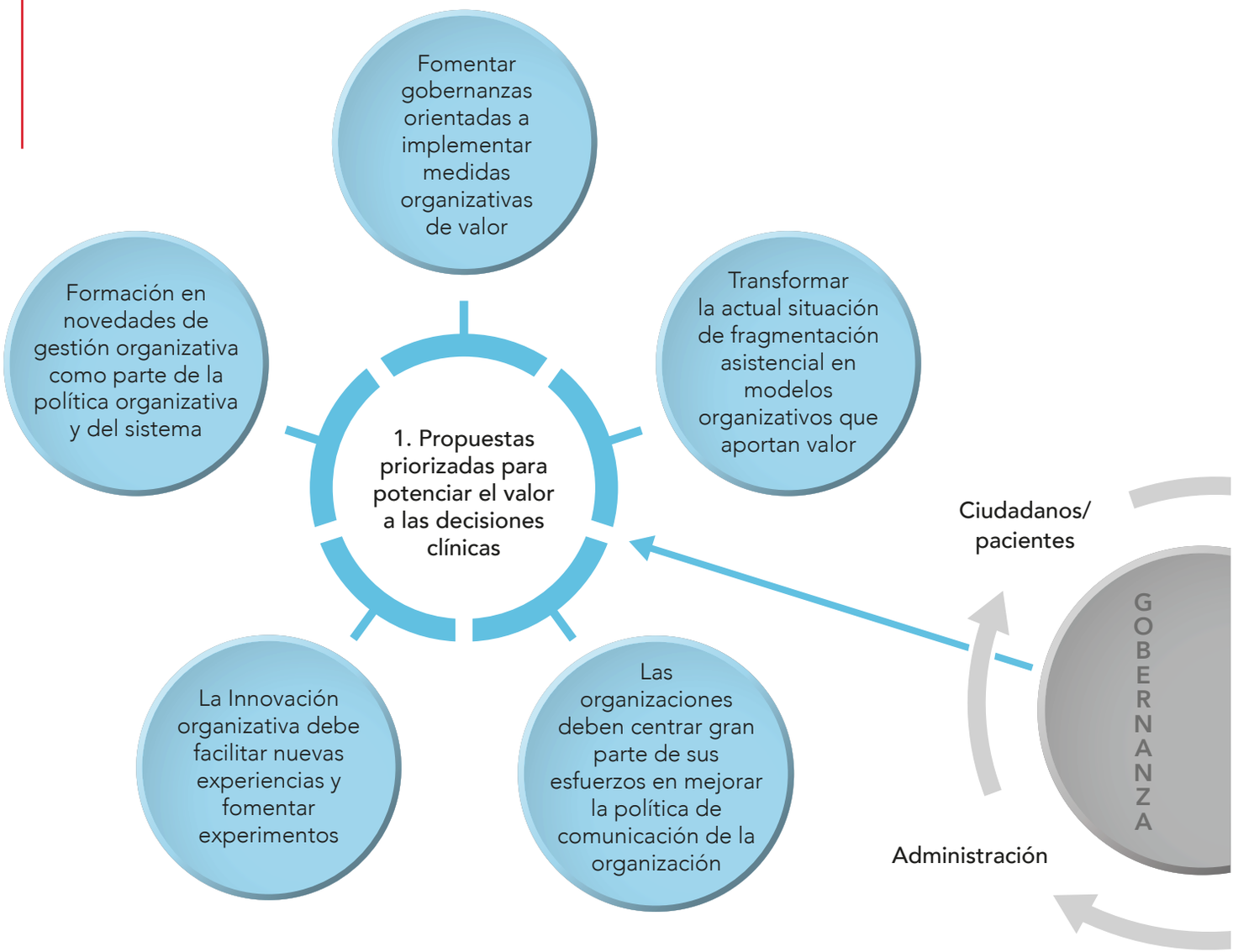
2. Transformar la actual situación de fragmentación asistencial en modelos organizativos que aportan valor, a través de:
   - Horizontalizar modelos
   - Fomentar microsistemas como, por ejemplo, las unidades de gestión clínica
   - Facilitar que el clínico desarrolle su función: fomentar liderazgo clínico
   - Pago por valor: disminuir burocracia y sistemas de bajo valor
   - Valorar la participación de ingenieros para el diseño de procesos

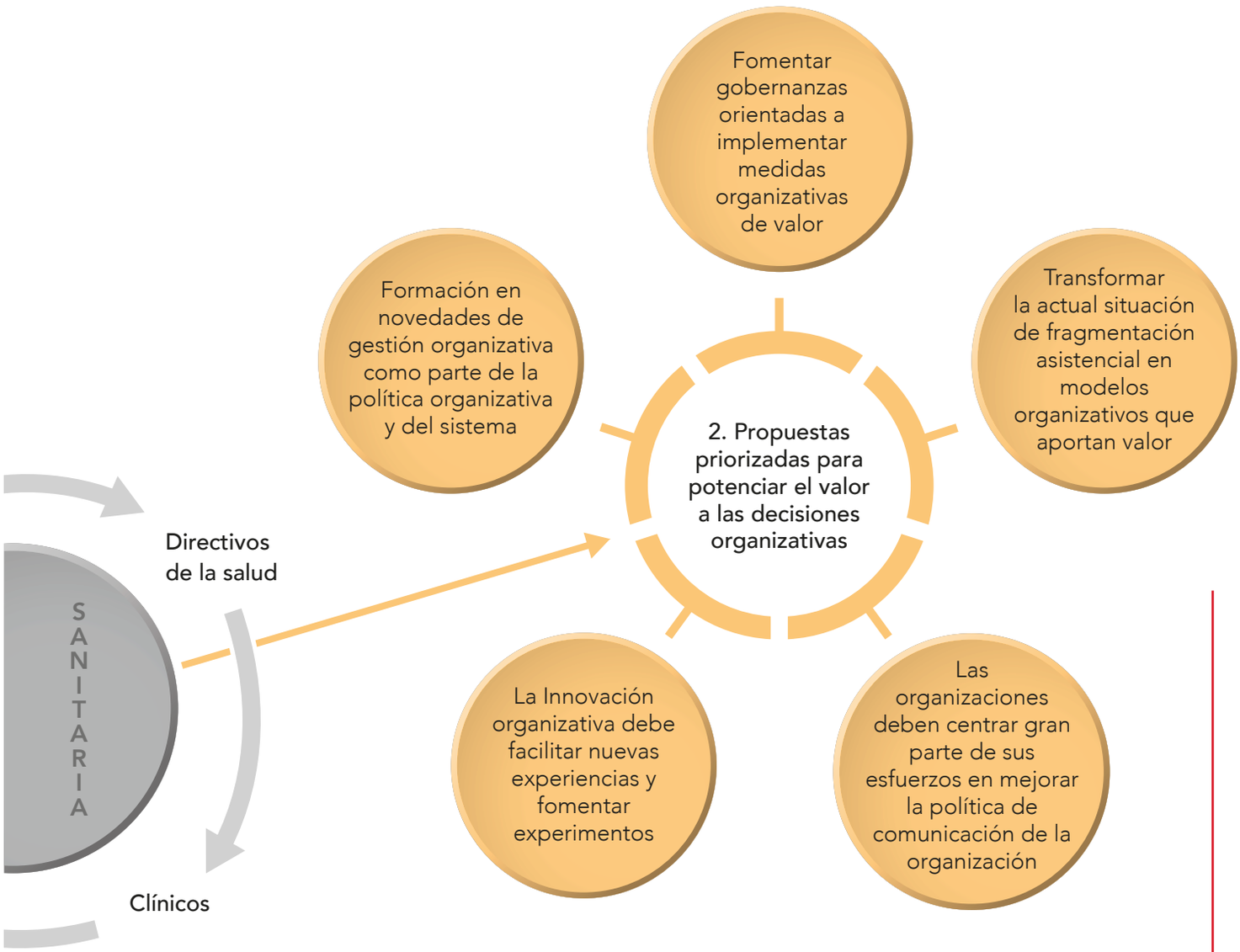
3. Las organizaciones deben centrar gran parte de sus esfuerzos en mejorar la política de comunicación de la organización, teniendo en cuenta los elementos clave como son:
   - Potenciar comunicación interna y externa
   - Información abierta y accesible: transparencia
   - Implicación de la sociedad para empoderar al paciente y familia y fomentar autocuidados

4. La Innovación organizativa debe facilitar nuevas experiencias y fomentar experimentos. De esta manera, debería potenciarse:
   - La participación ciudadana, multidisciplinar y transdisciplinar
   - La evaluación y la difusión a través del *benchmark*, con publicación de modelos evaluados
   - La desmedicalización, mediante la incorporación de otros perfiles profesionales, como enfermeras e ingenieros
   - La difusión de la innovación a la sociedad

5. La formación en novedades de gestión organizativa debería formar parte de la política organizativa y del sistema a través de:
- Las universidades y escuelas de negocios
- Basarse en los resultados en salud y valor añadido
- Política institucional: normalizar la formación para la gestión organizativa

Prácticas de Valor: Qué Hacer y Qué No Hacer




Fomentar gobernanzas orientadas a implementar medidas organizativas de valor
Formación en novedades de gestión organizativa como parte de la política organizativa y del sistema
Transformar la actual situación de fragmentación asistencial en modelos organizativos que aportan valor
2. Propuestas priorizadas para potenciar el valor a las decisiones organizativas
La Innovación organizativa debe facilitar nuevas experiencias y fomentar experimentos
Las organizaciones deben centrar gran parte de sus esfuerzos en mejorar la política de comunicación de la organización
Directivos de la salud
SANITARIA
Clínicos

2 Antecedentes

Desde hace algunos años, son numerosas las sociedades científicas, agencias de calidad y revistas que elaboran recomendaciones para dejar de hacer prácticas clínicas no soportadas por suficiente evidencia o que, sencillamente, no aportan suficiente valor. Sin embargo, en el entorno organizativo de la gestión sanitaria, la gestión basada en la evidencia se encuentra en fases muy iniciales, ya que implica integrar la evidencia científica con la experiencia individual en el contexto de las características de la organización.

En el entorno sanitario, tanto en la gestión clínica como en la organizativa, es imprescindible basar la toma de decisiones en la evidencia para fomentar las prácticas de valor añadido y disminuir el desaprovechamiento de recursos, cada vez más limitados. Para avanzar en este sentido se debe:

1. Aplicar la evidencia existente
2. Evaluar y publicar tanto los resultados positivos como los negativos de nuevas iniciativas y evidencias
3. Implicar a las sociedades científicas y a la administración en la formación y la difusión de la evidencia para su aplicación en el entorno sanitario
4. Incorporar las preferencias del paciente/ciudadano en la toma de decisiones

2.1. El valor añadido en la toma de decisiones clínicas

La campaña *"Too much medicine"* del *British Medical Journal* pone de relieve la amenaza que el sobrediagnóstico representa para la salud de las personas, pero tampoco elude el inherente derroche de recursos que conlleva la práctica clínica inapropiada. En este sentido, en el libro de Shannon Brownlee *"Overtreated"*, Elliot Fisher describe cómo de peligrosa puede ser la actividad sanitaria excesiva:

- Los pacientes atendidos en hospitales caros tienen entre un 2 y un 6% más de probabilidades de morir.
- Cuando se comparan, con datos ajustados, diferentes territorios, la probabilidad de morir es superior en los lugares donde hay más gasto sanitario.
- Menos especialistas y más médicos de familia es equivalente a mejores resultados de salud.
- Las regiones más consumidoras de servicios sanitarios no están ofreciendo mejor atención, ni siquiera responden mejor a las necesidades, sencillamente gastan más.

El movimiento *"Right Care"*, definido como la atención sanitaria que aporta más beneficios que efectos no deseados, que tiene en cuenta las circunstancias de cada paciente, sus valores y su manera de ver las cosas, y que, además, se sustenta en la mejor evidencia disponible y en los estudios de coste-efectividad, en su declaración de principios subraya que:[1]

- La medicina moderna ofrece beneficios importantes, pero al mismo tiempo también tiene una gran capacidad de provocar daños.
- El uso exagerado de los servicios es muy extendido y tácitamente aceptado por el sistema sanitario moderno

- El uso exagerado expone a los pacientes a yatrogenias.
- El uso exagerado distrae recursos que podrían ser empleados en necesidades sanitarias reales o en inversiones en otros sectores no sanitarios que influyen en la salud de las personas como servicios sociales, educación, nutrición, etcétera.
- La industria del sector sanitario puede distorsionar las decisiones clínicas, hasta el extremo de traicionar la confianza de los pacientes.

Las prácticas clínicas inapropiadas consumen entre el 25% y el 33% de los presupuestos sanitarios de todos los países del mundo[2]. Este desperdicio de recursos tiene importantes repercusiones:

- afectan a toda la gama de servicios sanitarios y a todas las especialidades, aunque de manera muy desigual,
- hay procesos clínicos específicos en los que la exageración es muy desproporcionada,
- no son exclusivos de los países ricos, también se observan en los países en desarrollo y en los países pobres, éstos con unos rasgos más dramáticos aún, y
- no se relacionan con el mayor consumo de recursos, ya que en áreas con menos frecuentaciones también se desperdicia.

El hecho de cuantificar beneficios y efectos indeseables es a menudo muy dificultoso porque las evidencias acostumbran a ser incompletas y las yatrogenias poco documentadas. Además, el umbral entre apropiado e inapropiado suele ser un gradiente y puede variar entre personas, entre culturas y entre países.

En la Figura 1 se representan los grises de los efectos beneficiosos y adversos de las prácticas clínicas. Si en el extremo de la derecha representamos las actuaciones totalmente apropiadas (insulina para la diabetes tipo 1) y en el extremo de la izquierda claramente inapropiadas (antibióticos para las virasis), en medio aparece un entramado de zonas grises que incluye: servicios que aportan poco valor (glucosamina para la artrosis), situaciones en las queel balance entre los efectos buenos y malos varían para cada persona (antidepresivos para adolescentes) y rutinas que no nacen de ninguna evidencia probada (controles analíticos para hipertensos).

En el otro lado se encuentran las circunstancias en las que la acción clínica apropiada no llega a su destinatario, por diferentes motivos:

- falta de acceso
- falta de recursos
- falta de oferta de evidencia contrastada
- falta de adherencia

El movimiento *Right Care* entre los que encontramos *Choosing Wisely®*[3], propone avanzar en las prácticas de valor mediante las siguientes recomendaciones:

1. Si lo que se quiere es cambiar la medicina de consumo por prácticas clínicas de valor, hay que identificar recomendaciones que tengan sentido en clave local, contando que en la cultura de cada institución hay conciencia de que las cosas no se hacen lo bastante bien y que, ade-

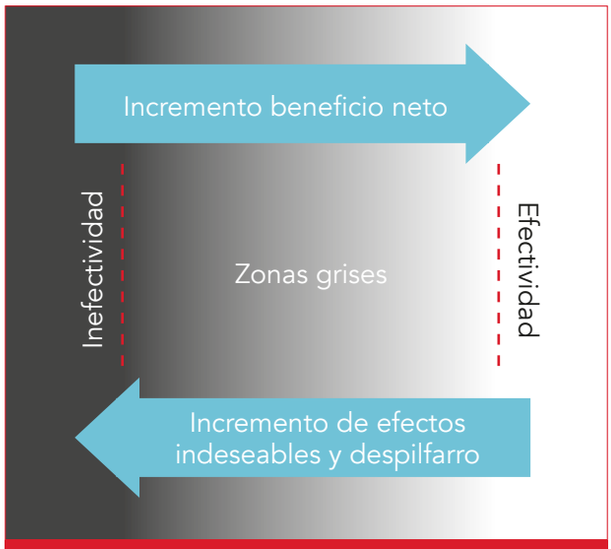


FIGURA 1. Las zonas grises de la práctica clínica

más, hay líderes clínicos dispuestos a ponerse al frente de una acción de cambio. Las comisiones de mejora de la práctica clínica, también conocidas como MAPAC (cuyo nombre es un acrónimo que resume su objetivo: Mejorar la Adecuación de la Práctica Asistencial y Clínica)[4] son una iniciativa coordinada por el Servicio de Epidemiología Clínica y Salud Pública del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y generan corrientes internas de carácter positivo y, con su trabajo voluntario, consiguen que las 4.004 recomendaciones "no hacer" dejen de ser palabras en una nube para convertirse en acciones.

2. Una vez elegidas las recomendaciones por parte de esta comisión interna, se deben proponer intervenciones ajustadas y efectivas, que a menudo son programas formativos, grupos focales con pacientes, cambios de circuitos, pequeñas inversiones, creación de grupos de seguimiento, etcétera. En algunos centros, por ejemplo, la comisión de transfusiones ha generado un grupo de trabajo que tiene por finalidad reducir las transfusiones innecesarias (grupos PBM)[5] o, en otros, el comité de infecciones ha lanzado planes para optimizar la prescripción de antibióticos y así reducir resistencias (grupos PROA)[6].
3. Las iniciativas se deben evaluar y publicar, algo poco común en nuestro entorno. En el "Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España"[7] han participado 38 sociedades científicas españolas y, pese a que la iniciativa ya hace 5 años que está en marcha, no se ha publicado aún ninguna evaluación de su impacto. "*Essencial*", de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña, en cambio, ha mostrado desde el principio interés por la ejecución y la evaluación y, de manera aún modesta, ha publicado 4 indicadores específicos (antiulcerosos, bifosfonatos, PSA preventivo e hipolipemiantes en riesgo cardiovascular bajo) en el_informe 2016 de atención primaria[8], pero ninguno en el documento de hospitales.
4. Las preferencias del paciente hacen referencia a las perspectivas, creencias, expectativas y metas de éste para la salud y la vida, y a los procesos que utilizan las personas al considerar los posibles beneficios, daños, costos e inconvenientes de las posibles opciones. La incorporación de las preferencias del paciente/ciudadano[9] ha sido poco evaluada como un elemento que facilita las prácticas de valor, pero los datos disponibles apuntan a ello.

2.2. El valor añadido en la toma de decisiones organizativas

Respecto al entorno de la toma decisiones en gestión sanitaria, en el artículo "Actitudes gerenciales y barreras percibidas con respecto a la práctica basada en la evidencia: una encuesta internacional"[10], se describe en qué basan sus decisiones los directivos: el 91% en la experiencia personal, 64% en la intuición, 62% en el conocimiento adquirido mediante formación, 59% por consejos de otros colegas y solo un 34% en la literatura sobre gestión. De hecho, cuando se pregunta por la frecuencia, sólo un 27% afirma leer siempre o con frecuencia artículos científicos cuando tiene que tomar una decisión.

La actitud de los directivos frente a esta práctica es muy positiva o, al menos, eso indican las respuestas. Incluso se reconoce que la evidencia puede ayudar a mejorar los resultados del trabajo y que es conveniente que la educación formal (masters, por ejemplo) incluya alguna asignatura sobre evidencia. Sin embargo, pese a esta actitud tan positiva, las barreras que señalan los directivos son muy conocidas: falta de tiempo y dificultad para entender la evidencia. Además, algún directivo entrevistado señala que no es fácil acceder a la evidencia para temas concretos, lo que puede resolverse con formación en búsquedas bibliográficas y también en el manejo habitual de bases de datos científicas y de evidencia.

Atendiendo a las respuestas de la encuesta, diferentes aspectos que podrían favorecer la evidencia en gestión son:

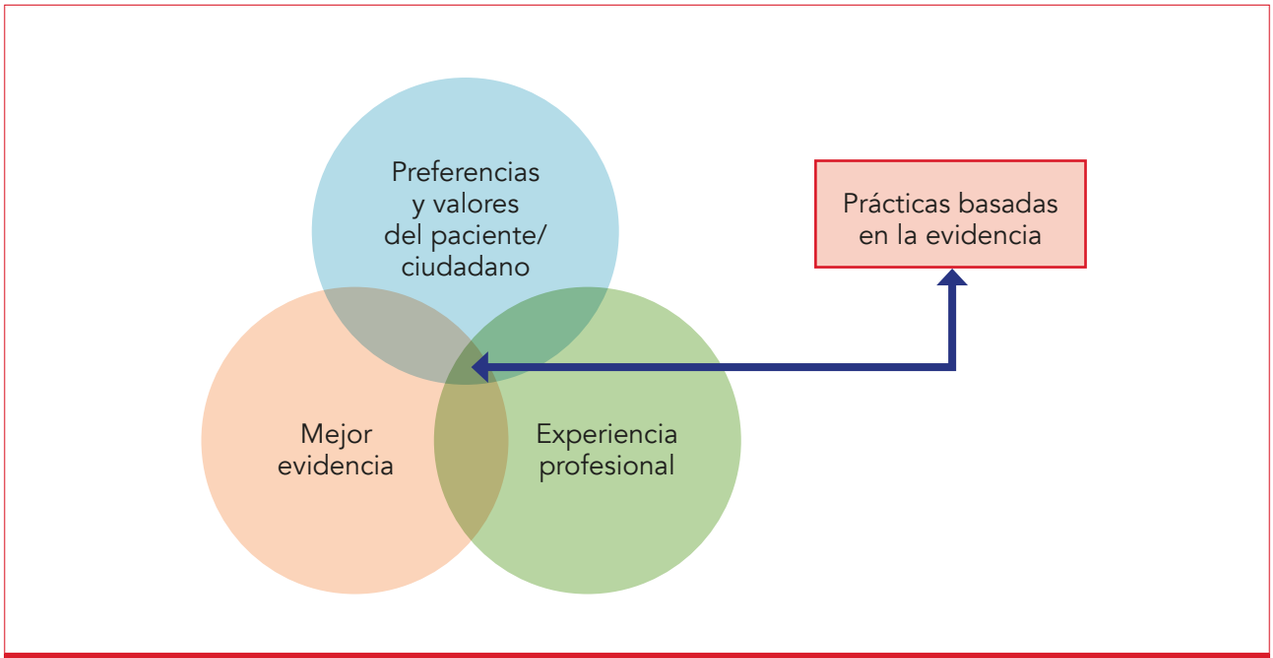


FIGURA 1. Componentes de las prácticas basadas en la evidencia

1. Investigación en el campo de la gestión sanitaria que permita obtener diferentes niveles de evidencia.
2. Difusión de resultados de investigación en revistas, jornadas, congresos y en diferentes recursos de internet, como web o blogs.
3. Formación de directivos y gestores en el uso de la evidencia para la toma de decisiones y en el manejo de bases de datos de evidencia científica.
4. Compromiso por parte de sociedades científicas con la organización de jornadas sobre gestión sanitaria y la incorporación de actividades centradas en la aplicación de evidencia científica a las decisiones directivas.

En este sentido, en la Figura 2 puede verse la interrelación entre los diferentes componentes del trabajo clínico u organizacional basados en la evidencia.

3 El Workshop

Teniendo en cuenta la organización funcional de los hospitales y la revisión bibliográfica previa, de la que se adjuntan las publicaciones más relevantes en los anexos 1 y 2, las áreas de trabajo propuestas para el desarrollo de prácticas de valor clínico y organizativo en el medio hospitalario son las siguientes:

- La toma de decisiones de valor añadido en el entorno clínico:
  - Servicios médicos (Medicina Interna, Cardiología, etcétera)
  - Servicios quirúrgicos (Cirugía vascular, Traumatología, etcétera)
  - Servicios transversales (Epidemiología, Laboratorios, etcétera)
- La toma de decisiones de valor añadido en el entorno organizativo-estratégico (Dirección-Gerencia)

3.1. Participantes del workshop

A continuación, se detallan los profesionales que participaron en la jornada de trabajo, funciones y organización

- **Xènia Acebes.** Dirección médica. Consorci Sanitari de l'Alt Penedés i el Garraf
- **Cari Almazán.** Proyecto ESSENCIAL. AQuAS. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya
- **Roser Angles.** Dirección médica. Corporació de Salut del Maresme i la Selva
- **Xavier Bayona.** Sección de gestión clínica. Societat Catalana de Gestiò Sanitaria
- **Jaume Benavent**. Gerente CAPSBE
- **Jaume Boadas.** Dirección médica. Consorci Sanitari de Terrassa
- **Alba Brugués.** Presidenta de la AIFiCC (Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya)
- **Oriol Estrada.** Dirección de procesos transversales. Hospital Germans Trias i Pujol. Institut Català de la Salut
- **Andrés Fontalba**. Subdirección Médica. Área Sanitaria Norte Málaga. Servicio Andaluz de Salud
- **Albert Garcia.** Director de Proyectos. Vifor Pharma
- **Marta Guzmán.** Dirección médica. Hospital General de Catalunya. IDC-Quirón
- **Gemma Martínez**. Dirección de Enfermería. Hospital Clínic de Barcelona
- **Joan Miquel.** Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Igualada
- **Miquel Pera.** Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar
- **Dimelza Osorio.** Subdirección médica. Hospital Vall d'Hebron. Institut Català de la Salut
- **César Pascual.** Coordinador de proyectos de la Fundación SEDISA
- **Núria Serra.** Dirección del Sector Vallés Occidental Oeste. Servei Català de la Salut, CatSalut.
- **Antoni Sisó.** Presidente de la CAMFiC (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària)
- **Jordi Varela**. Sección de gestión clínica. Societat Catalana de Gestiò Sanitaria
- **José Luís Vega.** Dirección médica. Hospital Quirón Barcelona. IDC-Quirón

3.2. Metodología de trabajo

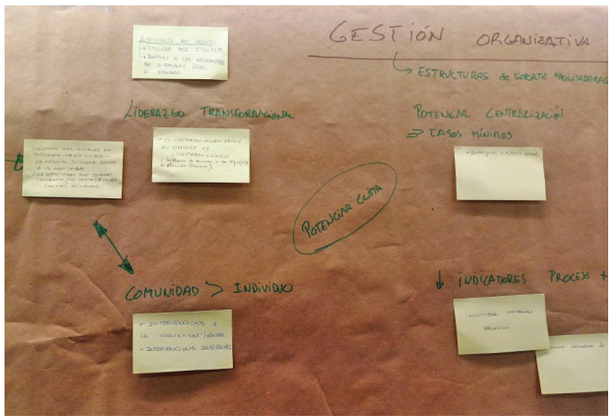
Para la elaboración de las recomendaciones SEDISA, tras una primera fase de búsqueda de bibliografía (anexos 1 y 2), se realizó un grupo de trabajo (*workshop*) de expertos, en Barcelona, el 12 de diciembre de 2018. En el *workshop*, a través de la técnica de *Metaplan*, se obtuvo en primer lugar una lluvia de ideas.

Para la técnica de *Metaplan*, todas las personas apuntan sus ideas u opiniones sobre un tema (cada idea en una tarjeta). En el proceso de la lluvia de ideas, es importante que las ideas no sean juzgadas. Entonces, todas las tarjetas son reunidas y fijadas en un tablón de notas. Solo en este momento, las ideas serán procesadas. Las tarjetas se organizan en categorías y son evaluadas. La agrupación de ideas puede llevar a nuevos conocimientos o exponer nuevas conexiones que no se han tomado en cuenta en el inicio.

La lluvia de ideas se realizó en base a dos preguntas:

1. ¿Cómo potenciarías las prácticas clínicas de valor **en las organizaciones sanitarias?**

2. ¿Cómo potenciarías los modelos organizativos de valor **en las organizaciones sanitarias?**



Posteriormente, se consensuaron conclusiones y se abrió debate para completar las ideas y conceptos previos.

El guión seguido en el *workshop* fue el siguiente:

i. Bienvenida
ii. Presentación del borrador inicial de trabajo. Xavier Bayona (15 minutos)
iii. Introducción: "El estado de la cuestión". Jordi Varela (45 minutos)
iv. *Brainstorming* con metodología Metaplan (2 horas)
v. Conclusiones de la sesión de trabajo y debate (1 hora)

3.3. Propuestas para avanzar en las prácticas clínicas de valor

Las grandes áreas de trabajo propuestas en el workshop para el avance en las prácticas de valor, que se desarrollarán posteriormente en el siguiente apartado, "Propuestas *Right Care* para la EFICIENCIA y la CALIDAD SANITARIAS", son:

a. Creación de comisiones de mejora de la práctica clínica
b. Mejorar las políticas de comunicación interna y externa
c. Pasar de la gestión por procesos a las cadenas de valor y *outcomes*
d. Fomentar la Innovación
e. Pensar en todos los actores

3.4. Propuestas para avanzar en las organizaciones de valor

Las grandes áreas de trabajo que se proponen para el avance en las organizaciones de valor, que se desarrollarán posteriormente en el siguiente apartado, "Propuestas *Right Care* para la EFICIENCIA y la CALIDAD SANITARIAS", son:

a. Potenciar desde la Gobernanza la cultura organizativa basada en el valor
b. Potenciar modelos organizativos que han demostrado aportar valor
c. Mejorar la política de comunicación de la organización
d. Fomentar la Innovación: facilitar nuevas experiencias y experimentos
e. Fomentar la formación en novedades en gestión organizativa

4 Propuestas *Right Care* para la EFICIENCIA y la CALIDAD SANITARIAS

Tanto en gestión clínica como en la organizativa es imprescindible basar la toma de decisiones en la evidencia para fomentar las prácticas de valor añadido y disminuir el desaprovechamiento de recursos, cada vez más limitados.

A continuación, se desarrollan las propuestas resultantes del *workshop* de expertos realizado en Barcelona el 12 de diciembre de 2018.

4.1. Propuestas para avanzar en las prácticas clínicas de valor

a. Creación de Comisiones de Mejora de la Práctica Clínica

Las Comisiones de Mejora de la Práctica Clínica (CMPC) son grupos de trabajo que tienen como funciones la identificación de las prácticas clínicas que no aportan valor, así como promover las recomendaciones para evitar su realización. Las CMPC también son conocidas como Iniciativas MAPAC (Mejorar la Adecuación de la Práctica Asistencial y Clínica)[11]. Para su máxima funcionalidad, éstas deben ser congruentes con las características locales y contar con la participación de actores de todos los estamentos profesionales implicados en el proceso asistencial. En este sentido, las comisiones deben ser multidisciplinares. Si lo que se quiere es cambiar la medicina de consumo por prácticas clínicas de valor, hay que identificar recomendaciones que tengan sentido en clave local, contando que en la cultura de cada institución existe conciencia de que las cosas no se hacen lo bastante bien y que, además, hay líderes clínicos dispuestos a ponerse al frente de una acción de cambio.

Si no existe compromiso e implicación directiva, mediante políticas alineadas para el buen funcionamiento de las comisiones de mejora, implementación de las conclusiones mediante política estratégica, formación y otras herramientas, como los contratos de gestión, las comisiones de mejora de la práctica clínica están condenadas a su extinción y al fracaso.

Diferentes estrategias de evidencia contrastada tienen cabida en el desarrollo de las recomendaciones de valor añadido por las CMPC, más allá de las recomendaciones "no hacer", como son Programas de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA)[12] que están extendiéndose con mucho éxito en nuestro país, grupos de trabajo que tienen por finalidad reducir las transfusiones innecesarias (grupos PBM, Programas de ahorro de sangre o *Patient Blood Management*)[13] [14], o bien la aplicación del *fast-track* de la cirugía colorrectal[15]

En la desarrollo de las CMPC, se ha abierto el debate sobre la inclusión de la voz del paciente en la priorización de estrategias a implementar. Tiene todo el sentido, ya que el destinatario final de los procesos asistenciales debe tener capacidad de exponer sus prioridades a partir de sus valores. La práctica clínica basada en el valor apuesta por las decisiones compartidas que dan un plus de calidad.

Las decisiones compartidas, en las que se invita al paciente a que muestre sus preferencias, enrique-

cen y "bajan a la realidad" la evidencia científica, alejada de valores y sentimientos. En una encuesta de ámbito europeo[16], el 70% de las personas consultadas manifestó interés por compartir decisiones clínicas que les puedan afectar, una cifra que sólo 10 años antes era del 50%. Una revisión sistemática[17] observó que el 52% de los pacientes estaba descontento con la información recibida por parte de sus médicos y decían que hubieran preferido implicarse más en el proceso asistencial.

De esta forma, las Comisiones de Mejora de la Práctica Clínica deberían ser,

- Adaptadas a la realidad del territorio
- Multidisciplinares
- Con implicación y compromiso directivo:
  - Gobernanza, planes estratégicos y de formación y acuerdos (contratos) de gestión alineados
- Con liderazgo efectivo
- Incorporando la voz del paciente

b. Mejorar las políticas de comunicación interna y externa

Uno de los pilares estratégicos para avanzar en las prácticas clínicas de valor debe basarse en la creación de conciencia de la necesidad de difundir la reflexión, el conocimiento y la cultura *Right Care*. Lo que se necesita es que, por un lado, los profesionales se lo crean y, por otro, que los responsables sanitarios cuiden a sus profesionales y faciliten las herramientas para hacerlo posible. Y no parece ser, en este caso, un problema de recursos sino de prioridades. Comunicar es también saber escuchar, aspecto clave para conocer cuál es la situación en cada momento y generar confianza.

Mantener al paciente en el centro del sistema, que los profesionales se sientan parte de un equipo bien cohesionado, que exista una comunicación eficaz entre profesionales y con el paciente, así como una atención bien coordinada, logrará pacientes felices y satisfechos, pero como un elemento más de una buena experiencia, no como un único objetivo.

Para que una institución sanitaria pueda realizar cambios transformadores es importante entender la diferencia entre satisfacción y experiencia del paciente, y no dejar que la primera sea la única valoración tenida en cuenta. Al final, la mejor experiencia de los pacientes se traducirá en una mayor satisfacción, que a su vez dará lugar a una puntuación más elevada en las encuestas de opinión.

La publicación de experiencias alineadas con el valor añadido de la práctica clínica es poco frecuente en nuestro medio, debiendo recurrir con frecuencia a las experiencias evaluadas y publicadas en otros países, que aportan ideas pero que difieren de nuestro entorno por política, financiación y cultura. Es imprescindible contar con literatura local que aporte conocimiento y estimule nuevas líneas de trabajo, más allá de posibles adaptaciones locales.

Todo ello invita a mejorar las políticas de comunicación externa. Ésta será más efectiva mediante una acción de comunicación con un contacto directo si ésta se refuerza con una publicación previa en diferentes medios. Lo mismo cabe esperar si a la difusión de esta publicación se les añade una capa social. Existe una enorme disparidad en la percepción de los medios sociales derivada del grado de conocimiento y uso que se tenga. Pero lo que aún sorprende más es la tendencia a considerar los medios como substitutivos y no como complementarios[18].

En este sentido, las políticas de comunicación de la práctica clínica de valor deben estar basadas en,

- Comunicación interna
- En las organizaciones
- Políticas de difusión y formación continuada en estrategias *Right Care* (Qué hacer y qué no hacer)

- Comunicación externa
- Evaluar y Publicar experiencias de valor y de no valor
- Difusión social de las prácticas de valor

c. Pasar de la gestión por procesos a las cadenas de valor y los *outcomes*

Las guías de práctica clínica son documentos de apoyo a las decisiones médicas en base a la evidencia disponible. Las trayectorias, en cambio, son instrumentos que, a partir de las guías, definen aspectos prácticos como: quién hace qué, dónde lo hace y con qué recursos. Es decir, la finalidad de las trayectorias es conseguir que las guías funcionen en cada realidad local específica. Por este motivo, la confección de una trayectoria clínica debería ser un proceso participado entre todos los implicados: pacientes, médicos y enfermeras especializados en el proceso específico, médicos y enfermeras de familia, rehabilitadores, trabajadores sociales, etcétera. La idea es que todos los profesionales actúen con unas reglas consensuadas, factibles y basadas en la evidencia y que, además, el paciente las entienda y las comparta. Las trayectorias clínicas reducen el desorden de la medicina fragmentada y fuerzan a la homologación de los procesos, pero tienen sus limitaciones, especialmente cuando aparecen las complicaciones sanitarias y sociales.

Para elaborar una cadena de valor es necesario disponer, en primer lugar, de una trayectoria clínica previa, sobre la que el equipo impulsor construirá los cinco elementos imprescindibles, de acuerdo con la propuesta *Care Delivery Value Chain* realizada por Michael Porter, profesor de la *Harvard Business School* reconocido por sus trabajos en estrategia y competitividad de empresas, en su libro *Redifining Health Care*.

1. Definición del target de pacientes
2. Definición de *outcomes* (resultados que se quieren alcanzar)
3. Atención centrada en los pacientes
4. Trabajo en equipo multidisciplinar
5. Accesibilidad y adherencia

Elaborar cadenas de valor de los procesos clínicos de las enfermedades crónicas y degenerativas garantiza que solo se sigan los pasos más eficientes en la atención al paciente[19]. Esto producirá un producto de mayor calidad o de igual calidad a un costo menor al eliminar pasos innecesarios. Es un imperativo ético para los profesionales clínicos. No hacerlo es lanzar a las personas afectadas a los rigores y los excesos a los que los someterá la medicina fragmentada imperante.

Se debería pasar de la organización jerárquica de servicios médicos a la gestión por procesos, y de ésta a la de las cadenas de valor, a través de:

- Medir la variabilidad clínica
- Realizar *Benchmark*
- Compartir y publicar
- Sistemas de información que favorezcan la medida de las cadenas de valor y los *outcomes*
- Fomentar decisiones compartidas y empoderar al paciente

d. Fomentar la Innovación

El sector sanitario probablemente no reconoce gran parte de las medidas propuestas o implementadas como áreas de innovación porque el propio concepto, con gran impacto mediático, tiende a equipararse a la presencia de nuevas tecnologías, dispositivos o elementos más tangibles que la simple reestructuración de un servicio determinado o los propios consensos clínicos. Sin embargo, con perspectiva histórica, en el ámbito de la salud, el *hub* tecnológico reside indudablemente en el crecimiento exponencial de profesionales cualificados que conforman el sistema y en la paulatina incorporación del paciente en los procesos de diseño[20].

En el ámbito de la asistencia sanitaria, la innovación puede referirse a un producto, servicio o proceso de atención nuevo o que tenga ventajas en comparación con el actual y que sea aplicable. Aumentar la innovación es un reto sistémico[21] que, además del talento de los profesionales, requiere el alineamiento, entre otros, de los modelos de financiación, gobernanza, compra, regulación, etcétera.

Para hacer innovación, más que un método, lo que se necesita es disponer de una cultura y un entorno con un liderazgo valiente, buenas dinámicas de colaboración, ganas de cambiar, diversidad de roles, disciplina de equipo y saber aplicar en cada momento la técnica de trabajo más adecuada. La innovación se convertirá en investigación en algún momento cuando el constructo nuevo, producto o servicio innovador, haya sido creado y requiera validación.

Nuevos tiempos implican nuevos retos en salud y adaptar el modelo de atención a los pacientes no es suficiente. Es necesario también abordar la transformación del modelo de I+D para conseguir que la inversión proporcione el retorno esperado en salud a las personas y en prosperidad a la sociedad.

Así, las políticas favorecedoras de innovación deben basarse en:

- Estrategias institucionales: recursos y estructuras favorecedoras
- Formación en innovación
- Potenciar la autonomía de gestión
- Potenciar otros roles profesionales

e. Pensar en todos los actores

Según Michael Marmot, presidente de la Comisión sobre Determinantes de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, deberíamos tener en cuenta que si los determinantes de la salud son mayoritariamente sociales, las soluciones deberán ser sociales[22]. Sin embargo, la visión comunitaria de la salud pública está lejos de ser influyente en políticas efectivas de reducción de desigualdades sociales.

El pensamiento territorial no es frecuente para la construcción de proyectos asistenciales debida a la fragmentación del sistema, aunque, cada vez más, las organizaciones hospitalarias y sanitarias en general inician experiencias en las que se potencia la continuidad asistencial entre los diferentes niveles. Ello disminuye los gaps existentes entre los diferentes niveles del proceso asistencial

Los pacientes y ciudadanos también, con frecuencia, son invitados a participar en el diseño de procesos asistenciales, pero todavía su presencia y peso de forma global son testimoniales. A través de técnicas como el *Design Thinking*[23], algunas organizaciones han empezado a enfocar la solución de problemas reales a través de la empatía, la generación de ideas, el prototipaje y la experimentación, combinando el pensamiento lógico, racional y estructurado con el pensamiento creativo, emocional e intuitivo.

No se puede construir un proyecto de valor añadido si no se cuenta con todos los actores de los diferentes entornos:

- Entorno hospitalario
- Entorno sociosanitario
- Entorno de atención primaria y comunitaria
- Entorno social: sociedad y ciudadanos

4.2. Propuestas para avanzar en las organizaciones de valor

a. Potenciar desde la Gobernanza una cultura organizativa basada en el valor

La Gobernanza hospitalaria se define, según Saltman RB y colaboradores[24], como los procesos y

herramientas relacionados con la toma de decisiones en dirigir la actividad institucional que influencia la mayoría de la conducta organizativa y reconoce las complejas interrelaciones entre los múltiples actores. Estos procesos y herramientas influyen sobre valores normativos (equidad, ética) y resultados (acceso, calidad, respuesta al y seguridad del paciente), además de temas políticos, financieros, gestores y de la operación diaria.

Para que pueda desarrollarse una buena Gobernanza, ésta debe contar con diversas dimensiones, como son:

- Autoridad gestora efectiva delegada/asignada al hospital/institución sanitaria
- Capacidad gestora, sistemas y procesos
- Rendición de cuentas externa, orientada a resultados con sistemas de control, en sustitución del modelo administrativo tradicional centralizado
- Incentivos para el desempeño de la institución asistencial y su equipo gestión

A través de la Gobernanza, es necesario identificar aquellas situaciones que pueden ser oportunidades de cambio y mejorar el valor de la organización. Con frecuencia, las oportunidades de mejora proceden de situaciones de crisis locales o generales. Para poder identificar oportunidades es imprescindible contar con datos que han de proceder de la medida actualizada de indicadores que, además de aspectos de productividad, generen datos que permitan una planificación en función de las necesidades "reales" del territorio. No tiene ningún sentido cuando se planifica en clave territorial que todos los proveedores tengan la misma cartera de servicios.

Un ejemplo de reorientación de la Gobernanza se produjo hace unos años en *Kaiser Permanente* (aseguradora con sede en Oakland, California). *Ésta* tomó la decisión de estratificar su población de mutualistas en función de los riesgos atribuibles y de la complejidad clínica de las patologías crónicas ya diagnosticadas, con la intencionalidad de reajustar la oferta de servicios de acuerdo con las necesidades sanitarias de cada segmento. Al planificar la oferta a partir de las necesidades, *Kaiser Permanente* ofrece hoy uno de los sistemas de provisión de servicios sanitarios más integrados del mundo[25]

Como ya se ha comentado con anterioridad, fomentar la innovación desde las estructuras de gobierno de las instituciones es fundamental para el crecimiento en valor de las organizaciones.

Así, una Gobernanza orientada a potenciar medidas organizativas de valor debe:

- Identificar las situaciones de crisis como oportunidades para el cambio
- Potenciar clima favorable: organización (estructuras de soporte facilitadoras) y transparencia
- Medir: identificar, comunicar y publicar
- Planificar cartera de servicios en función de la prevalencia y necesidades de la población. "Todos no pueden hacer todo"
- No frustrar la innovación

b. Potenciar modelos organizativos que han demostrado aportar valor

El trabajo en equipo multidisciplinar es la base organizativa imprescindible para cualquier proyecto complejo. Las organizaciones sanitarias de alto valor, según Bohmer[26], deben consolidar cuatro *hábitos fundamentales,*

a. Planificar procesos de la manera más detallada posible
b. Adaptar las estructuras a las necesidades de los procesos
c. Medir y supervisar los procesos
d. Mejora continua

Para garantizar los mejores resultados posibles, un microsistema clínico debe contar con un gru-

po de profesionales técnicamente preparados, que compartan valores y que sepan colaborar entre ellos con el fin de conseguir los objetivos deseados. Los microsistemas clínicos mejoran la satisfacción de todos los implicados, incluidos los pacientes, además de conseguir mejores resultados, pero la realidad pasa por que la mayoría de las unidades de hospitalización se ha estancado en el trabajo fragmentado y anacrónico.

En los últimos años, algunos hospitales estadounidenses, canadienses y australianos, preocupados por la falta de coordinación de las plantas de hospitalización, están desplegando *Accountable Care Units* (ACU)[27]. Cada ACU cuenta con un liderazgo compartido entre médicos y enfermeras, tiene asignado un número determinado de camas y un equipo de médicos hospitalistas (perfil de profesional médico de hospital generalista con dedicación plena y cobertura de turnos), además del apoyo de farmacéuticos, trabajadores sociales y administrativos. Las ACU se consideran unidades de gestión clínica que deben ser evaluadas con criterios de eficiencia y de efectividad, indicadores que, cuando se aplican en unidades multidisciplinares, tienen todo el sentido. Las plantas de hospitalización deberían evolucionar hacia microsistemas clínicos que pongan el foco en el trabajo en equipo y en la atención centrada en el paciente (y su familia).

En el campo de la Salud Mental y de la Oncología, especialmente sensibles a la transversalidad, ya hace tiempo que se generaron instrumentos encaminados a disminuir la fragmentación, como son los comités de tumores o las unidades funcionales. Estos modelos organizativos, que dan origen a la Unidades de Gestión Clínica, se basan en protocolos, planes terapéuticos individualizados y mucha intensidad en la coordinación. Las Unidades Funcionales son iniciativas que quieren ir más allá de la simple coordinación, pero en la mayoría de ellas no logran superar dos obstáculos: la autonomía real de gestión y la falta de recursos propios.

Better health per dollar spent (mejor salud por cada dólar gastado) es una frase de Michael Porter que resume el espíritu de la orientación actual de la gestión clínica[28]. Es decir, en el sector sanitario, la inversión debería basarse en el valor que se aporta y no tanto en la actividad. Deben construirse modelos organizativos que disminuyan la burocracia y los sistemas de bajo valor. Para su diseño, probablemente perfiles profesionales más vinculados a sistemas de calidad, como los ingenieros, puedan ayudar.

Uno de los grandes retos del sistema se debería centrar en transformar la organización fragmentada en modelos organizativos que aportan valor, a través de:

- Horizontalizar modelos
- Fomentar microsistemas como, por ejemplo, las Unidades de Gestión Clínica
- Facilitar que el clínico desarrolle su función: fomentar liderazgo clínico
- Pago por valor: disminuir burocracia y sistemas de bajo valor
- Valorar la participación de Ingenieros para el diseño de procesos

c. Mejorar la política de comunicación de la organización

Desde la estructura de gestión organizativa es de vital importancia que la comunicación se sitúe en el centro de la organización como un elemento crucial generador de confianza interna y externa, así como, un potente elemento capaz de generar cultura favorecedora de cambios a favor de dinámicas de trabajo de alto rendimiento.

La transparencia informativa es clave para generar la confianza necesaria para avanzar en el diálogo clínico de valor en el que todos los actores comparten objetivos y están alineados. Ello puede realizarse a través de estrategias en la que información es totalmente accesible y transparente.

La digitalización y la globalización de la información y la comunicación han añadido complejidad al medio sanitario. En un momento donde el conocimiento colectivo es considerado como fuente de valor e innovación, es de gran importancia que las políticas informativas de las organizaciones permitan bidireccionalidad. El autocuidado puede fomentarse a través de foros centrados en el paciente, que despiertan interés y permiten empoderar a éste y al cuidador, y en general a la sociedad, mejorando el conocimiento de la enfermedad, el sistema y los recursos[29].

Por todo lo relatado, cabe destacar que las organizaciones deben centrar gran parte de sus esfuerzos en:

- Potenciar comunicación interna y externa para aportar confianza a partir de la honestidad institucional
- Facilitar información abierta y accesible (políticas de transparencia)
- Fomentar la implicación de la sociedad para fortalecer su empoderamiento y los autocuidados

d. Fomentar la Innovación: facilitar nuevas experiencias y experimentos

Diferentes iniciativas organizativas, distintas a la organización hospitalaria clásica, han demostrado que mejoran los resultados clínicos, la satisfacción del paciente y disminuyen los costes. Entre ellas, alternativas a la hospitalización convencional como la Hospitalización a Domicilio (HD) o la reorientación a la fragilidad en las Unidades Geriátricas Agudas (UGA), aportan elementos de congruencia organizativa con la realidad actual.

A pesar de ser prometedora, la HD sólo está desarrollada en un 30% de los hospitales públicos, con un volumen de actividad casi anecdótica que ronda el 2% de las altas de los centros donde está implementada. Quizás uno de los problemas es la dificultad para comparar los diferentes modelos existentes de HD y una baja tasa de publicación local.

En el año 2011, se publicaron dos metaanálisis[30] [31] que concluyen que la evaluación geriatría global mejora la probabilidad de sobrevivir y de retornar al domicilio por parte de los pacientes geriátricos que ingresan en un hospital por una urgencia y que, para estos pacientes, las UGA son más eficientes que las unidades convencionales.

Por otro lado, se debe valorar la oportunidad de generar equipos multidisciplinares (médico de familia, geriatra, enfermera de práctica avanzada, trabajador social, farmacéutico comunitario, trabajador familiar, entre otros) que asuman una responsabilidad "extensiva" sobre grupos de pacientes con necesidades sanitarias y sociales complejas. Esta fórmula "extensiva" de abordaje de la complejidad[32] consistiría en seleccionar los pacientes más complejos y más frecuentadores, de manera que se produjera una delegación de competencias presupuestarias sanitarias y sociales a un equipo de mentalidad generalista y comunitaria y con responsabilidad exclusiva de este equipo sobre la actividad asistencial de estos enfermos seleccionados al margen del nivel asistencial en el que estén. Esta estrategia promueve la disminución de la polifarmacia y la continuidad asistencial.

En política sanitaria, hay una larga tradición de establecimiento de órganos formales de participación profesional y, cada vez más, de ofrecer mecanismos para escuchar la opinión de la ciudadanía como, por ejemplo, *The NHS belongs to the people: A call to action*[33]. La participación requiere un largo camino. En cualquier proceso de participación se deben tener unos objetivos muy claros, y la innovación no queda exenta de ello. Se debe definir claramente qué se quiere conseguir, así como informar y recoger los distintos puntos de vista, para finalmente incorporarlo en las estrategias y dar a conocer a la sociedad a través de diversos canales que garanticen su difusión.

A modo de resumen, las principales acciones ligadas a la innovación organizativa en las organizaciones sanitarias, se centran en:

- Evaluar y difundir (*bechmark* y publicar)
- Desmedicalizar mediante la incorporación de otros perfiles profesionales: enfermeras, ingenieros, etcétera
- Participación ciudadana y transdisciplinar
- Difusión a la sociedad

e. Fomentar la formación en gestión organizativa basada en el valor

La Gestión Basada en Valor se puede definir como un proceso integral diseñado para mejorar las decisiones estratégicas y operacionales hechas a lo largo de la organización, a través del énfasis en los inductores de valor en la organización. Para ello, se requiere un cambio de cultura organizacional, el cual puede generar tensiones y, como en cualquier implementación que requiere un cambio de cultura, es necesario un fuerte compromiso y apoyo de la alta dirección.

Estimular el pensamiento basado en el valor en la toma de decisiones organizativas debería formar parte de los planes de formación y formación continuada, tanto de universidades como de escuelas de negocios.

Varios estudios[34,35,36] han demostrado que las habilidades de comunicación centradas en la relación pueden mejorarse con una capacitación efectiva, y que la comunicación efectiva mejora los resultados médicos, la seguridad, la adherencia del paciente, la satisfacción del paciente y la satisfacción y eficiencia clínica. Éste es un ejemplo de política institucional, como es el caso de *Cleveland Clinic* con su programa *R.E.D.E. to Communicate®*[37] que se alinea con la evidencia existente.

Es innegable la necesidad de formación de los directivos y futuros directivos en gestión basada en la evidencia, ligado a los resultados en salud y valor añadido. El cambio cultural debe integrarse en la política de las instituciones, con la ayuda de referentes desde las universidades y escuelas de negocios, que recogen y difunden el conocimiento.

Bibliografía

1. J Varela. "The Right Care Alliance": la declaración de principios . En Avances en Gestión Clínica, 16 de septiembre de 2013. Accesible en http://gestion-clinicavarela.blogspot.com/2013/09/the-right-care-alliance-la-declaracion.html
2. Donald Berwick. Avoiding overuse-the next quality frontier. Lancet. 2017 Jul 8;390(10090):102-104.
3. Kerr EA, Kullgren JT, Saini SD. Choosing Wisely: How To Fulfill The Promise In The Next 5 Years. Health Aff (Millwood). 2017 Nov;36(11):2012-2018.
4. DianaSalud. Accesible a través de http://www.dianasalud.com/index.php/quienes_somos
5. Leal Noval SR et al. Documento de Sevilla de consenso sobre alternativas a la transfusión sanguínea de 2013. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2013 May;60(5):263.e1-263.e25.
6. Rodríguez Baño J et al. Programas de optimización de uso de antimicrobianos (PROA) en hospitales españoles: documento de consenso GEIH-SEIMC, SEFH y SEMPSPH. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2012 Jan;30(1):22.e1-22.e23.
7. García Alegría et al. Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España. Rev Clin Esp. 2017 May;217(4):212-221.
8. Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. Informe de atención primaria 2014. Accesible en http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossc_central_resultats/informes/fitxers_estatics/Central_resultats_atencio_primaria_dades_2016_resum_executiu.pdf
9. Montori VM et al. The optimal practice of evidence-based medicine: incorporating patient preferences in practice guidelines. JAMA. 2013 Dec 18;310(23):2503-4.
10. Barends E et al. Managerial attitudes and perceived barriers regarding evidence-based practice: An international survey. PLoS One. 2017 Oct 3;12(10):e0184594.
11. Accesible en http://www.dianasalud.com/index.php/quienes_somos
12. Horcajada JP et al. Antimicrobial stewardship in Spain: Programs for Optimizing the use of Antibiotics (PROA) in Spanish hospitals. Germs. 2018 Sep 3;8(3):109-112.
13. Theusinger OM et al. Strategies to reduce the use of blood products: a European perspective. Curr Opin Anaesthesiol. 2012 Feb;25(1):59-65.
14. Sadana D et al. Promoting High-Value Practice by Reducing Unnecessary Transfusions With a Patient Blood Management Program. JAMA Intern Med. 2018 Jan 1;178(1):116-122.
15. Esteban F et al. Resultados de la implantación de un protocolo de fast-track en una unidad de cirugía colorrectal: estudio comparativo. Cir Esp 2012; 90:434-9.
16. Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. Eur J Public Health. 2005 Aug;15(4):355-60.
17. Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. Patient Educ Couns. 2006 Jun;61(3):319-41.
18. Grande D et al. Translating research for health policy: Researcher's perceptions and the use of social media. Health Aff (Millwood). 2014 Jul;33(7):1278-85.
19. Sharan AD et al. Understanding a Value Chain in Health Care. J Spinal Disord Tech. 2015 Oct;28(8):291-3.
20. Dixon, A.S., "The evolution of clinical policies". Med care, 1990; 28(3): 201-220.
21. Price CP, St John A. Innovation in healthcare. The challenge for laboratory medicine. Clin Chim Acta. 2014 Jan 1;427:71-8.
22. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet 2005; 365: 1099–104
23. Altman M et al. Design Thinking in Health Care. Prev Chronic Dis. 2018 Sep 27;15:E117.
24. Saltman RB, Durán A and Dubois HFW (eds.) (2011) Governing Public Hospitals, Reform strategies and the movement towards institutional autonomy, London: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, p.38
25. Kaiser Permanente – California: A Model for Integrated Care for the Ill and Injured. May 4, 2015 The Brookings Institution.
26. Bohmer R. The Four Habits of High-Value Health Care Organizations. N Engl J Med. 2011 Dec 1; 365(22):2045-7.
27. Stein J et al. Reorganizing a hospital ward as an accountable care unit. J Hosp Med. 2015 Jan;10(1):36-40.
28. Michael E. Porter, Elizabeth Olmsted Teisberg. Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results. Harvard Business School 2006.
29. Pors AS. Constructions of the patient in healthcare communications: six patient figures. J Health Organ Manag. 2016;30(2):279-98.
30. Ellis G et al. Comprehensive geriatric assesment for older adults admitted to hospital: meta-anlysis of randomised controlled trials. BMJ 2011; 343:1-10.
31. Baztán JJ et al. Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos: metaanálisis de estudios controlados. Rev Esp Geriatr Gerontol 2011;46(4):186-92.
32. Powers BW, Milstein A, Jain SH. Delivery Models for High-Risk Older Patients: Back to the Future? JAMA. 2016 Jan 5;315(1):23-4.
33. Accesible a través de https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/07/nhs-belongs.pdf

34. Hojat M et al. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. Acad Med 86:359-364, 2011
35. Slatore CG et al. Patient-clinician communication: Associations with important health outcomes among veterans with COPD. Chest 138:628-634, 2010
36. Zolnierek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. Med Care 47:826-834, 2009
37. Accesible a través de https://my.clevelandclinic.org/departments/patient-experience/depts/experience-partners/training/rede-to-communicate

Anexo 1. Bibliografía previa de referencia del área clínica

1. F Villar Álvarez et al. *Do not do in COPD: consensus statement on overuse.* Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2018; 13: 451–463

   Identificar prácticas que no agregan valor, causan daño o someten a los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) a un nivel de riesgo que supera los posibles beneficios (uso excesivo).
   El uso excesivo representa un riesgo para los pacientes y pone en peligro la calidad de la atención. Estas 16 recomendaciones de DND para la EPOC reducirán los riesgos de atención y mejorarán el manejo de la enfermedad, facilitarán la comunicación entre los médicos y los pacientes, y reforzarán la capacidad del paciente para proporcionar autocuidado (ver Figura 1).

2. JL Zambrana et al. *Impact of a do-not-do intervention on 12 laboratory measurements.* Revista Clínica Española (English Edition), Volume 217, Issue 8, November 2017, Pages 454-459

   En los últimos años, distintas sociedades científicas y organizaciones sanitarias han generado recomendaciones orientadas a disminuir las intervenciones sanitarias que no han demostrado eficacia o efectividad. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de una intervención acerca de 12 recomendaciones de "no hacer" referidas al laboratorio en 7 centros hospitalarios.
   La adopción y consenso de recomendaciones de "no hacer" entre niveles asistenciales conlleva una reducción significativa de las determinaciones innecesarias.

3. JJ Wammes et al. *Identifying and prioritizing lower value services from Dutch specialist guidelines and a comparison with the UK do-not-do list.* BMC Med. 2016 Nov 25;14(1):196.

   El término "servicios de bajo valor" se refiere a la asistencia sanitaria que tiene poco o ningún valor para el paciente y, en consecuencia, no debe proporcionarse de forma rutinaria o no debe proporcionarse en absoluto. La des-adopción de la atención de menor valor puede suceder a través de recomendaciones explícitas en las guías clínicas. El presente estudio tuvo como objetivo generar una lista completa de servicios de menor valor para los Países Bajos que evalúa el tipo de atención y las situaciones médicas asociadas. La lista se comparó con la lista de cosas Do Not Do de NICE (Reino Unido). Finalmente, se estudió la factibilidad de priorizar la lista para identificar las situaciones en las que se justifica la desadaptación.
   En este estudio, se desarrolló una lista completa de servicios de menor valor para la atención hospitalaria holandesa. Se estableció un método factible para priorizar servicios de menor valor. Identificar y priorizar servicios de menor valor es el primero de varios pasos necesarios para reducirlos (ver Figura 2)

4. L Quecedo et al. *"Do not do" recommendations of the Spanish Society of Anaesthesiology, Critical Care and Pain Therapy. "Commitment to Quality by Scientific Societies" Project.* Rev Esp Anestesiol Reanim. 2016 Nov;63(9):519-527.

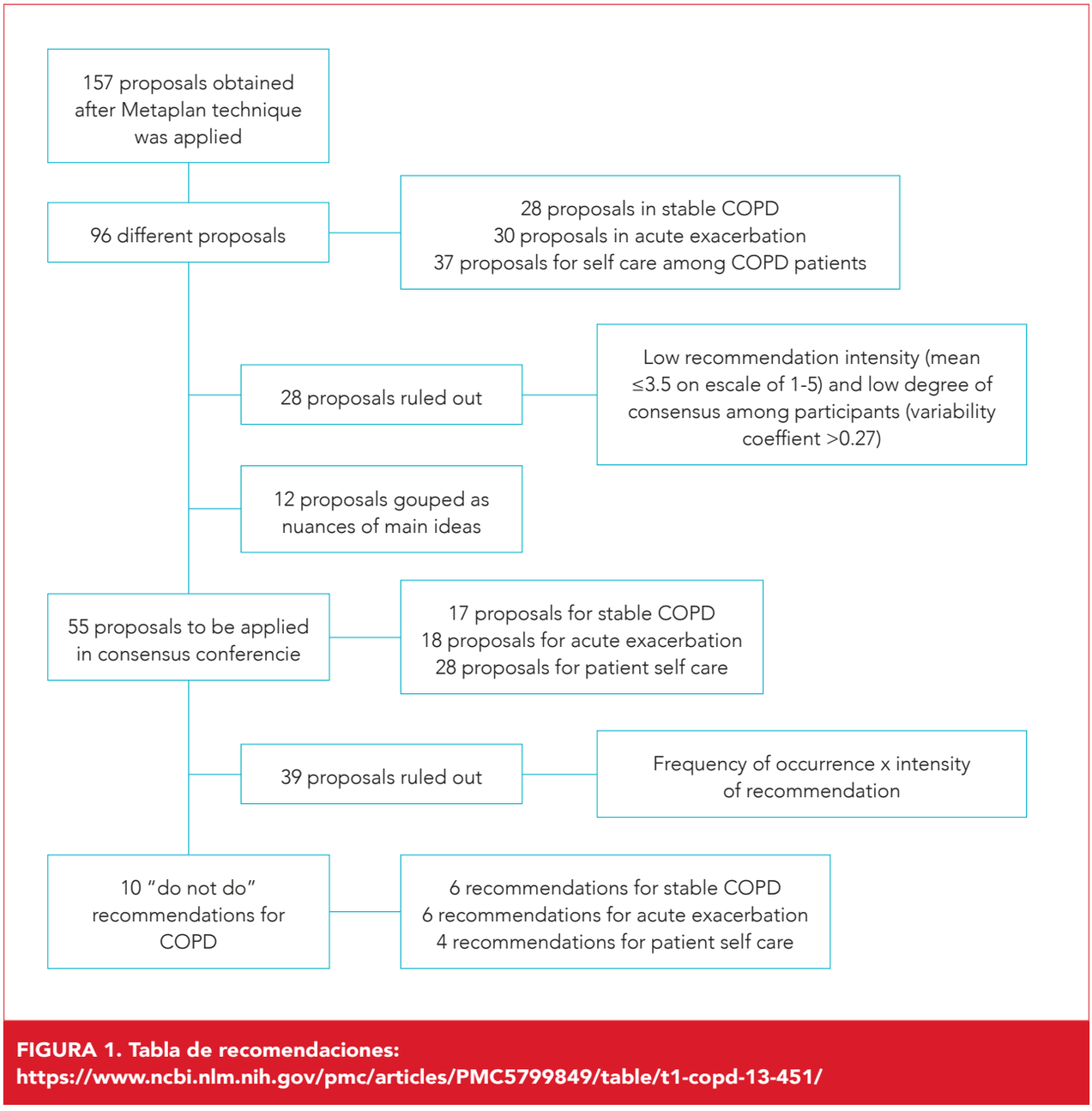


FIGURA 1. Tabla de recomendaciones: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5799849/table/t1-copd-13-451/

Disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, con el fin de acordar recomendaciones de "no hacer", basadas en la evidencia científica.

Las 5 recomendaciones propuestas fueron: no mantener niveles profundos de sedación en pacientes críticos sin una indicación específica; No realizar radiografía preoperatoria de tórax en pacientes menores de 40 años con estado físico ASA I o II; no realizar, de manera sistemática, pruebas preoperatorias en cirugía de cataratas, salvo indicación basada en historia clínica y exploración física; no programar cirugía electiva con riesgo de hemorragia en pacientes con anemia hasta realizar estudio diagnóstico y tratamiento adecuados, y no realizar pruebas de laboratorio (he-

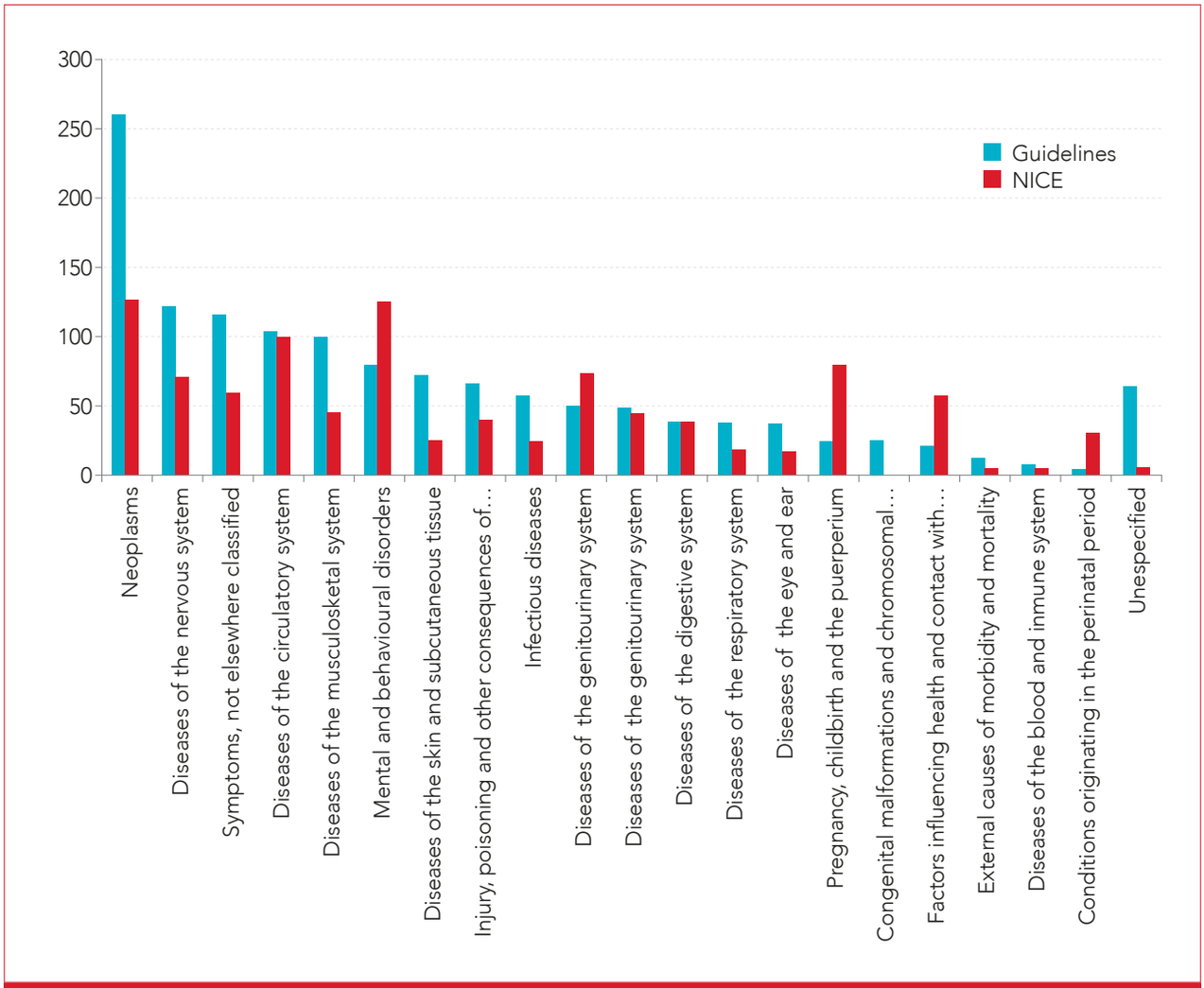


FIGURA 2. Number of lower-value services per ICD-10 group

mograma, bioquímica y estudio de coagulación) en pacientes sanos o con enfermedad sistémica leve (ASA I y II) previo a cirugías de bajo riesgo, con pérdida estimada de sangre mínima.

5. V Soria et al. *Recommendations of "not-to-do": Proposals of the Spanish Association of Surgeons to the project "Commitment to quality of scientific societies"*. Cir Esp. 2016 Oct;94(8):453-9.

La iniciativa del Ministerio de Salud español "Compromiso con la calidad de las sociedades científicas" tiene como objetivo reducir las intervenciones innecesarias de los profesionales sanitarios.

Las 5 recomendaciones seleccionadas son: No realizar colecistectomía en pacientes con colelitiasis asintomática; no mantener la cateterización de la vejiga más de 48 horas; no extender los tratamientos de profilácticos con antibióticos más de 24 horas después de un procedimiento quirúrgico; no realizar profilaxis antibiótica de rutina para una cirugía no complicada y sin cirugía protésica, y no usar antibióticos en el postoperatorio después de una apendicitis no complicada.

6. D Osorio et al. *Do not do initiatives and the DianaSalud.com portal.* Aten Primaria. 2016 Aug-Sep;48(7):501

Desde el Hospital de Sant Pau, Centro Cochrane Iberoamérica, con el apoyo del Programa de Epidemiología Clínica del Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), se desarrolló el portal DianaSalud (http://www.dianasalud.com), cuyo nombre deriva de su objetivo: **D**ivulgación de **I**niciativas para **An**alizar la **A**decuación en **Salud**.
El portal DianaSalud.com puede contribuir a que se alcancen los objetivos que plantean los autores del editorial en el apartado "próximos pasos", con respecto a la aplicación de dichas recomendaciones y la evaluación de su impacto en la práctica clínica.

7. SJ Dukett, et al. *Identifying and acting on potentially inappropriate care.* Med J Aust. 2015 Aug 17;203(4).

Las tasas de tratamientos inapropiados para hospitales varían mucho. Los hospitales deben ser informados sobre sus resultados relativos. Los hospitales que tienen altas tasas sostenidas de tratamientos que no se deben hacer deben estar sujetos a una revisión clínica externa por parte de pares de expertos.

8. S Martín, et al. *Applicability of "do not do recommendations" from the National Institute for Health and Care Excellence in a quaternary care hospital.* Rev Calid Asist. 2015 May-Jun;30(3):117-28

La mejora del uso de recomendaciones de buena práctica clínica está directamente relacionada con la concordancia de su definición y de sus evidencias. Una estrategia de evaluación de su aplicación real por los profesionales es imprescindible para lograr un impacto en costes evitables. Para controlar efectos perjudiciales del impacto económico en la seguridad del paciente será necesario evaluar simultáneamente indicadores de resultado clínico/en salud estrechamente vinculados a las recomendaciones aplicadas

9. M Plebani, et al. *The Choosing Wisely campaign – don't throw the baby out with the bathwater.* Diagnosis (Berl). 2016 Mar 1;3(1):13-16.

El objetivo de la campaña *Choosing Wisely*, lanzada en 2009 por la *American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation*, es promover el diálogo para evitar pruebas, tratamientos y procedimientos médicos innecesarios. Originada en 2009, la iniciativa *Choosing Wisely* involucró tres especialidades de atención primaria en un proyecto que buscaba desarrollar listas "Top Five", que serían enumeraciones específicas de especialidades para realizar cambios de práctica alcanzables para mejorar la salud del paciente a través de las mejores opciones de tratamiento, reducir riesgos. La iniciativa pronto se volvió global, de forma que muchas sociedades especializadas fuera de los Estados Unidos se unieron. Algún tiempo después, sin embargo, los datos recopilados demostraron que se había logrado una reducción solo para unas pocas pruebas y procedimientos de bajo valor, destacando la necesidad de un mayor enfoque basado en la evidencia para identificar prácticas de bajo valor y para evaluar la eficacia de esta iniciativa a lo largo del tiempo.

10. K Chalmers, et al. *Developing indicators for measuring low-value care: mapping Choosing Wisely recommendations to hospital data.* BMC Res Notes. 2018 Mar 5;11(1):163.

La atención médica de bajo valor hace referencia a las intervenciones donde el riesgo de daños o costos excede el beneficio probable para un paciente. El objetivo fue desarrollar indicadores de atención de bajo valor, basados en las recomendaciones seleccionadas de *Choosing Wisely* (CW), aplicables a los datos de reclamaciones hospitalarias recogidos rutinariamente.

Se evaluaron 824 recomendaciones de las listas CW de los Estados Unidos, Canadá, Australia y el Reino Unido con respecto a su capacidad para medirse en conjuntos de datos de ingresos de hospitales administrativos. Se seleccionaron recomendaciones si cumplían con los siguientes criterios: observable en el entorno; registro de servicio; el uso apropiado / inapropiado del servicio podría ser asignado a la información dentro del reclamo del hospital (indicación), y el servicio se registra constantemente en las peticiones (documentación consistente). Se identificaron 17 recomendaciones (15 servicios) como mensurables. Luego se desarrollaron indicadores de atención de bajo valor para dos conjuntos de datos hospitalarios basados en las recomendaciones seleccionadas, los indicadores publicados previamente y los inputs clínicos (ver Figura 3)

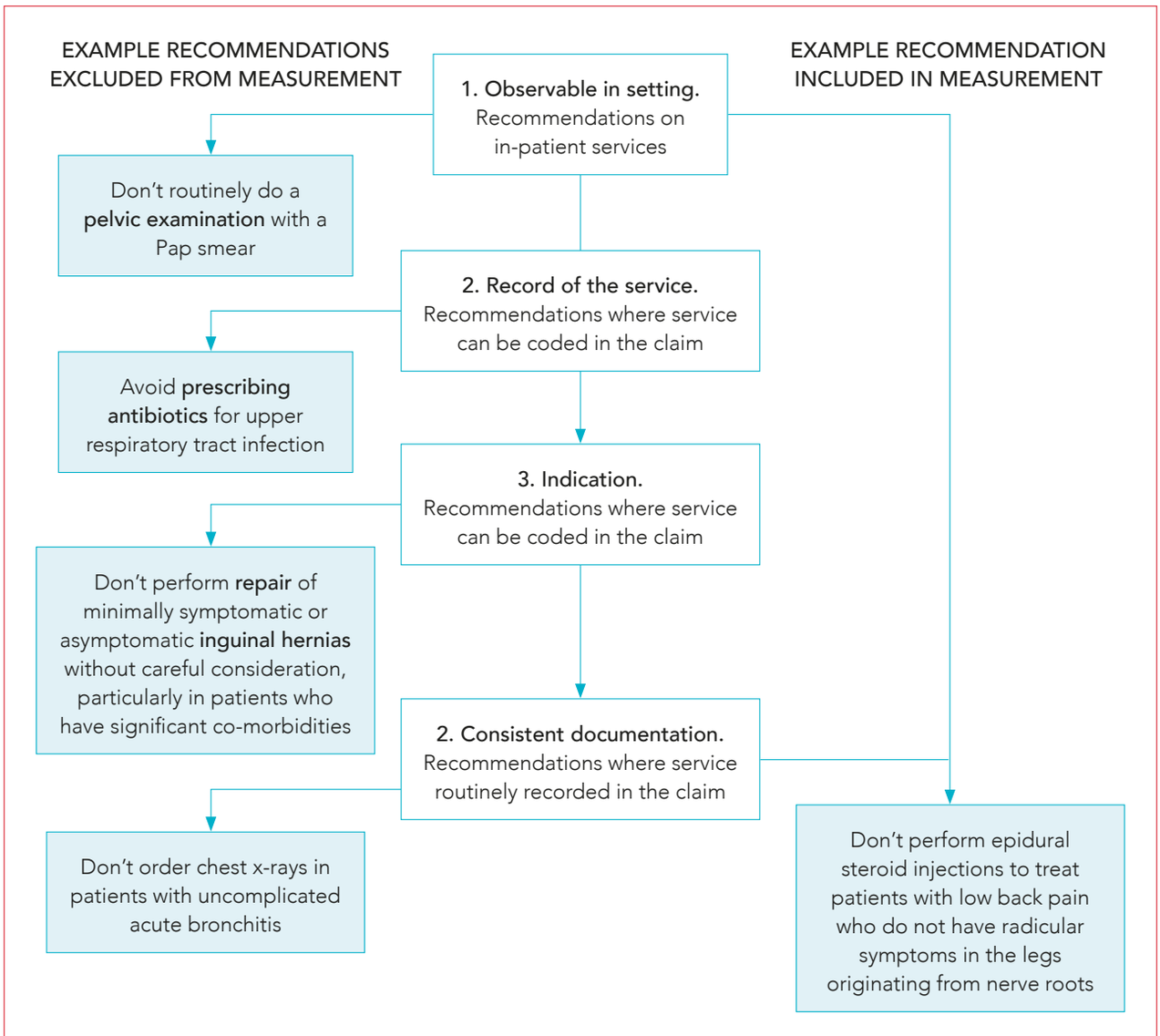


FIGURA 3.

11. JN Friedman, et al. *Making it easier to 'choose wisely'.* Paediatr Child Health. 2017 May;22(2):66-67.

    La campaña *Choose Wisely* ha estimulado a muchos médicos a pensar sobre la idoneidad de varias pruebas y tratamientos. La mayoría de las recomendaciones publicadas hasta ahora están enfocadas a adultos. En este comentario, se discute el desarrollo y la implementación temprana de una lista de Elección 5 de los 5 mejores específicamente dirigida a los niños atendidos en el hospital para niños de cuidado terciario. Esto alentará a otras personas involucradas en la atención médica de bebés y niños a participar en mayor reflexión y discusión sobre la idoneidad de las pruebas y terapias actuales. A pesar de que, a menudo, el efoque se centra en las deficiencias, tenemos el privilegio de contar con un sistema de atención de salud altamente desarrollado y con recursos suficientes en Canadá, que permite una gran libertad para solicitar pruebas y tratamientos. Corresponde a los proveedores de servicios de salud ejercer ese privilegio con la máxima responsabilidad y elegir sabia y atentamente al seleccionar pruebas y terapias para los pacientes.

12. JR Niska, et al. *Choosing wisely after publication of level I evidence in breast cancer radiotherapy.* Breast Cancer (Dove Med Press). 2018 Feb 9;10:31-37.

    A pesar de la aparente resistencia a los esquemas de radiación más cortos en los Estados Unidos, se demuestra que el cambio rápido de la práctica en respuesta a la evidencia de nivel I es factible. La adopción más amplia de pautas basadas en la evidencia en el cáncer de mama en etapa inicial puede reducir sustancialmente los costos de atención médica y mejorar la conveniencia para los pacientes sin sacrificar los resultados oncológicos.

13. S Bhella, et al. *Choosing Wisely BMT: American Society for Blood and Marrow Transplantation and Canadian Blood and Marrow Transplant Group's List of 5 Tests and Treatments to Question in Blood and Marrow Transplantation.* Biol Blood Marrow Transplant. 2018 Jan 31. pii: S1083-8791(18)30033-8.

    Las 5 recomendaciones finales se centran en la fuente de injerto para pacientes con anemia aplásica, dosis de corticosteroides para el tratamiento inicial de la enfermedad de injerto contra huésped, cantidad óptima de unidades de sangre del cordón umbilical para trasplante, fuente de injerto en un donante compatible no relacionado y uso de profilaxis inmunoglobulina intravenosa en receptores de trasplante. Estas recomendaciones de BMT son relevantes para la práctica clínica actual del trasplante de sangre y médula y se centran en pruebas, tratamientos o procedimientos que pueden ser dañinos, inútiles o para los cuales no hay un beneficio clínico aparente.

14. A Eskander, et al. *Head and Neck Surgical Oncology Choosing Wisely Campaign: imaging for patients with hoarseness, fine needle aspiration for neck mass, and ultrasound for odynophagia.* J Otolaryngol Head Neck Surg. 2018 Jan 8;47(1):2.

    Choosing Wisely Canadá es una campaña diseñada para crear conciencia sobre pruebas y tratamientos inapropiados o innecesarios. La Sociedad Canadiense de Otorrinolaringología - Cirugía de Cabeza y Cuello y la Asociación Canadiense de Oncología Quirúrgica de Cabeza y Cuello desarrollaron una lista para ayudar a promover la atención de alta calidad para pacientes que presentan trastornos de la cabeza y el cuello: (1) no solicitar imágenes - tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM) - como la investigación inicial en pacientes que presentan ronquera, (2) no

realizar una biopsia abierta o extirpación de una masa del cuello sin haber considerado primero una biopsia por aspiración con aguja fina (FNA), y (3) no solicitar ecografía del cuello para investigar odinofagia (incomodidad o dolor al tragar) o sensación de globo.

15. M Daniel, et al. *An Implementation Guide to Reducing Overtreatment of Asymptomatic Bacteriuria.* JAMA Intern Med. 2018;178(2):271-276

    Las intervenciones exitosas utilizaron un enfoque multimodal que combina algunos elementos de educación, auditoría y retroalimentación, reteniendo los informes de rutina del cultivo de orina, el apoyo de decisiones clínicas y los protocolos y algoritmos. Los esfuerzos para disminuir el tratamiento inadecuado de la bacteriuria asintomática pueden reducir el daño prevenible de la exposición antimicrobiana innecesaria.

16. EJ Battegay, et al. *Choosing Wisely – An international and multimorbid perspective.* Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. 2017 Dec;129:27-30.

    Estas recomendaciones podrían tomarse como un ejemplo general del estilo de las recomendaciones de las sociedades en las campañas *Choosing Wisely.* Por lo tanto, la campaña suiza describió cinco procedimientos que deben evitarse para pacientes ambulatorios:

    1. La realización de estudios de imagen durante las primeras seis semanas en pacientes con dolor lumbar inespecífico.
    2. Realización de la prueba de antígeno prostático específico (PSA) para detectar cáncer de próstata sin una discusión sobre los riesgos y beneficios.
    3. Prescripción de antibióticos para infecciones no complicadas del tracto respiratorio superior.
    4. Obtención de radiografía de tórax preoperatoria en ausencia de sospecha clínica de patología intratorácica.
    5. Continuar el tratamiento a largo plazo de los síntomas gastrointestinales con inhibidores de la bomba de protones sin titulación a la dosis efectiva más baja necesaria.

    Para pacientes hospitalizados, los procedimientos que se deben evitar incluyen:

    1. Solicitud de análisis de sangre a intervalos regulares o paneles de laboratorio extensivos de rutina, incluidas radiografías sin preguntas clínicas específicas.
    2. Colocación o colocación de catéteres urinarios para la incontinencia o monitoreo de la salida para pacientes no críticos.
    3. Transfundir más que el número mínimo de unidades de sangre roja (RBC) necesarias para aliviar los síntomas de la anemia o devolver al paciente a un rango seguro de hemoglobina.
    4. Dejar que los adultos mayores mientan en la cama durante su estadía en el hospital. Además, los objetivos terapéuticos individuales deben establecerse teniendo en cuenta los valores y las preferencias de los pacientes.
    5. Usar benzodiazepinas u otros hipnóticos sedantes en adultos mayores como primera opción para el insomnio, la agitación o el delirio y evitar la prescripción al momento del alta.

17. M Lee, et al. *Choosing Wisely: Experience of a Community Academic Hospital Pharmacy in Identifying Opportunities and Implementing Changes.* Can J Hosp Pharm. 2017 Sep-Oct; 70(5): 375–380.

    1. No inicie ni continúe con los medicamentos para la prevención primaria en personas que tienen una esperanza de vida limitada.
    2. No inicie un antibiótico sin una indicación identificada y una duración predeterminada del tratamiento o la fecha de revisión.

3. No inicie ni continúe los medicamentos antipsicóticos para los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia durante más de 3 meses.
4. No recomiende el uso regular de medicamentos antiinflamatorios no esteroides orales (AINE) en personas mayores.
5. No recomiende el uso de medicamentos con dosis terapéuticas de codeína (<30 mg para adultos) para el dolor leve a moderado.

Sociedad Americana de Farmacéuticos del Sistema de Salud

1. No inicie medicamentos para tratar los síntomas, eventos adversos o efectos secundarios sin determinar si la causa es una terapia existente o una falta de adherencia, y si se justifica una reducción de la dosis, la interrupción de un medicamento u otro medicamento.
2. No prescriba medicamentos para pacientes con cinco o más medicamentos, ni continúe con los medicamentos indefinidamente, sin una revisión exhaustiva de sus medicamentos existentes, incluidos los medicamentos de venta libre y los suplementos dietéticos, para determinar si alguno de los medicamentos o suplementos debe o no puede ser discontinuado.
3. No continúe con los medicamentos basándose únicamente en el historial de medicamentos, a menos que un experto en uso de medicamentos (por ejemplo, un farmacéutico) haya verificado el historial con el paciente y se haya establecido la necesidad de continuar la terapia.
4. No recete a los pacientes medicamentos en el momento del alta hospitalaria que recibieron antes de su ingreso sin verificar que estos medicamentos aún son necesarios y que los medicamentos para el alta no produzcan duplicación, interacciones con el medicamento ni eventos adversos.
5. No prescriba ni administre medicamentos líquidos por vía oral usando una cucharadita o una cucharada para medir; use solo mililitros (ml) cuando realice la medición con un dispositivo de dosificación aprobado (por ejemplo, taza de medicamento o jeringa oral).

18. M Midia, et al. *Choosing Wisely Canada and Diagnostic Imaging: What Level of Evidence Supports the Recommendations?* Can Assoc Radiol J. 2017 Nov;68(4):359-367.

Revisar las recomendaciones en diagnóstico por la imagen y determinar el nivel de evidencia.

19. M Reyes, et al. *Choosing Wisely Campaign: Report Card and Achievable Benchmarks of Care for Children's Hospitals.* Hosp Pediatr. 2017 Nov;7(11):633-641.

En 2013, la Sociedad de Medicina Hospitalaria publicó 5 recomendaciones pediátricas para la Campaña *Choosing Wisely*. Los objetivos fueron desarrollar un informe sobre la base de esas recomendaciones, calcular puntos de referencia de atención alcanzables y analizar el rendimiento entre los hospitales que participan en el sistema de información de salud pediátrica. Las diferencias entre instituciones son el camino hacia la mejora.

20. KP Eaton, et al. *Evidence-Based Guidelines to Eliminate Repetitive Laboratory Testing.* JAMA Intern Med. 2017 Dec 1;177(12):1833-1839

Las pruebas diarias rutinarias de laboratorio de pacientes hospitalizados reflejan una práctica clínica derrochadora que amenaza el valor de la atención médica. Las iniciativas *Choosing Wisely* de numerosas sociedades profesionales han identificado pruebas de laboratorio repetitivas de bajo valor. Aunque los gastos de laboratorio a menudo represen-

tan menos del 5% de la mayoría de los presupuestos hospitalarios, el impacto es de gran alcance, dado que las pruebas de laboratorio influyen en casi del 60% al 70% de todas las decisiones médicas.
Los profesionales de la salud y los líderes administrativos deben planificar cuidadosamente y optimizar los esfuerzos para reducir las pruebas de laboratorio diarias.

21. J DeAngelis, et al. *Head CT for Minor Head Injury Presenting to the Emergency Department in the Era of Choosing Wisely.* West J Emerg Med. 2017 Aug;18(5):821-829

    Si bien la aplicación a una regla de decisión fue bastante buena, hubo una parte de los TC de cabeza que podrían haberse evitado mediante la aplicación de una regla de decisión de TC (ver Figura 4).

NEXUS II criteria:
Head CT not required if ALL of the following are absent:
Age > 65yr
Evicence of significant skull fracture
Scalp hematoma
Neurologyc deficit
Altered level of alertness
Abnormal behavior
Coagulopathy
Recurrent of forceful vomiting

FIGURA 4.

22. E Goh, et al. *Choosing Wisely Canada: The Canadian College of Medical Geneticists' (CCMG) list of five items physicians and patients should question.* J Med Genet. 2018 Feb;55(2):86-88

    Se necesitan recomendaciones de profesionales de la genética para mejorar la salud y disminuir los costos.

23. AK Venkatesh, et al. *Reducing Unnecessary Blood Chemistry Testing in the Emergency Department: Implementation of Choosing Wisely.* Am J Med Qual. 2018 Jan/Feb;33(1):81-85

    Las pruebas de laboratorio en el punto de atención (POC) se utilizan para mejorar el rendimiento del departamento de emergencias (ED), pero a menudo sobreutilizan los recursos duplicando las pruebas de laboratorio formales. La intervención multimodal que incluye la educación del proveedor, la señalización, el rediseño del registro de salud electrónico y la auditoría y la retroalimentación se centraron en reducir las pruebas de química duplicada.
    El número diario de pruebas de química duplicada y de POC se redujo significativamente después de la intervención (3.3 duplicados menos y 10.2 menos POC por 100 visitas a la DE, p <.0001).

24. CW Hicks, et al. *A comprehensive Choosing Wisely quality improvement initiative reduces unnecessary transfusions in an Academic Department of Surgery.* Am J Surg. 2017 Oct;214(4):571-576

    La implementación de una campaña integral *Choosing Wisely* dirigida a proveedores en todos los niveles mejoró significativamente las prácticas de transfusión y redujo los costos dentro del Departamento de Cirugía.

25. TF Bishop, et al. *Academic physicians' views on low-value services and the choosing wisely campaign: A qualitative study.* Healthc (Amst). 2017 Mar;5(1-2):17-22

    Los médicos percibieron que el uso excesivo de servicios de bajo valor era un problema. Los participantes citaron muchas barreras al cambio de comportamiento. Los métodos que ayudan a satisfacer las expectativas del paciente, el tiempo del médico y las normas

sociales pueden ayudar a los médicos a reducir el uso de servicios de bajo valor.

26. Baxi SS et al. *Overuse of Health Care Services in the Management of Cancer: A Systematic Review.* Med Care. 2017 Jul;55(7):723-733.

La mayoría de los estudios abordó pacientes adultos o geriátricos (98%) y se enfocó en poblaciones de EE. UU. (76%); los servicios más estudiados fueron imágenes de diagnóstico en cáncer de próstata y mama de bajo riesgo. Pocos estudios evaluaron terapias activas contra el cáncer o intervenciones dirigidas a reducir el uso excesivo. Las tasas de uso excesivo variaron ampliamente entre los servicios y entre los estudios del mismo servicio.

27. Raja AS et al. *"Choosing Wisely" Imaging Recommendations: Initial Implementation in New England Emergency Departments.* West J Emerg Med. 2017 Apr;18(3):454-458.

Un año después de la publicación de las recomendaciones Choosing Wisely de la Sociedad Americana de Médicos de Urgencias, la mayoría de los Servicios de Urgencias de Nueva Inglaterra tenían una guía / política / vía clínica relacionada con al menos una de las recomendaciones. Sin embargo, sólo una minoría de ellos utilizaban auditorías específicas o un soporte informático para la toma de decisiones. Pocos servicios de urgencias han aprovechado la oportunidad para implementar las múltiples intervenciones basadas en la evidencia que probablemente promuevan los objetivos nacionales para mejorar la atención centrada en el paciente y eficiente en el uso de los recursos

28. Naugler C et al. *Implementation of an intervention to reduce population-based screening for vitamin D deficiency: a cross-sectional study.* CMAJ Open. 2017 Jan 17;5(1): E36-E39.

Una implementación provincial de una recomendación de *Choosing Wisely* en Canadá resultó en una reducción grande y sostenida en las pruebas de 25-hidroxivitamina D en suero en Alberta. Este estudio muestra que las intervenciones provinciales basadas en las recomendaciones de *Choosing Wisely Canada* pueden resultar en reducciones sustanciales en las pruebas de laboratorio.

29. Chan E et al. *Choosing Wisely: The Canadian Society of Nephrology's List of 5 Items Physicians and Patients Should Question.* Can J Kidney Health Dis. 2017 Feb 28;4:2054358117695570.

Las 5 recomendaciones basadas en la evidencia tienen como objetivo mejorar los resultados e individualizar la atención para pacientes con enfermedad renal, al tiempo que reducen las ineficiencias y previenen daños.

30. Lehmann C et al. *The "Choosing Wisely" initiative in infectious diseases.* Infection. 2017 Jun;45(3):263-268.

Los médicos reducirán el daño potencial a los pacientes y aumentarán el valor de la atención médica al implementar las recomendaciones.

31. Caplan GA et al. *A meta-analysis of "hospital in the home".* Med J Aust 2012; 197 (9): 512-519. doi: 10.5694/mja12.10480

La Hospitalización a Domicilio (HAD) se asocia con reducciones en la mortalidad, las tasas de reingreso y costes, y aumenta la satisfacción del paciente y del cuidador, pero no cambia la carga del cuidador.

32. Varney J et al. *Efficacy of hospital in the home services providing care for patients admitted from emergency departments: an integrative review.* Int J Evid Based Healthc. 2014 Jun;12(2):128-41.

Dada la evidencia que sugiere que los servicios HAD que reclutan pacientes directamente del servicio de urgencias contribuyen a ahorrar costes, mayor satisfacción del paciente y resultados de seguridad y eficacia que son al menos equivalentes a los asociados con la atención hospitalaria, la expansión de tales programas podría considerarse una prioridad para los políticos.

33. Fox MT et al. *Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: a systematic review and meta-analysis.* J Am Geriatr Soc. 2012 Dec; 60(12): 2237–2245.

    La atención en una Unidad Geriátrica Aguda, basada en todo o en parte del modelo "Cuidado agudo para ancianos" (ACE) e introducida durante la fase aguda de la enfermedad o lesión de los adultos mayores, mejora los resultados a nivel del paciente y del sistema.

34. Fox MT et al. *Acute care for elders components of acute geriatric unit care: systematic descriptive review.* J Am Geriatr Soc. 2013 Jun;61(6):939-46.

    Las intervenciones con componentes específicos para el cuidado agudo de ancianos (ACE) con atención médica, rehabilitación temprana y atención centrada en el paciente de ACE parecen ser óptimas para los resultados positivos generales. Estos hallazgos pueden ayudar a los proveedores de servicios a diseñar y evaluar el modelo de ACE más efectivo en el contexto de sus respectivas instituciones para mejorar los resultados para adultos mayores gravemente enfermos o lesionados.

Anexo 2.
Bibliografía previa de referencia del área de gestión

1. Janati A, Hasanpoor E, Hajebrahimi S, Sadeghi-Bazargani *H. Health Care Managers' Perspectives on the Sources of Evidence in Evidence-Based Hospital Management: A Qualitative Study in Iran.* Ethiop J Health Sci. 2017 Nov;27(6):659-668.

   El estudio sugirió que un gestor hospitalario basado en la evidencia es alguien que utiliza todas las fuentes de evidencia para tomar decisiones. Usando fuentes hexagonales de evidencia, los gerentes pueden identificar la mejor evidencia disponible para las decisiones del hospital y tomar la mejor decisión en el proceso de toma de decisiones basada en la evidencia (ver Figura 1)

2. Guo R et al. *Study on Hospital Administrators' Beliefs and Attitudes toward the Practice of Evidence-Based Management.* Hosp Top. 2016 Jul-Dec; 94(3-4): 62–66.

FIGURA 1.

Los hallazgos del estudio sugieren que los programas de capacitación educativa en gestión basada en la evidencia, probablemente, ayudarían a los administradores de los hospitales a adoptar una práctica basada en la evidencia en la toma de decisiones administrativas.

3. Guo R et al. *Information Resources for Hospital Administrator Healthcare Management Decision-Making.* J Hosp Librariansh. 2015; 15(3): 274–283.

   Los resultados del estudio indicaron que la práctica basada en la evidencia en el manejo de la atención médica requerirá que los administradores del hospital usen la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones.

4. Guo R et al. *Assessment of Evidence-based Management Training Program.* Int J Manag Bus. 2016 Jun; 7(1): 57–74.

   El 83% de los participantes indicó que el conocimiento y las habilidades que obtuvieron a través del programa de capacitación podrían utilizarse para la toma de decisiones administrativas futuras en sus organizaciones de atención sanitaria. Los resultados de la evaluación general del programa fueron positivos. Se sugiere que el "modelo lógico" es una herramienta útil para la planificación, implementación y evaluación de programas y también mejora los resultados del programa educativo.

5. Barends E et al. *Managerial attitudes and perceived barriers regarding evidence-based practice: An international survey.* PLoS ONE 12(10): e0184594.

   Para mejorar el uso y la adopción de EBP (prácticas basadas en la evidencia) por parte de gerentes, los líderes de las organizaciones deben promover un clima que facilite el conocimiento de la investigación científica y el uso de la evidencia científica como parte del proceso de toma de decisiones. Las instituciones educativas deben enfocarse en mejorar las habilidades en EBP necesarias para comprender, buscar y aplicar evidencia científica. Finalmente, se necesita un mayor esfuerzo por parte de los educadores y académicos para resumir la investigación de gestión relevante en forma amigable para los profesionales. Solo cuando se cumplan estas tres condiciones, los administradores podrán superar las principales barreras que impiden la adopción de EBP en el campo de la gestión.

6. L Quecedo et al. *"Do not do" recommendations of the Spanish Society of Anaesthesiology, Critical Care and Pain Therapy. "Commitment to Quality by Scientific Societies" Project.* Rev Esp Anestesiol Reanim. 2016 Nov;63(9):519-527.

   Las 5 recomendaciones propuestas fueron: no mantener niveles profundos de sedación en pacientes críticos sin una indicación específica; no realizar radiografía preoperatoria de tórax en pacientes menores de 40 años con estado físico ASA I o II; no realizar, de manera sistemática, pruebas preoperatorias en cirugía de cataratas, salvo indicación basada en historia clínica y exploración física; no programar cirugía electiva con riesgo de hemorragia en pacientes con anemia hasta realizar estudio diagnóstico y tratamiento adecuados, y no realizar pruebas de laboratorio (hemograma, bioquímica y estudio de coagulación) en pacientes sanos o con enfermedad sistémica leve (ASA I y II) previo a cirugías de bajo riesgo, con pérdida estimada de sangre mínima.

Enero de 2019

sedisa

sociedad
española de
directivos
de la salud