

Accesibilidad • Acreditación • Actuarial, análisis • Adecuación • Agencia, relación de • Análisis Coste-Beneficio • Análisis Coste-Efectividad • Análisis Coste-Utilidad 3 • Análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) • Análisis de Disponibilidad a Pagar • Análisis de minimización de costes • Años de vida ajustados por calidad • Asistencia sanitaria basada en la evidencia • Aseguramiento sanitario privado • Audit médico • Autonomía del paciente • Baremo • Benchmarking • Burnout, síndrome • Calidad de vida relacionada con la salud • Carta de Servicios • Case Mix • Cirugía Mayor Ambulatoria, CMA • Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 9 (9ª revisión Modificación) • Clasificación Internacional de Actividades • Conjunto Mínimo Básico de Datos, CMBD • Consenso, métodos de • Consentimiento informado • Contrato programa • Coordinación • Coste de oportunidad • Cuadro de mando integral • Economía de la salud • Efectividad, medida de Eficacia • Eficiencia • Equidad • Estancia media ajustada por casuística • Estándar Internacional de registro de información Sanitaria, HUIS • Escalas • Evaluación de tecnologías sanitarias • Excelencia clínica • Fiabilidad • Gestión Clínica • Gestión de costes basada en la actividad (ABC) • Gestión de Enfermedades • Gestión de riesgos • Gestión por resultados de salud • Gestión sanitaria • Gestión Total de la Calidad • Gobierno Clínico • Gravedad • Grupos de Diagnósticos Relacionados • Guías de Práctica Clínica • Hospitalizaciones evitables • Incentivos • Indicadores de productividad del recurso "cama" hospitalaria • Indicadores de rendimiento • Indicadores de actividad del bloque quirúrgico • Índice de sustitución • Información asimétrica • Innovación • Investigación de Resultados en Salud • Investigación en servicios de salud • ISO 9000, certificación • Medicina Basada en la Evidencia • Medicina Gestionada • Medidas de Resultado • Modelo Europeo de Gestión de la Calidad, EFQM • Modelo de Markov • Número necesario de casos a tratar • Preferencias del paciente • Prescripción

DICCIONARIO DE GESTIÓN SANITARIA PARA MÉDICOS

Los 100 términos más utilizados



DICCIONARIO DE GESTIÓN SANITARIA PARA MÉDICOS

- **Peiró, Salvador.**
Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia.
- **del Llano Señarís, Juan.**
Fundación Gaspar Casal
- **Quecedo Gutiérrez, Luis.**
Hospital La Princesa y Fundación Gaspar Casal
- **Villar Díaz, Nicolás.**
Fundación Gaspar Casal
- **Raigada González, Flor.**
Fundación Gaspar Casal
- **Ruiz Ferrán, Julián.**
Medical Finders y Fundación Gaspar Casal



PRESENTACIÓN

Desde la creación de la Fundación Abbott hace ya seis años siempre nos hemos planteado la puesta en marcha de acciones e iniciativas dirigidas a apoyar a las Administraciones Sanitarias, a los profesionales de la salud y a los pacientes.

Entre nuestros cometidos principales se encuentra el de desarrollar acciones que contribuyan a la mejora de nuestra sanidad potenciando la formación continuada de los profesionales del ámbito de la salud, que como pilar esencial de nuestro Sistema de Salud, merecen todo el apoyo y aliento por parte de todos, lo que sin duda redundará en el beneficio general del conjunto de la población española.

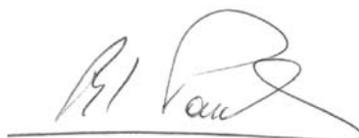
En nuestros días el papel fundamental de la Gestión Sanitaria en la identificación de las necesidades sanitarias de la población y en la optimización y eficaz gerencia de los recursos humanos y materiales disponibles es incuestionable.

La cantidad y variedad de las diversas fuentes de información y acceso al conocimiento existentes en la actualidad hacen imprescindible la necesaria creación de un lenguaje común también en este decisivo campo, que propicie una correcta y actualizada utilización de los conceptos que manejan los gestores del Sistema de Salud.

Para contribuir a ese objetivo y fruto de la colaboración de la Fundación Abbott con la Fundación Gaspar y Casal, institución de reconocido prestigio en la investigación y divulgación del conocimiento en el área de la salud, es este diccionario “Diccionario de Gestión Sanitaria para Médicos” que ahora presentamos y que constituye una herramienta pionera de consulta para los profesionales de la práctica clínica.

Esta obra ha perseguido la selección de información básica de interés para los clínicos, sobre los principales conceptos utilizados en la política de gestión así como en la gestión sanitaria y clínica, con el objeto de facilitar la comunicación entre los decisores y los profesionales de la práctica clínica mediante la recogida y clarificación de dichos conceptos y el lenguaje más comúnmente utilizado, en un documento práctico, amigable y útil de consulta.

Por ello, la Fundación Abbott felicita a sus autores, profesionales de acreditada experiencia y conocimiento del sector sanitario, en la confianza de que este diccionario supondrá una valiosa herramienta de consulta para los clínicos a los que esta obra va dirigida.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'M. L. Poncela', written over a horizontal line.

María Luisa Poncela García
Directora General de la Fundación Abbott

PRÓLOGOS

La Gestión Clínica precisa de una buena comunicación entre asistenciales y gestores

El desencuentro entre gerentes y clínicos viene de lejos. Seguramente se remonta a los años ochenta, cuando estos profesionales que provenían del mundo de la empresa, muchos de ellos sin ninguna formación sanitaria, desplazaron a los médicos de las cúpulas directivas de las instituciones sanitarias. Pero no sólo la añoranza de la capacidad de influencia perdida explica la tradicional desavenencia entre los de la bata y los del traje. Les separan perfiles profesionales y hasta personales. Mientras que en la clínica existen cada vez más mujeres y abundan las personas jóvenes, en el de la gestión predominan los hombres de mediana edad. Tampoco comparten el deseo de asegurar la supervivencia de la institución. El compromiso con la empresa es un aspecto central para los gerentes y marginal para los asistenciales que a menudo están más identificados y comprometidos con su colectivo profesional que con la institución para la que trabajan, especialmente los del sector público.

A pesar de estas evidentes desavenencias, ambos colectivos coinciden en los aspectos fundamentales. Les une el deseo de mejorar la atención al paciente, aunque al escucharlos parezca que trabajen en galaxias distintas. Los aparta fundamentalmente el discurso. Los gestores se atrincheran detrás de una jerga propia que proviene del mundo de la empresa, la economía, la ingeniería y la calidad. Utilizan un lenguaje específico como todos los grupos profesionales, incluidos los médicos. Les permite expresar mejor los contenidos propios de su disciplina y al mismo tiempo establece una barrera comunicativa con los ajenos al gremio.

Los sanitarios, que lógicamente siguen utilizando el lenguaje médico tradicional, también incomprendible para los no iniciados, empiezan a incorporar palabras que provienen de la gestión. De la misma forma que los gerentes sanitarios en su trabajo cotidiano se ven forzados a emplear la jerga propia de la salud. A pesar de que, fruto de este distanciamiento inicial, parece que cada colectivo se empeña en utilizar deliberadamente mal el lenguaje del otro. Los médicos señalan

que un servicio no es rentable cuando lo que quieren decir es que sus resultados en salud no justificaba el coste. O bien confunden la eficiencia y la eficacia de la misma forma que los gerentes hablan de incidencia cuando en realidad deberían decir prevalencia. Las palabras son esenciales para la relación como sabemos perfectamente los clínicos. Los términos que utiliza un paciente para describir su dolencia no sólo permiten perfilar una hipótesis diagnóstica, sino que también dicen mucho de cómo vive la enfermedad, de sus valores y de sus creencias sobre la salud. Como indicaba Michael Balint no sólo es importante lo que se dice, sino cómo se dice. Lo mismo ocurre en la comunicación entre clínicos y gestores. El lenguaje puede emplearse para el desencuentro o para la colaboración. Hoy sabemos que esta colaboración es imprescindible para conseguir el máximo beneficio en la atención clínica a los pacientes en un entorno de cobertura universal, recursos limitados y provisión sanitaria eminentemente pública.

Los gerentes llegaron para contener el gasto sanitario junto a otras medidas estructurales como los copagos, o la propia reforma de la atención primaria. Aportaron rigor administrativo a unas instituciones que hasta aquel momento habían prestado poco interés a este tema. Introdujeron los valores y el discurso empresarial a una sanidad que seguía con las inercias de la administración pública de la dictadura. Pero estas contribuciones no fueron suficientes para conseguir la aceptación de los asistenciales. Algunos los responsabilizaron de la progresiva proletarización de la profesión y de crear un entorno de trabajo poco estimulante que promovía lo que empezó denominándose Síndrome de Tomás y que ahora llamamos “burn-out”. Los colegios profesionales miraban con recelo a los médicos que gestionaban y las facultades de medicina no contemplaban la gestión sanitaria como una disciplina propia de la formación de pregrado.

Hoy sabemos que ignorar la gestión sanitaria perjudica la atención clínica. La experiencia nos ha mostrado el limitado impacto de las medidas de contención que no cuentan con la colaboración del clínico. Tampoco fueron suficientemente efectivas las reformas que promovían la micro-eficiencia, como las privatizaciones o los incentivos económicos. La verdadera gestión sanitaria ha de centrarse en el propio proceso asistencial. No sirve de nada conseguir que las radiografías de tórax sean muy baratas si se indican a pacientes que no las precisan. Como señalaba Muir Gray, debemos realizar correctamente los procedimientos que sean adecuados.

La Gestión Clínica moderna se centra en los procesos asistenciales. Combina los conocimientos clínicos, la medicina basada en la evidencia, la gestión, la calidad y las nuevas tecnologías de la comunicación. En consecuencia no pueden implementarla ni los gerentes ni los clínicos por separado. Es imprescindible el trabajo conjunto.

Este diccionario de “los 100 términos más utilizados en gestión sanitaria y clínica para médicos” es una iniciativa muy interesante que permitirá aumentar el conocimiento de gestión de los profesionales asistenciales. Avanzará en la creación de este lenguaje común que ha de favorecer la colaboración y la progresiva incorporación de los clínicos en las decisiones de gestión que les afectan.

La calidad de este libro es una muestra más del merecido prestigio de los autores. La obra destaca por la originalidad del planteamiento, la calidad comunicativa y la rigurosidad de los contenidos. Sin duda es un libro imprescindible para el clínico moderno que no sólo le aportará conocimiento sino que también le resolverá las dudas que surgen a diario en la organización de su centro de trabajo.

Joan Gené Badia
Médico CAP Clinic Barcelona

PRÓLOGOS

El médico como actor principal en la toma de decisiones en Gestión Clínica

La Gestión Clínica entendida como mecanismo de organización de la práctica clínica engloba aspectos muy diferentes que el médico necesita manejar y tener actualizados porque de ello depende, en cierto modo, su capacidad resolutoria ante los problemas de salud que se le plantean en el día a día de su consulta. En base a esta premisa, se precisa información concisa, actualizada, de fácil manejo. De ahí parte la gran utilidad de esta acertada iniciativa promovida por la Fundación Gaspar Casal junto con la Fundación Abbott, una obra que, sin duda, pone al alcance del profesional una herramienta imprescindible para afrontar la no fácil gestión de los procesos asistenciales, al tiempo que contribuye a facilitarle el camino en la adopción de decisiones clínicas eficientes.

Ha quedado suficientemente demostrado que el manejo de la Gestión Clínica permite una mayor involucración de los profesionales en los resultados en salud que se pretenden alcanzar sobre una población, a partir de la evidencia científica.

Se trata de dirigir nuestra actuación hacia escenarios entendibles desde el punto de vista médico a lo cual va contribuir este novedoso diccionario cuyo contenido ofrece una gran diversidad de términos junto a sus aplicaciones fundamentales en el contexto de la Gestión Clínica, tanto asistenciales y científicas como económicas y éticas.

En definitiva, se trata de una acertada recopilación de lenguaje y cultura enfocados al acto médico, bajo el convencimiento, por parte de sus autores, de contribuir a garantizar una práctica clínica adecuada en el marco del Sistema Nacional de Salud.

Juan José Rodríguez Sendín
Presidente Organización Médica Colegial

PREFACIO

La situación económica, el indefectible incremento del gasto sanitario muy por encima de lo que crece la riqueza de nuestro país y el aumento de las expectativas de los ciudadanos, nos llevan a la exigencia de un uso adecuado de los recursos que siempre son escasos. La solución definitiva está en manos del clínico y en su implicación en la gestión activa y eficiente de los recursos dedicados al funcionamiento de los centros sanitarios, tanto de atención primaria como hospitalaria y tanto públicos como privados con o sin ánimo de lucro. Si queremos que el clínico haga gestión, empecemos por, primero, entender y, después, hablar un lenguaje común. Esto es lo que pretendemos con el diccionario que tienen en sus manos y que ha sido posible gracias a la generosidad de la Fundación Abbott.

La Gestión Clínica participa de la integración armónica y no aversiva de las actividades de gestión en la práctica diaria de los profesionales sanitarios. Los médicos y no las estructuras son quienes consiguen la satisfacción del paciente. Los estamentos gestor y clínico, cada vez más, deben interesarse por los procesos asistenciales y por el producto final de los centros sanitarios que es la mejora de la salud de los pacientes que la pierden. En este escenario es prioritario que el médico entienda la Gestión Clínica y sus contenidos.

El médico requiere tener una visión global de su consulta, unidad o servicio y de las distintas funciones que se le solicitan: asistencia de calidad, investigación aplicada a los problemas clínicos más comunes y formación continua que le mantenga actualizado en el avance del conocimiento de su especialidad. Además, se adentrará en el control permanente del desempeño clínico y en mejoras de la eficiencia de su trabajo. Además se le pide que tenga capacidad de estimular (motivar) y reconocer el trabajo de su equipo (incentivar). El conocimiento de los términos del diccionario pensamos que le ayudará.

Los profesionales de la clínica han de poseer habilidades para desarrollar el potencial creativo e innovador de los miembros de su equipo, cohesionar armónicamente los equipos pluridisciplinarios en la dirección asistencial, primando la excelencia del cuidado asistencial, la satisfacción del paciente y la mejora del clima laboral.

Las estructuras sanitarias a las que se acercan los pacientes, sean consultorios, centros de salud, ambulatorios, u hospitales son casi tan antiguas como la propia medicina. La práctica asistencial de carácter intensivo y progresivamente más tecnificada convive con la gestión empresarial y administrativa de organizaciones que cada vez son más complejas.

La búsqueda de una mayor rentabilidad y eficiencia de los recursos utilizados y una cobertura mayor y más equitativa en el acceso a la población protegida es lo que persiguen todas las autoridades sanitarias. Conciliarlo con la excelencia de la práctica clínica es un desafío permanente.

La atención a la salud orientada a las personas se centrará en torno a las necesidades específicas de los pacientes, convenientemente caracterizados y agrupados, y no a partir de la oferta de servicios de cada institución o nivel asistencial. La financiación de planes de cuidados y de riesgo compartido buscará minimizar la hospitalización evitable a través de una buena gestión de pacientes y de enfermedades, que suavice los episodios de enfermedad y las complicaciones. Las organizaciones sanitarias necesitan articularse, en lo que respecta a su funcionamiento, dentro de sistemas integrados de salud que sirvan a una población determinada y conocida cuyas enfermedades no entienden de niveles asistenciales. Los resultados en salud exigen el desarrollo de una batería de indicadores bien conceptualizados, capaces de medir las distintas dimensiones de la calidad, efectividad, eficiencia y su contribución a la mejora de la salud de los pacientes y a la mejora de las prácticas asistenciales. Por último, la acreditación y el Gobierno Clínico serán instrumentos para garantizar las exigencias de calidad demandadas en la prestación de servicios.

La prioridad esencial de nuestros centros sanitarios de cualquier nivel y titularidad, debe ser la mejora de la producción y los resultados clínicos, para lo cual sus integrantes deben tener distintas competencias, en primer lugar como gestor de recursos, es decir, ser responsable de un equipo multidisciplinar y ejercer el

liderazgo con objetivos asistenciales comunes dirigidos a uno o a varios procesos asistenciales. En segundo lugar, competencias para el desarrollo de instrumentos de apoyo al proceso clínico, el análisis de la producción clínica y la aplicación de programas de Gestión Clínica.

Por último y para que la gestión sanitaria no genere anticuerpos entre los médicos necesitamos de su implicación no coercitiva en la gestión, de la mejora del diálogo entre gerentes y jefes clínicos, de las mejores actitudes de los gestores hacia los clínicos y de contar con los instrumentos que hagan posible y fácil la medición de los procesos asistenciales y la evaluación de resultados. Así compartirán entornos de confianza y fluirán experiencias en ambas direcciones. Si antes conseguimos que hablen un lenguaje común entre ellos, será mayor la probabilidad que se entiendan, negocien y lleguen a acuerdos.

Con este diccionario nos parece que damos un paso en la dirección adecuada y esperamos que contribuya al acercamiento entre clínicos y gestores, todavía demasiado alejados.

Los autores
Madrid, Agosto 2009

*DICCIONARIO DE
GESTIÓN SANITARIA
PARA MÉDICOS*

A

Accesibilidad

A

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Healthcare accessibility; access

■ Definición

Es una característica del sistema sanitario en relación a la oportunidad que tienen los ciudadanos de conseguir los servicios que ofrece el sistema en función de su estado de salud, residencia, localización de los servicios asistenciales y coste de los mismos.

La accesibilidad se refiere a la facilidad para la utilización de las prestaciones que ofrece el sistema sanitario a un individuo o un grupo de individuos. La accesibilidad se vincula a la equidad en la distribución de los servicios sanitarios que incluye variables económicas (gratuidad, copago u otras), variables geográficas (distancia entre lugar de residencia y los centros asistenciales, calidad de la red de transporte público), existencia o no de determinadas tecnologías y servicios asistenciales (disponibilidad), barreras burocráticas, variables de índole cultural (grado de alfabetismo y comprensión del idioma) y variables regulatorias (derecho a prestaciones).

La accesibilidad mejora al situar los servicios asistenciales lo más cerca posible de la población y haciendo amigable su uso.

■ Otros aspectos de interés

La accesibilidad representa la facilidad de un paciente para obtener los servicios asistenciales. La accesibilidad puede enfrentarse a barreras financieras (insuficiencia de medios económicos), barreras geográficas (distancia hasta acceder a los proveedores asistenciales), organizativas (falta de profesionales) y barreras sociológicas (discriminación social o racial, problemas lingüísticos, o culturales, etc.).

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Para garantizar la accesibilidad en el sistema, tanto el SNS como en el aseguramiento sanitario privado, se utilizan criterios para el buen uso de los recursos asistenciales que sirven de garantía.

■ Ejemplos

Algunas de las medidas para reducir barreras de acceso al sistema sanitario son un servicio de ambulancias para pacientes en programas de rehabilitación que vivan alejados de las unidades que los proporcionan, un servicio de intérpretes para inmigrantes que desconozcan el español o en su caso el idioma local de la autonomía, desplazamiento de especialistas desde las ciudades a núcleos de población más pequeños, etc.

■ Conceptos relacionados

Disponibilidad (*availability*), Equidad (*equity*), igualdad (*equality*), desigualdades (*inequality*).

■ Para seguir leyendo

- Rubio Cebrán S. Glosario de Planificación y Economía Sanitaria (2ª ed). Ed. Díaz de Santos, Madrid 2000.

Acreditación

A

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Accreditation; credentialing

■ Definición

La acreditación es un proceso mediante el que se evalúan las características de un determinado programa de actuación (preventivo, intervencionista, educativo, etc.) o la estructura de una institución u organización sanitaria (estructura física, equipamiento, profesionales, organización de los servicios, etc.) de acuerdo con criterios y estándares determinados de antemano.

La acreditación, por su naturaleza, debe ser temporal, pudiendo oscilar su validez, según el caso, entre 1 y 5 años, momento en el cual se impone volver a evaluar la idoneidad de lo acreditado, inicialmente por medio de un proceso denominado re-acreditación que usualmente es menos complejo y se lleva a cabo en menos tiempo que el proceso inicial de acreditación.

La acreditación supone un reconocimiento profesional y público (y en ocasiones administrativo) de que los recursos y/o los procesos acreditados a una institución sanitaria determinada cumplen determinados estándares de calidad. El proceso de acreditación de un centro o servicio sanitario implica el análisis de las estructuras físicas y funcionales del centro asistencial implicado en relación con normas y estándares previamente establecidos o acordados.

■ Otros aspectos de interés

La acreditación y reacreditación de servicios sanitarios es una iniciativa que en España comenzó con el programa MIR y los trasplantes y siguió en el sector privado, concretamente del sector asegurador, con el objeto de evaluar los centros y servicios a concertar para la cobertura asistencial de sus asegurados. Estos procesos siguen varias metodologías de evaluación como son las Normas ISO, la *European Foundation on Quality Management, EFQM* y la *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHCO*.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

El sistema nacional de salud, a través de las CCAA ha desarrollado herramientas estándares y procesos de acreditación para evaluar sus propios centros asistenciales, generalmente, en términos de estructura y algo de procesos.

■ Ejemplo

La acreditación exigida a los hospitales que reciben MIR o que participan en el programa de la Organización Nacional de Transplantes, donde se combina revisión de documentación clínica y de gestión junto a entrevistas con los directivos y jefes de servicio de los hospitales sujetos a la acreditación.

■ Conceptos relacionados

Auditoría Médica (*Medical Audit*). Certificación (*Certification*).

■ Para seguir leyendo

- Lahuerta J. Acreditación Hospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 1998; 110:759-762.

Actuarial, análisis

A

■ Definición

El análisis actuarial es un campo de la economía aplicada que analiza los principios de la actividad aseguradora y sus técnicas, cubriendo los problemas matemáticos, estadísticos y financieros relacionados con la gestión del riesgo, núcleo central de la actividad aseguradora. En las pólizas de asistencia sanitaria, el cálculo actuarial analiza, esencialmente, datos de morbilidad, asociándolos a riesgo financiero para la entidad aseguradora.

■ Otros aspectos de interés

En el campo de la salud, el cálculo actuarial se aplica tanto en la estimación del riesgo de un individuo o grupo de individuos basado en su morbilidad, como en el cálculo del montante de la prima necesario para cubrir el riesgo financiero representado por los individuos a cubrir asistencialmente.

■ Ejemplo

Una compañía aseguradora utiliza el análisis actuarial a la hora de calcular la prima de un colectivo de asegurados. Para ello, tiene en cuenta la distribución por edades y sexos, así como el tipo de patologías pre-existentes declaradas. Estos datos se contrastan con tablas internacionales de riesgo actuarial y con las estadísticas internas de la compañía en asegurados de características similares.

■ Conceptos relacionados

Riesgo financiero (*financial risk*), selección adversa (*adverse selection*), enfermedades preexistentes (*pre-existing clinical conditions*). Actuario (*actuary*). Cálculo actuarial (*under writing*).

■ Para seguir leyendo

- Rubin HW. Dictionary of Insurance Terms (5th ed). Barron's Business Guides; 2000.

Adecuación

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Inadecuación; uso inadecuado; utilización inadecuada; uso inapropiado; utilización inapropiada; *Appropriateness*; *Health Services misuse*.

■ Definición

El concepto de adecuación, en sentido estricto, se refiere al uso de tecnologías, recursos o intervenciones médicas de eficacia probada (con evidencias que avalan su utilidad en ensayos clínicos u otros estudios con suficiente validez) en situaciones o poblaciones en las que no son efectivas. Los ejemplos típicos son el uso de antibióticos en las viriasis, el ingreso hospitalario para pacientes que pueden manejarse ambulatoriamente, el uso de aspirina como prevención cardiovascular primaria en pacientes de bajo riesgo, el uso de las urgencias hospitalarias para procesos banales o las pruebas preoperatorias en pacientes de bajo riesgo quirúrgico.

Coloquialmente, el término se utiliza también para referirse al uso de tecnologías sin utilidad demostrada (por ejemplo, la vitamina C como protector hepático en los cuadros de hepatitis vírica) o incluso para el uso de tecnologías eficaces cuando existen alternativas equivalentes menos costosas (por ejemplo, medicamentos de marca frente genéricos), aunque en estos últimos casos serían más precisos los conceptos de ineficacia e ineficiencia, respectivamente.

El concepto de adecuación también se emplea para valorar la relación riesgo-beneficio de un procedimiento o un tratamiento en una situación clínica concreta. En este uso, se consideran adecuados aquellos procedimientos cuyos beneficios esperados (en términos de resultados clínicos) exceden los riesgos esperados (también en términos de beneficios clínicos) con el suficiente margen para justificar la realización del procedimiento o tratamiento. Usualmente esta valoración es realizada por un panel de expertos clínicos.

Adecuación

A

■ Otros aspectos de interés

La evaluación de la adecuación, muy ligada a la revisión de la utilización, incluye algunas áreas específicas como:

- La revisión del uso inadecuado de procedimientos médico-quirúrgicos y pruebas diagnósticas de alto coste (tecnologías *big ticket*), siendo el método RAND el más utilizado en este caso.
- La revisión del uso inadecuado de la hospitalización, con el *Appropriateness Evaluation Protocol* como instrumento más conocido.
- La revisión del uso inadecuado de fármacos (*Drug utilization review*) que se solapa notablemente con las actuaciones que en el SNS se suelen agrupar bajo el concepto de “uso racional del medicamento”.
- La revisión del uso inapropiado de pruebas diagnósticas de alto uso y bajo coste (tecnologías *little ticket*).

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La revisión de la adecuación es muy utilizada por los financiadores de la atención sanitaria en los sistemas sanitarios con separación entre financiación y provisión de los servicios. Con estas estrategias el financiador intenta reducir el reembolso a los proveedores por los servicios inadecuados (hospitalizaciones, pruebas o tratamientos innecesarios) y reducir el gasto sanitario derivado de los servicios que no aportan beneficios a los pacientes. En España las compañías aseguradoras privadas realizan algunas actuaciones de revisión de la adecuación (sobre todo de la duración de la estancia hospitalaria) sobre los hospitales con los que conciertan la asistencia a sus asegurados, aunque utilizan métodos poco estructurados. En el SNS, dada la alta integración financiador-proveedor (los servicios regionales de salud, en la mayoría de los casos, prestan con sus propia organización los servicios que también financian) el desarrollo de la revisión de la adecuación es escaso. En la última década se han realizado numerosos estudios e intervenciones de revisión de la hospitalización inadecuada y, en menor medida, de la revisión de intervenciones de cirugía electiva o pruebas diagnósticas, pero como norma no existen estrategias estructuradas de revisión de la adecuación y, menos aun, se asocian al reembolso.

■ Ejemplo

Sánchez del Río et al [Sánchez-del Río A, Quintero E, Alarcón O. Idoneidad de las indicaciones de la endoscopia digestiva alta en unidades de acceso abierto. *Gastroenterol Hepatol.* 2004;27:119-24] diseñaron un estudio para comparar la adecuación de las solicitudes de endoscopia digestiva alta (EDA) diagnóstica entre médicos generalistas y gastroenterólogos en unidades de endoscopia de acceso abierto. Las implicaciones de los resultados son importantes porque, aunque la solicitud EDA por los médicos de atención primaria (AP) puede acortar sensiblemente el tiempo de espera para esta exploración y agilizar la toma de decisiones sobre los pacientes, también se teme que pudiera comportar un incremento de la utilización inadecuada.

En el estudio se evaluaron de forma prospectiva las indicaciones de EDA durante 9 meses usando 2 instrumentos de evaluación de adecuación desarrollados por la *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (criterios ASGE) y por un panel de expertos europeos (criterios EPAGE). Previamente se instruyó a los médicos generalistas sobre las indicaciones, riesgos y beneficios de la EDA y los criterios para la remisión de pacientes a las unidades de endoscopia de acceso abierto participantes en el estudio. Los pacientes remitidos por médicos de AP y gastroenterólogos fueron comparables respecto a sexo, edad, motivo de la endoscopia y presencia de síntomas de alarma. Según los criterios ASGE un 18,4% de los remitidos por generalistas y un 18,6% de los remitidos por especialistas (p:ns) eran solicitudes inadecuadas. Usando los criterios EPAGE estas cifras fueron del 11,8% y 11,0% (p:ns). Aunque desde el punto de vista de la gestión sanitaria el porcentaje de inadecuación no es el único criterio a tener en cuenta (también importa el volumen total de solicitudes y el impacto en términos de falsos positivos de una mayor utilización) el uso de los criterios de inadecuación aporta una información relevante a la hora tomar decisiones sobre la implementación de unidades de endoscopia digestiva de acceso abierto en el SNS.

Adecuación

A

Nótese que los criterios de adecuación también podrían implantarse de forma prospectiva, rechazando (o requiriendo una justificación adicional) para las peticiones valoradas como inadecuadas (con independencia de la titulación del solicitante). En este caso, los criterios se utilizarían directamente como instrumento de Gestión Clínica (aunque previsiblemente, este uso requiere estudios de validación de los criterios de inadecuación similares a los usados para la validación de pruebas diagnósticas).

■ Conceptos relacionados

Revisión de la utilización (*utilization review*); Gestión de la utilización (*utilization management*); Revisión del uso inadecuado de la hospitalización (*hospital appropriateness review*); Criterios de uso inadecuado (*appropriateness criteria*).

■ Para seguir leyendo

- Peiró S, Meneu R. Revisión de la utilización. Definición, concepto, métodos. Rev Calidad Asistencial. 1997; 12:122-36.

Agencia, relación de

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Asimetría de la información, Relación Principal-Agente

■ Definición

Se define como la relación existente entre dos personas –un principal y un agente- para la realización conjunta de una acción, cuando alguna de las dos posee información adicional determinante para la propia acción. En sanidad el principal es el paciente y el médico el agente. La acción conjunta es la prestación de un servicio de atención sanitaria. El agente negociará con el principal y con terceras partes generalmente a través de una relación contractual. El sector sanitario se caracteriza por la multiplicidad y complejidad de las relaciones de agencia en las que los facultativos se encuentran involucrados. La asimetría de información entre médico y paciente así como los vínculos con los centros y suministradores generan diversos problemas de agencia. Las diferencias entre la información disponible por unos y otros agentes genera que la parte mejor informada obtenga mayor poder de negociación sobre la parte que tiene peor o menor información.

■ Otros aspectos de interés

La base para el establecimiento de una relación de agencia se encuentra en la diferencia de información y de conocimientos entre los dos actores de la relación. Se considera que existe una relación de agencia cuando: 1) El cliente o paciente elige o designa al profesional como su agente, transmitiéndole la capacidad de tomar decisiones; 2) El profesional tiene acceso a un cuerpo especializado de conocimiento, siendo en virtud de este conocimiento diferencial por el que se produce la delegación de responsabilidad y de poder de decisión.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

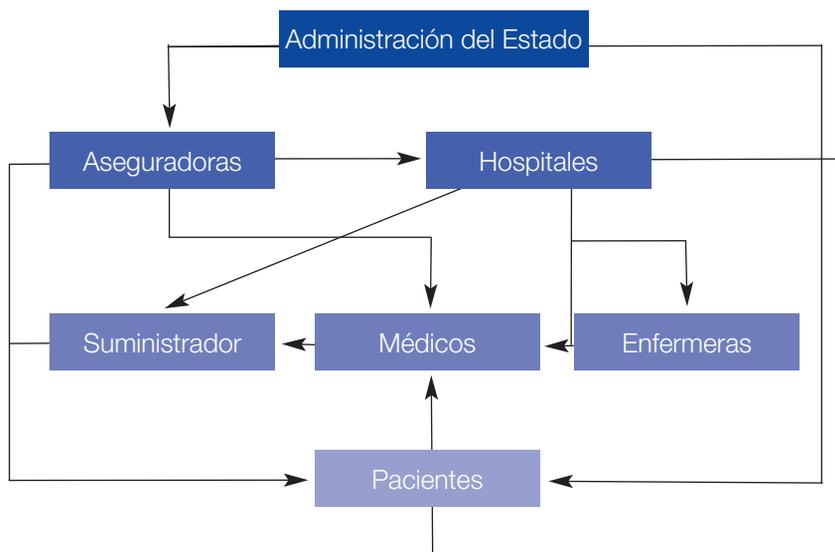
El agente o colectivo de médicos recibe del principal (Consejerías de Sanidad) la delegación de la responsabilidad con los pacientes a cambio de retribuciones en forma de salario.

Agencia, relación de

A

■ Ejemplo

En el gráfico adjunto denominado Esquema de Laffont (1996) están reflejadas las posibles relaciones de agencia en sanidad.



■ Conceptos relacionados

Asimetría de información (information asymmetry), incertidumbre (uncertainty), riesgo moral (moral hazard), selección adversa (adverse selection).

■ Para seguir leyendo

- López Casanovas G, Ortún Rubio V. Economía y salud: Fundamentos y políticas. Ed. Encuentro, Barcelona 1998.
- Hidalgo A, Corugedo I, del Llano J. Economía de la salud. Madrid: Ed. Pirámide; 2000.
- Douma S., Schreuder H., Enfoques Económicos para el Análisis de las Organizaciones, Ed. Civitas, Madrid 2004.

Análisis Coste-Beneficio

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

ACB; *Cost-Benefit Analysis (CBA)*.

■ Definición

El análisis coste-beneficio es un método de evaluación económica que permite la comparación de programas y tecnologías sanitarias utilizando unidades monetarias –euros– como unidad de medida y comparación. Su aplicación es reducida en sanidad (no así en otras disciplinas sociales como transportes y educación) debido a la gran complejidad de estimar costes y convertir las unidades de medida tradicionales (muertes evitadas, morbilidad evitada, años de vida ganados, calidad de vida, etc.) en unidades monetarias.

Podemos pensar en dos tipos de situaciones: a) programas que producen varios efectos, comunes a todos ellos, pero en distinto grado en cada programa, y b) programas que producen uno o varios efectos distintos. Cuando utilizamos las unidades monetarias como unidad de medida estamos realizando un análisis coste-beneficio (ACB). Cuando un programa o intervención sanitaria ocasiona mayores costes y también mejores resultados (medidos en unidades monetarias), el análisis coste-beneficio proporciona un criterio de rentabilidad económica complementario a los criterios de coste-efectividad y coste-eficacia.

■ Otros aspectos de interés

La aplicación de nuevas técnicas de valoración monetaria, como la valoración contingente en salud, está reabriendo el camino para un creciente desarrollo del análisis coste-beneficio en sanidad. Las ventajas de la aplicación del análisis coste-beneficio en la valoración de programas cuyo efecto principal consiste en cambios en el estado de salud reside en el hecho de que este enfoque es el único que se encuentra bien fundamentado en la economía del bienestar y que puede, por tanto, ser utilizado para informar decisiones de asignación de recursos, tanto entre programas sanitarios como entre programas sanitarios y no sanitarios. Los diversos métodos de valoración utilizados están reflejados en la tabla 1.

Análisis Coste-Beneficio

A

TABLA 1: Método y Técnicas de valoración monetaria de los efectos de una intervención con efectos sobre el estado de salud

<p>Métodos de preferencia revelada Obtención de los valores monetarios implícitos en transacciones observadas en mercados reales en los que algunos de los atributos del bien o servicio objeto de intercambio está relacionado con el estado de salud.</p>
<p>Precios hedónicos Estimación de la contribución marginal implícita del atributo relacionado con el estado de salud al precio de bien objeto de la transacción (salarios, viviendas, etc.)</p>
<p>Coste del viaje Estimación del valor monetario del coste que los individuos están dispuestos a soportar por acceder a un servicio sanitario en términos de tiempo y coste de desplazamiento (acceso a una unidad móvil para la realización de mamografías)</p>
<p>Costes evitados Estimación de los costes sanitarios necesarios para mitigar o reducir unos determinados efectos negativos sobre el estado de salud (lesiones sobre la piel ocasionadas por la reducción de la capa de ozono)</p>
<p>Aportaciones voluntarias Estimación basada en la disposición mostrada por los individuos a contribuir a organizaciones no lucrativas para finalidades relacionadas con la mejora del estado de salud ("marató de TV3")</p>
<p>Métodos de preferencia declarada Obtención de valores monetarios de la disponibilidad a pagar mediante escenarios o mercados hipotéticos</p>
<p>Valoración contingente Estimación de la disponibilidad a pagar o la disposición a ser compensados/aceptar mediante la simulación de un mercado hipotético con técnicas de encuesta</p>
<p>Análisis conjunto Estimación de la disponibilidad a pagar a partir de la clasificación ordinal de diferentes alternativas mediante técnicas de encuesta.</p>

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La valoración monetaria de los efectos sobre el estado de salud no deja de ser, a pesar de las innovaciones metodológicas aplicadas, un aspecto conflictivo que a menudo recibe críticas o descalificaciones que ignoran que una valoración monetaria está en realidad implícita en cualquier decisión de asignación de recursos. Las técnicas de evaluación no son capaces de tratar la heterogeneidad de los individuos, a la vista de cómo éstos difieren en renta, riesgo, actitudes, valores y preferencias.

■ Ejemplo

Using a cost-benefit analysis to estimate outcomes of a clinical treatment guideline: testing the Brain Trauma Foundation guidelines for the treatment of severe traumatic brain injury. Faul M et al. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*. 63(6):1271-8, 2007.

Una década después de la publicación de las Guías de tratamiento de la Brain Trauma Foundation (BTF), existen escasos estudios que evalúen la aplicación de la guía en pacientes con traumatismos craneales y daño cerebral agudo. Los estudios existentes publican tanto reducciones de la mortalidad de los pacientes como reducciones en los costes atribuibles a su tratamiento y cuidados. Proponen los autores extrapolar los resultados de los estudios que han evaluado las guías a la población de los EEUU y estiman el número de pacientes probables severamente dañados. Comparan posteriormente los costes que se producen en el tiempo estimado de esperanza de vida de los pacientes y analizan los resultados en salud y los costes generados. Tras el exhaustivo análisis, estiman un sustancial ahorro de costes médicos anuales de \$43 millones, costes sociales de \$3.84 billones que podrían obtenerse con la implantación de las guías a pesar de unos costes de implementación de las mismas cercanos a los \$61 millones. Estiman que podrían reducirse la incidencia de accidentes mortales en 3,607 vidas. La diseminación y adopción de guías específicas para el tratamiento de la Lesión cerebral Aguda podrían generar una sustancial reducción de costes y de vidas. La mayoría de los costes serían de tipo social.

■ Conceptos relacionados

Asignación de recursos, priorización, análisis de costes.

■ Para seguir leyendo

- Puig-Junoy J, Pinto-Prades JL, Ortún-Rubio V. El Análisis Coste-Beneficio en Sanidad. *Aten Primaria*. 2001;27:422-7.
- Drummond MF, Stoddart GL; Torrance GM. *Methods for Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford University Press; 1987.
- Hidalgo A, Corugedo I, del Llano J. *Economía de la salud*. Madrid: Ed. Pirámide; 2000.

Análisis Coste-Efectividad

A

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

ACE, Cost-Effectiveness Analysis (CEA).

■ Definición

El Análisis Coste-Efectividad (ACE) es el método de evaluación económica más utilizado en sanidad (Coyle y Drummond, 1993) y se caracteriza por la medición de los resultados de la intervención en unidades naturales de resultado. En este contexto, la efectividad puede definirse como los “cambios que se producen en el estado de salud individual o colectivo que pueden ser atribuidos a la intervención bajo estudio”, medidas o estimadas bajo condiciones controladas. La elección de la unidad de medición dependerá entre otros puntos de los objetivos de la intervención sanitaria y de los recursos para poder medir. Ejemplos de este tipo de unidades naturales son las “vidas salvadas”, los años de vida ganados, los años de vida potenciales, años de vida ajustados por incapacidad, casos detectados, casos evitados, días libres de dolor, etc.

■ Otros aspectos de interés

Una vez definida la medida de efectividad, se recurre a una comparación entre costes y efectividad que puede ser expresada en unidades de efectividad por coste (por ejemplo, casos detectados por cada 1000 euros) o, como es más habitual, comparando el coste por unidad de resultado a partir del menor coste por caso detectado (o coste por año de vida ganado o cualquier otra medida de efectividad). La evaluación económica requiere de un punto de referencia para efectuar la comparación. Esta comparación puede ser “no hacer nada”, es decir, lo que sucedería si no se interviniera. En la práctica, muchas veces no es posible por impedimentos éticos o porque hay una intervención que ya se realiza y habitualmente el punto de referencia es la “práctica actual”.

El coste apropiado para análisis es el coste marginal o el coste incremental, es decir, el coste extra por obtener una unidad adicional de efecto debida a la intervención. Como muchas veces ocurre, los datos obtenidos, ya sea de fuentes primarias o secundarias, tanto para el coste como para la efectividad, pueden no ser determinantes o tienen un margen de error dependiendo de algunas variables. Por ello es recomendable efectuar un “análisis de sensibilidad” que consiste en calcular diversos resultados de coste-efectividad basados en la variación de parámetros tales como la prevalencia de la enfermedad, la precisión de los instrumentos empleados para el diagnóstico, las tasas de inflación prevista u otras variables.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

El criterio de eficiencia debe tenerse en cuenta en la evaluación y selección de nuevas intervenciones y procedimientos y en la toma de decisiones de los clínicos y gestores. Ninguno de los países que requieren evaluaciones económicas en sus decisiones sobre financiación ha establecido explícitamente un umbral de eficiencia. Sin embargo, de sus decisiones sí es posible extraer cierta información. Por ejemplo, en la mitad de las 22 tecnologías sanitarias evaluadas por el NICE durante sus primeros 2 años de existencia se citó el coste por año de vida ajustada por calidad (AVAC). En todas excepto una de las intervenciones recomendadas por el NICE, el coste por AVAC fue inferior a 30.000 libras. El límite implícitamente establecido por el *Pharmaceutical Benefits Advisory Committee* (PBAC) en Australia fue de 69.000 dólares por año de vida ganado. Con frecuencia se considera que una intervención sanitaria presenta una relación coste efectividad aceptable si el coste adicional por AVAC ganado es inferior a 50.000 dólares e inaceptable cuando supera los 100.000 dólares por AVAC. En España, se ha afirmado (con escasa base empírica) que un coste de 30.000 € por AVAC ganado podría considerarse aceptable.

Análisis Coste-Efectividad

A

■ Ejemplo

Mandelblatt y Fahs (1988) reportaron en Estados Unidos de América que la detección temprana de cáncer cervicouterino mediante test de Papanicolaou salva 3,7 años de vida por cada 100 exámenes, con un coste de 2,874 dólares por año de vida ganado.

■ Conceptos relacionados

Evaluación económica, evaluación de tecnologías sanitarias, toma de decisiones.

■ Para seguir leyendo

- Mandelblatt J, Fans M. Cost-Effectiveness of cervical cancer screening for low income elderly women. JAMA. 1988; 259:2409-13.
- Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GM. Methods for Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford: Oxford University Press; 1987.
- Meneu R. Los costes de las actuaciones médicas inadecuadas. FMC Aten Primaria. 2000;7:378-85.
- Hidalgo A, Corugedo I, del Llano J. Economía de la salud. Madrid; Ed. Pirámide; 2000.

Análisis Coste-Utilidad

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

ACU, Cost-Utility Analysis (CUA).

■ Definición

Es un método de evaluación económica que se basa en la valoración de las preferencias o utilidades de los individuos. La utilidad es la preferencia o valoración que el ciudadano tiene respecto a un estado de salud determinado. Una vez determinadas esas utilidades se calculan y comparan los ratios coste/utilidad de cada una de las alternativas respecto a la de menor coste/utilidad.

También puede ser visto como un análisis coste-efectividad que utiliza las utilidades (típicamente los años de vida ajustados por calidad) como medida de la efectividad de la tecnología o intervención evaluada.

■ Otros aspectos de interés

Fases por las que transcurren los análisis coste utilidad:

- 1) Medición de las utilidades de los estados de salud o determinación de la calidad de vida.
- 2) Confeccionar la tabla de utilidades medias de la población encuestada sobre los estados de salud, para los distintos horizontes temporales y las alternativas.
- 3) Confeccionar los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) con los datos anteriores de las tablas. De ahí obtendremos las tablas de AVAC con descuento o sin descuento.
- 4) Calcular los costes de cada una de las alternativas.
- 5) Elaborar las tablas de vida (LEAGUE TABLE) o tablas costes/AVAC con tasa de descuento o sin descuento.
- 6) Realizar el análisis marginal de AVAC y costes.
- 7) Realizar los análisis de fiabilidad, validez y sensibilidad de los diferentes test estadísticos.

Análisis Coste-Utilidad

A

■ Ejemplo

El Departamento de Salud de Gran Bretaña puso a disposición de sus médicos tablas de coste utilidad sugiriendo que fueran empleadas para decidir cuales tratamientos o procedimientos emplear en base a su coste-utilidad, medida en libras esterlinas por año de vida ajustado por calidad de vida (AVAC) a agosto de 1990.

Tratamiento	Coste/AVAC
Neurocirugía para trauma craneano	240
Implantación de marcapaso	1.100
Reemplazo de Cadera	1.180
Despistaje de cáncer de mama	5.780
Transplante de corazón	7.840
Diálisis peritoneal continua ambulatoria	19.870
Hemodiálisis hospitalaria	21.970

■ Conceptos relacionados

Evaluación de tecnologías sanitarias, análisis de costes, economía de la salud, priorización, toma de decisiones.

■ Para seguir leyendo

- Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GM. Methods for Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford: Oxford University Press; 1987.
- Pinto-Prades JL, Puig-Junoy J, Ortún-Rubio V. Análisis Coste Utilidad. Aten Primaria. 2001; 27:569-73.
- Hidalgo A, Corugedo I, del Llano J. Economía de la salud. Madrid: Ed. Pirámide; 2000.

Análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades)

A

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Análisis FODA o SWOT, matriz de impacto.

■ Definición

El análisis DAFO es un método sencillo para ayudar a la toma de decisiones estratégicas haciendo explícitas las oportunidades detectadas, teniendo en cuenta las amenazas propias de la decisión y tomando conciencia de cuáles son las debilidades y fortalezas de la organización que se enfrenta a la decisión. El principal objetivo de un análisis DAFO es ayudar a una organización a identificar sus ventajas competitivas para usarlos como soporte en los cambios organizativos, consolidando las fortalezas, minimizando las debilidades, aprovechando las oportunidades y eliminando o reduciendo las amenazas. El análisis DAFO se basa en dos técnicas de estudio: el análisis interno y el análisis externo de una organización.

■ Otros aspectos de interés

- **Análisis interno de la organización:** (Liderazgo, estrategia, personas, alianzas/recursos y procesos). Para realizar este análisis se ha de considerar la valoración de los recursos, actividades y riesgos
- **Fortalezas:** Describen los recursos y las destrezas que ha adquirido la empresa, ¿en qué nos diferenciamos de la competencia?, ¿Qué sabemos hacer mejor?
- **Debilidades:** Describen los factores en los cuales poseemos una posición desfavorable respecto a la competencia.
- **Análisis Externo de la organización** (Mercado, sector y competencia)
- **Oportunidades:** Describen los posibles mercados, nichos de negocio... que están a la vista de todos, pero si no son reconocidas a tiempo significa una pérdida de ventaja competitiva.
- **Amenazas:** Describen los factores que pueden poner en peligro la supervivencia de la organización, si dichas amenazas son reconocidas a tiempo pueden esquivarse o ser convertidas en oportunidades

Análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades)

A

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La matriz de DAFO constituye la primera fase de conclusiones previas al establecimiento de los objetivos dentro de un proceso de planificación o plan estratégico. En el caso de un Hospital, este se encontrará en una posición de desgaste si existen amenazas en el entorno pero existen puntos fuertes. Estará sin embargo en situación vulnerable si a estas amenazas se responde con debilidades. En el caso de que en el entorno se den oportunidades y existan puntos fuertes la organización se encontrara en una posición de éxito. Su utilización en el sistema sanitario abarca diferentes niveles, desde planes estratégicos, planificación asistencial, toma de decisiones en unidades clínicas, etc.

■ Ejemplo

Análisis interno Análisis externo	Fortalezas <ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de información • Coordinación, asignación de funciones protocolarizada • Buenas relaciones internivel • Buena comunicación externa (Gabinete de prensa) • Capacidad de autoevaluación 	Debilidades <ul style="list-style-type: none"> • Fallo en circuitos de comunicación interna y coordinación internivel • Limitada formación de profesionales sanitarios no relacionados directamente con la epidemiología • Escasez de recursos técnicos
Amenazas <ul style="list-style-type: none"> • Situación de alarma social • Medios de comunicación • Características de la enfermedad • Intereses políticos y otras administraciones 	Afronta amenazas <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas y recomendaciones vía telefónica • Fluidez en la comunicación con los medios • Entrenamiento en situaciones de crisis y/o alarma social 	Debilidades <ul style="list-style-type: none"> • Mantener activos los circuitos disponibles • Formación e información de profesionales implicados • Disponibilidad de laboratorios virología
Oportunidades <ul style="list-style-type: none"> • Colaboración, dirección del colegio y otras entidades que participan • Medios de comunicación 	Mantener fortalezas <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento protocolos SVEA • Facilitar la comunicación internivel • Adaptar la experiencia previa en la reducción y control de nuevas situaciones de alarma social 	Explotar oportunidades <ul style="list-style-type: none"> • Programas de formación en escuelas de prevención y promoción de la salud • Medios como referencia para difundir información sanitaria

SVEA: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía

■ Conceptos relacionados

Plan estratégico, misión de la organización.

■ Para seguir leyendo

Asenjo MA. Gestión diaria del hospital. Barcelona: Masson; 2006. pp. 89-90

Análisis de Disponibilidad a Pagar

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

DAP, Willingness to pay analysis (WTP).

■ Definición

El análisis de la disponibilidad a pagar (DAP) de un agente para un determinado programa o tecnología sanitaria es otro método de evaluación económica basado en la construcción de un mercado hipotético (o la simulación de condiciones especiales en mercados ya existentes) para la intervención sanitaria sometiendo al encuestado a una serie de preguntas de las que se deduzca la cantidad máxima de dinero que este estaría dispuesto a pagar a cambio de participar en el programa o utilizar la tecnología sanitaria objeto del análisis, o, de otro modo, la cantidad mínima aceptable en compensación por negársele el acceso a ella. Esta disposición a pagar refleja la intensidad de la preferencia por recibir un tratamiento, solucionando el problema de cuantificación económica de los diferentes estados de salud que se producen.

■ Otros aspectos de interés

La disponibilidad a pagar (DAP) y la disponibilidad a aceptar/a ser compensado (DAC) son las medidas correctas de la teoría del bienestar que intentan valorar monetariamente beneficios y pérdidas de bienestar que un individuo experimenta cuando un proyecto se introduce o se suprime.

Diversas son las modalidades de entrevista utilizadas: entrevista personal, entrevista telefónica o cuestionarios por correo. Normalmente el cuestionario utilizado en un estudio de valoración contingente consta de tres partes diferenciadas: La primera sección, de carácter introductorio, presenta el bien a valorar y las circunstancias hipotéticas que afectarán al individuo en su valoración. El segundo elemento describe el mercado hipotético y el método de pago. El método de pago puede definirse como pago directo, donación, o también pueden usarse impuestos. Sea cual sea la opción tomada, ésta debe parecer clara a la persona que se entrevista para evitar sesgos en las respuestas. Por ejemplo cuando se escoge el tipo de impuesto se puede inducir a reacciones de rechazo. Un individuo puede no estar de acuerdo en pagar por la conservación de las especies a través de un incremento en los impuestos y si de acuerdo en hacer una donación. La decisión sobre que vehículo de pago escoger suele ser aquella que aparezca como más neutra de

Análisis de Disponibilidad a Pagar

A

acuerdo con la experiencia de otros estudios o el que se utilizaría si el cambio se llevara a cabo. Finalmente la tercera sección hace referencia al proceso de valoración del bien, donde se pregunta al individuo la cantidad máxima que estaría dispuesto a pagar (o disposición a aceptar/ser compensado) por el cambio en la provisión de un bien. Los formatos de pregunta existentes pueden ser abiertos, cerrados o mixtos. La parte final de la encuesta incluye información socioeconómica (renta, profesión, ocupación, nivel de estudios...) y demográfica (edad, lugar de residencia...) de la persona entrevistada. Las preguntas a incluir están directamente relacionadas con el tipo de bien que se pretende valorar. Su utilidad reside en la posibilidad de validar los datos monetarios obtenidos y de interpretar la variación de las respuestas entre individuos.

El principal punto débil es recrear una situación de la vida real para que el encuestado pueda probar su disposición así como las repercusiones negativas que existen entre la disposición a pagar y la capacidad de pagar en las nociones básicas de equidad.

Existen diferentes diseños de encuestas para dichos estudios. Hay básicamente dos familias de métodos para pedir a los encuestados que declaren su disposición a pagar/ser compensado: el formato abierto (*open-ended format*) y el formato cerrado (*close-ended*) con algunas extensiones.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Unos de los problemas más frecuentes en la realización de un estudio de evaluación de coste-beneficio es la cuantificación en términos monetarios de determinados estados de salud. La imputación de costes es esencial en este tipo de análisis y dependiendo de la perspectiva del estudio tienen o no relevancia costes indirectos e intangibles que desde la perspectiva por ejemplo de un hospital no tendrían relevancia alguna. Aunque se acepta por regla general en los estudios españoles la no inclusión de costes indirectos en determinadas medidas de impacto de tecnologías en enfermedades crónicas su estimación es esencial.

■ Ejemplo

En la tabla presentamos ejemplos aplicados en el medio sanitario Español

Referencia	Objeto de Estudio	Fecha de encuesta	Modo entrevista	A quien se entrevistó	Vehículo de pago	Formato de pregunta	Valor medio DAP	Muestra
1998, Dalmau	Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) como alternativa al ingreso hospitalario.	Mayo-diciembre 1996	Personal	Pacientes sometidos a CMA	Precio directo	Dicotómico simple con pregunta abierta	1.500 Ptas./hora	228
1998, Pilo, Sánchez y Rovira	Ventajas de un tratamiento oral como alternativa al tratamiento intravenoso, en el tratamiento de la reinitis en enfermos en fase terminal de SIDA.	No disponible	Personal	Población general (mediante anuncio en prensa)	Precio directo	Cartón de pagos	32.740 Ptas./mes	50
1999, Costas y Rovira	Disponibilidad a asignar recursos entre 10 programas sanitarios alternativos.	Diciembre-junio 1998	Grupo focal	5 grupos seleccionados según procedencia social	Impuestos pagados (max cantidad 4.000 millones de ptas.) Precio directo	Abierta	708 millones a un programa de cáncer	58 en 5 grupos
1999, Vázquez-Rodríguez y Labandiera	Costes en salud derivados de la contaminación en la ciudad de Vigo.	Neutral: Octubre 1997 Específico: Octubre 1998	Personal	Población general de la ciudad Vigo	Precio directo	Cartón de pagos	Admisión hospitalaria neutral: 146.930 ptas./episodio Específico: 28.796 ptas./episodio	Neutral: 449 Específico: 489

Análisis de Disponibilidad a Pagar

A

■ Conceptos relacionados

Valoración contingente, preferencia declarada

■ Para seguir leyendo

- Costa J, Rovira J. Elicitation of health system benefits: the willingness to assign approach. *Trabajo presentado en el UK Health Economics Study Group Meeting (HESG)*. University of Birmingham, 1999.
- Hidalgo A, Corugedo I, del Llano J. *Economía de la salud*. Madrid: Ed. Pirámide; 2000.

Análisis de minimización de costes

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

AMC, *Cost-minimization Analysis*.

■ Definición

El análisis de minimización de costes es un método de evaluación económica que se utiliza cuando al comparar dos o más alternativas (terapéuticas, diagnósticas, preventivas) se obtienen los mismos resultados de eficacia y/o efectividad. En estos casos la diferencia en términos de eficiencia económica de cada opción radica en el coste que incorpora. La comparación de este coste es lo que se denomina análisis de minimización de costes.

■ Otros aspectos de interés

Requisito imprescindible es la fiabilidad del estudio en el que se recogen los datos de eficacia. Para ello se analizará el diseño del estudio, la medida del resultado y el análisis estadístico realizado. Respecto de este punto, un parámetro fundamental es el del tamaño de la muestra analizada. Aunque parezca obvio que de una muestra minúscula, no se puedan extraer conclusiones válidas, quizá no lo sea tanto cuando la muestra aumenta de tamaño. Porque si no ha habido un cálculo previo de cuál ha de ser su dimensión mínima, en función del resultado buscado, los datos allí obtenidos no se podrán extrapolar al universo de los elementos. Otro parámetro esencial es la demostración de la igualdad de los resultados de eficacia de cada alternativa. Habitualmente no se obtendrán resultados idénticos en los estudios utilizados, pero de ello no se puede concluir que el tratamiento que presenta mayor magnitud sea el más eficaz. Para poder concluir esto es preciso demostrarlo previamente con un análisis estadístico que elimine las desviaciones debidas al azar. En función de las desviaciones de los resultados con la media aritmética de los mismos y, con el tamaño de la muestra, será preciso una distinta diferencia de los resultados de ambas estrategias para concluir que son o no distintas.

Análisis de minimización de costes

A

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Uso racional de los medicamentos.

■ Ejemplo

Vancomycin vs teicoplanin in the treatment of Gram-positive infections: a pharmaco-economic analysis in a Turkish University Hospital. *Pharmacy World & Science*. Sancar AA et al. 30(6):916-23, 2008

El objetivo de este estudio fue estimar y comparar los costes de vancomicina y teicoplanina en el tratamiento intrahospitalario de infecciones por Gram positivos en un Hospital, en este caso de Ankara. La metodología de evaluación económica partía desde un punto de vista de los proveedores de la asistencia sanitaria. Para ello recogen datos de 76 pacientes hospitalizados, que han sido tratados de infecciones por Gram positivos con Vancomicina y otros con teicoplanina. Se analizan datos clínicos de los pacientes y de costes. Se estima que el coste medio por tratamiento y paciente fue de 1,101 EUR para teicoplanina y de 884 EUR para vancomicina, con un análisis estadístico que no encuentra diferencias en cuanto al resultado obtenido por las dos drogas para ese coste total. ($p = 0.33$). Por ello el estudio demuestra que la media del coste de tratamiento de dichos fármacos no difieren significativamente entre sí.

■ Conceptos relacionados

Análisis de costes, evaluación de tecnologías sanitarias, priorización.

■ Para seguir leyendo

- Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GM. *Methods for Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford University Press; 1987.
- Hidalgo A, Corugedo I, del Llano J. *Economía de la salud*. Madrid: Ed. Pirámide; 2000.

Años de vida ajustados por calidad

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

AVAC, Quality-Adjusted Life-Year (QALY).

■ Definición

Un AVAC es un año de vida ajustado por la calidad de la vida que implica. Cuando esta calidad es plena o perfecta el índice corrector de calidad que acompaña al año de vida ganado será de 1, y en caso extremo, la ausencia plena de calidad equivaldrá a un 0. Para el estudio de la calidad de vida se emplean tablas que miden el bienestar general y otras variables relevantes: analiza las funciones de la vista, audición, conversación, movilidad, destreza, función cognitiva, estado de ánimo y dolor. La forma de medir en AVAC los beneficios de un programa sanitario consiste en identificar los años de vida potencialmente ganados por la aplicación de dicho programa ponderados por la calidad de vida que se estima a través de estas tablas e indicadores.

En la evaluación económica, los costes se miden en unidades monetarias, y los beneficios, como hemos indicado anteriormente, generalmente en AVAC. De acuerdo con este criterio, entre diferentes programas alternativos, se suele elegir el que ofrece un menor coste por AVAC o, en otras palabras, el que proporciona mayor número de AVAC por coste.

■ Ejemplo

Si un tratamiento aumenta la esperanza de vida en cuatro años, y a cada año se le otorga una calidad de vida de 0,6, entonces el resultado final sería de 2,4. Si no se proporciona tratamiento, la persona vivirá un año con una calidad de 0,4, dando un resultado de 0,4. La diferencia entre estos valores es 2,0 ($2,4 - 0,4$) y se define como el AVAC del tratamiento.

Cuando se calculan los costes deben tenerse en cuenta desde la primera visita al médico de familia hasta la última vez que toma el medicamento. Para obtener la proporción coste/AVAC deben dividirse los costes totales por el valor del AVAC. Si por ejemplo, los costes totales han sido de 80.000 euros, la relación coste/AVAC será 80.000 dividido entre 2,0: 40.000 euros.

Años de vida ajustados por calidad

A

■ Conceptos relacionados

Efectividad, medida de resultado, preferencias, Análisis de evaluación económica, ACU, ACE.

■ Para seguir leyendo

- Sassi F. Calculating QALYs, comparing QALY and DALY calculations. Health Policy Plann. 2006; 21:402-8.
- Hidalgo A, Corugedo I, del Llano J. Economía de la salud. Madrid: Ed. Pirámide; 2000.

Asistencia sanitaria basada en la evidencia

A

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Evidence-based healthcare

■ Definición

Es un enfoque científico de la gestión de la atención sanitaria centrado en la toma de decisiones basadas en la evidencia sobre pacientes individuales, grupos de pacientes o poblaciones. Su base es la epidemiología clínica. Es hacer correctamente las cosas correctas.

■ Otros aspectos de interés

La creciente necesidad de una asistencia sanitaria basada en la evidencia viene empujada por una demanda de atención sanitaria cada vez mayor cuyas causas principales son el envejecimiento de la población, las nuevas tecnologías y conocimientos, las expectativas de los pacientes y las expectativas de los profesionales. Las barreras en su aplicación están basadas en la falta de motivación y competencia en la obtención, divulgación y utilización de las evidencias. Persigue el máximo beneficio sanitario al menor riesgo y coste.

■ Ejemplo

Mujer con dolor pélvico remitida por su médico general a distintos especialistas y sometida a endoscopia y laparoscopia en sucesivos intentos de eliminar el dolor. Ante la persistencia del mismo su médico general le remite a sesiones de psicoterapia cognitiva experimentando mejora. Ciertamente, la relación beneficio-riesgo-daño no fue tenida en cuenta así como el impacto económico de no haber seguido el marco conceptual que plantea el modelo JBI: generación, síntesis, transferencia y utilización de la evidencia en las intervenciones sanitarias.

■ Conceptos relacionados

Atención sanitaria basada en la evidencia, Modelo del Instituto Joanna Briggs, Colaboración Cochrane

■ Para seguir leyendo

- Muir Gray JA. Atención Sanitaria basada en la evidencia: cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Madrid: Churchill Livingstone España; 1997.
- Pearson A, Wichuela R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based health care. *Int J Evid Healthc.* 3: 207-15.

Aseguramiento sanitario privado

A

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Private health care insurance

■ Definición

El aseguramiento sanitario privado es una modalidad de seguro, también conocido como seguro médico o seguro de salud, por el cual una persona física o jurídica toma o suscribe una póliza (individual o colectiva) con una entidad aseguradora comprometiéndose al pago de las primas y adquiriendo el derecho a la prestación de los servicios contratados en su póliza como consecuencia de los siniestros o contingencias de carácter asistencial cubiertas en contrato que pudieran producirse o derivarse.

■ Otros aspectos de interés

El aseguramiento sanitario privado en España engloba algo más de 7 millones de ciudadanos que han suscrito una póliza de seguro asistencial privado, lo que representa acerca del 14% de la población. El montante anual de primas del sector representa el 5% del total de gasto sanitario.

Las dos modalidades prevalentes de seguro privado de enfermedad son: asistencia sanitaria 95% de pólizas y reembolso de servicios (5% del total de pólizas).

Mediante la modalidad de asistencia sanitaria, el asegurador se compromete a proporcionar a las personas aseguradas asistencia médica y hospitalaria por medio de un cuadro concertado de profesionales y centros que la entidad pone a su disposición.

Hay tres grandes tipos de seguros de asistencia sanitaria: 1) individuales: existe un solo asegurado; 2) familiares: en un mismo contrato se da cobertura a los cónyuges, hijos y ascendientes que convivan con el titular del contrato; 3) colectivos: agrupan a varias personas sin parentesco entre sí. Los más habituales son los referidos a los trabajadores de una empresa o miembros de colegios profesionales.

■ Conceptos relacionados

Cobertura asistencial privada (*private healthcare coverage*). Red asistencial privada (*private healthcare network*). Seguro médico privado (*private medical insurance*). Seguro de enfermedad (*sickness insurance*). Seguro de salud (voluntary health insurance). Compañía de seguros de asistencia sanitaria privada (*health plan*).

■ Para seguir leyendo

- Ruiz Ferrán J. La Medicina Gestionada en el Aseguramiento Sanitario Privado en España (Tesis Master en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios). Madrid: ICADE, Universidad Pontificia de Comillas y Fundación Gaspar Casal; 2000.

Audit médico

A

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

Auditoría clínica, *clinical audit*

■ Definición

Revisión retrospectiva de historias clínicas por clínicos cualificados, para evaluar la calidad de la atención prestada e identificar deficiencias que permitan establecer mejoras en la calidad asistencial. En el audit clásico, uno o más revisores médicos aplican sus propios criterios para evaluar la calidad o la adecuación de la asistencia prestada. Su principal ventaja es la posibilidad de revisar todos los aspectos de la asistencia (nivel asistencial, momento, intensidad y volumen de cuidados y calidad) con excepción de las relaciones interpersonales. Sin embargo, la información utilizada por el revisor para la evaluación no es explicitada, y los resultados del audit son muy dependientes de los conocimientos, experiencia, habilidad y criterios del revisor.

Su correcta utilización requiere la selección y formación de revisores (necesariamente médicos con experiencia en la atención a evaluar, lo que implica un elevado coste), la estructuración formal del proceso de revisión y la resolución sistemática de las diferencias entre revisores. Es importante señalar que la evaluación de la calidad de las decisiones asistenciales debe ser evaluada con la información disponible en el momento en que se tomó la decisión (y no con la información posterior disponible para el revisor pero no para el médico que tomó la decisión original).

El *National Health Service* (NHS) del Reino Unido, que desde 1993 utiliza el audit como instrumento sistemático de mejora de calidad, lo definió como “un proceso de mejora de la calidad que busca mejorar la atención de los pacientes y los resultados a través de una revisión sistemática de la atención mediante unos criterios explícitos y la implementación del cambio”. Esta definición amplía el marco del audit clásico (revisión de historias clínicas) para equiparlo a los procesos de ciclo de mejora.

■ Otros aspectos de interés

El audit con criterios implícitos está sujeto a importantes limitaciones (estilos de práctica del revisor, bajo nivel de fiabilidad entre revisores, alto coste) e incluso a los motivos por los que se decidió evaluar un servicio o un tipo de atención. Actualmente la tendencia es desarrollar instrumentos basados en la evidencia existente sobre la efectividad de determinadas pruebas y tratamientos y verificar en la historia que tales prácticas se realizaron.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Aunque el audit esta extraordinariamente extendido en algunos países, como el Reino Unido o Estados Unidos, es muy inusual en el Sistema Nacional de Salud, donde son raros los estudios de calidad basados en la revisión de historias clínicas, y más rara aun la aplicación sistemática del audit como instrumento de mejora de calidad.

■ Ejemplo

Marín Gómez et al [Marín Gómez M, Navarro MJ, Peiró S, Trenor Gomis C, Payá A, Bernal Delgado E, Hernández Royo A. La calidad de la atención al hombro doloroso. Audit clínico. Gac Sanit. 2006; 20(2):116-2] realizaron un audit de 245 historias clínicas (HC) de pacientes no quirúrgicos atendidos en 1999-2000 por hombro doloroso en dos hospitales públicos. Los autores establecieron indicadores objetivos de calidad de la anamnesis, exploración física, diagnóstico y tratamiento, basados en revisiones sistemáticas de ensayos clínicos, guías de práctica y revisión por expertos (ver tabla).

Audit médico

A

Criterios de calidad empleados en la revisión de historias clínicas por problemas de hombro doloroso			
Anamnesis	La historia clínica de los pacientes que presenten un nuevo episodio de hombro doloroso debe incluir al menos 4 de los siguientes criterios	1	Duración del dolor
		2	Dolor nocturno
		3	Localización del dolor
		4	Evolución del dolor a lo largo del día
		5	Actividad en el momento en el que empezó el dolor
		6	Actividades que empeoran el dolor
		7	Antecedentes de traumatismo
		8	Antecedentes quirúrgicos
		9	Intervenciones terapéuticas hasta el momento
		10	Problemas en otras articulaciones
Exploración física	La historia clínica de los pacientes que presenten un nuevo episodio de hombro doloroso debe incluir al menos 3 de los siguientes criterios	1	Rango pasivo de movilidad que incluya antepulsión, abducción, rotación interna, rotación externa, aducción y extensión
		2	Rango activo de movilidad que incluya antepulsión, abducción, rotación interna y rotación externa.
		3	Exploración de la contracción muscular isométrica antepulsión, abducción, rotación interna, rotación externa, flexión y extensión del codo.
		4	Presencia o ausencia de arco doloroso aislado
		5	Prueba del brazo caído
		6	Prueba de la presencia de signos de impingement
		7	Prueba de lesión del subescapular, supraespinoso e infraespinoso
		8	Palpación para localizar el lugar del dolor
		9	Examen cervical
		10	Prueba de inestabilidad
Diagnóstico	El diagnóstico debe constar en la historia clínica		
Tratamiento	A los pacientes diagnosticados de síndrome de "impingement" se les debe haber propuesto al menos una de las siguientes alternativas: 1) AINE en el momento de presentación de la patología; 2) infiltración intraarticular de corticosteroides en la primera semana.		
	A los pacientes diagnosticados de síndrome de "impingement" se les debe haber propuesto en las 4 primeras semanas tras el diagnóstico, al menos una de las siguientes alternativas: 1) fisioterapia; 2) instrucciones para un programa de ejercicios a domicilio		
	A los pacientes diagnosticados de rotura moderada o grave del manguito de los rotadores que no han visto un cirujano ortopédico en las dos semanas anteriores, se les debe haber propuesto ser derivados a COT en el momento del diagnóstico.		
	Los pacientes diagnosticados de "capsulitis adhesiva" deben haber recibido instrucciones para realizar ejercicios de hombro en el momento del diagnóstico		
AINE: antiinflamatorios no esteroideos; COT: Cirugía ortopédica y traumatología.			

La revisión de las HC se realizó por dos médicos rehabilitadores. Los resultados mostraron diversas deficiencias, de mayor o menor relevancia clínica, en el manejo del hombro doloroso: Un 76,3% de las HC no recogían 4 ó más de los 10 criterios de calidad de la anamnesis, un 61,6% no incluían 3 ó más de los 10 criterios de calidad de la exploración física y un 7,7% no tenía el diagnóstico anotado; el 96,9% de los 98 pacientes con síndrome subacromial no cumplían el criterio de tratamiento antiinflamatorio o infiltración en los tiempos pre-establecidos, y a un 15,3% no se les había propuesto fisioterapia o ejercicio programado en las 4 semanas tras el diagnóstico; al 95,8% de los 24 pacientes con rotura del manguito de rotadores no se les propuso evaluación temprana para posible cirugía, y el 86,7% de los 15 casos de capsulitis adhesiva no recibieron instrucciones para realizar ejercicio programado en los tiempos propuestos.

■ Conceptos relacionados

Historias clínicas (*medical records*); revisión de la utilización (*utilization review*); evaluación de calidad (*quality assessment*).

■ Para seguir leyendo

- Abilleira S, Gallofré M, Ribera A, Sánchez E, Tresserras R. Quality of in-hospital stroke care according to evidence-based performance measures: results from the first audit of stroke, Catalonia, Spain. *Stroke*. 2009;40(4):1433-8.
- Heamshow H, Harper R, Cheater F, Baker R, Grinshaw G. A study of the methods used to select review criteria for clinical audit. *Health Technology Assessment*. 2002;6(1):1-78.
- Johnston G, Crombec JK, Davis HTO, Alder EM, Miland A. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Qual Health Care*. 2000;9:23-36.
- Secretaries of State for Health, Wales, Northern Ireland, and Scotland. *Medical audit. Working Paper 6*. London: HMSO; 1989.
- Turón JM, Librero J, Díaz GJ, García JJ, Beltrán C, Abal F on Behalf of the Redimer Study Group Semfyc. Auditing secondary prevention of ischaemic heart disease in rural areas of Spain: an opportunity for improvement. *Eur J Gen Pract*. 2006;12(4):156-62.

Autonomía del paciente

A

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Libertad del paciente. Patient autonomy.

■ Definición

Es el derecho ineludible que tiene todo ser humano de decidir y disponer sobre todo lo que corresponde a su cuerpo. Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus fines y de obrar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas y abstenerse a la vez de oponer obstáculos a sus acciones, a no ser que estas sean claramente perjudiciales para los demás. La autonomía del paciente se vincula con otro derecho también fundamental de la ética: la beneficencia u obligación.

■ Otros aspectos de interés

El concepto de autonomía del paciente surge después de la Segunda Guerra Mundial, más precisamente de los argumentos vertidos durante el juicio de Nuremberg que indicaban que ninguna persona podía ser utilizada para experimentación sin su previo consentimiento. Otro de sus orígenes es la Declaración de los Derechos Humanos a partir del cual se produjo un profundo cambio del concepto de medicina paternalista, en la que el médico era el que era el portador del saber absoluto y el enfermo el que obedecía.

En el ejercicio paternalista de la medicina -que no reconoce ampliamente los derechos de los pacientes- prima la beneficencia sobre la autonomía. Sin embargo, la autonomía del paciente es la base en la que se asienta el consentimiento informado, herramienta fundamental para la prevención del riesgo legal de la praxis médica.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, más citada como la Ley Básica de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, BOE núm. 274, de 15-11-2002, pp. 40126-40132), entró en vigor el 16 de mayo de 2003.

Su aplicación es relativa a los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, de los centros y servicios sanitarios públicos y privados. Dicha Ley, que fue aprobada casi por unanimidad en noviembre de 2002 por el Congreso de los Diputados, regula las voluntades anticipadas, el consentimiento informado y la historia clínica, así como otros aspectos relacionados con el derecho del paciente a la información sobre su estado de salud.

Para el médico, esta nueva Ley implica un destacado cambio en la naturaleza de las relaciones asistenciales pues exige al profesional médico una nueva actitud frente a la cesión, gestión y tratamiento de la información relativa a la salud del paciente.

En esta Ley se especifican varios conceptos necesarios de reseñar:

- **Voluntades anticipadas.** También conocidas como testamento vital o instrucciones previas (dependiendo de la terminología adoptada en cada Comunidad Autónoma), las voluntades anticipadas posibilitan al paciente manifestar su voluntad sobre los tratamientos y cuidados de salud cuando no sea capaz de expresarlos personalmente.
- **Historia clínica.** La Ley Básica de Autonomía del Paciente define la historia clínica como el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. De este modo, la historia clínica deberá contener la información trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente.
- **Consentimiento informado.** El consentimiento informado se produce cuando un paciente da su consentimiento a un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico tras haber sido informado por su médico.
- **Mayoría de edad sanitaria.** La mayoría de edad sanitaria es un nuevo concepto jurídico incorporado por la Ley Básica de Autonomía del Paciente y se establece en los 16 años o por emancipación, siempre que la persona no esté considerada como incapacitada o incapaz.

Autonomía del paciente

A

■ Conceptos Relacionados

Voluntades Anticipadas, Consentimiento Informado.

■ Para seguir leyendo

- LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274 Viernes 15 noviembre 2002
- Simón Lorda P, Rodríguez Salvador JJ, Martínez Marotoc A, López Pisad R M, Júdez Gutiérrez J. Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. Med Clín (Barc). 2001; 117:99-106
- Beauchamp T, Childress J. El respeto a la autonomía. En: Principios de Ética Biomédica. Barcelona: Masson; 1999, pp 113-77.
- Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Edema;1989.

*DICCIONARIO DE
GESTIÓN SANITARIA
PARA MÉDICOS*

B

Baremo

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

Standardised medical fee

B

■ Definición

El baremo consiste en la valoración económica de una determinada intervención asistencial (consulta, prueba diagnóstica, intervención quirúrgica, etc.) por parte de una entidad aseguradora sanitaria privada a efectos de honorarios profesionales o de indemnización por gastos sanitarios incurridos según el tipo de póliza contratada por un asegurado privado. El baremo, conceptualmente, viene a ser en la práctica en la mayoría de casos el honorario profesional rebajado que acepta cobrar un médico concertado con una entidad aseguradora privada, a cambio del volumen asistencial que le proporciona ésta por medio de un concierto que le permite acceder a su cartera de asegurados. El baremo es el elemento central en la relación entre médicos y aseguradoras: el profesional acepta una substancial rebaja en sus honorarios profesionales en relación a que cobraría a un paciente privado, a cambio de un volumen asistencial propiciado por la compañía aseguradora.

■ Otros aspectos de interés

Los baremos de cada especialidad médica son fijados por cada entidad aseguradora privada y están directamente asociados a cada concepto del Nomenclátor de su especialidad.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Baremos en conciertos, pagos y cobros a terceros.

■ Ejemplo

El baremo de una consulta para un médico internista (código X) es de 24 €, mientras que el baremo para un cirujano general que practica una colecistectomía no complicada (código Y) es de 432 €, y para un obstetra el baremo para una cesárea (código Z) es de 525 €.

■ **Conceptos relacionados**

Nomenclátor (*list of medical procedures*). Honorarios profesionales (*professional fees*). Pago por acto médico (*fee-for-service*).

■ **Para seguir leyendo**

- Fontcuberta C. ¿Gestión de una consulta privada? 100 preguntas más frecuentes. Madrid: EDIMSA; 2005.

B

Benchmarking

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Evaluación por comparación. Marcación de referencia.

■ Definición

Es un proceso sistemático y continuo para evaluar los productos, servicios y procesos de trabajo de las organizaciones que son reconocidas como representantes de las mejores prácticas, con el propósito de realizar mejoras organizacionales. (Michael J. Spendolini)

Es el procedimiento de gestión, mediante el cual una organización compara sus actividades y resultados respecto de las organizaciones más destacadas y sobresalientes de su ámbito o sector, con objeto de intentar mejorar los propios en razón de la información así obtenida.

El benchmarking podría definirse como una herramienta de gestión que pretende identificar y definir los aspectos que hacen que una empresa u organización sea más eficiente que otra, para después adaptar el conocimiento adquirido a las características de cada organización. Aplicado a la Gestión Clínica, permite comparar al instante un conjunto de aspectos clave para analizar el posicionamiento de un servicio clínico concreto respecto a un conjunto de servicios similares.

■ Otros aspectos de interés

Benchmarking no es un mecanismo para determinar reducciones de recursos. Los recursos se reasignarán de la forma más eficiente a las necesidades del cliente y dirigidos a la satisfacción del mismo.

Benchmarking no es una panacea o un programa. Tiene que ser un proceso continuo de la administración que requiere una actualización constante: la recopilación y selección constante de las mejores prácticas y desempeño externos para incorporarlos a la toma de decisiones y las funciones de comunicaciones en todos los niveles del negocio. Debe tener una metodología estructurada para la obtención de información, sin embargo debe ser flexible para incorporar formas nuevas e innovadoras de gestión.

Benchmarking no es un 'cuaderno de bitácora' de una organización al que se recurre en la búsqueda de ingredientes llevados a cabo en tareas o trabajos previos y utilizarlos a posteriori como garantía de éxito.

Benchmarking es un proceso de descubrimiento y una experiencia de aprendizaje.

Benchmarking no sólo es una moda pasajera, sino que es una estrategia de negocios ganadora. Ayuda a la consecución de un desempeño excelente.

Benchmarking es una nueva forma de hacer negocios. Obliga a utilizar el punto de vista externo asegurando así la corrección en la fijación de objetivos.

Es un nuevo enfoque administrativo. Obliga a la evaluación constante de las acciones internas comparándolas con estándares externos de prácticas llevadas a cabo en otras organizaciones.

Es una estrategia que propicia el trabajo en equipo, fomenta la competitividad, y minimiza así la subjetividad en la toma de decisiones.

■ **Conceptos relacionados**

Gestión de la calidad por procesos. Dotación de recursos. Actividad realizada. Productividad de los recursos. Funcionamiento.

■ **Para seguir leyendo**

- Timbie JW, Newhouse JP, Rosenthal MB, Normand SLT. A Cost-Effectiveness Framework for Profiling the Value of Hospital Care. *Med Decis Making*. 2008; 28: 419-34.
- Llano J, Coduras A, Raigada F, Aranda L, Quecedo L et al, Comportamiento de cinco hospitales con distinta persona jurídica en la gestión de tres procesos asistenciales, *SEDISA s. XXI*. 2008; 8: 44-55.
- González López-Valcárcel B. Ya sabemos detectar los hospitales coste-efectivos. *Gest Clin Sanit*. 2008; 10:106.
- Pujol Ribera E, Gené Badía J, Sans Corrales M, Sampietro-Colom L, Pasarín Rúa MI, Iglesias-Pérez B, et al. El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. *Gac Sanit*. 2006; 20:209-19.
- Gómez-Jiménez J, Becerra O, Boneua F, Burgués L, Pàmies S. Análisis de la casuística de los pacientes derivables desde urgencias a atención primaria. *Gac Sanit*. 2006; 20:40-46.

Burnout, síndrome de

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Síndrome de desgaste profesional.

■ Definición

El término inglés “Burnout” hace referencia a una disfunción psicológica que parece suceder de un modo más común, entre trabajadores cuya labor se realiza en relación directa con la gente. Es la consecuencia de elevados niveles de tensión en el trabajo, frustración personal y actitudes inadecuadas de enfrentamiento a situaciones conflictivas. Supone por tanto un coste personal, de organización y social que pueden llegar a ser muy importantes.

En el personal sanitario se materializa como una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar.

■ Otros aspectos de interés

Éste agotamiento psíquico viene determinado por:

- a) conflictos entre terapeutas e incertidumbre frente a tratamientos, que desencadena: un encarnizamiento terapéutico, falta de autonomía en la organización, falta de reconocimiento por parte de los enfermos, enfrentamiento con la enfermedad y la muerte, falta de respeto por su trabajo.
- b) falta de apoyo y trabajo excesivo por falta de efectivos, tareas paralelas, falta de tiempo, etc.

Sobre las causas a parte de las situaciones anteriormente señaladas existen otras muchas que influyen en este proceso: salarios insuficientes o mejor aún, percepción de injusticia de salarios y obligaciones, lista de espera, discrepancias entre valores personales y exigencias laborales, falta de autonomía, temor a ser denunciados, etc.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Varios son los cuestionarios utilizados para evaluar el nivel de “burnout” que afecta a los trabajadores de un centro o sistema sanitario. El más extendido y fácil de aplicar es el cuyos ítems se exponen en la siguiente tabla.

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory	
1.	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2.	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.
3.	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.
4.	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.
5.	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6.	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
7.	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.
8.	Siento que mi trabajo me está desgastando.
9.	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.
10.	Siento que me he hecho más duro con la gente.
11.	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
12.	Me siento con mucha energía en mi trabajo.
13.	Me siento frustrado en mi trabajo.
14.	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
15.	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.
16.	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
17.	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.
18.	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.
19.	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20.	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
22.	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
23.	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.

■ Ejemplo

El estudio determina la prevalencia del síndrome de Burnout y de sus tres componentes (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) entre los profesionales del área de enfermería del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid y su relación con determinados factores sociodemográficos, laborales e institucionales. Métodos: Se realizó un estudio transversal entre los profesionales adscritos al área de enfermería del mencionado hospital. Las variables implicadas se recogieron mediante un cuestionario de elaboración propia. En cuanto al síndrome de Burnout se midió mediante el Maslach Burnout Inventory, en su versión validada en español. Resultados: El personal de enfermería está más despersonalizado ($p=0,004$) y menos realizado ($p=0,036$) que el grupo de auxiliares/ técnicos. Cuando se analizaron los resultados de las 4 escalas por servicios comprobamos que el

Burnout, síndrome de

B

agotamiento es superior en los trabajadores de oncología y urgencias ($p=0,001$), la despersonalización en urgencias ($p=0,007$), y el Burnout es de nuevo más alto en las áreas de oncología y urgencias ($p=0,000$). Los profesionales que respondían que su labor asistencial era poco reconocida obtenían las peores puntuaciones en el Burnout y sus tres dimensiones ($p=0,000$). A menor grado de satisfacción laboral más altas son las puntuaciones en las 4 escalas ($p=0,000$). Conclusiones: Se concluye en el estudio que el perfil del sujeto afecto de Burnout se corresponde con el de un profesional con experiencia laboral que sin embargo manifiesta un escaso grado de reconocimiento a su labor asistencial y un alto nivel de insatisfacción con la gestión de su centro de trabajo. [Ortega P, Astasio P, Calle M et al. Síndrome de burnout en personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev Esp Salud Pública. 2004;78:505-16]

■ Conceptos relacionados

Motivación, Incentivación.

■ Para seguir leyendo

- Maslach C. Burned-out. Can J Psychiatr Nurs. 1979;20(6):5-9.
- Flórez Lozano JA. Síndrome de “estar quemado”. Edikamed; 2000.
- Gebria Andreu J. Commentary: Chronic distress and worker “burnout”: hypotheses about cases and classification. Aten Primaria. 2003. 31(9):572-4.

*DICCIONARIO DE
GESTIÓN SANITARIA
PARA MÉDICOS*

C

Calidad de vida relacionada con la salud

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

CVRS, *health related quality of life*

■ Definición

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) define el impacto de la enfermedad y su tratamiento sobre todos los aspectos de la vida del paciente, incorporando la perspectiva del propio paciente. El concepto de CVRS incorpora múltiples dimensiones como la función física (capacidad para las actividades de la vida diaria y capacidad para el esfuerzo), función psicológica (afectiva y cognitiva), la interacción y función social, las sensaciones somáticas, limitaciones y alteraciones, y la autopercepción de salud.

La CVRS es un concepto subjetivo que sólo puede ser valorado por el propio paciente. La valoración de la CVRS por los profesionales no sólo es inadecuada, sino –como han demostrado varios trabajos en los que estas valoraciones diferían ampliamente de las realizadas por los pacientes- inexacta. Hay que señalar que la subjetividad de las medidas de CVRS no implica una falta de reproducibilidad, pues por lo general, esta es similar a las medidas facilitadas por instrumentos de medida objetivos (incluso tan alta como la de las pruebas de laboratorio).

■ Otros aspectos de interés

Los instrumentos de medida de la CVRS pueden clasificarse en genéricos y específicos. El propósito de los instrumentos genéricos es ser aplicables a una gran variedad de poblaciones y se dividen en perfiles de salud e índices de utilidad. Los perfiles de salud miden diferentes aspectos de la calidad de vida utilizando un sistema de puntuación común. Los más conocidos incluyen el *Medical Outcomes Study Short Form 36* (MOS SF 36), el Perfil de Salud de Nottingham y el Perfil de Impacto de la Enfermedad. Los índices miden la CVRS de modo global en un continuo desde 0 (muerte o peor situación posible) a 1 (salud completa). El más utilizado en nuestro entorno es el *EuroQol*. Los Instrumentos específicos focalizan la medición sobre aspectos que se consideren relevantes para un determinado problema de salud, aumentando la sensibilidad del instrumento sobre esa enfermedad.

Un instrumento de medida debería cumplir fundamentalmente tres requisitos: discriminar, predecir y evaluar. Las claves clinimétricas para el desarrollo y selección de una buena medida vendrán determinadas por su fiabilidad, validez y sensibilidad a los cambios en el estado del paciente.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La medición de la CVRS se ha empleado para:

- Identificar y monitorizar la evolución del estado global de los pacientes individuales, de especial interés en los pacientes con enfermedades crónicas para valorar su progresión y para identificar problemas que pudieran requerir algún tipo de atención.
- Encuestas poblacionales de problemas de salud percibidos, de interés para identificar problemas de calidad de vida tal y como los percibe la población. Las encuestas de salud son un ejemplo típico de esta utilidad.
- Audit médico, utilizando la medición de la CVRS para disponer de otra medida de resultado con la que evaluar los resultados de los centros sanitarios.
- Medida de resultado final –endpoint- en la investigación en servicios de salud, en la investigación clínica o en la evaluación de intervenciones y, sobre todo, en los ensayos clínicos, usualmente añadida a otras medidas de resultados.
- Medida de efectividad en el análisis coste-utilidad para ayudar a la toma de decisiones en la asignación de recursos.

■ Ejemplo

Navarro Collado et al [Navarro Collado MJ, Peiró S, Trénor Gomis C, Ruiz Jareño L, Pérez Igualada A, Guerola Soler N. Factores asociados a resultado funcional y calidad de vida en la rehabilitación tras artroplastia de rodilla. *Med Clin (Barc)*. 2000;114(7):250-4] realizaron un estudio para valorar el impacto de la rehabilitación en la calidad de vida de los pacientes sometidos a intervenciones de artroplastia de rodilla e identificar, qué factores se asociaban a los mejores o peores resultados. Para ello siguieron una cohorte prospectiva de 141 pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla que inmediatamente tras la intervención acudieron a tratamiento rehabilitador y en los que se valoró la capacidad funcional (Knee Society Score, KSS) y la CVRS (Medical Outcomes Study Survey Form 36, MOS SF-36) en la primera visita y a los 3 meses de seguimiento, analizándose los cambios entre ambos momentos y los fac-

Calidad de vida relacionada con la salud

tores asociados al mejor resultado final, tanto funcional como de calidad de vida. Los pacientes experimentaron una clara mejoría en la subescalas del KSS para rodilla y función, y en 6 de las 8 dimensiones del MOS-SF36 (excepto en rol emocional y salud general) entre la situación al inicio de la rehabilitación y a los 3 meses del seguimiento. El peor estado funcional y la peor calidad de vida al inicio de la rehabilitación, el diagnóstico de artritis reumatoide (frente al de gonartrosis), el sexo mujer y el tratamiento rehabilitador ambulatorio (frente al hospitalario) se asociaron a peor pronóstico en cuanto al resultado funcional y/o la calidad de vida a los 3 meses de seguimiento. No se hallaron diferencias con respecto a la edad, comorbilidad, nivel de estudios, disponer de ayuda social, situación laboral y vivir sólo.

■ Conceptos relacionados

Calidad de vida; Medidas de Resultado (*outcomes*); años de vida ajustados por calidad (*Quality adjusted life years*).

■ Para seguir leyendo

- Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gac Sanit.* 2000; 14:163-7.
- Badía X, Alonso J, eds. La medida de la salud: guía de escalas de medición en Español. Barcelona: Tecnología y Ediciones del Conocimiento; 2007.
- Hidalgo A, Corugedo I, del Llano J. Economía de la salud. Madrid: Ed. Pirámide; 2000.

Carrera profesional

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

Employee development, desarrollo profesional, trayectoria laboral

■ Definición

Es un modelo de sistematización de un programa de incentivos. Útil en un sistema sanitario público y universal como el nuestro, tan singular por su construcción a partir de un modelo de aseguramiento obligatorio.

El marco conceptual para el desarrollo profesional ha de ser la efectividad clínica que valore las competencias y compromisos de los médicos.

■ Otros aspectos de interés

La necesidad de aumentar la productividad y la eficiencia de los sistemas sanitarios ante el aumento de la demanda asistencial, en un marco de restricciones presupuestarias, implica necesariamente la modificación de las estructuras organizativas y de gestión. La aplicación de sistemas de incentivos para los profesionales y, de manera más concreta, el desarrollo de modelos de carrera profesional, pueden significar avances que contribuyan a la mejora del sistema en las condiciones actuales. Casi nadie duda que las políticas laborales y retributivas que tenemos en España no sean óptimas.

A continuación presentamos las características los atributos laborales propios de un mercado como el sanitario:

APARICIÓN	Necesidad de capital humano específico Posición monopolística Tamaño elevado o fase de crecimiento Escasez de mano de obra
CARACTERÍSTICAS	Empleador y empleados permanentes Relaciones laborales a largo plazo Puertas de entrada limitadas Carreras definidas dentro de la organización Sueldo ligado al puesto Promociones
INDICADORES BÁSICOS	Años de dedicación Asistencia Puntualidad Absentismo Cumplimiento de la jornada laboral

Continúa en página siguiente

Carrera profesional

INDICADORES MEDIOS	Cumplimiento de objetivos Carreras definidas dentro de la organización Tasas de mortalidad
INDICADORES ÓPTIMOS	Revisión de historias clínicas Revisión de decisiones clínicas Satisfacción de los enfermos Opinión de miembros del equipo Calidad de la prescripción terapéutica

Las diferencias entre lo que ahora existe, carrera jerárquica y lo que empieza a implantarse, carrera profesional se presenta en esta tabla:

	CARRERA PROFESIONAL	CARRERA JERÁRQUICA
Autoridad	Moral	Formal
Cupo	Ilimitado	Limitado
Número de niveles	4 – 7 categorías	3 cargos
Consolidación	Posibilidad de retroacción	Vitalicio
Posibilidad de diseño	Adaptabilidad peculiaridades del centro	Inflexible
Coexistencia	Para acceder a los cargos jerárquicos: necesaria categoría profesional	
Independencia	La categoría en la carrera profesional: independiente de la ocupación de un cargo	

Debemos pasar de lo necesario para salir del paso, a lo deseable para garantizar la perdurabilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud. Varias son las razones de este obligado tránsito:

- A nivel microeconómico, la evolución que se está produciendo de las retribuciones brutas anuales de los facultativos puede provocar tensiones financieras en las comunidades autónomas en el corto plazo por su dinámica inflacionaria y, lo peor, dispar entre comunidades autónomas y a cambio de nada.
- A nivel macroeconómico, sigue pendiente la tarea de reformar en profundidad el actual sistema retributivo de los médicos, que debería incluir la modificación del actual complemento específico, la orientación del clínico a conseguir objetivos de calidad y actividad (incentivos a corto plazo), la mejora de los niveles de excelencia profesional (incentivos a largo plazo), y la reforma del actual sistema de atención continua, pasando a un modelo más basado en la gestión integral de enfermedades crónicas (2/3 de los problemas de salud atendidos).

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud aprobada en el Parlamento en el año 2003, establece en su artículo 40 que la movilidad del personal en todo el Sistema Nacional de Salud es uno de los aspectos esenciales de su cohesión. La Ley describe el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, de investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual presta sus servicios. La modernización de nuestro sistema sanitario debe pasar ineludiblemente por la adaptación del perfil de los profesionales a las necesidades del sistema de salud y de la introducción de los elementos de incentivos necesarios para conseguirlo.

En resumen, la idea básica es que el desarrollo de un modelo de carrera profesional es una herramienta que acompañada de métrica objetiva podría ayudar a mejorar la eficiencia de nuestro sistema sanitario. La aplicación de un sistema de incentivos mixto acorde con los objetivos generales del sistema sanitario y con la participación de los profesionales en su diseño, ayudaría a motivar a los médicos, y en consecuencia, a que éstos fueran más productivos.

Los efectos de la carrera profesional son fundamentalmente de carácter intrínseco y van ligados a la percepción interna de desarrollo profesional y al reconocimiento público y por la organización donde se trabaja de su grado de competencia mediante la creación de niveles o categorías. Los derechos propios de cada categoría se adquieren desde el momento en que se tienen los méritos para acceder a la misma, de modo que conviene arbitrar, a la vez que la propia carrera profesional, el procedimiento y los recursos necesarios de reconocimiento continuo de méritos. Si se establecen pautas objetivas, el retraso de las convocatorias no debería suponer un retraso en la adquisición de derechos pues sería vivida como un elemento deslegitimador. Es también importante que las valoraciones del desempeño profesional para la carrera profesional sean practicadas por evaluadores anónimos, reputados e independientes.

Carrera profesional

■ Ejemplo

GRUPOS DE MÉRITOS y NIVELES DE CARRERA PROFESIONAL EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MADRID	Puntuación				
	Máxima	II	III	IV	V
Actividad Asistencial	100	75	65	60	50
Experiencia y cualificación técnica	100	60	70	85	90
Niveles de conocimiento y formación continuada	100	40	40	45	45
Actitud y motivación	100	60	65	75	75
Actividad docente	100	15	25	55	60
Actividad científica	100	10	20	50	55
TOTAL	600	260	285	370	375

■ Conceptos relacionados

Incentivos, satisfacción en el trabajo

■ Para seguir leyendo

- Hidalgo H, del Llano J, Pérez S. Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora. Barcelona: Masson; 2007.

Cartera de servicios

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Service portfolio

■ Definición

La Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias. La Cartera contiene los servicios básicos y comunes, necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud. La Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud debe garantizar la atención integral y la continuidad de la asistencia prestada a los usuarios, independientemente del nivel asistencial en el que se les atiende en cada momento.

■ Otros aspectos de interés

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece el contenido de la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. El contenido de los diferentes apartados de la Cartera de servicios comunes podrá concretarse y detallarse por orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

- Contenido de la Cartera de servicios
- Prestaciones de salud pública
- Atención primaria.
- Atención especializada.
- Atención de urgencia.
- Prestación farmacéutica.
- Prestación ortoprotésica (implantes quirúrgicos, prótesis externas, órtesis, sillas de ruedas y ortoprotésis especiales).
- Prestación de productos dietéticos (dietoterápicos complejos y nutrición enteral domiciliaria)
- Prestación de transporte sanitario.

Cartera de servicios

■ Ejemplo

Cartera de servicios de Atención primaria de la Comunidad de Madrid (http://www.ampap.es/profesion/pdf/cartera_AP_2007.pdf).

■ Para seguir leyendo

- Peiró-Moreno S. Medidas de actividad y producto sanitario. En: del Llano J, Ortún V, Martín-Moreno JM, Millán J, Gené J, editores. Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson; 1998. pp. 197-217.
- Villalbí JR, Guix J, Plasència A, Armengou JM, Llebaría X, Torralba L. La cartera de servicios en una organización de salud pública. Gac Sanit. 2003; 17:231-7.

Case Mix

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Sistema de clasificación de pacientes, tipos de pacientes, perfil de pacientes, casuística

■ Definición

Un Sistema de Clasificación de Pacientes (SCP) es un sistema de reglas que clasifica todos y cada uno de los pacientes atendidos por un proveedor asistencial en un conjunto de grupos homogéneos (en base a distintos atributos entre los que destaca el coste esperado) a partir de información básica como la edad, el sexo, los diagnósticos y los procedimientos practicados.

Aunque de modo general se habla de clasificación de pacientes, una buena parte de SCP, especialmente los vinculados a asistencia especializada, clasifican en realidad episodios asistenciales (altas o consultas externas, por ejemplo).

Las bondades de una herramienta capaz de sintetizar los miles de episodios atendidos anualmente por un proveedor en un conjunto manejable de categorías iso-consumo y clínicamente homogéneas se han mostrado de gran utilidad en todas las áreas de la planificación y la gestión. Los diversos sistemas en grupos iso-consumo son denominados genéricamente medidas de case-mix. Constituyen en esencia herramientas para ayudar a mejorar la eficiencia de los servicios sanitarios.

Los GRD (Grupos relacionados con el diagnóstico) son los más extendidos en el área de Hospitalización y son asignados por un programa informático (agrupador; grouper) a partir de los diagnósticos y procedimientos que recibe el paciente (clasificados conforme a la Clasificación Internacional de enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica; CIE9MC), la edad y el sexo. Aunque son los más extendidos en el área hospitalaria no son los únicos, pero tal vez los más importantes por lo que se le dedica un apartado exclusivo en el glosario.

■ Otros aspectos de interés

Son importantes para la comprensión de su utilización dos conceptos: peso medio y peso relativo. El Peso Medio Asociado a un Sistema de Clasificación de Pacientes (SCP) concreto, es una medida descriptiva sintética de la carga de complejidad atendida por un proveedor de servicios sanitarios. Para el

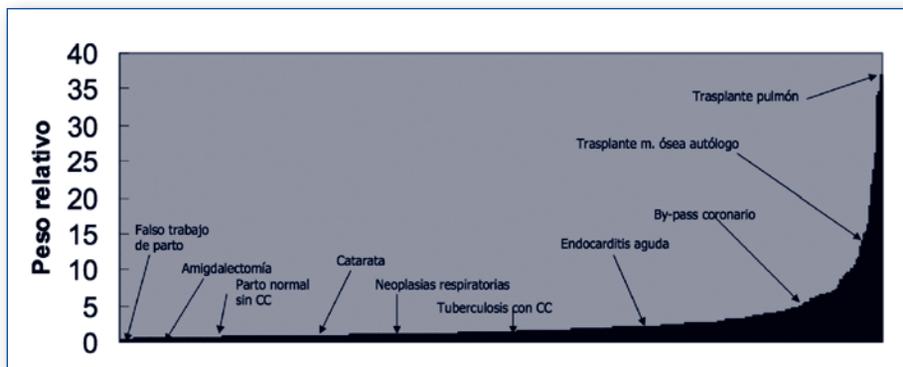
Case Mix

caso de la atención ambulatoria, por ejemplo, el Peso Medio de un centro de atención primaria nos informa de la complejidad atendida por dicho centro. El Peso Medio (de un centro) es la media aritmética del Peso Relativo (PR) de todos los episodios del centro, una vez clasificados en Grupo Relacionado con el Diagnóstico (GRD) u otro cualquier sistema de clasificación. Lógicamente, es posible obtener el Peso Medio para unidades de análisis menos agregadas, como un servicio clínico de un hospital o incluso un médico, o para unidades más agregadas, como el conjunto de hospitales de un territorio geográfico concreto. La medida de la complejidad mediante el Peso Medio no es patrimonio exclusivo de los GRD: la mayoría de SCP incorporan dicha posibilidad fruto de sus propiedades iso-consumo.

El Peso Relativo es un indicador del consumo esperado de un episodio asistencial (o un conjunto de episodios) respecto al consumo esperado de un episodio basal que se toma como referencia. En su vertiente más desagregada, el Peso Relativo de un episodio agrupado en un Grupo Relacionado con el Diagnóstico (GRD) representa una medida del coste esperado de dicho episodio respecto al episodio promedio. Por ejemplo, si un episodio agrupado en la clase “Parto vaginal sin diagnóstico complicado” tiene un peso relativo de 0,563 significa que su coste esperado es un 56,3% del coste esperado para el episodio promedio. Estos pesos son calculados anualmente para cada revisión de los GRD. Desde una perspectiva más agregada, uno puede también obtener el Peso Relativo para un conjunto determinado de episodios (por ejemplo, los atendidos por un hospital o un servicio clínico concreto). En ocasiones, puede ser deseable conocer hasta qué punto es más o menos compleja (en términos de coste esperado) la actividad realizada por un hospital respecto a hospitales parecidos (por ejemplo para analizar los costes esperados de dicho hospital respecto a lo que sería esperable).

Mediante la información suministrada por los GRD, es relativamente fácil advertir si un hospital atiende una casuística más compleja que su grupo de comparación (y cuantificar esa diferencia): basta con dividir el Peso Medio (PM) de dicho hospital entre el Peso Medio (PM) de su grupo de comparación. Así, un hospital puede tener un PM de 1,10 y mantener una complejidad un 10% superior a la del paciente promedio sin que ello sea obstáculo para mantener un PR de 0,88 (un 12% menos complejo que su grupo de comparación). Naturalmente, esto sólo es posible si el PM de los hospitales que forman el grupo de comparación fuera de 1,25.

En el gráfico adjunto se expone un representación gráfica del peso relativo de diversos procesos relacionados entre sí.



■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Para la planificación es preciso disponer de la información real y de los objetivos que se pretenden alcanzar. El análisis de la gestión mediante el CASE-MIX facilita la gestión por que es una manera objetiva de medir los servicios y técnicas de salud. Proporciona información para la asignación de los presupuestos a las instituciones, al poder conocerse lo gastado y puede aplicarse para establecer prioridades y previsiones, ya que se conocen a través de él, las necesidades. De esta forma se pueden descentralizar los presupuestos, haciendo el reparto más equitativo.

Como sistema de valoración se pueden evaluar programas respecto de los estándares y objetivos que nos permitan comparar unas unidades con otras. Otra utilidad de los CASE-MIX en la gestión sanitaria es facilitar el Control de la calidad, pues a través del sistema de información se conocen las áreas que mejoran o que retroceden. Da lugar a poder evaluar la calidad y comprobar si las inversiones mejoran la salud mediante la utilización de indicadores.

Las utilidades del case mix se pueden concretar en las siguientes áreas, financiación, la gestión de la utilización de recursos, como elemento del control de calidad y en investigación.

Case Mix

■ Ejemplo

La siguiente tabla recoge diversos sistemas de case mix analizados en atención primaria, reflejando los diversos sistemas de codificación empleados y las distintas variables que incluyen.

NOMBRE	VALORES INDEPENDIENTES	CODIFICACIÓN
Diagnosis clusters (DC)	Diagnóstico Principal	CIE-9-MC
Ambulatory Visit Groups (AVG)	Diagnóstico Principal Procedimientos Edad Sexo Relación previa con el paciente Seguimiento Diagnósticos complementarios	CIE9-MC CPT-4 Conocido/desconocido Paciente admitido/ no adm al hospital
Ambulatory patient Groups(APG)	Diagnóstico Principal Procedimientos Edad Sexo	CIE9-MC CPT-4
Products of Ambulatory Care (PAC)	Diagnóstico Principal Edad Sexo Exámenes complementarios Tipo de estructura Tipo de producto de la atención Relación previa con el paciente Administración de medicamentos	CIE9-MC CPT-4
Products of Surgery Care (PAS)	Tiempo en la sala de operaciones Utilización de anestesia Utilización de equipamiento Diferencias entre estructuras independientes y hospitalarias	
Ambulatory Care Groups (ACG)	Diagnóstico Principal Edad Sexo	CIE9-MC

■ Conceptos relacionados

Grupo de diagnóstico relacionados (GDR)

■ Para seguir leyendo

- Juncosa S, Carrillo E, Bolibar B, Prados A, Gervás J. Sistemas de clasificación en iso-consumo (case-mix) en atención ambulatoria. Perspectivas para nuestra atención primaria.. Aten Primaria. 1996;17:104- 9.
- Peiró S. Los sistemas de ajuste de riesgos. En: Meneu R, Ortún V, Rodríguez Artalejo F, eds. Innovaciones en Gestión Clínica y sanitaria. Barcelona: Masson; 2005. pp 81-100

Cirugía Mayor Ambulatoria, CMA

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

CMA, Cirugía sin ingreso, *ambulatory surgery*, *day surgery*, *outpatient surgery*.

■ Definición

La CMA es una modalidad asistencial, es decir una forma organizativa y de gestión sanitaria específica que atiende una demanda determinada de servicios de salud (cartera de servicios) para lo que requiere de unas condiciones estructurales, funcionales y de recursos que garanticen su eficiencia y calidad, así como la seguridad de sus usuarios. La definición de CMA que se utiliza en estos estándares y recomendaciones es la expuesta en el Real Decreto 1277/2003: «procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, realizados con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario».

■ Otros aspectos de interés

La experiencia internacional muestra que en muchos países la utilización de las técnicas de procedimientos resolutivos ambulatorios es más frecuente que en España. Mientras en España la proporción de procedimientos realizados mediante técnicas ambulatorias sobre el total de procedimientos era en 2003 del 39%, y el índice de sustitución se situaba en el 54%, las tasas en otros países, incluidos aquellos con sistemas sanitarios similares al nuestro (Servicios Nacionales de Salud), eran notablemente superiores: En el Reino Unido, según datos del NHS, ya en el año 2000 la mayoría de los procedimientos incluidos en el programa de CMA tenían índices de sustitución superiores al 60%, y en muchos casos (como la hernia inguinal o las cataratas, dos de los procesos más frecuentes por su alta prevalencia), por encima del 80%.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Resultados asistenciales. Aunque existen muy pocos estudios comparando la cirugía mayor ambulatoria con la cirugía con ingreso, aquellos que se han realizado demuestran que no existen diferencias significativas en los resultados. Estos estudios, así como otros no-aleatorizados demuestran que la CMA es una modalidad asistencial segura cuando se siguen los protocolos clínicos y los principios organizativos.

Cirugía Mayor Ambulatoria, CMA

- La incidencia de mortalidad en los 30 días posteriores a la intervención de CMA es extraordinariamente baja (alrededor de 0,01%) y en la mayor parte de los casos no tiene relación con el propio acto quirúrgico. La incidencia de morbilidad mayor directamente asociada con la CMA es menor de 1%. En una importante serie publicada en España, la tasa de mortalidad fue muy baja (1/25.553 pacientes), así como la tasa de reingresos desde domicilio (0,15%).
- Reduce los potenciales efectos adversos inherentes a la hospitalización convencional, como las infecciones nosocomiales.
- La tasa de consultas no planificadas durante los 30 días siguientes a la intervención se sitúa entre el 0,28% y el 1,5%.
- Los ingresos hospitalarios no planificados pueden ser reducidos mediante protocolos clínicos.
- Los trastornos postoperatorios más comunes son leves, siendo los más frecuentes: dolor, náuseas, vómitos, vértigo, cansancio, cefalea y dolor de garganta. La presencia de estos síntomas puede afectar el tiempo de permanencia y alta y, posteriormente, causar dificultades para reasumir las actividades cotidianas.

Resultados sociales:

- Un buen control del dolor, las náuseas y vómitos en el postoperatorio.
- Tiempos de espera pre-quirúrgicos cortos.
- Buen trato al paciente y ambiente confortable.
- Evitar que el paciente sienta que se le da el alta prematuramente o se le fuerza al alta.
- Seguimiento telefónico al día siguiente.

Resultados económicos:

- Los costes hospitalarios de la CMA son entre el 25% y 68% inferiores a los de la cirugía con ingreso para el mismo procedimiento.

Los beneficios económicos de la CMA incluyen los siguientes:

- Evita estancias hospitalarias, lo que permite tratar a un mayor número de pacientes y reducir las listas de espera.
- Libera recursos de hospitalización convencional para casos más urgentes y complejos.
- En las Unidades de CMA específicas (véase, en capítulo 4, tipología de Unidades) se mejora la programación quirúrgica, se reduce el número de cancelaciones quirúrgicas (al no competir con casos más urgentes y/o la necesidad de camas hospitalarias) y, por tanto, se aumenta el rendimiento de quirófano.
- Disminuye las necesidades de personal, al no ser generalmente necesaria la pernocta en el hospital.
- Utilización más eficiente de los equipos e instalaciones del bloque quirúrgico.

■ Ejemplo

Existen diferentes tipos de estructura y organización del trabajo de una CMA, quedando recogidas las más usuales en la tabla adjunta (página 78).

■ Conceptos relacionados

Índice de sustitución

■ Para seguir leyendo

- Ministerio de Sanidad. Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2008.

Cirugía Mayor Ambulatoria, CMA

TIPO	ORGANIZACIÓN	ESTRUCTURA	INCONVENIENTES	VENTAJAS
Integrada tipo I	<ul style="list-style-type: none"> - Dependencia de servicios quirúrgicos - Responsable o coordinador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Totalmente compartida con recursos hospitalarios. - Admisión diferenciada 	<ul style="list-style-type: none"> - Conflictos de prioridad con los pacientes hospitalizados - Mayor infección - Diseño subordinado al espacio existente 	<ul style="list-style-type: none"> - Inversión inicial pequeña - Rápida puesta en marcha - Mínimo riesgo financiero - Respaldo Hospitalario inmediato
Integrada tipo II	<ul style="list-style-type: none"> - Organización independiente - Doble dependencia Unidad-Servicio Quirúrgicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Quirófanos dentro del bloque general, con asignación específica de CMA - Admisión diferenciada. - Zona de adaptación al medio diferenciada 	Igual	Igual
Unidad Autónoma	<ul style="list-style-type: none"> - Similar al tipo II 	<ul style="list-style-type: none"> - Propia y deleitada arquitectónicamente en el diseño del Hospital 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor inversión - Dificultad de reconvertir la unidad - Duplicidad de áreas de cirugía, personal y material 	<ul style="list-style-type: none"> - Espacio exclusivo para ambulantes - Respaldo hospitalario inmediato
Unidad Satelite	<ul style="list-style-type: none"> - Similar al tipo II 	<ul style="list-style-type: none"> - Separada físicamente del hospital 	<ul style="list-style-type: none"> - Igual que unidades autónomas. - Mayor coste e inversión que las U autónomas 	Mejor Ubicación
Unidad independiente o free-standing	<ul style="list-style-type: none"> - Organización propia - Ninguna relación orgánica con el hospital 	<ul style="list-style-type: none"> - Propia, integrada en un centro de asistencia sanitaria sin internamiento o CMA (C.25.4. RD. 1277/2003) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor inversión inicial - Riesgo de ubicación geográfica inadecuada - Precisa Hospital de Apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> - Igual unidades satélites - Más competitivas - Menor coste por proceso - Servicios hostelería externalizados

Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 9 (9ª revisión Modificación Clínica)

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

CIE-9-MC, ICD-9-CM, *International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification*

■ Definición

La Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC) está basada en la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión de la Organización Mundial de la Salud y es el sistema de asignación de códigos de diagnósticos y procedimientos que utilizan los sistemas de clasificación de pacientes más difundidos, en especial los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GDR). En Estados Unidos es el sistema oficial de asignación de códigos de diagnósticos y de procedimientos hospitalarios y extrahospitalarios, pero no para la asignación de causas de muerte, función para la que se usa la CIE-10 en la mayor parte de los países.

La CIE-9-MC esta integrada por: 1) un listado tabular que contiene la lista numérica de los códigos de enfermedad; 2) un índice alfabético de las enfermedades; y 3) un sistema de clasificación de los procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos, tanto alfabética como tabular.

El National Center for Health Statistics (NCHS) y los Centers for Medicare and Medicaid Services son las agencias del Gobierno Estadounidense responsables del mantenimiento de la ICD-9-MC. La versión española de la CIE-9-MC y otros documentos relacionados están disponibles en la web del Ministerio de sanidad y Consumo <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/home.htm>

■ Otros aspectos de interés

La CIE-9-MC es una adaptación de la CIE-9 diseñada en Estados Unidos para permitir clasificar la morbilidad, aspecto muy limitado en las versiones oficiales de la OMS diseñadas originalmente para asignar las causas de muerte.

Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 9 (9ª revisión Modificación Clínica)

La primera edición de la CIE, conocida como Lista de Causas de Muerte, fue adoptada en 1893 el *International Statistical Institute*. La OMS asumió la responsabilidad de su mantenimiento y desarrollo desde su creación en 1948, cuando se publicó la 6ª revisión que incluía por vez primera causas de morbilidad. En la Asamblea Mundial de la Salud de 1967 se adoptó la CIE como nomenclatura oficial para la clasificación de la morbilidad y mortalidad por todos los estados miembros. Para más información sobre la historia de la CIE puede verse <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>

Desde 1994 esta en vigor la 10 revisión (CIE-10) pero muchos países, incluido España y Estados Unidos, todavía utilizan la versión CIE-9-CM para clasificar la morbilidad. Algunos países, como Australia o Canadá, han desarrollado adaptación de la CIE-10 para clasificar la morbilidad y Estados Unidos esta desarrollando su propia ICD-10-CM cuya entrada en vigor está prevista en 2013. Las versiones "CM" son extraordinariamente importantes en los países que utilizan sistemas basados en la CIE (como los GDR) para el reembolso a los hospitales, lo que explica la cuidadosa transición entre versiones en Estados Unidos.

Los principales cambios en las versiones preliminares de la ICD-10-CM incluyen la adición de información relevante en la atención ambulatoria, el incremento de los códigos de lesiones, la creación de códigos de combinaciones síntoma/diagnóstico que reducen la necesidad de usar varios códigos para describir completamente una condición, la adición del sexto y séptimo caracteres, la incorporación de subclasificaciones usando el 4-5 dígito, la incorporación de la lateralidad y una mayor especificidad en la asignación de códigos así como mayor capacidad de expansión del sistema de códigos.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La CIE-9-MC es la clasificación diagnóstica utilizada para incorporar códigos diagnósticos al Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD) al Alta Hospitalaria en los hospitales españoles. Su incorporación a la historia clínica de atención primaria es muy discutida (existen clasificaciones adaptadas a atención primaria que facilitan la asignación de códigos en un entorno donde los diagnósticos suelen ser menos específicos) aunque algunas Comunidades Autónomas la utilizan.

■ Ejemplo

Desde el punto de vista de la Gestión Clínica y sanitaria lo más trascendente es la incorporación de todos los diagnósticos relevantes a la “hoja de alta” de modo que se facilite la labor de codificación de los servicios de documentación hospitalaria y los sistemas de clasificación de pacientes recojan el auténtico “peso” de casuística del hospital. La elección del diagnóstico principal y de los secundarios por los clínicos es muy importante en estos aspectos.

Por ejemplo, supongamos un paciente adulto que ingresa por urgencias con insuficiencia respiratoria, en el cultivo de esputo se detecta staphylococcus aureus y la radiografía muestra signos de neumonía. Si el clínico identifica la insuficiencia respiratoria (CIE-9-MC: 518.81) como diagnóstico principal, el caso será clasificado en el GDR 87 (edema pulmonar e insuficiencia respiratoria) que tiene un peso de casuística de 1,3597. Si por el contrario, se utiliza la neumonía estafilocócica (CIE-9-MC:482.4) como diagnóstico principal, el caso será clasificado en el GDR 79 (infección o inflamación respiratoria en >17 años, con comorbilidad o complicaciones) cuyo peso es de 1,7510. Estas diferencias supondrían una importante pérdida económica en los sistemas que usan los GDR para el reembolso y una infraestimación de la eficiencia del hospital en los sistemas que sólo utilizan los GDR para construir indicadores de actividad.

■ Conceptos relacionados

Conjunto Mínimo de Datos Básicos; agrupadores diagnósticos; Sistemas de clasificación de pacientes; Ajuste de riesgos.

■ Para seguir leyendo

- Peiró S. Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 119-130

Competencia

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Relación de mercado, libre competencia, libre mercado, benchmarking,

■ Definición

Se entiende por competencia la relación que se establece entre dos o más agentes para lograr un objetivo excluyente dados unos recursos escasos y una tecnología. En sanidad, aun tratándose de un sector altamente intervenido, existen numerosas relaciones de competencia entre el sector público y el privado en la prestación de ciertos servicios de atención sanitaria, entre profesionales sanitarios para promocionar dentro del escalafón sanitario, entre hospitales sometidos a benchmarking, entre sistemas de salud etcétera.

■ Otros aspectos de interés

La competencia es, en esencia, una característica inherente de las relaciones entre personas y organizaciones en contextos de escasez, se trata de un estímulo natural a la mejora y la eficiencia organizacional y personal. El fomento de la competencia es una condición sine qua non para el correcto funcionamiento de los mercados, incluidos los mercados intervenidos como el sanitario y su potenciación y preservación forma parte de las agendas de casi todos las autoridades sanitarias.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Existen muchos usos del término competencia en sanidad así nos referiremos a competencia interna cuando caracterizamos el comportamiento de dos o más servicios clínicos que *compiten* por mantener o incrementar su presupuesto en un contexto de reparto tradicional del presupuesto hospitalario, o de competencia externa cuando hacemos referencia a las relaciones existentes entre hospitales que pugnan por atraer a más pacientes –en un marco de libertad de elección de centro- o, en sentido amplio, cuando sistema público y privado compiten por determinados servicios de radiodiagnóstico, atención primaria y especializada.

■ Ejemplo

Cuando un paciente tiene la potestad de elegir el centro donde recibir atención sanitaria y, adicionalmente, dispone de información sobre los resultados en términos de calidad y eficiencia de las opciones disponibles, entonces se genera una relación de competencia entre estas opciones por atraer al paciente por cuanto el presupuesto, el prestigio y, derivados de estos, los salarios y caché profesional, dependen del número de pacientes atendidos y de la presión de la demanda que ejercen sobre el centro en cuestión. También existen relaciones de competencia entre sistemas de salud donde los diferentes responsables políticos pugnan por un electorado que depositará su confianza en unos u otros en función, entre otras variables, de la calidad y capacidad de gestión demostrada en sus respectivos sistemas de salud. Adicionalmente, existen relaciones de competencia dentro de todos los centros de atención sanitaria entre los diferentes profesionales, no solamente en la competencia directa por la promoción sino por el prestigio y caché que les aportará mayor poder de mercado en las negociaciones salariales y demás.

■ Conceptos relacionados

Benchmarking, libertad de elección de centro, incentivos

■ Para seguir leyendo

- Febrero R. ¿Qué es la economía? Madrid: Ed. Pirámide; 1997.
- Arruñada B. Gestión de la Competencia en el Sector Público. XX Jornadas de Economía de la Salud; Barcelona: Asociación de Economía de la Salud; 2000. pp 327-64.

Confidencialidad

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Secreto profesional. Confidentiality.

■ Definición

Es el carácter reservado que define como atributo de vital importancia, tanto la relación personal del médico con su paciente, como a la documentación resultante de esa relación. La confidencialidad afecta, por prerrogativa legal, a toda la información relacionada con el proceso asistencial, incluyendo su estancia en las instituciones sanitarias públicas y las privadas que colaboran con el sistema público.

Constituye un derecho del paciente al secreto profesional de su médico y que incluye todos los aspectos relativos a su enfermedad. Tiene que ver con el “cómo” proteger todos los datos de la relación médico-paciente. Designa la característica que debe preservarse respecto a las informaciones obtenidas en la atención a la persona. «Lo que se hace o se dice en confianza, con seguridad recíproca entre dos o más personas».

La confidencialidad así, en el ámbito sanitario, es el derecho del paciente a que todos aquellos que lleguen a conocer datos relacionados con su persona por su vinculación laboral, respeten su intimidad y privacidad.

■ Otros aspectos de interés

Históricamente en el ámbito sanitario, se ha hablado más de la obligación de secreto que de derecho a la confidencialidad, debido a que lo sanitario se ha identificado primariamente con el médico. Durante muchos siglos éste ha sido un deber, casi ‘sagrado’, que se ha autoimpuesto el médico y cuyos límites él mismo determinaba. Sin embargo, a partir de la Ilustración ya se considera al ser humano como sujeto digno, autónomo y libre, y progresivamente se va reconociendo la necesidad de respetar un espacio íntimo y privado en el que permanecer resguardado de terceros. Hablar de secreto hoy tiene poco sentido cuando, para prever una asistencia de calidad, varias decenas de profesionales acceden a aspectos confidenciales de cualquiera de los pacientes ingresados.

Ahora parece más aconsejable hablar de confidencialidad en las relaciones sanitarias y en esta nueva filosofía debemos enmarcar las obligaciones del personal sanitario respecto al uso y manejo de la historia clínica. Los fundamentos éticos que sustentan el deber de confidencialidad en el uso de la documentación clínica se apoyan en el respeto a la autonomía y a la privacidad de la persona, un derecho que ya se encuentra establecido en la Ley Básica Reguladora de la Autonomía de los pacientes.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La documentación clínica contiene información trascendente relativa al proceso asistencial de la persona, pero al mismo tiempo constituye un elemento en donde quedan reflejados aspectos vinculados a las cualidades más íntimas de la naturaleza humana. Así, podemos establecer dos núcleos importantes en la confidencialidad de la historia clínica.

Por un lado, existe una información vinculada a la privacidad de la persona, que refleja las circunstancias de su entorno más próximo y de las cuales son un ejemplo los diferentes actos asistenciales, los resultados de diferentes pruebas diagnósticas o los comentarios e impresiones de los profesionales. Aunque muchos de estos pueden no considerarse estrictamente privados, sí es cierto que en algunas circunstancias puede incrementarse su relevancia desde el punto de vista de la confidencialidad como es el caso de aquellos procesos asistenciales que conllevan una 'marca' para el enfermo (asistencia por VIH, consulta psiquiátrica) o aquella información de gran trascendencia pronóstica y vital (resultados histológicos de neoplasias).

Por otro lado, existe otro grupo de información vinculada a la intimidad de la persona, es decir datos que hacen referencia a las cualidades más profundas de la naturaleza humana y que constituyen el núcleo más importante de la confidencialidad en la información clínica. Aquí se incluiría información referente a las opciones sexuales de la persona (homosexualidad, prácticas sexuales...), su religión (testigo de Jehová) y los resultados de pruebas genéticas. Esta información constituye una información de gran trascendencia para la confidencialidad del paciente, requieren la máxima garantía por parte de la institución y de los profesionales.

Confidencialidad

Se hace necesaria la instauración de una nueva cultura que sensibilice al trabajador sanitario hacia la confidencialidad de la información sanitaria con el fin de conocer la trascendencia de su utilización, identificar quienes pueden acceder a ella y establecer medidas que favorezcan la coordinación entre profesionales para un mejor manejo de documentación clínica. Así se logrará que la confidencialidad deje de ser un privilegio para el paciente y se convierta en un verdadero derecho.

■ Conceptos relacionados

Secreto Profesional

■ Para seguir leyendo

- Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. *Med Clin (Barc)* 2002; 118(1):18-37
- Acea B. Confidencialidad del personal sanitario durante el proceso asistencial. *Pap Méd.* 2005; 14:97-9.
- Beauchamp T, Childress J. El respeto a la autonomía. En: *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson; 1999, pp 113-77.
- Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Edema; 1989.

Conjunto Mínimo Básico de Datos, CMBD

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Minimun Basic Data Set; Uniform Hospital Discharge Data Set; CMBD.

■ Definición

Los hospitales registran desde principios de los años 90 el denominado Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de cada paciente dado de alta en cada hospital del país, especialmente los de carácter público. Además de los episodios de ingreso hospitalario convencional, se registran también los episodios de Cirugía sin Ingreso (CMA) y los de Hospital de Día.

El CMBD contiene información sobre: código del centro; numero de historia clínica; fecha de nacimiento; sexo; residencia; provincia; municipio; financiación; fecha de ingreso; circunstancias de ingreso ; diagnostico principal; otros diagnósticos; código M (código de morfología de tumores); procedimientos quirúrgicos o/y obstétricos y otros procedimientos; fecha de intervención; fecha de alta ; circunstancias de alta; servicio de alta.

■ Otros aspectos de interés

Se incluyen aquellos episodios de hospitalización iniciado con una orden de ingreso y que producen alta en una cama de hospitalización por curación, fallecimiento, traslado a otro centro, alta voluntaria, fuga u otra circunstancia en cualquier hospital. Se incluye también aquellos pacientes a los que se les ha efectuado un procedimiento quirúrgico programado realizado en quirófano de forma ambulatoria que no requiere ingreso hospitalario previo. Se excluyen pacientes de observación de urgencias que no producen ingreso hospitalario, de hospital de día o de noche, de hemodiálisis, aunque ésta se realice de noche, en programa de hospitalización a domicilio, y pacientes a los cuales se les realiza una intervención quirúrgica de urgencia que no requiera ingreso.

Conjunto Mínimo Básico de Datos, CMBD

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

El CMBD contiene información muy valiosa para conocer la realidad sanitaria de una población, ya que además de recoger los datos demográficos habituales (edad, sexo, localidad de residencia), registra el diagnóstico que ha motivado el ingreso (diagnóstico principal), los factores de riesgo, comorbilidades y complicaciones que presenta el paciente durante el ingreso (diagnósticos secundarios), algunas técnicas diagnósticas relevantes y las intervenciones terapéuticas, sobretodo de tipo quirúrgico, que han sido utilizadas para tratar al paciente (los procedimientos). Finalmente, en el CMBD consta la fecha de ingreso y de alta del paciente, así como su circunstancia de ingreso (urgente, programada) y la circunstancia de alta del paciente (alta a su domicilio, defunción, traslado a otro hospital, etc.). Los diagnósticos y los procedimientos recogidos se codifican siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su modificación clínica (CIE-9-MC). Esta codificación es la que permite en última instancia agrupar los distintos episodios asistenciales atendidos por un hospital en Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD).

■ Ejemplo

Cada hospital diseña su propio circuito interno de manera que se garantice la correcta recogida de los datos y su grabación en soporte magnético. Para obtener un registro fiable en cuanto a dichos datos, el centro deberá garantizar la cumplimentación y validez del informe de alta haciendo un seguimiento de aquellos que no sean suficientemente completos. A su vez cada centro asistencial puede establecer el protocolo de procedimiento oportuno para la extracción de la información del CMBD.

Consenso, métodos de

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

Técnicas de consenso, *Consensus Methods*

■ Definición

Los métodos de consenso son técnicas cualitativas que intentan obtener algún tipo de acuerdo entre expertos (o personas implicadas en un problema) en situaciones en que la incertidumbre es un elemento esencial para el mantenimiento de discrepancias, asumiendo que el consenso logrado por tales expertos puede ser suficiente (o al menos útil) para la toma de decisiones.

Simplificando mucho, y obviando la existencia de numerosas variantes de cada técnica, los servicios de salud emplean principalmente 3 métodos de consenso: el método Delphi, la técnica del grupo nominal (TGN) y las conferencias de consenso (CdC). Los tres utilizan, de forma sucesiva y siguiendo procedimientos altamente formalizados, técnicas de reflexión individual y estimulación de la creatividad, algún tipo de discusión estructurada, y la combinación de los juicios individuales para obtener un juicio global de grupo.

- En el método Delphi los participantes son encuestados mediante la remisión por correo de sucesivos cuestionarios. Los resultados son analizados y sintetizados por el grupo director del estudio que proporciona a los expertos participantes un feed-back de cada ronda, en el que se señalan sus posiciones y las globales del grupo. El consenso se obtiene por un procedimiento matemático de agregación simple de juicios individuales y eliminación de las posiciones extremas.
- En la Técnica de Grupo Nominal (TGN) los participantes se reúnen físicamente. En esta reunión, y de un modo sumamente formalizado, exponen sus ideas, fijan individualmente sus puntos de vista, explicitan sus diferencias y votan individualmente cada solución propuesta. El consenso se obtiene, como en el caso anterior, por un procedimiento de agregación matemática de juicios individuales.
- Las Conferencias de Consenso (CdC) consisten en la evaluación de la evidencia disponible sobre algún procedimiento diagnóstico o terapéutico, habitualmente por reputados expertos, ante un jurado constituido por expertos y no expertos (médicos no necesariamente especialistas en el

Consenso, métodos de

campo que se evalúa, consumidores, economistas, etc.) que debe emitir un informe con recomendaciones sobre el uso de la tecnología revisada que, posteriormente, será difundido extensamente entre los profesionales implicados. El objetivo de las CdC es establecer un consenso útil para el uso del procedimiento evaluado que permita orientar la práctica médica.

De cualquiera de estas técnicas se espera que, correctamente utilizada, permita a las personas que cuentan con la mejor información disponible para el fin perseguido, proponer soluciones más acertadas, válidas y de mayor credibilidad, en temas controvertidos o sobre los que existe un alto grado de incertidumbre.

■ Otros aspectos de interés

En la tabla se muestran las características básicas de los métodos de consenso y sus diferencias con las reuniones convencionales.

CARACTERÍSTICAS DE LAS REUNIONES NO ESTRUCTURADAS Y MÉTODOS DE CONSENSO				
	Reunión	TGN	Delphi	CdC
PARTICIPANTES				
Minimización influencia entre panelistas	No	Alta	Muy alta	No
Igualdad de oportunidades de participación	No	Si	Si	No
Rendimiento en grupos heterogéneos	No	Si	Si	Si
Representatividad de los participantes	No	No	No	Algo
Necesidad habilidades comunicación verbal	Si	Mínima	No	Si
Necesidad habilidades comunicación escrita	No	No	Elevada	No
Sensación de manipulación	Escasa	Alta	Alta	Media
RESULTADOS				
Capacidad obtención de consenso	Escasa	Alta	Alta	Alta
Capacidad generación nuevas ideas	Escasa	Alta	Alta	Media
Aportación de perspectivas distintas	Escasa	Alta	Alta	Alta
Integración de información diversa	A veces	Alta	Alta	Muy alta
Exploración de más de 1 problema a la vez	Si	No	Si	No
Dificultad interpretación resultado	Alta	Media	Media	Baja
RESULTADOS				
Perdida opiniones extremas	No	Siempre	Siempre	A veces
Fácil realización	Si	Si	No	No
Coste	Bajo	Bajo	Medio	Alto
Esfuerzo preparación	Bajo	Medio	Alto	Alto
Duración	Corta	Corta	Larga	Media
Necesidad reunir miembros	Si	Si	No	Si

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

En el Sistema Nacional de Salud (véase ejemplos en la bibliografía) los métodos de consenso se han usado como:

- Soporte para establecer protocolos de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de enfermería, aunque formalmente el consenso sólo debería usarse para resolver aquellos aspectos que no pueden basarse en “evidencias” (por ejemplo, por ausencia de estudios o inconsistencia en sus resultados).
- Realización de predicciones con fines prospectivos.
- Detección de necesidades de salud en la comunidad.
- Establecimiento de prioridades de actuación o de investigación.

■ Ejemplo

Para conocer las opiniones de directivos de hospitales y organizaciones de investigación sobre diversos aspectos de la gestión de la investigación en los centros sanitarios se realizó un grupo nominal con 14 responsables de centros hospitalarios u organizaciones de investigación de Barcelona, Madrid y Valencia.

Tras la generación de ideas y votación, las respuestas que alcanzaron mayor puntuación como elementos esenciales de la gestión de la investigación fueron: el desarrollo de una cultura de evaluación y auditoría externa, el soporte transversal y uso común de las infraestructuras y el capital intelectual, la contabilidad específica, la dirección unitaria, la priorización de líneas de investigación y la capacidad para cooperar y establecer alianzas estratégicas entre centros. Respecto a aspectos organizativos el panel priorizó: el apoyo a las fundaciones de investigación u otras fórmulas organizativas para impulsar la autonomía de la gestión de la investigación, la gestión presupuestaria específica, el desarrollo de estructuras de apoyo y el desarrollo de fórmulas contractuales de soporte a la autonomía, creatividad y responsabilidad de los investigadores.

En conjunto, el grupo alcanzó un amplio consenso en que la investigación en los centros sanitarios debería ser gestionada al igual que se hace con otras áreas de la actividad sanitaria; que esta gestión debe caracterizarse por la priorización, la evaluación y la responsabilidad; y que requiere fórmulas organizativas flexibles y sistemas de información específicos.

Consenso, métodos de

[Peiró S, Artells Herrero JJ. La gestión de la investigación en los centros sanitarios. Una exploración mediante la técnica de grupo nominal. Gac Sanit. 2001; 15:245-50].

C

■ Conceptos relacionados

Métodos cualitativos; Métodos prospectivos.

■ Para seguir leyendo

- Asensio Arana F, Peiró Moreno S, Meneu de Guillerna R (coords). Tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico. Consenso entre cirujanos. Valencia: Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana, 1999.
- Bernal-Delgado E, Peiró S, Sotoca R. Aproximando las prioridades de investigación en servicios sanitarios en el Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit. 2006; 20:287-94.
- Peiró S, Portella E. No todo es acuerdo en el consenso. Limitaciones de los métodos de consenso en los servicios de salud. Gac Sanit. 1993; 7:294-300

Consentimiento informado

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Autorización expresa

■ Definición

El consentimiento informado es un proceso por el que un paciente puede tomar decisiones sobre la atención médica que necesita. El objetivo más importante del consentimiento informado es que el paciente tenga la oportunidad de ser un participante informado en las decisiones médicas que le afecten. Por tanto tiene sentido dentro de una relación médico-paciente basada en el modelo de la toma de decisiones compartidas y no lo tienen dentro de una visión paternalista de la relación médico-paciente.

■ Otros aspectos de interés

El consentimiento informado hace referencia al riesgo, mientras que la toma de decisiones compartidas está relacionada con la existencia o no de un tratamiento que sea claramente dominante cuando el riesgo es alto, el paciente ha de ser informado con detalle del tratamiento, aunque únicamente exista un tratamiento posible. En cambio, cuando únicamente hay un tratamiento posible la toma de decisiones no puede ser compartida y que el paciente no puede elegir.

■ Usos en el Sistema Nacional de Salud

En el caso de que el consentimiento informado se considere conveniente se deberá proporcionar por escrito. En cualquier documento escrito de consentimiento informado deben figurar una serie de aspectos, enunciados de forma breve y en lenguaje comprensible, de manera que los conceptos médicos puedan entenderse por la generalidad de los usuarios”.

Consentimiento informado

■ Ejemplo

En *-lugar- a -fecha-*

Yo *-nombre del paciente-* mayor de edad, identificado con NIF. *Nº XXXXXXXXXX* y como paciente o como responsable del paciente *-nombre del paciente-* identificado con NIF. *Nº XXXXXXXXXX* autorizo al Dr. *-nombre del médico-* para la realización del procedimiento *-nombre del procedimiento-*, teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar, siendo estos: (Registre con letra clara y legible los riesgos de acuerdo al procedimiento que va a realizar, por ejemplo Infección, reacciones alérgicas a medicamentos y a soluciones tópicas, cicatrices deformantes, formación de queloides, hemorragia, Hematomas superficiales, sensibilidad al frío, sensibilidad al calor, Adherencias posquirúrgicas, perforaciones, desgarros, pérdida de la funcionalidad del algún órgano, parálisis, parapleja o cuadrapleja, daño cerebral, paro cardíaco, muerte, etc.).

01. _____
02. _____
03. _____
04. _____
05. _____
06. _____
07. _____
08. _____
09. _____
10. _____

Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba.

Al firmar este documento reconozco que los he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, en el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero compromete una actividad de medio, pero no de resultados.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Firma del paciente /testigo /responsable.

Firma del médico o profesional de la salud /número de colegiado.

■ Conceptos relacionados

Preferencias del paciente, satisfacción, información asimétrica

■ Para seguir leyendo

- Pinto JL, Abellán JM, Sánchez FI. Incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones clínicas. Barcelona: Masson; 2004.
- Simón P. El consentimiento informado. Madrid; Ed. Triacastela; 2000.

Contrato programa

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Contrato de gestión

■ Definición

Es una herramienta de gestión que permite equilibrar los recursos utilizados con los resultados obtenidos, permitiendo vincular la financiación con la actividad, tanto respecto a su volumen como a su casuística.

■ Otros aspectos de interés

Promueve la gestión eficiente en los servicios sanitarios. Va dirigido a superar la falta de disciplina financiera, con la insuficiencia crónica del presupuesto, desarrollo de nuevos sistemas de control y a la descentralización de responsabilidades.

La adopción de los primeros contratos programa datan de 1992 (R.D. 858/1992), y se definieron como un instrumento vinculado a la planificación y regulación que permitiese medir la eficacia en la prestación de servicios y el control de recursos utilizados.

Los Contratos Programa facilitan la planificación sanitaria, porque permiten diseñar la actividad de los Centros de acuerdo con objetivos previamente definidos siguiendo los Planes de Salud.

Pero tienen debilidades con respecto a la capacidad de instaurar los incentivos para promover las mejoras pretendidas.

A pesar de sus limitaciones contractuales, los contratos programa han supuesto un ensayo a gran escala de mejora de la eficiencia, así como una oportunidad para el entrenamiento en habilidades de negociación y cierto aprendizaje organizativo de autonomía de gestión.

Los primeros contratos-programa fueron suscritos con los hospitales, diseñándose con posterioridad los propios de la Atención Primaria, donde pretenden cubrir tres objetivos: definir la cartera de servicios (conjunto de prestaciones de cada centro), fijar sus objetivos de actividad en cantidad y calidad y determinar una financiación cuya cuantía, por primera vez, se liga a la actividad.

Contrato programa

Los primeros Contratos Programa en Atención Primaria eran similares a los suscritos con los hospitales. Como veremos más adelante, su refinamiento posterior los ha ido aproximando más a lo que sería un “contrato de salud”. Con el tiempo se transformaron en ‘Contratos de Gestión’ dirigidos a los hospitales y a gerencias de Área de Atención Primaria.

Entre sus contradicciones destacan:

- Se iniciaron como una planificación de compartimentos ‘estancos’, con una radical disgregación entre los niveles asistenciales, existiendo contratos programa independientes y sin relación para Atención Primaria y Asistencia Especializada.
- Se puede apreciar una intromisión del planificador en las tareas gestoras.
- Finalmente, los objetivos de los contratos programa suscritos tenían un muy escaso sustento en bases epidemiológicas y en objetivos de salud.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

El Contrato Programa de Centro en el marco de la Gestión de Atención Primaria de Madrid.

El Decreto 22/2008, de 3 de abril del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, recoge entre las funciones que debe ejercer La Dirección General de Atención Primaria, la elaboración de objetivos e indicadores asistenciales, así como el seguimiento, evaluación y control de los mismos, y a su vez la gestión de las medidas necesarias para su cumplimiento efectivo.

El Plan de Mejora de la Atención Primaria 2006-2009 representa el marco estratégico sobre el que se están desarrollando distintas líneas de actuación de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid para Atención Primaria. Entre estas líneas de actuación se plantea como prioritaria impulsar una mayor autonomía de gestión de los Centros de Salud. Para ello resulta esencial el diseño de instrumentos que favorezcan una mayor asunción de responsabilidades por los Centros de Salud.

Entre estos instrumentos, uno de los que en mayor medida puede contribuir a la descentralización de la estrategia a través de un establecimiento homogéneo de objetivos, es el Contrato Programa de Centro. El aspecto más novedoso es que este contrato será único, con los mismos objetivos y los mismos criterios para la definición de metas para todos los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid, estableciéndose como población de referencia la contemplada en la Base de Datos de Tarjeta Sanitaria Individual (T.S.I.) a fecha 31 de octubre de 2008. Para el diseño del Contrato Programa se utilizó el Modelo EFQM de Excelencia.

Los objetivos estratégicos de Atención Primaria son los establecidos por el propio Plan de Mejora de Atención Primaria de Madrid 2006-2009, en cuya elaboración participaron el conjunto de Sociedades Científicas y Colegios Profesionales. Estos han sido complementados con los que nacen de la aplicación de un esquema basado en el Modelo EFQM de Excelencia, y en su conjunto son los siguientes:

- Orientados a los ciudadanos
- Orientados a los profesionales
- Orientados a la organización y gestión de los servicios

■ **Conceptos relacionados**

Contratos de gestión. Dirección por Objetivos.

■ **Para seguir leyendo**

- Meneu R, Bernal E, Pradas F, Peiró S, Ridaó M, Formas de dirección por objetivos y contratos-programa. Rev Soc Val Med Fam Communit. 2000;
- Albí E, Gonzalez-Paramo JM, López Casasnovas G. Gestión pública. Fundamentos, técnicas y casos. Barcelona: Ariel Económica; 1997.
- Drucker P. La gerencia de empresas. (4ª edición). Buenos Aires: Ed. Sudamericana; 1978
- Gonzalez López-Valcárcel B, Pellisé L, Barber P. La financiación pública de los servicios sanitarios en España. Madrid: FEDEA. Documentos de trabajo; 1995.
- Gonzalez López-Valcárcel B. Los sistemas de información y el tránsito a los contratos de gestión en INSALUD. En: Peiro 5, Domingo LI, coords.: Información Sanitaria y Nuevas Tecnologías. Vitoria: Asociación de Economía de la Salud; 1998.

Contrato programa

- Martín Martín J. Cambios en la regulación del sistema sanitario público español: Incentivos y eficiencia. En: Meneu R, Ortún V, eds. Política y Gestión Sanitaria: La Agenda Explícita. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud-SG Editores; 1996.
- Mintzberg H. La estructura de las organizaciones. Barcelona: Ariel; 1985.
- Ortún V. Innovación organizativa en sanidad. En: Meneu R, Ortún V, eds. Política y Gestión Sanitaria: La Agenda Explícita. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud-SG Editores; 1996.
- Riedmann W . Técnicas de dirección. Madrid: Paraninfo; 1981.
- Martínez Aguayo C, Martín Acera S. El contrato Programa: ¿Qué es? ¿Cuál es su importancia. Rev San Hig Pub. 1994; 68:331-4.
- Contrato Programa de Centro. Dirección General de Atención Primaria. Madrid, 29 de Enero de 2009

Coordinación de niveles asistenciales

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Integración asistencial. Coordinación inter-nivel. Coordinación asistencial. Continuidad en la atención. Relación entre niveles asistenciales

■ Definición

Consiste en concertar medios y esfuerzos para conseguir la continuidad de los cuidados dirigidos a recuperar la salud perdida. Auna estrategias entre Atención Primaria y Atención Especializada para conseguir una mayor calidad asistencial, garantizando así la continuidad de cuidados. Es considerada como un objetivo estratégico prioritario para todas las organizaciones sanitarias implicadas.

■ Otros aspectos de interés

La Coordinación inter-nivel es una relación estructurada entre diferentes niveles organizativos que actúan en un mismo proceso sobre el que se establecen objetivos comunes, ya que los resultados que se pretenden obtener implican a todos los que intervienen en el mismo.

Integración es una respuesta organizativa a la necesidad de coordinarse, mediante la agrupación de recursos diversos bajo una única estructura de gestión. Continuidad Asistencial es el objetivo a conseguir y por tanto una dimensión necesaria de la calidad que incide sobre un proceso más adecuado y unos resultados mejores.

La Atención Integral del paciente es una acción intersectorial completa para el abordaje de los problemas de salud.

La cooperación entre niveles asistenciales se hace posible estimulando la competencia entre ellos, ubicando los recursos donde sean más eficientes, incorporando tecnologías de la información que hagan ser más resolutivos a los niveles que lo sean menos, prestando servicios especializados fuera del entorno tradicional, todo ello contribuye a la eficiencia y a la efectividad de las actuaciones, potenciando así espacios de consenso y cooperación.

Coordinación de niveles asistenciales

Es necesario propiciar el desarrollo de herramientas organizativas que faciliten el progreso de las vías clínicas, unidades de continuidad asistencial, gestión de procesos de atención inter-nivel, intercambio de profesionales, sesiones inter-nivel, la enfermería como gestora de casos...herramientas que sustentan el concepto de *Disease Management* como paradigma de la Gestión Clínica.

Se debe llegar más allá en el cuidado integral del paciente, estimulando las sinergias entre el sistema sanitario y el socio-sanitario, redefiniendo el papel de los profesionales e incorporando a otros actores como son los cuidadores y otros agentes sociales en los procesos de atención sanitaria.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Cataluña, como comunidad autónoma pionera en transferencias en Sanidad desde el año 1981, introdujo la separación de las funciones de financiación y provisión de servicios de salud. El Servei Català de la Salut (CatSalut), entidad pública dependiente del Departament de Salut (máxima autoridad del sistema), compra los servicios a proveedores concertados de titularidad diversa -empresas públicas, consorcios, fundaciones sin ánimo de lucro, etc., que conforman 70 % de la atención hospitalaria y 20 % de la atención primaria de la red pública. El resto está provisto por el Institut Català de la Salut (ICS), propiedad de la Generalitat. La provisión se organiza por demarcaciones territoriales. La relación entre el financiador público y los proveedores de salud se establece mediante los contratos de gestión; sin intermediarios. El CatSalut aplica un sistema de compra por líneas de servicios -atención primaria, atención especializada y sociosanitaria- y, desde el 2001, puso en marcha un proyecto piloto para la compra de servicios en base poblacional. Experiencias piloto en los Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE) y Badalona Serveis Assistencials (BSA).

■ Conceptos relacionados

Redes integradas de servicios de salud (RISS). Organizaciones sanitarias integradas (OSI). Mecanismos de coordinación asistencial. Evaluación de la coordinación asistencial. Estrategias de coordinación asistencial.

■ Para seguir leyendo

- Torres A, Lledó R. Editorial La coordinación entre niveles asistenciales. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:232-233
- Suñol R, Carbonell JM, Nualart L, Colomé L, Guix J, Bañeres J, et al. Hacia la integración asistencial: propuesta de modelo basado en la evidencia y sistema de gestión. *Med Clin (Barc)*.1999; 112(Supl 1):97-105
- Ortún V. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med Clin (Barc)*. 1990;95:385-8
- Lorenzo S. Coordinación social y sanitaria en la asistencia a los ancianos: ojo, que la mayoría llegaremos. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:8-9
- Henao-Martínez D, Vázquez-Navarrete M, Vargas-Lorenzo I, Coderch-Las-saletta J, Llopart-López J R. Integración Asistencial de dos Organizaciones en Cataluña, España. *Rev Salud Pública (Bogotá)* 2008; 10:33-48.

Coste de oportunidad

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Coste alternativo.

■ Definición

El **coste de oportunidad** es el beneficio de la mejor de las opciones desestimadas en una elección. Representa el coste de la propia elección, es decir, de la inversión de los recursos disponibles en una oportunidad económica, frente a las inversiones alternativas disponibles, o también el *valor de la mejor opción no realizada*. El coste de una determinada elección no está formado únicamente por el valor de los recursos empleados en elegir esa opción (supóngase la compra de una tecnología sanitaria) sino por el **sacrificio** que nos supone tal decisión, tanto si ello implica una transacción monetaria como si no. Teniendo en cuenta la escasez de recursos en relación con las necesidades, el empleo de un recurso en una determinada alternativa impide que este mismo recurso sea empleado en otra alternativa diferente, en esto se basa el coste oportunidad.

■ Otros aspectos de interés

El coste de oportunidad de invertir en una intervención de asistencia sanitaria se mide mejor por los beneficios en salud que se podían haber logrado habiendo gastado el dinero en la mejor intervención alternativa. El coste oportunidad puede ser estimado utilizando los métodos tradicionales de evaluación económica siendo el mejor de todos ellos el análisis coste-beneficio.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

A la hora de estimar el coste oportunidad hay que tener en cuenta la perspectiva del estudio (sociedad, paciente, proveedores, etc.) puesto que determina los costes y efectos a incluir en la evaluación. En segundo lugar la elección de alternativas juega un papel crucial en el análisis de coste efectividad afectando a la medida del coste de oportunidad; idealmente una intervención debería ser comparada con todas las intervenciones relevantes incluyendo la no intervención. Es importante tener en cuenta que es mejor estimar un ratio coste efectividad incremental que un ratio coste efectividad promedio. Los recursos utilizados en la evaluación económica deberían ser evaluados con costes de oportunidad pero es difícil por lo que se tienden a usar costes unitarios.

Si los recursos han sido distribuidos eficientemente, entonces la valoración del uso de estos recursos en formas alternativas necesita ser hecho explícito. A pesar de la importancia de este concepto de coste oportunidad, la complejidad de su aplicación hace que pocos estudios sean completamente explícitos al estimar el coste de oportunidad.

■ Ejemplo

La evaluación económica desde la perspectiva social requiere tener en cuenta la totalidad del coste de oportunidad del impacto del programa sobre los recursos de la economía. Cuando no se incluye el valor del tiempo, tanto remunerado como no remunerado, en una evaluación económica, las conclusiones de ésta no pueden constituir una medida apropiada de eficiencia ni reflejan criterios homogéneos de equidad.

Mediante un ejemplo hipotético se pueden ilustrar las diferencias entre los dos métodos de cálculo del coste de la enfermedad y el papel de los costes del tiempo. Supongamos que la incidencia de una enfermedad es de una persona cada año. Los costes directos por persona, incluyendo el coste del tiempo del paciente, se denota como “DC”; los costes de morbilidad como “MbC”; y los costes de mortalidad se valoran siguiendo el enfoque del capital humano y se denotan como “MtC”. La muerte prematura a causa de la enfermedad supone una pérdida de 10 años de vida para cada individuo. La tasa de descuento es del 6 por ciento.

En el caso del método de la prevalencia, los costes directos son los que corresponden a las cuatro personas durante los cuatro años. Los costes de morbilidad representan el coste de oportunidad de la reducción en el tiempo de trabajo para las cuatro personas. Finalmente, los costes de mortalidad representan el valor actual de la reducción en la producción ocasionada por la muerte de cada persona a causa de la enfermedad durante un año.

El método de la incidencia se fija únicamente en una persona que contrae la enfermedad en un año determinado, y no en todas aquellas personas que conviven con la enfermedad en un año determinado como en el caso del método de la prevalencia. Los costes directos del método de la incidencia se calculan como el valor actual de todos los costes directos futuros para las personas que contraen la enfermedad un determinado año. El cálculo de los

Coste de oportunidad

costes de morbilidad sigue el mismo criterio, y los costes de mortalidad se derivan de las muertes a lo largo de cuatro años de las personas que hoy han contraído la enfermedad.

El método de la prevalencia proporciona una estimación del coste de la enfermedad más elevada que la del método de la incidencia. Cuanto más elevada sea la tasa de descuento, mayor será en general la ratio entre el coste de la prevalencia y el de la incidencia. Para enfermedades que no producen efectos a largo plazo, habrá poca diferencia entre el resultado obtenido con ambos enfoques. Las diferencias serán más importantes para los costes de mortalidad que para los costes directos y de morbilidad. La ratio entre el coste de la prevalencia y el de la incidencia será más elevada cuando la incidencia sea decreciente, cuando los costes directos y de morbilidad sean decrecientes o cuando estos costes aumenten a lo largo del curso de la enfermedad. [Hartunian NS, Smart CN and Thompson MS. The incidence and economic costs to cancer, motor vehicle injuries, coronary heart disease and stroke: A comparison analysis. *Am J Public Health*. 1980 70:1249-60]

■ Conceptos relacionados

Análisis de Costes; asignación de recursos.

■ Para seguir leyendo

- Hidalgo A, Corugedo I, del Llano J. Economía de la salud. Madrid: Ed. Pirámide; 2000.
- Heamshow H, Harper R, Cheater F, Baker R, Grinshaw G. A study of the methods used to select review criteria for clinical audit. *Health Technology Assessment*. 2002;6(1):1-78.
- Johnston G, Crombec JK, Davis HTO, Alder EM, Miland A. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Quality Health Care*. 2000;9:23-36.
- Secretaries of State for Health, Wales, Northern Ireland, and Scotland. Medical audit. Working Paper 6. London: HMSO, 1989.

Cuadro de mando integral

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Balanced ScoreCard (BSC); CMI.

■ Definición

El CMI es un instrumento de gestión que ayuda a comunicar y a poner en funcionamiento la estrategia de una organización, es decir, es un marco que contiene un sistema de medidas financieras y no financieras, seleccionadas para ayudar a la organización a poner sus factores claves de éxito en ejecución, los cuales se definen en la visión estratégica de la compañía (Kaplan and Norton, 1996). Estos autores afirmaban que las medidas o los indicadores financieros no eran suficientes para conocer el estado o funcionamiento de una compañía. Para complementar el énfasis tradicional en el corto plazo implícito en el ámbito financiero introdujeron tres categorías adicionales que resaltaban aspectos no financieros. Estas son: la satisfacción de cliente, el proceso interno del negocio, y el aprendizaje y crecimiento. Estos autores pensaron en estas tres categorías adicionales, como medidores del funcionamiento presente y futuro de la compañía, mientras que la perspectiva financiera representa la última perspectiva.

Las cuatro perspectivas que conforman el modelo básico de Kaplan y Norton son:

- a) *La financiera*: Vincula los objetivos de cada unidad de negocio con la estrategia de la empresa. Sirve de enfoque para todos los objetivos e indicadores de las demás perspectivas.
- b) *Los clientes*: Identifica los segmentos de cliente y mercado donde se va a competir. Mide las propuestas de valor que se orientan a los clientes y mercados, evaluando las necesidades de los clientes, como su satisfacción, lealtad, adquisición y rentabilidad con el fin de alinear los productos y servicios con sus preferencias y traduce la estrategia y visión en objetivos sobre clientes y segmentos, siendo éstos los que definen los procesos de marketing, operaciones, logística, productos y servicios.
- c) *Los procesos internos*: Define la cadena de valor de los procesos necesarios para entregar a los clientes soluciones a sus necesidades (innovación, operación, servicio post-venta). Los objetivos e indicadores de esta perspectiva se derivan de estrategias explícitas para satisfacer las expectativas de los clientes.
- d) *El aprendizaje y el crecimiento*: Se obtienen los inductores necesarios para lograr resultados en las anteriores perspectivas. La actuación del personal,

Cuadro de mando integral

se refuerza con agentes motivadores que estimulen sus intereses hacia la empresa. Se miden las capacidades de los empleados, las capacidades de los sistemas de información, el clima organizacional para medir la motivación y las iniciativas del personal.

C

■ Otros aspectos de interés

Según Kaplan y Norton las utilidades de un CMI son las siguientes:

- Clarificar y poner al día la estrategia.
- Conducir la estrategia dentro de la empresa.
- Alinear las metas individuales con la estrategia.
- Vincular los objetivos a los presupuestos a largo plazo.
- Conducir las revisiones del funcionamiento orientadas a mejorar la estrategia.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Un centro sanitario o una organización sanitaria se pueden asemejar a una empresa oferente de servicios, con la particularidad de que su producto o servicio es ofrecido en el mismo instante en el que es generado (Pastor Tejedor, 2004). Dicho producto, el “producto sanitario”, es el resultado de los siguientes procesos: 1) proceso clínico, que consiste en aplicar los conocimientos médicos al cuidado de los pacientes, pudiéndose resumir en diagnóstico y tratamiento; 2) El proceso funcional, cuyo objetivo es proporcionar y generar productos y actividades intermedias que puedan ser utilizados en el proceso clínico. Teniendo en cuenta estas particularidades, la elaboración de un CMI para este tipo de organizaciones, tiene que adaptarse a las mismas, para lograr que la utilización de dicha herramienta sea exitosa, ya que en caso contrario, estaría abocada a su escaso uso y por tanto a su desaparición.

■ Ejemplo

Flujo del paciente. Gestión de relaciones con las aseguradoras: captar nuevos clientes a través de conciertos con entidades no públicas.

Generación de indicadores y elaboración del CMI: Conlleva la identificación de los factores críticos de éxito en los procesos claves de negocio y la generación de indicadores (sistemas de medición de las interrelaciones) para las cuatro perspectivas (clientes, desarrollo e innovación, procesos internos y recursos) que se emplea en el desarrollo del CMI.

El *Council of Quality Assurance* procedió a vincular los objetivos fijados para cada una de sus perspectivas con unos medidores o indicadores:

- a) *Perspectiva de innovación y aprendizaje:* Para esta dimensión el CQA se fija tres objetivos: Utilización de tecnología avanzada, alta competencia profesional y eficiencia social, asociando los mismos a tres medidores: Presencia del CQA en los medios de comunicación, número de intervenciones de cirugía mayor ambulatoria (CMA) por quirófano y día, indicador de eficiencia social en relación al Hospital de Sabadell.
- b) *Perspectiva financiera o de recursos.* Se fijan dos objetivos: El primero es el de supervivencia, que se asocian a los medidores de rentabilidad, flujo de caja y fondo de maniobra y el segundo que es la adecuación estructural que se relaciona con el ratio de nuevas adquisiciones por volumen de cash flow.
- c) *Perspectiva de procesos internos.* Para esta perspectiva se determinan cinco objetivos, que se asocian con otros tantos medidores: 1) *Productividad:* Se corresponde con los indicadores de número de intervenciones suspendidas, y el ratio de objetivos de actividad sobre actividad realizada; 2) *Seguridad:* Se relaciona con el número de ingresos en el hospital de Sabadell, y un índice o indicador de complicaciones; 3) *Respuesta rápida:* En relación con el ratio de objetivos de actividad sobre actividad realizada; 4) *Proceso de selección de clientes sin errores:* En relación con el número de intervenciones suspendidas; 5) *Excelencia en la provisión del servicio:* Sus medidores asociados son el índice de complicaciones y el ratio de objetivos de actividad sobre actividad realizada.
- d) *Perspectiva de clientes.* Los objetivos de experiencia en calidad, servicio integral y personalizado, adaptabilidad, accesibilidad y comodidad se asocian al índice de satisfacción del cliente.

Cuadro de mando integral

■ Conceptos relacionados

Control de calidad, EFQM.

■ Para seguir leyendo

- Kaplan RS, Norton DP. The Balanced Scorecard: Measures that drive performance. Harvard Business Review. 1992; 70.
- Pastor Tejedor AC. Diseño del cuadro de mando integral para un hospital público desarrollado en base a los modelos de excelencia. Production and Operations Management Society; 2004.
- Arjona M. El Balance Scorecard: su utilidad para la gestión estratégica y de calidad de los servicios de farmacia hospitalaria. En: Farmacia Hospitalaria 2010: La calidad como eje de la planificación estratégica. Del Llano J, Raigada F (Eds). Madrid: Fundación Gaspar Casal; 2006.

*DICCIONARIO DE
GESTIÓN SANITARIA
PARA MÉDICOS*

E

Economía de la salud

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Health Economics

■ Definición

Disciplina de reciente aparición dentro de los estudios económicos, dedicada a la investigación, estudio, métodos de medición, racionalización y sistemas de análisis de las actividades relacionadas con la financiación, producción, distribución y consumo de los bienes y/o servicios que satisfacen necesidades sanitarias y de salud, procurando la eficiencia y la equidad.

■ Otros aspectos de interés

La ciencia de la economía trata de la asignación de recursos escasos y susceptibles de usos alternativos a la satisfacción de distintas necesidades de diferentes personas. En el caso de la economía de la salud, se trata de analizar la relación entre los recursos sociales que se destinan a la salud y los beneficios (en términos de bienestar) producidos por estos recursos, incluyendo cómo se distribuyen estos recursos y beneficios entre diversas personas o grupos sociales (el problema de la equidad).

Los conceptos económicos de demanda, oferta, producción y distribución adoptan un sentido especial cuando se refieren a los bienes y servicios destinados a la salud de los seres humanos.

La teoría económica describe de forma matemática las situaciones de equilibrio en los mercados de bienes y servicios, pero algunas situaciones que los economistas llaman óptimos de eficiencia para un bien material ordinario, serían consideradas socialmente inaceptables cuando se refieren a la salud. Los gestores públicos deben utilizar los criterios de eficiencia y equidad para adoptar decisiones sobre priorización y racionalización.

Priorización. Ningún presupuesto sanitario de ningún país, ni hoy ni nunca, podrá financiar todos los servicios sanitarios demandados. La ausencia de un criterio de priorización, es decir, cuando se ofrece un servicio sanitario a todo el que lo solicita sin tener en cuenta los recursos disponibles, conduce a la aparición de colas y esperas. Entre los sistemas de priorización se pueden citar:

- La definición de una cesta básica de servicios sanitarios de alta prioridad que sea posible garantizar para todos los ciudadanos.
- La provisión de servicios (y la utilización de instrumentos) de mayor ratio resultado/coste.
- Priorizar el servicio a los individuos que no están capacitados para financiarlos por sí mismos, sacrificando la eficiencia en aras a la equidad.
- Priorizar a las personas o grupos con mayores beneficios esperados (por ejemplo, jóvenes sobre viejos).
- Pago por diagnóstico frente a pago por servicio. El sistema de pago por servicio implica una fuerte tendencia al incremento del gasto ya que no existe ningún estímulo a la restricción de la oferta. El paciente demandará más servicio y el médico o la organización sanitaria ofrecerá la mayor calidad sin tener en cuenta el coste. La alternativa de pago por diagnóstico consiste en realizar una estimación del “coste aceptable” por paciente, forzando a un uso racional del presupuesto disponible. Las dificultades del sistema de pago por diagnóstico conducen a los sistemas reales de asignación de presupuestos limitados por grupos sociales definidos como RUG (*Resource Utilization Groups*).

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La economía de la salud aborda temas como

- La demanda de salud: autoconsumo, información, capital humano, la salud como bien público.
- La producción de salud: eficacia, costes, financiación; la oferta de servicios de salud
- La determinación del valor que le asignamos a la salud: cuanto se debe pagar, quién lo debe pagar. Obsérvese que si es el enfermo el que demanda salud, es el médico el que la ofrece y es un tercero, el Estado, el que la paga, la tendencia será a que se produzcan y consuman grandes cantidades de salud a precios muy altos.

Economía de la salud

- Los sistemas sanitarios. Mecanismos de provisión y salud. Infraestructura y políticas públicas. Alternativas y su reforma.
- La gestión de empresas y organizaciones proveedoras de bienes y servicios de salud. Sistemas de contratación que estimulan la eficacia. Cómo definir la eficacia en la provisión de salud.

E

En España, al igual que en otros países, existe una sociedad científica –la Asociación de Economía de la Salud (AES)- que reúne a las personas interesadas en esta disciplina y que anualmente celebra las Jornadas de Economía de la Salud (www.aes.es).

■ Conceptos relacionados

Priorización, racionalización, evaluación de tecnologías sanitarias, eficiencia, equidad, accesibilidad.

■ Para seguir leyendo

- Hidalgo A, Corugedo I, del Llano J. Economía de la Salud; Editorial Pirámide; Madrid 2000.

Efectividad, medidas de

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Clinical measures of treatment effects

■ Definición

Las medidas de efectividad de los tratamientos son parámetros que expresan la fuerza de la asociación entre tratamientos y desenlaces clínicos (*endpoints, outcomes*). Típicamente se emplean como medidas resumen del resultado de los ensayos clínicos, aunque pueden ser utilizadas también en los estudios con diseños observacionales.

Las más utilizadas son la **Reducción Absoluta del Riesgo** (Absolute Risk Reduction; RAR), la **Reducción del Riesgo Relativo** (Relative Risk Reduction; RRR) y el **Numero Necesario de pacientes a Tratar** (Number Needed to Treat; NNT) para evitar un desenlace adverso.

El significado y cálculo de estas medidas, así como las relaciones entre ellas es fácilmente comprensible a partir de las celdas de la clásica tabla de 2x2.

	Desenlace		
	+	-	
Grupo Intervención	a	b	a+b
Grupo Control	c	d	c+d
	a+c	b+d	n

- **Riesgo absoluto** [$a/(a+b)$] en el grupo intervención: proporción de pacientes con el desenlace de interés en el grupo tratado con el medicamento a evaluar. En el grupo tratado control, tratado con placebo o control activo, se calcula del mismo modo [$c/(c+d)$]
- **Reducción Absoluta del Riesgo** [$(c/(c+d))-(a/(a+b))$]: diferencia de riesgos absolutos en el grupo intervención respecto al grupo control. También se la denomina Reducción del Riesgo Atribuible.
- **Riesgo Relativo** [$(a/(a+b))/(c/(c+d))$]: Es el riesgo de eventos entre los pacientes que reciben el tratamiento en relación al de los controles.
- **Reducción del Riesgo Relativo** [$1-RR$]: Es la reducción proporcional de la tasa de ocurrencia de un evento desfavorable en el grupo experimental en relación al grupo control y se calcula como el recíproco del RR.

Efectividad, medidas de

- **Número Necesario de paciente a Tratar [(1-RRR)*100]:** indica cuantos sujetos tenemos que tratar para prevenir un desenlace desfavorable. Se calcula como el recíproco de la Reducción Absoluta del Riesgo multiplicado por 100.

■ Otros aspectos de interés

Las formas alternativas de presentación de resultados de los ensayos clínicos pueden influir en las decisiones sobre utilización de uno u otro tratamiento. Así, cuando un ensayo clínico presenta la eficacia del cribado de cáncer de mama en mujeres de 50-64 años en forma de reducción relativa del 34% en la mortalidad específica a los 7 años de seguimiento, el lector tiene que interpretar la relevancia clínica de este resultado en función de la prevalencia del cáncer de mama en su población y de la mortalidad absoluta. Por ejemplo, una RRR del 34% se obtendría por igual con una reducción absoluta de la mortalidad por cáncer de mama a los 7 años del 18% al 12% que con la reducción de mortalidad mostrada en la realidad por el ensayo clínico (del 0,18 al 0,12%), cuando su significación clínica es bien diferente.

Nótese que otras formas de presentación de estos resultados no magnifican los beneficios del tratamiento. Así, en el ejemplo anterior la reducción absoluta del riesgo sería de 0,06% (0,18 - 0,12) y el NNT sería de 1571 mujeres cribadas durante 7 años para evitar 1 muerte en este periodo.

Una presentación de resultados alternativa, aunque poco usada, es el Porcentaje de Pacientes Libres del suceso al final del periodo de seguimiento (el recíproco de los riesgos absolutos) que en el caso del cribado sería del 99,88% de mujeres en el grupo placebo vivas (o fallecidas por causas diferentes al cáncer de mama), por el 99,82% en el grupo control.

Como norma se recomienda que los ensayos clínicos acompañen la presentación usual en forma de RRR con alguna de las medidas citadas, singularmente del NNT que parece más intuitiva en clínica. Esto sería especialmente necesario cuando la incidencia del *endpoint* adverso es baja (como suele ocurrir con los tratamientos en prevención primaria o los programas de cribado).

■ Ejemplo

El Helsinki Heart Study (HHS) es un conocido ensayo clínico aleatorio publicado en 1987 en el que 2.051 hombres de 40-55 años fueron tratados con un hipolipemiente (gemfibrozilo) durante 5 años y 2.030 recibieron un placebo. Al completar el periodo de seguimiento en el grupo tratado se habían producido 56 (2,73%) eventos cardíacos adversos (14 infartos de miocardio mortales y 42 no mortales) y 45 (2,19%) muertes por todas las causas; en el grupo placebo se produjeron 84 (4,14%) episodios cardíacos adversos (19 infartos mortales y 65 no mortales) y 42 fallecimientos (2,07%).

Respecto a la presencia de eventos cardíacos (mortales y no mortales)

- **Riesgo absoluto $[a/(a+b)]$ en el grupo gemfibrozilo o intervención:** $56/2051 = 0,273\%$; el 2,73% de los pacientes del grupo intervención experimentaron un infarto durante el seguimiento.
- **Riesgo absoluto $[c/(c+d)]$ en el grupo placebo o control:** $84/2030 = 0,414$; El 4,14% de los pacientes del grupo control experimentaron un infarto durante el seguimiento.
- **Reducción Absoluta del Riesgo $[(c/(c+d))-(a/(a+b))]$:** $(84 /2030) - (56/2051) = 0,414 - 0,273 = 0,141$; El grupo intervención experimentó un 1,41% menos infartos que el grupo placebo.
- **Riesgo Relativo $[(a/(a+b))/(c/(c+d))]$:** $(56/140)/(1946/3841) = 0,66$. Si la tasa de infartos del grupo control fuera igual a la unidad, la del grupo experimental sería 0,66 (inferior en aproximadamente un tercio).
- **Reducción del Riesgo Relativo $[1-RR]$:** $1-0,66= -0,34$; El grupo intervención tuvo un 34% menos infartos que el grupo placebo.
- **Número Necesario de paciente a Tratar $[(1-RR)*100]$:** $(1 - 1,41) * 100 = 71$. Por cada 71 pacientes tratados durante 5 años se evita un infarto.

Nótese la magnificación “numérica” del efecto al usar el RRR (un 34% menos infartos) respecto al RAR (1,41%).

	Desenlace		
	+	-	
Grupo Intervención	56	1.995	2.051
Grupo Control	84	1.946	2.030
	140	3.841	4.081

Efectividad, medidas de

■ Conceptos relacionados

Medidas de asociación; Numero Necesario de tratados para producir un efecto adverso (*Number Needed to Harm, NNH*); Numero Necesario de cribados para evitar un caso de enfermedad (*Number Needed to Screen, NNS*).

■ Para seguir leyendo

- Meneu R, Peiró S, Márquez S. Influencia de la presentación de los resultados de los ensayos clínicos en la intención de prescribir: relativizando el riesgo relativo. *Aten Primaria*. 1998; 21: 446-50.

E

Eficacia

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Efficacy

■ Definición

Se entiende por eficacia, aquella virtud o cualidad de una intervención que la hace capaz de producir el efecto deseado cuando se aplica en condiciones óptimas. Eficacia se refiere a los “Resultados” en salud de las tecnologías.

Eficacia es el grado en que algo (procedimiento o servicio) puede lograr el mejor resultado posible. La falta de eficacia no puede ser reemplazada con mayor eficiencia por que no hay nada más inútil que hacer muy bien, algo que no tiene valor.

■ Otros aspectos de interés

La eficacia supone cumplir dos criterios mayores:

- 1) Excelencia en su ejecución técnica. Implica la perfecta capacitación técnica del profesional que la utiliza, su aplicación bajo protocolo estricto, y sobre todo la garantía de que el paciente está recibiendo realmente el medicamento.
- 2) Utilización del fármaco en grupos de pacientes con criterios estrictos de inclusión y exclusión, habitualmente relativos a edad, sexo, etnia y ausencia de elementos interferentes o confundidores como comorbilidades o uso simultáneo de otras intervenciones.

La eficacia se asocia al método científico de carácter deductivo o experimental, concretamente a los ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECA).

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Los ensayos clínicos son una parte fundamental en el proceso de desarrollo, aprobación e introducción en el mercado de nuevos fármacos y tratamientos contra algunas enfermedades. Descubrir si los nuevos agentes son seguros y eficaces para los pacientes es el principal objetivo de la mayor parte de ellos. Sin embargo, también pueden estar destinados a prevenir una enfermedad, diagnosticar precozmente una patología o bien reducir los riesgos de un determinado tratamiento. La medida de la eficacia mediante ensayos clínicos es un requisito para su autorización.

Eficacia

■ Conceptos relacionados

Ensayos clínicos

■ Para seguir leyendo

- Conde JL. Eficacia y efectividad: una distinción útil para la práctica y la investigación clínicas. Nefrología. 2002;3:219-20

E

Eficiencia

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Efficiency.

■ Definición

Es el grado en que una tecnología, una intervención o una organización efectúa la máxima contribución a las objetivos de salud definidos dados los recursos disponibles. Implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costes de los recursos empleados. Tiene dos dimensiones: la relativa a la asignación de recursos que analiza la relación entre recursos y resultados, y la referente a la productividad, que analiza la relación entre recursos y procesos.

■ Otros aspectos de interés

La utilización de los medios debe satisfacer un máximo cuantitativo o cualitativo de fines o necesidades humanas. El buen uso de los recursos, se concreta en lograr lo mayor posible con aquello que contamos. Si un grupo humano dispone de un número de insumos que son utilizados para producir bienes o servicios entonces se califica como eficiente a quien logra la mayor productividad con el menor número de recursos.

Eficiencia se emplea para relacionar los esfuerzos frente a los resultados que se obtengan. Si se obtienen mejores resultados con menor gasto de recursos o menores esfuerzos, se habrá incrementado la eficiencia. Esto es alcanzar los objetivos por medio de la elección de alternativas que pueden suministrar el mayor beneficio. Es la relación recursos/resultados bajo condiciones reales.

La eficiencia se evalúa a partir de comparaciones. Los estudios de eficacia y efectividad no incluyen recursos, los de eficiencia sí. En la eficiencia se consideran los gastos y los costes relacionados con la eficacia o efectividad alcanzados.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Un aspecto fundamental en la evaluación de la gestión de las organizaciones sanitarias (proveedores de servicios, aseguradores, compradores, etc.) debería ser la capacidad de identificar y separar aquellas organizaciones que de acuerdo con algún estándar gestionan correctamente de aquellas que lo hacen mal o por debajo de sus posibilidades.

Eficiencia

E

En la literatura económica esta tarea se lleva a cabo mediante el análisis de frontera, paramétrico o no paramétrico, de la eficiencia de las organizaciones del sector (hospitales, centros de atención primaria, farmacias, aseguradores, agencias compradoras, etc.) o de departamentos de una misma organización (por ejemplo, diversos servicios de un hospital). La información obtenida a través de la evaluación de la eficiencia de las organizaciones puede ser de utilidad en diversos niveles de la gestión de los servicios sanitarios. En primer lugar, para mejorar la *eficiencia en la gestión* de las organizaciones sanitarias identificando las mejores y las peores prácticas asociadas con una elevada o reducida eficiencia y productividad, respectivamente. En segundo lugar, para aportar información útil en el diseño de políticas públicas mediante la valoración del efecto de la propiedad, del diseño organizativo, de los sistemas de pago, de las fusiones, y de otros instrumentos de regulación sobre la eficiencia. Y, en tercer lugar, para conducir el interés de la investigación hacia la descripción de la eficiencia de un mercado, la clasificación de sus organizaciones atendiendo al nivel de eficiencia, o analizando de qué forma las medidas obtenidas son sensibles a las diferentes técnicas de medida. Es evidente que la eficiencia es un concepto relativo. De hecho, el análisis de frontera es básicamente una forma de llevar a cabo una comparación respecto de una referencia (“benchmark”) de la eficiencia relativa de una unidad de decisión. El análisis de frontera proporciona una medida global, determinada de forma objetiva y numérica del valor de la eficiencia que permite una ordenación de las organizaciones, y que no pueden proporcionar otros enfoques. De acuerdo con la teoría económica, los costes pueden ser superiores al nivel mínimo posible (*ineficiencia económica* o de costes) por dos causas. Farrell (1957) introdujo una medida radial de eficiencia de una unidad de toma de decisiones (UTD) que se compone de dos elementos: *eficiencia técnica (ET)* que refleja la habilidad de una UTD de obtener el máximo nivel de producción con unos recursos dados, y *eficiencia asignativa*, que corresponde a la capacidad de una UTD de utilizar los recursos de acuerdo con las proporciones óptimas, dados sus respectivos precios. Cuando una UTD es eficiente debe operar sobre la frontera de costes o de producción.

La frontera de producción representa el nivel máximo de producción que se puede obtener para cada nivel de recursos. La frontera de costes representa el coste mínimo factible para cada nivel de producción. Las UTD se encuentran sobre la frontera de producción (o de coste) cuando presentan eficiencia

técnica (o eficiencia económica). O bien, se encuentran por debajo (encima) de la frontera de producción (costes) si no son eficientes. Puesto que la función de producción y la de costes no son directamente observable, el análisis de frontera utiliza la mejor práctica observada en la muestra de UTD analizadas para construir la frontera de producción o de costes.

■ Ejemplo

E

AUTORES (AÑO)	MUESTRA	MÉTODO	RESULTADOS	OBSERVACIONES
1. Wagstaff (1989)	40 Hospitales del Insalud 1977-1981	SF	EE=0,58	Compara frontera determinista y estocástica. Rankings no coincidentes.
2. Ley (1991)	139 hospitales generales públicos y DEA privados, 1984	DEA	31% son ineficientes	Producto: altas y estancias por servicios sin case-mix. Los públicos son menos eficientes que los privados.
3. López-Casnovas y Wagstaff (1992)	38 hospitales generales del Insalud, 1982- SF 1986	SF	EE=0,78	Producto: aproximación al case-mix basada en la teoría de la información.
4. Prior y Solá (1993)	169 hospitales públicos y privados de DEA Catalunya, 1989	DEA	ET=0,95 ó 0,85	Producto: estancias y altas por servicios sin case-mix. No hay diferencia significativa en la eficiencia entre públicos y privados.
5. López-Casnovas y Wagstaff (1993)	38 hospitales generales del Insalud, 1982- SF 1988	SF	EE=0,69	Ranking similar al obtenido en López-Casnovas y Wagstaff (1992). Producto: índice de complejidad.
6. Ibern (1994)	62 hospitales de Catalunya, 1990	DEA	ET=0,84	Producto: altas sin ningún ajuste.
7. Quintana (1995)	34 hospitales generales públicos entre 100 y 600 camas, 1984-1990	SF	EE=0,74	Producto: altas sin ningún ajustar. Estima economías de escala y de alcance. Los hospitales en capitales de provincia son más ineficientes.
8. González y Barber (1995)	75 hospitales generales del Insalud 1991-1993	DEA SF	ET=0,92 (1991), 0,94 (1992) y 0,95 (1993)	Producto: estancias por servicios y UPA's. Observan mejora de la EE después de la introducción de los contratos-programa.

Eficiencia

■ Conceptos relacionados

Evaluación económica

■ Para seguir leyendo

- Ortún V, Casado D, Sánchez JR. Medidas de producto y eficiencia en Atención Primaria. Documentos de Trabajo de la Fundación BBV. Madrid: Fundación BBV; 1999.
- Puig-Junoy J, Dalmau E. ¿Qué sabemos acerca de la eficiencia de las organizaciones sanitarias en España? Una revisión de la literatura económica. Libro de Ponencias de las XX Jornadas de Economía de la Salud; 3-5 Mayo 2000: Palma de Mallorca: AES 2000
- Barber P, González B. La eficiencia técnica de los hospitales públicos Españoles. En: Meneu R, Ortún V, eds. Política y gestión sanitaria: la agenda explícita. Barcelona: Asociación Economía de la Salud y SG Editores; 1996.

Equidad

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Equity, Igualdad

■ Definición

Equidad es un término cuyo significado etimológico guarda relación con la idea de igualdad y de comunidad. Es uno de los términos cuya acepción implica diferentes conceptos e interrelaciones entre estos. Si eficiencia implica optimización en la asignación de recursos dadas unas restricciones (escasez), equidad hace referencia al acceso a esos recursos. Entendemos por equitativo un sistema de asignación de recursos que trata como iguales a los iguales (equidad horizontal) y trata de reducir las diferencias entre los desiguales (equidad vertical). Debido a sus componentes subjetivos, es importante entender la equidad en sanidad atendiendo a las dos escuelas de pensamiento más representativas. Así, de acuerdo a los planteamientos liberales podemos aproximar equidad con las siguientes ideas: 1) Equidad según elección, relacionado con el hecho de la existencia de asimetrías de información entre pacientes y proveedores de atención sanitaria; 2) Estándares mínimos, relacionado con los conceptos de cesta social mínima o paquete de consumo social mínimo que un individuo debe poder disfrutar con independencia de su renta; y 3) Maximización de los años de vida ajustados por calidad, concepto que dará pie a los modelos QLAY –quality life-adjusted years- que se tratan en otro epígrafe, y que supone un criterio fuerte de equidad.

Por otra parte, la corriente socialdemócrata sustenta sus criterios de equidad en la igualdad, solidaridad y participación, pudiendo resumir los siguientes elementos básicos: 1) Igual asistencia para igual necesidad desde el lado de la prestación de servicios (equidad horizontal) y tratamiento desigual para los desiguales desde el lado de la financiación (equidad vertical); 2) Igualdad de acceso a las prestaciones de los sistemas sanitarios; y 3) Necesidad de atención, esto es, la atención sanitaria es función de las necesidades de esta y no de otras consideraciones.

■ Otros aspectos de interés

Una de las derivaciones más importantes en el estudio de la equidad de un sistema sanitario es la relación existente entre la forma en que ese sistema es financiado y su equitatividad, de esta manera cabe señalar que la financiación de la sanidad no es neutral en cuanto a los resultados de equidad. Numerosos trabajos demuestran la existencia de diferencias importantes sobre la equidad en los tres métodos principales de financiar los servicios sanitarios:

- La financiación con impuestos está positivamente relacionada con la equidad.
- La financiación basada en cotizaciones sociales influye de forma ligeramente negativa sobre la equidad.
- La financiación mediante seguros privados o la participación de los asegurados, como los mecanismos de copago o los “tickets moderadores”, afectan de forma muy negativa a la equidad.

■ Conceptos relacionados

Eficiencia, efectividad

■ Para seguir leyendo

- Hidalgo A, Corugedo I, del Llano J. Economía de la salud. Madrid: Ed. Pirámide; 2000.
- Febrero R. ¿Qué es la economía? Pirámide 1997.

Estancia media ajustada por casuística

■ Definición

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español dispone de una serie de indicadores agrupados en torno a su significado. Los Indicadores Clave del SNS son un conjunto priorizado de información que abarca los aspectos considerados más relevantes de la información relacionada con la salud y el funcionamiento del sistema sanitario español.

Los estándares comparativos sobre la casuística y funcionamiento hospitalario comprenden:

- a) La estancia media (EM)
- b) La estancia media ajustada por casuística
- c) La estancia media ajustada por el funcionamiento
- d) El índice de complejidad o de case-mix
- e) El índice de la estancia media ajustada

Los siguientes indicadores se obtienen con la base de datos de pacientes depurada tras la eliminación de los valores extremos y mediante la comparación de cada hospital con el grupo de hospitales. Así se definen dos tipos de estancia media ajustada y los índices que se derivan de ellas:

- ESTANCIA MEDIA AJUSTADA POR LA CASUÍSTICA DEL ESTÁNDAR (EMACe): Es la estancia media que hubiera tenido el hospital atendiendo a la casuística del estándar de su grupo de hospitales en lugar de a la propia.

Cálculo: $SUM (EMH * ALTAS E) / TOTAL ALTAS E$ siendo E el estándar EMH la estancia media del Hospital.

- ESTANCIA MEDIA AJUSTADA POR EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTÁNDAR (EMAFe): Estancia media que hubiera tenido el hospital aplicando en cada GRD a sus propios casos la estancia media del estándar.

Cálculo: $S (EME * ALTAS H) / TOTAL ALTAS H$ siendo EME la estancia media del estándar y H el hospital en cuestión.

Es importante para la comprensión de dichos indicadores definir que son los valores extremos y la clasificación de hospitales. La Clasificación de hospitales agrupa la totalidad de hospitales de la red en 5 grupos, con las características siguientes para cada uno de dichos grupos: El Grupo 1 agrupa pequeños hospitales comarcales con menos de 200 camas. El Grupo 2 comprende los hospitales generales de área. En el Grupo 3 se clasifican hospitales, en ge-

Estancia media ajustada por casuística

neral de mayor volumen que los anteriores, que cuentan con algunos servicios de referencia. El Grupo 4 está formado por los hospitales de mayor complejidad conocidos habitualmente como de “alta tecnología” y finalmente, el Grupo 5 está integrado por hospitales monográficos y de larga estancia. Los valores extremos son los casos con estancia 0 y aquellos cuyas estancias están por encima del valor del denominado “punto de corte”, el cual se establece para cada uno de los GRD’s de acuerdo con la siguiente fórmula: Percentil 75 + 1,5 (diferencia entre Percentil 75- Percentil 25).

E

■ Otros aspectos de interés

Existen otros índices relacionados estrechamente con ambos y que permiten de forma más exhaustiva y complementaria evaluar la producción centro sanitario:

- (i) Diferencia atribuible a Case-Mix (DCM)
- (ii) Diferencia de EM en días debido a diferencia de casuística, excluido el efecto de la diferencia de funcionamiento (EM por GRD). Si es negativa la complejidad de la casuística es menor que la del estándar. Si es positiva la complejidad de la casuística es mayor que la del estándar.
- (iii) Diferencia atribuible a Funcionamiento (DF)
- (iv) Diferencia de EM, en días, debido a la desviación de las EM por GRD, excluyendo el efecto de la variación de la casuística. Si es negativa, la EM por GRD es menor en promedio en el hospital. Si es positiva, la EM por GRD es mayor en promedio en el hospital que en el estándar
- (v) Índice Case Mix (ICM)
- (vi) Indicador de complejidad de la casuística, midiendo la complejidad de cada GRD según su EM en el estándar. Es la razón entre la EMAF y la EM observada del estándar. Si es >1 la casuística es, en global, de mayor complejidad que la del estándar. Si es <1 la casuística es, en global, de menor complejidad que la del estándar.
- (vii) Índice Funcional (IF).
- (viii) Indicador de funcionamiento en términos de gestión de la estancia media. Razón entre la EMAC y la EM observada del estándar. Si es >1 el hospital trata a sus pacientes en promedio con mayor EM por GRD mayor que el estándar, a igualdad de casuística (siendo ésta la del estándar).

Si es <1 el hospital trata a sus pacientes en promedio con menor EM por GRD menor que el estándar, a igualdad de casuística (siendo ésta la del estándar).

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Dos son las utilidades fundamentales: información de la actividad asistencial comparada con hospitales de similares características y las diferencias si las hubiera son causadas o no por diferencias en la casuística o por defecto del funcionamiento. Un índice derivados de ambos y de gran transcendencia es el IEMA (INDICE DE ESTANCIA MEDIA AJUSTADA) que compara, para la casuística del hospital, el funcionamiento del hospital con respecto al funcionamiento del estándar.

Cálculo: $EM\ H / E_{mane}$. Un IEMA mayor a 1 indica un peor funcionamiento del hospital con respecto al estándar para la casuística del hospital. Un IEMA inferior a 1 indica un mejor funcionamiento del hospital.

■ Conceptos relacionados

Case-mix, sistemas de clasificación de pacientes

■ Para seguir leyendo

- Peiró-Moreno S. Medidas de actividad y producto sanitario. En: del Llano J, Ortún V, Martín-Moreno JM, Millán J, Gené J, editores. Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson; 1998.

Estándar Internacional de registro de información sanitaria, HL7

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Arquitectura de documento clínico de nivel 7 de salud.

■ Definición

HL7 es la sigla de Health Level Seven Inc. La palabra “Health” (Salud) hace relación al área de trabajo de la organización y las palabras “Level Seven” (Nivel Siete) hacen referencia al último nivel del modelo de comunicaciones para interconexión de sistemas abiertos (OSI Open Systems Interconnection) de la Organización Internacional de Estandarización (ISO International Organization for Standardization). El “Nivel Siete” dentro del modelo es el nivel aplicación, que se ocupa de la definición y la estructura de los datos que van a ser intercambiados.

Desde su origen en 1987, el nombre de HL7 se asociaba a las versiones del *estándar de mensajería* para el intercambio electrónico de datos de salud. Este estándar está enfocado al intercambio de datos entre aplicaciones (facilitando el desarrollo de interfases). Sin embargo, la creciente necesidad de generar sistemas de información integrados regionalmente (ciudades, regiones, países) hizo necesario el desarrollo de un espectro más amplio de estándares que faciliten la interoperabilidad. Por esta razón, en la actualidad (a partir del año 2000), la organización HL7 cuenta con un proceso para definir una serie de herramientas de interoperabilidad (mensajes, documentos electrónicos, reglas, modelos de referencia), esto ha dado origen a varios estándares que facilitan los procesos de intercambio de información de salud.

■ Otros aspectos de interés

Algunos de estos estándares son:

- **Mensajería HL7 Versión 3:** Estándar de mensajería para el intercambio electrónico de datos de salud.
- **CDA HL7:** (Clinical Document Architecture) Estándar de arquitectura de documentos clínicos electrónicos.
- **SPL HL7:** (Structured Product Labeling) Estándar electrónico de etiquetado de medicamentos.
- **HL7 Medical Records:** Estándar de administración de Registros Médicos.
- **GELLO:** Estándar para la expresión de reglas de soporte de decisiones clínicas.

- **Arden Syntax:** Es estándar sintáctico (if then) para compartir reglas de conocimiento clínico.
- **CCOW:** Es un estándar framework para compartir contexto entre aplicaciones.

■ **Uso en el Sistema Nacional de Salud**

XML/HL7, un estándar basado en XML específico para el sector sanitario, hace posible la interoperabilidad entre los sistemas informáticos de los distintos centros sanitarios dependientes de los **Servicios de Salud de las CCAA**. De esta forma, cualquier médico o ciudadano tiene la posibilidad de acceder a su **Historia Clínica Única** si necesita de atención especializada o requiere de una intervención quirúrgica fuera de su Comunidad o centro habitual de referencia. Bajo este protocolo de intercambio de información estándar se facilita la interconexión entre los distintos sistemas informáticos de las Comunidades Autónomas para garantizar así un flujo rápido y seguro de la información clínica del paciente.

■ **Conceptos relacionados**

Historia Clínica digitalizada, Sistemas de información, HIS, estandarización XML.

■ **Para seguir leyendo**

- Heathfield H, Pitty D, Hanka R. Evaluating information technology in health care: barriers and challenges. *BMJ*. 1998;316:1959-61
- Health Level Seven, Inc. HL7 Reference Information Model. Ann Arbor, Mich. Health Level Seven, 1994. Disponible en: www.hl7.org/library/data-model/

Escasez

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Scarcity, Paucity.

■ Definición

La escasez es un concepto central en economía. De hecho, la economía neoclásica involucra la escasez en su definición. La definición de Lionel Robbins dice que la economía “es una ciencia que estudia el comportamiento humano como la relación entre los fines y los medios escasos que tienen aplicaciones alternativas”. La escasez implica que no pueden conseguirse suficientes recursos para producir lo suficiente como para cubrir todas las necesidades. Alternativamente, la escasez implica que no pueden conseguirse todos los objetivos de la sociedad a la vez, de manera que debe seguirse una política de prioridades.

El concepto de escasez se aplica a todo aquello que es útil. Y por útil se entiende todo aquello que tiene capacidad de satisfacer necesidades humanas. Las sociedades humanas han desarrollado la política para decidir las prioridades y la manera de satisfacerlas. Es probable que ciertos bienes intangibles sigan siendo escasos por la definición o por diseño. Los ejemplos incluyen los premios generados por los sistemas de honor, la fama y la calidad de miembro de élites. Los bienes intelectuales pueden ser copiados a coste insignificante, y por lo tanto no necesariamente son escasos. Éste es el caso de las producciones culturales bajo la GPL o la licencia Creative Commons. Sin embargo, muchos otros productos son mantenidos artificialmente escasos por leyes de derechos de autor (copyright) o de patentes.

La escasez surge de la interrelación entre sus necesidades humanas y los recursos disponibles para satisfacerlas. Las necesidades humanas por consumir bienes y servicios exceden a la cantidad que la economía puede producir con los recursos disponibles quedando siempre necesidades insatisfechas.

■ Otros aspectos de interés

La restricción presupuestaria define la limitación de posibilidades de consumo del individuo, dados unos precios unitarios competitivos para la atención sanitaria, el precio del resto de los bienes y el precio del ocio (salario) y dada una renta no laboral del individuo. Puede sufrir alteraciones por la influencia de variaciones en los precios de los bienes, los salarios, la renta del individuo o el tiempo consumido por el individuo en las diferentes actividades.

■ Conceptos relacionados

Economic shortage.

■ Para seguir leyendo

Hidalgo A, Corugedo I, del Llano J. Economía de la Salud. Editorial Pirámide, Madrid 2000.

Evaluación de tecnologías sanitarias

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

ETS; *Health Technology Assessment (HTA)*.

■ Definición

Son valoraciones objetivas de los impactos sanitario, social, ético, organizativo y económico de las técnicas y procedimientos de uso médico-sanitario, que contribuyan a sustentar sobre bases científicas las decisiones de autoridades y demás agentes sanitarios, bien se orienten a la introducción sistematizada de las nuevas tecnologías en la práctica clínica, a la definición de los criterios de uso apropiado de las tecnologías ya establecidas, o la organización de los servicios de salud.

■ Otros aspectos de interés

El concepto de tecnologías sanitarias incluye el conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos o quirúrgicos usados en atención sanitaria, así como los sistemas organizativos y de apoyo dentro de los cuales se proporciona dicha atención. Una definición amplia de tecnología sanitaria abarca cualquier tipo de intervención que tiene influencia en la salud y en la sociedad.

La Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) es una forma integral de investigación que examina las consecuencias técnicas y casi siempre clínicas, económicas y sociales derivadas del uso de la tecnología, incluyendo el corto y medio plazo, así como los efectos directos e indirectos, deseados e indeseados. También se ha definido como un proceso de investigación y análisis, dirigido a estimar el valor y contribución relativos de cada tecnología sanitaria a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo además en cuenta su impacto económico y social.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La aportación de la ETS comprende:

- Ayudar en la formulación de políticas.
- Toma de decisiones dirigidas a su introducción ordenada en la práctica clínica, cuando sean nuevos.
- Orientar su uso apropiado cuando sean técnicas o procedimientos ya establecidos.

■ Conceptos relacionados

Evaluación económica, revisión sistemática de la literatura.

■ Para seguir leyendo

- Agencia de Evaluación de Tecnologías e Investigación Médica. Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Monografies Mèdiques de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Barcelona: Agencia de Evaluación de Tecnologías e Investigación Médica; 1998.
- del Llano J, Ortún V, Martín-Moreno JM, Millán J, Gené J. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson; 1998.
- Berger A. The impact of new technologies in medicine. *BMJ*. 1999; 318:346.
- Granados A, Samprieto-Colom L, Asua J, Conde J, Vázquez-Albertino R. Health Technology Assessment in Spain. *Int J Technol Assessment Health Care*. 2000; 16: 532-59.
- <http://blog.plandecalidadsns.es/782/recursos-de-informacion/plataforma-de-las-agencias-y-unidades-de-evaluacion-de-tecnologias-sanitarias/>
- Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: www.aeets.org

Excelencia clínica

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Clinical Excellence.

■ Definición

Desde el punto de vista empresarial la excelencia es el conjunto de prácticas sobresalientes en la gestión de una organización y el logro de resultados basados en conceptos fundamentales que incluyen: la orientación hacia los resultados, orientación al cliente, liderazgo y perseverancia, procesos y hechos, implicación de las personas, mejora continua e innovación, alianzas mutuamente beneficiosas y responsabilidad social.

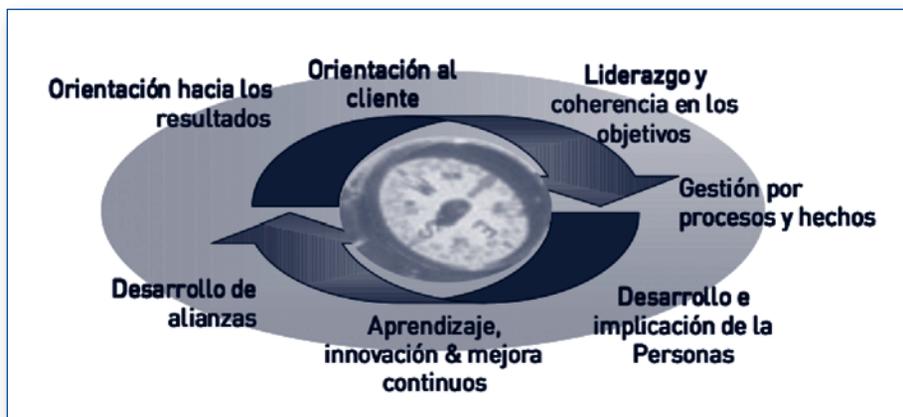
La excelencia clínica es el propósito de hacer las cosas bien, muy bien y cada vez mejor. Para lograrla es fundamental el aspecto de la evidencia científica, por cuanto es la base del éxito de la misma; por ello, la formación del médico y su permanente actualización, son parte integrante del proceso de mejoramiento continuo que conduce a su necesaria obtención.

■ Otros aspectos de interés

La implantación de la mejora continua dentro de las organizaciones sanitarias públicas, exige un cambio de cultura cuya amplitud debe ser evaluada en cada una de las fases del proyecto. Este cambio debe en primer lugar realizarse dentro del equipo de dirección, el cual debe adoptar como concepto de la calidad el que viene definido desde el punto de vista del cliente, además debe considerar a su organización como un sistema y disponer de un conocimiento profundo de la misma a través de un proceso de autoevaluación riguroso.

Algunos países han establecido estrategias dirigidas a las organizaciones sanitarias, para la consecución del objetivo de excelencia, así como la promoción del uso del modelo de Excelencia Europeo (EFQM) como guía hacia dónde dirigir los esfuerzos de mejora:

- Motivar y comprometer al gerente de la organización para iniciar el camino
- Fin o misión de la organización: a donde queremos llegar
- Planificar el camino o proceso hacia la excelencia
- Conseguir dar el impulso inicial para la mejora dentro de la organización
- Comprometer al resto de la organización



CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA EXCELENCIA

Concepto	Descripción
1. Orientación hacia los resultados	La excelencia depende del equilibrio y la satisfacción de las necesidades de todos los grupos de interés relevantes para la organización (personas que trabajan en ella, los clientes, proveedores y la sociedad en general, así como todos los que tienen intereses económicos en la organización).
2. Orientación al cliente	El cliente es el árbitro final de la calidad del producto y del servicio, así como de la fidelidad del cliente. El mejor modo de optimizar la fidelidad y retención del cliente y el incremento de la cuota de mercado es mediante una orientación clara hacia las necesidades de los clientes actuales y potenciales.
3. Liderazgo y constancia en los objetivos	El comportamiento de los líderes de una organización suscita en ella claridad y unidad en los objetivos, así como un entorno que permite a la organización y las personas que la integran alcanzar excelencia.
4. Gestión por procesos y hechos	Las organizaciones actúan de manera más efectiva cuando todas sus actividades interrelacionales se comprenden y gestionan de manera sistemática, y las decisiones relativas a las operaciones en vigor y las mejoras planificadas se adoptan a partir de información fiable que incluye las percepciones de todos los grupos de interés.
5. Desarrollo e implicación de las personas	El potencial de cada una de las personas de la organización aflora mejor porque existen valores compartidos y una cultura de confianza y asunción de responsabilidades que fomente la implicación de todos.
6. Aprendizaje, innovación y mejora continuos	Las organizaciones alcanzan su máximo rendimiento cuando gestionan y comparten su conocimiento dentro de una cultura general de aprendizaje, innovación y mejora continua.
7. Desarrollo de alianzas	La organización trabaja de un modo más efectivo cuando establece con sus partners unas relaciones mutuamente beneficiosas basadas en la confianza, en compartir el conocimiento y en la integración.
8. Responsabilidad social	El mejor modo de servir a los intereses a largo plazo de la organización y las personas que la integran es adoptar un enfoque ético, superando las expectativas y la normativa de la comunidad en su conjunto.

Fuente: European Foundation Quality Management. Ocho fundamentos de la Excelencia. Los conceptos fundamentales y sus beneficios. Disponible en: <http://www.efqm.org>

Excelencia clínica

■ Ejemplo

El Modelo EFQM de Excelencia es un Modelo flexible que puede aplicarse a organizaciones grandes y pequeñas, del sector público o del sector privado. Los grupos que han aplicado el modelo en sus respectivas unidades son coincidentes a la hora de destacar los beneficios de la utilización del modelo que, de una manera u otra, subrayan las propias características del EFQM: diagnóstico de situación interna, detección de áreas de mejora, enfoque global y sistemático, orientación al cliente, etc. Destacando aquellos aspectos que se refieren a la sensibilización de los equipos directivos, y al aprendizaje de los propios miembros de la organización, lo que favorece la comunicación interna, su cohesión y finalmente fomenta la cultura de organización.

■ Conceptos relacionados

Círculos de Calidad, EFQM, mejora continua de la calidad.

■ Para seguir leyendo

- Ruiz Iglesias L, Dir. Claves para la Gestión Clínica. Madrid: McGrawHill; 2005.
- European Foundation Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Madrid: Club Gestión de la Calidad; 1999.

*DICCIONARIO DE
GESTIÓN SANITARIA
PARA MÉDICOS*

F

Fiabilidad

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Reliability

■ Definición

La fiabilidad es un término genérico que se refiere a la estabilidad de las medidas repetidas sobre un mismo objeto (*reliability*). Generalmente, se consideran tres tipos de fiabilidad en la valoración de un instrumento de medida que se prueban a partir de la consistencia en el tiempo (fiabilidad test-retest), la consistencia entre diferentes observadores (fiabilidad entre observadores) y la consistencia interna de los ítem del instrumento.

■ Otros aspectos de interés

La fiabilidad test-retest se examina al aplicar la medida en la misma población y bajo las mismas condiciones pero en diferentes periodos de tiempo. La correlación entre resultados valora la fiabilidad en términos de estabilidad de la medida. La fiabilidad entre observadores examina la consistencia entre diferentes observadores que aplican un mismo instrumento. Es importante para cualquier medida que necesita de los juicios u observaciones de la persona que la administra y, básicamente, trata de medir el nivel de acuerdo entre los diferentes entrevistadores. La fiabilidad intra y entre observadores se valora mediante el estadístico kappa.

La consistencia interna se valora mediante un test estadístico que mide la correlación que presentan los ítems individuales con otros y con la totalidad del instrumento. Proporciona una estimación de la homogeneidad. Los métodos más utilizados en los estudios de calidad de vida son el coeficiente alfa de Cronbach y el método de las dos mitades que divide los ítem en grupos apareados y correlaciona los resultados obtenidos. Estas pruebas son útiles para medidas unidimensionales, en la que todos los ítems incluidos pretenden evaluar la misma dimensión. Las medidas multidimensionales en su conjunto no podrían obtener una alta consistencia interna, dado que cada grupo de ítem se refiere a un dominio distinto, en estos casos es aconsejable realizar pruebas de consistencia interna para cada una de las dimensiones que conforman el instrumento de medida. Aunque se acepta que todas las medidas incluyen algún tipo de error aleatorio, reduciendo con ello su fiabilidad, las medidas de aspectos psicosociales y referidas a la salud son más proclives a estos errores que otras medidas más tangibles. La importancia de la cues-

ción es determinar el nivel de error aceptable. Según la propuesta de Ware, aceptada por otros autores, para los instrumentos que evalúan el estado de salud y la calidad de vida se requiere una fiabilidad superior a 0.90 cuando la comparación es intraindividual. Para comparaciones intergrupos la fiabilidad entre 0.50 y 0.70 se estima aceptable.

FIABILIDAD. DEFINICIONES Y CONCEPTOS			
Concepto	Definición	Preguntas	Valoración
Fiabilidad <i>Reliability</i>	Reproducibilidad de las mediciones. Indica el grado de acuerdo entre mediciones repetidas	Si los procesos son repetidos siguiendo las mismas normas y criterios, ¿Los resultados son los mismos?	—
Fiabilidad intraobservador <i>Intra-rater reliability</i>	Consistencia entre mediciones efectuadas por el mismo observador.	Si se repite la medición en el tiempo ¿Los resultados son los mismos?	Estadístico Kappa y pruebas de correlación
Fiabilidad entre observadores <i>Inter-rater reliability</i>	Consistencia entre mediciones efectuadas por observadores diferentes.	Si se repite la medición por diferentes personas ¿Los resultados son los mismos?	Estadístico Kappa y pruebas de correlación
Consistencia interna <i>Internal consistency</i>	Consistencia entre ítem o elementos que miden la misma característica general	¿Los ítems que miden conceptos semejantes muestran una alta correlación interna?	Coefficiente alfa de Crombach; Prueba de las dos mitades.

F

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La fiabilidad es una propiedad de los instrumentos de medida y se utiliza sobre todo en los estudios de validación de instrumentos de valoración funcional, de medición de la calidad de vida relacionada con la salud y de medida de la satisfacción de los pacientes. También es esencial en la calibración de equipos diagnósticos.

■ Ejemplo

El cuestionario *Disabilities of Arm Shoulder and Hand (DASH)* es un cuestionario autoadministrado que valora el miembro superior como una unidad funcional permitiendo cuantificar y comparar la repercusión de las diferentes patologías que afectan a distintas regiones de dicha extremidad. Hervás et al., desarrollaron un estudio para analizar la fiabilidad, validez y sensibilidad a

Fiabilidad

F

los cambios de una versión en español de este instrumento. Para valorar la fiabilidad del cuestionario se utilizó el análisis de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach) y la reproducibilidad mediante la prueba test-retest con 30 pacientes que cumplimentaron en dos ocasiones el cuestionario, analizando el coeficiente de correlación de Pearson tanto de las puntuaciones globales como de las puntuaciones individuales de cada ítem. La consistencia interna fue muy elevada (alfa de Cronbach = 0,96). En la prueba test-retest (n=30), la correlación entre las puntuaciones globales del DASH en las dos administraciones fue significativa y muy elevada ($r=0,96$; $p<0,01$); las correlaciones en el test-retest fueron también significativas al analizar las respuestas individuales entre las mismas preguntas ($p<0,01$ en todos los casos). Todas estas características sugieren que el cuestionario es un instrumento altamente fiable.

[Hervas MT, Navarro Collado MJ, Peiró S et al. Versión española del cuestionario DASH. Adaptación transcultural, fiabilidad, validez y sensibilidad a los cambios. Med Clin (Barc). 2006; 127:441-7]

■ Conceptos relacionados

Calidad de vida relacionada con la salud; medidas de valoración funcional; validación de instrumentos

■ Para seguir leyendo

- <http://bibliopro.imim.es/BiblioPRO.asp>

***DICCIONARIO DE
GESTIÓN SANITARIA
PARA MÉDICOS***

A large, stylized, blue letter 'G' is centered on a light blue gradient background. The 'G' is bold and has a classic, slightly serifed font style. The background behind the 'G' is a soft gradient from light blue to a slightly darker blue.

Gestión Clínica

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Clinical management; Clinical governance

■ Definición

Estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de los profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente. Las decisiones clínicas serán de calidad si generan eficiencia económica y no mero control de gasto.

■ Otros aspectos de interés

La Gestión Clínica es gestión de procesos asistenciales con orientación de la organización al paciente y la atribución de la toma de decisiones a los servicios, dotando a los profesionales clínicos de más responsabilidad. En ellos destacan los aspectos más relacionados con la faceta más organizativa y en España se asocia a las nuevas formas de gestión. Seguramente para los clínicos es la recuperación de un espacio propio en el adquieren el protagonismo necesario para dirigir sus servicios y para los gestores es un compromiso de los clínicos en la gestión eficiente de los recursos y el control del gasto sanitario a través del cumplimiento de los contratos. La responsabilidad de la buena gestión de los centros y unidades es responsabilidad de los gestores, de la misma manera que es responsabilidad de los médicos que se tomen buenas responsabilidades clínicas y responsabilidad del personal de enfermería que se presten buenos cuidados.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Su aplicación práctica propiciaría una mayor involucración de los profesionales en la toma de decisiones, reduciría la variabilidad en la práctica clínica, promovería el uso de la información clínica, optimizaría el uso de los recursos, facilitaría la rendición de cuentas y la transparencia, procuraría la eficiencia técnica, económica y financiera, y por último, fortalecería la cultura de mejora de la calidad de los procesos de atención médica y la satisfacción del paciente.

■ Ejemplo

Implantación de un programa de cirugía bariátrica basado en la reevaluación y mejora continua del Hospital General X. El objetivo principal es la mejora del sistema de atención de la obesidad mórbida mediante el desarrollo de un plan integral de cuidados con coordinación tanto intrahospitalaria como en atención primaria y especializada. Su implantación permite un control más adecuado de las estancias hospitalarias de los pacientes, con un ahorro importante de tiempo, de recursos y de costes. La coordinación interniveles de la Atención Primaria-Especializada para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con Obesidad Mórbida garantiza la continuidad asistencial, así como el diseño y desarrollo de un sistema de trabajo adaptado a las necesidades del paciente. De esta forma, la planificación se adapta a éstas y no al revés como ocurre en los sistemas organizativos clásicos. El sistema implementado será evaluado según el modelo de calidad EFQM.

■ Conceptos relacionados

Efectividad, eficiencia, Medicina Basada en la Evidencia, Gobierno Clínico, Gobierno de las organizaciones, Gestión por procesos, gestión de la información, descentralización, autonomía y responsabilidad.

■ Para seguir leyendo

- Ruiz Iglesias L. Dir. Claves para la Gestión Clínica. Madrid: McGrawHill; 2005.
- Ortún Rubio V. Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Masson; 2003.
- Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson; 1998.

Gestión de costes basada en la actividad (ABC)

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Activity Based Costing ABC

■ Definición

El método de costes basado en actividades es un sistema de gestión al que se conoce familiarmente por ABC debido a la preponderancia en su uso por las empresas de habla anglosajona (Activity Based Costing), en su acepción de gestión global se denomina ABM (Activity Based Management).

El ABC es una metodología que mide el coste y la ejecución de actividades, recursos y objetos de coste. En otras palabras, es una herramienta de apoyo a la toma de decisiones que identifica a las actividades realizadas y emplea los *cost drivers* para imputar el coste de las mismas a procesos, productos y clientes.

El principal defensor del concepto de ABC fue el profesor Robert S. Kaplan, que lo definió como una metodología que mide el coste y la ejecución de actividades, recursos y objetos de costes. Los recursos son asignados a las actividades de tal forma que las actividades determinan los objetos de coste en función de su consumo. El ABC reconoce la relación causal entre *cost drivers* y actividades.

Por lo tanto, lo importante no es el coste del producto, sino el coste de las actividades que lo conforman.

■ Otros aspectos de interés

Cadena de valor

La cadena de valor constituye dentro de una organización una poderosa herramienta de análisis para la planificación estratégica. Su objetivo último es maximizar la creación de valor mientras se minimizan los costos. De lo que se trata en el ámbito sanitario es de crear valor para el paciente, lo que se traduce en un margen entre lo que es aceptable pagar y los costos incurridos.

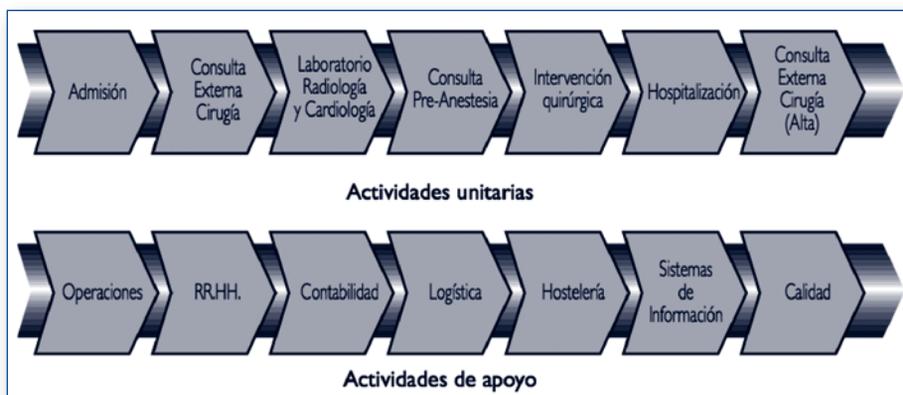
La cadena de valor ayuda a determinar las actividades o competencias distintas que permiten generar una ventaja competitiva. Tener una ventaja competitiva es tener una rentabilidad relativa superior a los rivales en el sector industrial o de servicios en el cual se compite, la cual tiene que ser sustentable en el tiempo. La cadena de valor desagrega una empresa o unidad de negocio en actividades estratégicamente relevantes para comprender mejor el comportamiento de los costes, así como las oportunidades presentes y potenciales de diferenciar el producto final.

Actividad

Es una combinación de recursos (personas, tecnología, materias primas, etc.) y entorno que produce un producto servicio y que describe lo que hace una empresa. Las actividades pueden ser primarias o de apoyo. Las Actividades primarias o unitarias que se refieren a la creación física del producto, Las actividades primarias están apoyadas o auxiliadas por las también denominadas actividades secundarias:

- Infraestructura de la organización: actividades que prestan apoyo a toda la empresa, como la planificación, contabilidad y las finanzas.
- Dirección de recursos humanos: búsqueda, contratación y motivación del personal.
- Desarrollo de tecnología, investigación y desarrollo: obtención, mejora y gestión de la tecnología.
- Abastecimiento (compras): proceso de compra de los materiales.

Las distintas actividades primarias o de apoyo en la asistencia sanitaria puede resumirse en el gráfico adjunto.



Gestión de costes basada en la actividad (ABC)

Generadores de coste: Aquellos factores que pueden influir de forma significativa en la ejecución de la propia actividad y la causa última por los que los costes se producen, son la esencia de los procesos de mejora continua, ya que su estudio y comportamiento constituyen la base de la supresión o mejora de las actividades que se llevan a cabo.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La potencialidad estratégica del ABC en el medio sanitario es la capacidad de constituir un soporte de desarrollo teórico para el estudio y racionalización de actividades que eventualmente puedan coexistir con las actuales o eliminarlas. Otras ventajas de la utilización del ABC en sanidad son:

- 1) Suministra una mayor claridad de procesos.
- 2) Otorga una mayor visibilidad de coste.
- 3) Se preocupa por la relación de causalidad entre factores-actividad-producto.
- 4) Posibilita la eliminación de actividades que no generan valor añadido, disminuyen costes y eventos adversos
- 5) Permite el análisis de actividades potenciales y el cálculo de su impacto en caso de llevarlas a cabo.
- 6) Ofrece una mayor capacidad de observación del impacto del coste en el nuevo producto.
- 7) Identifica, evalúa e implementa las nuevas actividades, tecnologías, medicamentos o intervenciones.
- 8) Es una herramienta válida para establecer los costes estratégicos.

■ Ejemplo

La característica principal del ABC respecto a otros modelos es la capacidad de disponer de un doble enfoque: dimensión costes y dimensión procesos. El presupuesto general o maestro anual de un servicio o de un centro consiste en la agrupación de todas aquellas líneas de actuación que han sido previamente presupuestadas en las distintas áreas de actividad del servicio, el desdoble de los dos enfoques puede observarse en el cuadro adjunto.

VISTA TRADICIONAL		VISTA BASADA EN ACTIVIDADES	
Centro de coste	Cirugía		Cirugía
Sueldos y salarios	320.000	Intervenciones	288.000
Consumos	110.000	Consultas ext	120.000
Amortizaciones	50.000	Investigación	72.000
Total	480.000	Total	480.000
Sueldos y salarios	125.000	Contabilidad	49.500
Mat oficina	15.000	Facturación	66.000
Amortizaciones	25.000	Bancos	49.500
Cuenta de resultados		Cuenta de resultados	
Facturación	645.000	Ventas	645.000
Costes del producto	480.000	Proceso quirúrgico	288.000
Mano de obra directa	320.000	Consultas externas	120.000
Materiales	110.000	Investigación y formación	72.000
Amortizaciones	50.000	Procesos de facturación	
Gastos generales y Admin	165.000	Costes de Actividades	66.000
Costes totales			
	645.000		645.000

■ Conceptos relacionados

Cadena de valor (*value chain*), generadores de costes (*cost drivers*)

■ Para seguir leyendo

- Alvarez JF, Lorenzo S, Cardín J. Nuevos sistemas de gestión de costes en el ámbito sanitario. Rev Admin Sanit. 1999;3:131-44.
- Gary Cokins. Activity-based Cost Management.. John Wiley & Sons; 2001.

Gestión de enfermedades

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Disease Management, Care Management, Case Management

■ Definición

El *Disease Management* o Gestión de Enfermedades (GE), término acuñado en los Estados Unidos en 1993 por el grupo de consultores *Boston Consulting Group*, puede definirse como un proceso de optimización de la provisión de cuidados mediante la coordinación de recursos a lo largo de todo el sistema de salud, durante todo el ciclo de vida de la enfermedad, basado en la evidencia científica y orientado a mejorar la calidad y los resultados (clínicos, económicos, calidad de vida y satisfacción de usuarios y profesionales) al menor coste posible. Es, más que una técnica concreta, un proceso de transformación estratégica de la organización sanitaria y de la forma de prestar servicios y de obtener resultados. El objetivo fundamental de los programas de gestión de enfermedades (PGE) es contener los costes a largo plazo del sistema sanitario, mejorando la eficiencia del mismo y manteniendo un nivel de calidad de la asistencia aceptable.

■ Otros aspectos de interés

Los cuatro requisitos para la implantación de un PGE son:

- 1) Una organización de provisión de cuidados sanitarios sin barreras importantes entre especialidades médicas e instituciones.
- 2) Un conocimiento suficiente de la prevención, diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación de la enfermedad, que permita formular recomendaciones clínicas.
- 3) Un sistema de información clínico y de gestión para examinar de manera sistemática los patrones de práctica clínica.
- 4) Un sistema de mejora continua de la calidad para desarrollar la base de conocimiento, las recomendaciones clínicas y el propio sistema de provisión de cuidados.

Es imprescindible el compromiso del conjunto de la organización (directivos y resto de profesionales) de implementar el propio PGE, lo que implica como primer paso adaptar y consensuar vías clínicas, e incluso aceptar nuevas formas de trabajo.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Los objetivos de los PGE tienen carácter *clínico* (por ejemplo, mejorar el porcentaje de cumplimiento terapéutico, la tasa de cesación tabáquica, la supervivencia...), carácter *administrativo* (por ejemplo, mejorar la estancia media preoperatoria, las listas de espera...) y carácter *económico* (por ejemplo, mejorar en el coste de las diferentes intervenciones realizadas, en el coste farmacéutico ambulatorio...).

Los medios de los PGE para conseguir estos objetivos son las recomendaciones clínicas y la reingeniería de los procesos asistenciales. Las *recomendaciones clínicas* se realizan en forma de Guías de Práctica Clínica (recomendaciones sencillas para el manejo de problemas clínicos concretos), algoritmos clínicos (instrucciones para problemas más amplios de carácter secuencial y ordenadas lógicamente de modo que la acción a realizar en cada momento depende del resultado de acciones previas) y vías clínicas o pathways (son una combinación de guías y algoritmos que coordinan el proceso asistencial de un paciente típico a lo largo del continuo de la enfermedad, estableciendo los objetivos y decisiones clínicas y administrativas pertinentes en cada fase. Son la forma más compleja de recomendación clínica y constituyen la esencia clínica de los PGE). La *reingeniería de los procesos asistenciales* son una serie de elementos que actúan sobre el profesional sanitario y el paciente para facilitar el seguimiento de las recomendaciones clínicas (informatización de la historia clínica y recomendaciones sobre pruebas diagnósticas y tratamiento, materiales de educación sanitaria, facilitación del contacto periódico domiciliario y telefónico con el personal sanitario...).

■ Ejemplo

La gestión integrada de la Enfermedad Cardiovascular se justifica por dos motivos: su gran impacto de la enfermedad sobre la salud y los servicios sanitarios y la existencia de oportunidades de mejora de la atención sanitaria a la población con Enf. Cardiovascular o en riesgo de desarrollarla. Las evidencias de que la calidad de la atención sanitaria es mejorable son:

- La variación de la práctica clínica ante un mismo problema de salud.
- La diferencia entre la práctica clínica que se considera correcta, de acuerdo a las mejores evidencias disponibles, y la práctica clínica que se realiza de forma habitual. Un ejemplo es el escaso control de los factores de riesgo cardiovascular entre los pacientes con IAM.

Gestión de enfermedades

Un PGE de enfermedades cardiovasculares se dirige a las principales patologías y es posible porque los factores de riesgo son comunes y la presencia de una enf. cardiovascular suele aumentar el riesgo de padecer las demás.

Los principales componentes son:

- 1.- Prevención Primaria: evitar: el tabaco, las dislipemias, las hiperglucemias en los diabéticos, la HTA. Otros factores son la edad, el sexo, la hipertrofia del VI...
- 2.- Tratamiento y Prevención Secundaria: Los propios de la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca y la Enf. cerebrovascular.
- 3.- Rehabilitación: del paciente postinfarto de miocardio y del paciente postcerebrovascular agudo.

■ Conceptos relacionados

Guías clínicas, Vías clínicas, Protocolos

■ Para seguir leyendo

- Terol E, Hamby EF, Minue S. Gestión de Enfermedades (Disease Management): Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios. Medifam. 2001; 11:7-20.
- Ruiz Rodríguez MC. Oportunidades y perspectivas de la incorporación de la gestión de patologías en sistemas públicos como nuestro sistema nacional de salud en gestión sanitaria. En: Ruiz Ferrán J, Ruiz Rodríguez C, Artells JJ, eds. Innovaciones y corresponsabilización del sector privado. Madrid: Fundación Sanitas y SmithKline Beecham; 1998; pp 77-83
- Marión Buen J, Peiró S, Márquez Calderón S, et al. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. Med Clin (Barc). 1998; 110: 382-90.

Gestión de riesgos

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Riesgo asistencial. *Risk management*.

■ Definición

Conjunto de actividades destinadas a identificar, evaluar y reducir o eliminar el riesgo de que se produzca un suceso adverso que afecte a:

- Las personas: pacientes, personal sanitario, directivos y demás trabajadores.
- Las instalaciones: edificios, equipos y dispositivos médicos, mobiliario, medio ambiente.
- Los recursos económicos: Inversiones, fondos de crecimiento y desarrollo, recursos de investigación.
- El prestigio y el renombre de la institución y sus profesionales: satisfacción del personal, reputación, propiedad intelectual, relevancia, atracción de clientes.

Introducir programas de gestión de riesgos centrados en identificar los problemas existentes en áreas clínicas específicas, como obstetricia, anestesiología y urgencias, y trabajar conjuntamente con los equipos de profesionales en el control y mejora de la seguridad, y, en consecuencia, en la minimización de los riesgos. En definitiva, con el desarrollo de estos programas se persigue el triple objetivo de incrementar la seguridad de los pacientes y de los profesionales, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y, con todo ello, reducir o contener los costes de los siniestros.

■ Otros aspectos de interés

Las fases esenciales de un programa de gestión de riesgos incluyen:

- Describir los diferentes riesgos existentes en el entorno de las organizaciones sanitarias.
- Identificar los componentes del riesgo clínico.
- Diferenciar las etapas de la gestión del riesgo.
- Planificar el análisis del riesgo clínico.
- Definir indicadores, estándares y la monitorización.
- Describir los rasgos de un suceso centinela.
- Enumerar los sucesos centinelas de mayor gravedad.
- Diferenciar las cualidades de un indicador.
- Construir un indicador de seguridad en un servicio clínico.
- Diagnosticar un riesgo en función de su magnitud, trascendencia y evitabilidad.

Gestión de riesgos

Los riesgos son múltiples y, con frecuencia, se gestionan de forma descoordinada y sin disponer de la información precisa para ello. Existen planes de evacuación, normas de prevención de la infección hospitalaria, de seguridad transfusional, anestésica, etc. Una visión global de la gestión de riesgos forma parte de la cultura de la calidad y precisa que todos los profesionales se sientan implicados en la seguridad de la atención a la salud.

La gestión de riesgos tiene una metodología bien establecida, existiendo distintos modelos que se pueden aplicar a cualquier sector de actividad. El *Australian/New Zealand Standard* estableció un modelo conceptual para un programa de gestión de riesgos, que fue propuesto para la gestión de riesgos clínicos por la *Australian Patient Safety Foundation*.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La gestión de cualquier tipo de riesgo se realiza a través de las siguientes fases:

- Identificación del riesgo, que incluye las actuaciones destinadas a identificar todas las fuentes y factores generadores de riesgo en los centros sanitarios, e intenta dar respuesta a las siguientes cuestiones: ¿Qué ha salido mal? ¿Qué puede ir mal?, Si algo sale mal ¿que puede ocurrir?
- Análisis del riesgo, que comprende todas las actuaciones para valorar la frecuencia, la trascendencia y la evitabilidad del riesgo, así como las opciones posibles de actuación. Su finalidad es responder a las siguientes preguntas: ¿Cuál es el riesgo más importante?, ¿Qué riesgos son reducibles?, ¿Qué riesgos se pueden erradicar?, ¿Por dónde empezar a actuar?
- Elaboración de planes de control, fase que incluye las actuaciones realizadas para eliminar, reducir y mitigar los riesgos y, en caso necesario, asegurarlos. Su fin es responder a la siguiente cuestión: ¿Qué puede y debe hacerse para evitar daños y consecuencias de los riesgos?



■ Ejemplo

No se dispone apenas de estudios que evalúen la proporción relativa de errores de medicación y acontecimientos adversos, pero se acepta que sólo de un 1% a un 5% de los errores de medicación que se producen causan daños a los pacientes. En un estudio llevado a cabo en tres unidades médicas, con objeto de determinar la prevalencia de acontecimientos adversos y de errores de medicación [Bond CA, Raehl CL, Franke T. Medication errors in the United States hospitals. *Pharmacother.* 2001; 21:1023-36], se detectaron en un total de 10.070 prescripciones médicas: 530 errores de medicación, 25 acontecimientos adversos (de los cuales 5 fueron prevenibles) y 35 acontecimientos adversos potenciales. Según los autores, ello supondría aproximadamente que, de cada 100 errores de medicación que se producen, sólo 1 daría lugar a un acontecimiento adverso, y que ocurrirían 7 veces más casos de acontecimientos adversos potenciales.

El “caso de las enfermeras de Denver” es buen ejemplo para ilustrar este enfoque. En octubre de 1996, un error de medicación ocurrido en un hospital de Denver ocasionó la muerte de un recién nacido debido a la administración por vía intravenosa de una dosis diez veces superior a la prescrita de penicilina-benzatina. Como consecuencia de ello, tres enfermeras fueron llevadas a juicio con cargos de “homicidio por negligencia criminal”. Michael Cohen y Judy Smetzer, del Instituto de Seguridad del Medicamento, realizaron un análisis sistematizado del caso y encontraron que a lo largo del proceso de prescripción, dispensación y administración del medicamento, que había

Gestión de riesgos

conducido a este trágico acontecimiento, había más de 12 fallos de sistema. Entre ellos, falta de información clínica sobre la madre, falta de un programa de verificación de dosis máximas, etiquetado incorrecto de la especialidad farmacéutica y falta de información sobre administración de medicamentos en la unidad asistencial. Su informe llevó al jurado a exculpar a las enfermeras acusadas [Cohen MR, Smetzer JL. Risk analysis and treatment. In: Cohen MR, ed. Medication Errors. Washington DC: American Pharmaceutical Association; 1999].

G

■ Conceptos relacionados.

Eventos adversos, errores médicos, calidad total, errores de medicación.

■ Para seguir leyendo.

- Martínez Lopez FJ, Ruiz Ortega JM. Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 2001.

Gestión por resultados de salud

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Pago por calidad; *pay for performance*, *P4P*; Pago por objetivos

■ Definición

Modalidad de la gestión que busca mejorar la efectividad de la práctica clínica, la seguridad, la sensibilidad a las necesidades y las preferencias del paciente y la eficiencia de la atención sanitaria, a través de sistemas de pago por calidad que retribuyen a los médicos en función de la consecución de objetivos de calidad o productividad preestablecidos.

■ Otros aspectos de interés

Tiene los siguientes elementos comunes: 1) Conjunto de objetivos de calidad y/o eficiencia que delimitan el objetivo evaluado 2) Criterios y estándares explícitos para definir el cumplimiento de objetivos 3) Incentivos (recompensas) generalmente monetarios, cuya cantidad está en riesgo y depende del nivel de objetivos alcanzados por cada proveedor.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

En el SNS español y en la práctica totalidad de las CCAA se han desarrollado esquemas de retribución variable asociados a indicadores de productividad y calidad que, en esencia, son formas más o menos sofisticadas de P4P. Suelen formar parte de los contratos de gestión y/o de los méritos que cabe considerar en la carrera profesional. Son una evolución de los intentos iniciados en los años 90 por el INSALUD de incorporar incentivos económicos al rígido modelo salarial característico del SNS. No han sido evaluados sus resultados. El empeño se ha puesto más en el pago que en la calidad. Los gestores reciben retribuciones variables y los médicos subidas salariales netas.

Gestión por resultados de salud

■ Ejemplo

Sólo hemos encontrado dos estudios empíricos, ambos en Cataluña. En el primero los centros participantes mostraron niveles de calidad excelentes, si bien eran centros de referencia para construir estándares de calidad; mientras que en el segundo se encontraron mejoras discretas en el clima laboral, pero sin cambios en la satisfacción de los pacientes. Plaza Tesías A, Zara Yahni C, Guarda Rojas A, Farrés Quesada J. Resultado de la aplicación del benchmarking en los equipos de atención primaria de Barcelona. *Aten Primaria* 2005; 35: 122-127; Gené Badía J, Escaramis Babiano G, Sans Corrales M, Sampietro Colom L, Aguado Menguy F, Cabezas Peña C et al. Impacto of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. *Health Policy*. 2007; 80:2-10.

■ Conceptos relacionados

Indicadores de calidad; calidad asistencial; incentivos

■ Para seguir leyendo

- Peiró S, García-Altés A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados en salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SESPAS 2008. *Gac San* 2008; 22 (supl 1: 143-155.)

Gestión sanitaria

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Administración sanitaria, *healthcare management*

■ Definición

Es la función ejecutiva de planificar, organizar, dirigir, controlar y supervisar actividades sanitarias encaminadas a mejorar resultados en salud de la población. La gestión sanitaria es una ciencia interdisciplinar en la que contribuyen la historia, la economía, el derecho, la sociología, la psicología, la salud pública y la medicina.

■ Otros aspectos de interés

La gestión en el ámbito de los servicios de salud en España puede dividirse en 3 grandes niveles que van desde lo general a lo particular:

- La macro-gestión implica la participación del Estado, quien decide qué políticas de salud se aplican al sector, y pretende lograr mayor equidad, accesibilidad y funcionalidad del sistema. Incluye la financiación y la regulación de la oferta y demanda de los servicios. Sus fundamentos son la Epidemiología, la Salud Pública y la Economía de la salud.
- La meso-gestión se fundamenta en la administración de los centros y servicios sanitarios, comprende la coordinación y motivación de los profesionales de los servicios de salud. Pone especial énfasis en la articulación interna entre servicios y externa entre niveles de atención.
- La micro-gestión o Gestión Clínica implica directamente a los profesionales de la salud –los clínicos-, figuras clave en el proceso de atención médica y quienes deben tomar directamente decisiones sobre los pacientes bajo la mejor evidencia científica del momento. Basa su importancia sobre todo en el hecho de que alrededor del 70% de los recursos sanitarios son asignados fundamentalmente por los clínicos en su quehacer diagnóstico y terapéutico.

Gestión sanitaria

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La necesidad de incorporar la gestión a la vida de los servicios sanitarios se produce a finales del siglo pasado. La forzosa limitación de recursos disponibles y el progresivo desarrollo de técnicas diagnóstico-terapéuticas, han hecho imprescindible considerar la gestión como una actividad más entre los responsables de los servicios sanitarios; y ello, sin olvidar que el beneficio del paciente es la guía de actuación, aunque teniendo en consideración el beneficio social de hacer correctamente las cosas correctas. El problema práctico es la incorporación de los clínicos a la gestión. Les condiciona la estructura y la función. Los nuevos modelos de gestión que aplican las distintas CCAA buscan su modificación. La formación como incentivo y la comunicación abierta y responsable entre gestores y clínicos contribuyen decisivamente a mejorar el estado de las cosas.

■ Conceptos relacionados

Gestión Clínica, gestión de empresas sanitarias, gestión de la calidad, gestión de costes, gestión de procesos, gestión de resultados.

■ Para seguir leyendo

- del Llano J, Ortún V, Martín JM^a, Millán J, Gené J. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson; 1998.
- Ortún Rubio V. Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Masson; 2003.
- www.e-mads.org

Gestión Total de Calidad

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Total quality management, TQM.

■ Definición

Se puede definir la Gestión Total de la Calidad como una estrategia de gestión cuyo objetivo es que la organización satisfaga de una manera equilibrada las necesidades y expectativas de los clientes, de los empleados, de los accionistas y de la sociedad en general. Se afronta de esta manera el reto del cambio de la cultura y funcionamiento de la organización necesario para conjugar la provisión de servicios orientada a las necesidades y expectativas de los usuarios y a la corresponsabilización de los clínicos en la gestión, superando el dilema entre profesión y gestión para conseguir una mayor eficacia y resultados globales.

■ Otros aspectos de interés

La ventaja comparativa de una empresa estaría en su habilidad, recursos, conocimientos y atributos, etc., de los que dispone dicha empresa, los mismos de los que carecen sus competidores o que estos tienen en menor medida, que hace posible la obtención de unos rendimientos superiores a los de aquellos.

Los fundamentos de la calidad total son los siguientes:

- El objetivo básico: la competitividad.
- El trabajo bien hecho.
- La Mejora continuada con la colaboración de todos: responsabilidad y compromiso individual por la calidad.
- El trabajo en equipo es fundamental para la mejora permanente.
- Comunicación, información, participación y reconocimiento.
- Prevención del error y eliminación temprana del defecto.
- Fijación de objetivos de mejora.
- Seguimiento de resultados.
- Indicadores de gestión.
- Satisfacer las necesidades del cliente: calidad, precio, plazo.

Gestión Total de Calidad

El concepto de calidad total tiene cuatro etapas:

- 1-. Hacer de la calidad un socio pleno e igual de la innovación, desde el comienzo del desarrollo del producto.
- 2-. Poner énfasis en que el diseño de un producto de alta calidad y el proceso coincidan en forma ascendente – no después que la planificación de la manufactura haya congelado ya las alternativas.
- 3-. Hacer de todos los servicios de los proveedores un socio de calidad al comenzar el diseño; en lugar de un problema de vigilancia de la calidad, más adelante.
- 4-. Hacer de la aceleración de la introducción de un nuevo producto – no su retardamiento – una medida primaria de la eficacia del programa de calidad de una compañía. El cuarto punto fundamental es que la calidad y el coste son complementarios y no objetivos conflictivos del negocio.

Estos fundamentos aclaran que el liderazgo de la calidad es hoy en día la clave del éxito del negocio de las compañías y que ello se suma a las economías nacionales. En correspondencia, las iniciativas nacionales y regionales están resultando de importancia creciente en el fomento del liderazgo de la calidad.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Modelos de Gestión de Calidad en el sistema sanitario más difundidos en la actualidad son:

- Modelo Malcolm Baldrige en EEUU.
- Modelo Deming en Japón.
- Modelo EFQM (European Foundation for Quality Management) de Excelencia en Europa.
- Proceso de Certificación ISO 9000, ampliamente adoptado por las empresas.

■ Ejemplo

El objetivo del estudio fue evaluar el efecto de una intervención de mejora de calidad en la atención a los factores de riesgo cardiovascular en personas hipertensas. Dos centros de salud y catorce médicos de familia. Un centro (siete médicos) se seleccionó para recibir una intervención de mejora de calidad y otro como grupo control. Se incluyó a 482 personas hipertensas en el grupo de estudio [64% mujeres, edad media 61,4 años (DS:6.8)] y 360 en el

grupo control (63% mujeres, edad media 60,7 (DS:7.4)). La intervención consistió en una auditoria de historias clínicas con feedback, sesiones de entrenamiento y discusión de guías clínicas. Previamente a la intervención y un año después de la misma se evaluaron criterios de proceso de atención a personas hipertensas, presión arterial, peso, lípidos, tabaco, riesgo cardiovascular y fármacos antihipertensivos. La mejora media en el proceso después de la intervención fue de 5,3 puntos porcentuales (CI95%:3,7-6,9). El control adecuado de la presión arterial se incrementó en el grupo de intervención (29,1% a 40,9%; $p<0.01$) y no hubo cambios en el grupo control. La intervención fue efectiva en la mejora de calidad de atención al proceso asistencial al haber descendido la presión arterial y el riesgo cardiovascular, tanto absoluto como relativo.

García-Ortiz, Luis, Santos-Rodríguez, Ignacio, Gómez-Marcos, Manuel A. et al. Los ciclos de mejora de calidad en la atención al paciente hipertenso: Ciclo-Risk Study. *Rev. Esp. Salud Publica*, Feb 2008, vol.82, no.1, p.57-68.

■ Conceptos relacionados

Reingeniería de procesos, *Benchmarking*, Círculos Calidad.

■ Para seguir leyendo

- Maderuelo Fernández JA. Gestión de la calidad total: El modelo EFQM de excelencia. *Medifam*. 2002; 12(10):41-54.

Gobierno clínico

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Clinical Governance, Gobernanza.

■ Definición

Gobierno Clínico es el término con el que se denomina al “cambio cultural que se está produciendo en los sistemas sanitarios y que permite desarrollar una capacidad de organización que garantiza una atención sanitaria de calidad dirigida al paciente”. El Gobierno Clínico es necesario en una sociedad en la que la opinión pública está cada vez más informada y es cada vez más consciente de las deficiencias de los criterios de atención sanitaria. Por este motivo, la buena gestión debe enfocarse hacia la calidad en el servicio al paciente, con el fin de asegurar beneficios asistenciales y evitar riesgos innecesarios.

■ Otros aspectos de interés

Los principios del Gobierno Clínico asignan al personal directivo la responsabilidad legal de garantizar la calidad de la atención sanitaria y, para que se consiga este propósito, es necesaria la implicación de todos los profesionales sanitarios.

El empleo eficaz de los recursos es esencial para el desarrollo de las organizaciones sanitarias. Para garantizar el funcionamiento del Gobierno Clínico hay que tener en cuenta recursos como:

- **El personal:** cada grupo de profesionales debe tener una función según sus habilidades y competencias.
- **El tiempo:** la falta de tiempo es un obstáculo para alcanzar el éxito del Gobierno Clínico y éste debe utilizarse de forma eficaz para asegurar que se cumplen los procesos del nuevo sistema de organización.
- **La tecnología de la información:** la inversión en sistemas de información es esencial para lograr los objetivos del buen Gobierno Clínico y para agilizar y mejorar el acceso a la información clínica.
- **La formación:** el aprendizaje y la formación continua son fundamentales y el buen Gobierno Clínico debe asegurar la distribución equitativa de los recursos de formación entre los profesionales.

La mejora y el control de la calidad es otro de los aspectos fundamentales que rigen la *Clinical Governance*. Esta mejora se consigue a través de las auditorías, el buen uso de la información, la eficacia clínica, la práctica clínica basada en la evidencia, la reducción de errores y la gestión del riesgo, el aprendizaje continuo y la participación del paciente.

■ Ejemplo

En este nuevo enfoque, el director médico actúa como líder del equipo de gestión. Ahora forma parte de la propia cumbre estratégica. Desde su lugar debe estimular la descentralización en la organización y conseguir que los profesionales se involucren en una toma de decisiones basada en un sistema de información clínico y económico. El hospital es considerado como una empresa del conocimiento. Como tal exige una gestión basada en la combinación de la gestión empresarial y clínica. El planteamiento del Gobierno Clínico, esto es la dirección clínica en los hospitales, tiene como una de sus líneas más fuertes la gestión por procesos, que conlleva descentralización, por lo cual la responsabilidad se pone en manos de aquellos que toman decisiones en el día a día. Se trata de agilizar y flexibilizar las respuestas. Haciendo que cada uno de los profesionales se implique y se responsabilice en los resultados y también en la utilización de los recursos para obtenerlos.

■ Conceptos relacionados

Gestión Clínica, Guías de Práctica Clínica.

■ Para seguir leyendo

- Wright J, Hill P. Gobierno Clínico. Barcelona: Elsevier; 2006
- Oteo Ochoa LA. Gestión clínica: Gobierno Clínico. Madrid: Díaz de Santos; 2006.
- del Llano J, Ortún V, Martín JM^a, Millán J, Gené J. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson; 1998.

Gravedad

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Severity

■ Definición

La gravedad es el riesgo previo (la probabilidad) que tienen los pacientes (tratados mediante una tecnología concreta o atendidos por un determinado centro sanitario) de que les suceda un “resultado clínico” (*outcome*) concreto. En inglés se utiliza el término *severity* (o *severity of illness*) que en la literatura española es habitual encontrarlo (mal) traducido como “severidad”.

■ Otros aspectos de interés

Quando los pacientes no han sido asignados al azar a dos (o más) alternativas de tratamiento o cuando se comparan los resultados de centros u organizaciones sanitarias, es habitual que el estado de salud de los pacientes tratados bajo las dos alternativas (o atendidos por centros sanitarios de diferente nivel asistencial) no sea el mismo. En estas circunstancias, los mejores o peores resultados de un tratamiento (o de un centro sanitario) podrían deberse no tanto a la mayor/menor efectividad del tratamiento o calidad del proveedor sino a las diferencias en los pacientes. La comparación en estas situaciones requiere que se ajusten los resultados por las diferencias en gravedad de los pacientes.

La gravedad no debe ser interpretada sólo como riesgo de muerte, sino como la probabilidad previa a la atención sanitaria (derivada de las características del paciente y no de la atención recibida) de obtener el resultado concreto que se está midiendo, que puede ser mortalidad o cualquier otro suceso adverso, pero también calidad de vida, consumo de recursos, etc.

Las características de los pacientes que configuran su gravedad incluyen factores como la edad, el sexo, el diagnóstico principal, la comorbilidad (enfermedades concomitantes no relacionadas con el diagnóstico principal), las complicaciones (patologías aparecidas durante o tras el proceso de atención, que no estaban presentes al ingreso), la estabilidad clínica (que refleja el estado fisiopatológico de los sistemas corporales mediante signos vitales, parámetros analíticos y gases, nivel de conciencia y otras variables) y que posiblemente es el factor más crítico respecto al riesgo de muerte a corto plazo. En algunos se considera también el estado funcional, el estado psicológico, cognitivo y psicosocial, y algunas otras variables.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

El concepto de gravedad se emplea asociado a los sistemas diseñados para su medición (sistemas de ajuste de riesgos) y su uso esta muy extendido. Por ejemplo, el sistema ASA utilizado para valorar el riesgo de muerte/complicaciones perioperatorias, la escala de coma de Glasgow usada en los traumatismos craneoencefálicos, el índice APGAR utilizado en obstetricia y neonatos son escalas de medición de la gravedad. En gestión, los GDR serían una escala de medición del riesgo de “duración de la estancia”.

■ Ejemplo

Supongamos dos unidades de cuidados intensivos (UCI) que han tratado 100 pacientes cada una y ambas tienen la misma mortalidad (37%). La comparación bruta sugiere una similar calidad de la atención en ambas unidades. Pero si tenían la distribución de pacientes según probabilidad de muerte (medida mediante algún sistema de ajuste de riesgos) que se muestra la tabla, en una esperaríamos 36 muertes (frente a las 37 observadas) mientras que en la otra –dada la menor gravedad de sus pacientes- esperaríamos sólo 26 (11 menos que las realmente observadas), aspecto que sugiere la posible existencia de algún problema de calidad que convendría identificar y solventar. Nótese, adicionalmente, que en los datos –imaginarios- de la tabla, el exceso de mortalidad se concentra en los pacientes de mayor riesgo, aspecto que podría ser útil a la hora de iniciar un audit para determinar la existencia de problemas de calidad.

COMPARACIÓN DE LA MORTALIDAD EN 2 UCI HIPOTÉTICAS							
Unidad de Cuidados Intensivos 1				Unidad de Cuidados Intensivos 2			
Ingresos UCI 1	Gravedad media	Muertes Esperadas	Muertes observadas	Ingresos UCI 2	Gravedad media	Muertes Esperadas	Muertes observadas
10	0,15	1,5	2	10	0,11	1,1	1
20	0,24	4,8	5	20	0,18	3,6	4
30	0,33	9,9	10	30	0,22	6,6	5
30	0,45	13,5	14	30	0,34	10,2	17
10	0,60	6,0	6	10	0,48	4,8	10
Total	100	0,36	35,7	100	0,26	26,3	37

Probabilidad de muerte medida entre 0 y 1. UCI: Unidad de cuidados intensivos

Gravedad

■ Conceptos relacionados

Sistemas de ajuste de riesgos. Sistemas de clasificación de pacientes. Índices de comorbilidad.

■ Para seguir leyendo

- Peiró S. Los sistemas de ajuste de riesgos. En: Meneu R, Ortún V, Rodríguez Artalejo F, eds. Innovaciones en Gestión Clínica y sanitaria. Barcelona: Masson; 2005: 81-100
- Librero J, Peiró S, Ordiñana R. Comparación de resultados, calidad y costes usando bases de datos. Valencia: Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública; 1998.

Grupos de Diagnósticos Relacionados

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

GDR. GRD. *Diagnoses Related Groups (DRG)*

■ Definición

Los GDR son un sistema de clasificación de episodios de hospitalización en grupos en los que se espera un consumo similar de recursos hospitalarios (grupos isoconsumo). Desde 1983, son una pieza fundamental del sistema de pago prospectivo a los hospitales concertados por Medicare en Estados Unidos. Los GDR son asignados por un programa informático (agrupador; *groupor*) a partir de los diagnósticos y procedimientos que recibe el paciente (clasificados conforme a la Clasificación Internacional de enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica; CIE9MC), la edad y el sexo.

La versión inicial incluía 470 grupos. A partir de 2007 se separaron muchos grupos en función de la presencia de complicaciones o comorbilidades (CC) identificadas a partir de códigos de la CIE9MC y actualmente tiene 999 posibles grupos (aunque no todos se utilizan).

■ Otros aspectos de interés

Cada GDR tiene asociado un peso consumo de recursos con 4 decimales en el que la unidad (1,0000) se supone igual al coste promedio de un ingreso (en Medicare, ya que se emplean los pesos calculados por esta aseguradora pública estadounidense). Un peso de 1,5000 implica que ese GDR tiene un coste un 50% mayor al coste medio de los ingresos hospitalarios. Este peso es el utilizado para el reembolso y para los indicadores comparativos de la eficiencia hospitalaria.

Actualmente, y además de los GRD Medicare (también conocidos como versión CMS-DRG, por ser la utilizada por los Centers for Medicare and Medicaid Services para el pago de las hospitalizaciones en Estados Unidos) se han desarrollado otras variantes buscando utilidades específicas: los Refined DRGs (RDRG), All Patient DRGs (APDRG), Severity DRGs (SDRG), All Patient Refined DRGs (APRDRG) e International-Refined DRGs (IRDRG).

Grupos de Diagnósticos Relacionados

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

En el SNS se utilizan, básicamente, los AP-DRG (3M[®]) y los CMS-DRG. Su uso más extendido es ajustar la comparación de la estancia media (EM) entre hospitales. La EM de un hospital depende del tipo de pacientes que trata y cuando se evalúan comparativamente las EM de diversos hospitales, las diferencias provendrán tanto de una mayor o menor eficiencia de los centros, como de su diferente casuística, aspecto que se controla ponderando la duración de la estancia por el peso de cada GRD atendido. Este uso permite el desarrollo de algunos indicadores (ver ejemplo). A partir de estos indicadores se pueden revisar los procesos en los GDR en que el hospital se muestra ineficiente para su mejora.

Otros usos incluyen los reembolsos cruzados entre hospitales o comunidades autónomas de los pacientes que son atendidos en otra Comunidad u otra área si funcionan bajo presupuesto capitativo). En Cataluña se ha empleado, parcialmente, para el reembolso a los hospitales de la Xarxa Hospitalaria d'Utilització Pública (Red Hospitalaria de Utilización Pública; XHUP).

En el SNS, los primeros 10 primeros APDRG, por frecuencia, suponen casi el 20% del total de altas hospitalarias: 373 (parto sin CC), 541 (trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con CC mayores), 372 (parto con CC), 127 (insuficiencia cardiaca y shock), 371 (cesárea, sin CC), 359 (procedimientos sobre útero y anexos por carcinoma in situ y proceso no maligno sin CC), 381 (aborto con dilatación y legrado, aspiración o histerotomía), 14 (accidente cerebro-vascular), 162 (procedimientos sobre hernia inguinal y femoral edad>17 sin CC), y el 629 (neonato, peso al nacer >2499 gr, sin procedimiento quirúrgico significativo).

■ Ejemplo

En la tabla se muestra un ejemplo de los indicadores derivados de los GDR:

- Para el servicio de cirugía, el peso medio del estándar (1,3015) es mayor que el del servicio (1,2170), indicando que sus pacientes son menos complejos que los del estándar (el conjunto de hospitales).
- La EMAC (la EM que hubiera tenido el servicio tratando los pacientes del estándar con su propia EM en cada GRD) es de 6,0 días frente a los 6,2 del estándar, indicando que el servicio hubiera consumido 0,2 días menos de estancia que el estándar si hubieran tratado pacientes similares.
- Multiplicando este 0,2 por el número de casos tratados (2173) se obtendrían las estancias “ahorradas” por el servicio frente al estándar.
- El Índice funcional (razón entre la EMAC y la EM del estándar) menor que la unidad indica también que el hospital tiene una menor EM que el estándar.

Ejemplo de indicadores derivados de los GDR.										
Servicio	Hospital		Estándar			EMAC	IF	EMAF	ICM	IEMA
	Altas	EM	Peso Medio	EM	Peso Medio					
	Neumología	1140	8,8	1,1528	7,3	1,0662	7,8	1,0651	8,3	1,1394
Cirugía	2173	5,6	1,2170	6,2	1,3015	6,0	0,9558	5,9	0,9472	0,9485

EM: estancia media, en días; Peso Medio: según la versión CMS-GRD del año en curso; EMAC: EM ajustada por casuística; EMAF: EM ajustada por funcionamiento. IF: Índice Funcional; ICM: Índice de casuística o de case-mix; IEMA: razón de funcionamiento estándar.

- La EMAF (EM que tendría el servicio si hubiera tratado sus propios pacientes con la EM de la norma de comparación) indica que si el hospital se hubiera comportado como el estándar habría tenido una EM de 5,9 días (en lugar de los 5,6 que realmente ha tenido).
- El índice de casuística (razón entre la EMAF y la EM) menor que la unidad indica que la casuística del servicio es de menor complejidad que la del estándar.
- El IEMA (razón entre la EM del servicio y el EMAF) por debajo de la unidad indica que el hospital –a igual casuística- utilizaría menos estancias que el estándar.

Grupos de Diagnósticos Relacionados

■ Conceptos relacionados

Casuística (case mix); gravedad (severity); sistemas de ajuste de riesgo (risk adjusting systems); indicadores de rendimiento (performance indicators); Conjunto Mínimo de Datos Básicos al alta hospitalaria (Hospital discharge Minimum Basic Data Set; MBDS); Clasificación Internacional de enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica (International Classification of Diseases, 9th review Clinical Modification; ICD9CM); Estancia media ajustada por casuística (EMAC); Estancia Media ajustada por funcionamiento (EMAF); Índice Funcional (IF); Índice de casuística o de case-mix (ICM); razón de funcionamiento estándar o índice de estancia media ajustada (IEMA).

■ Para seguir leyendo

- Casas M. GRD. Una guía práctica para médicos. Barcelona: IASIST; 1995.
- Peiró S. Los sistemas de ajuste de riesgos. En: Meneu R, Ortún V, Rodríguez Artalejo F, eds. Innovaciones en Gestión Clínica y sanitaria. Barcelona: Masson; 2005: 81-100.

Guía de Práctica Clínica

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Clinical Guidelines, GPC.

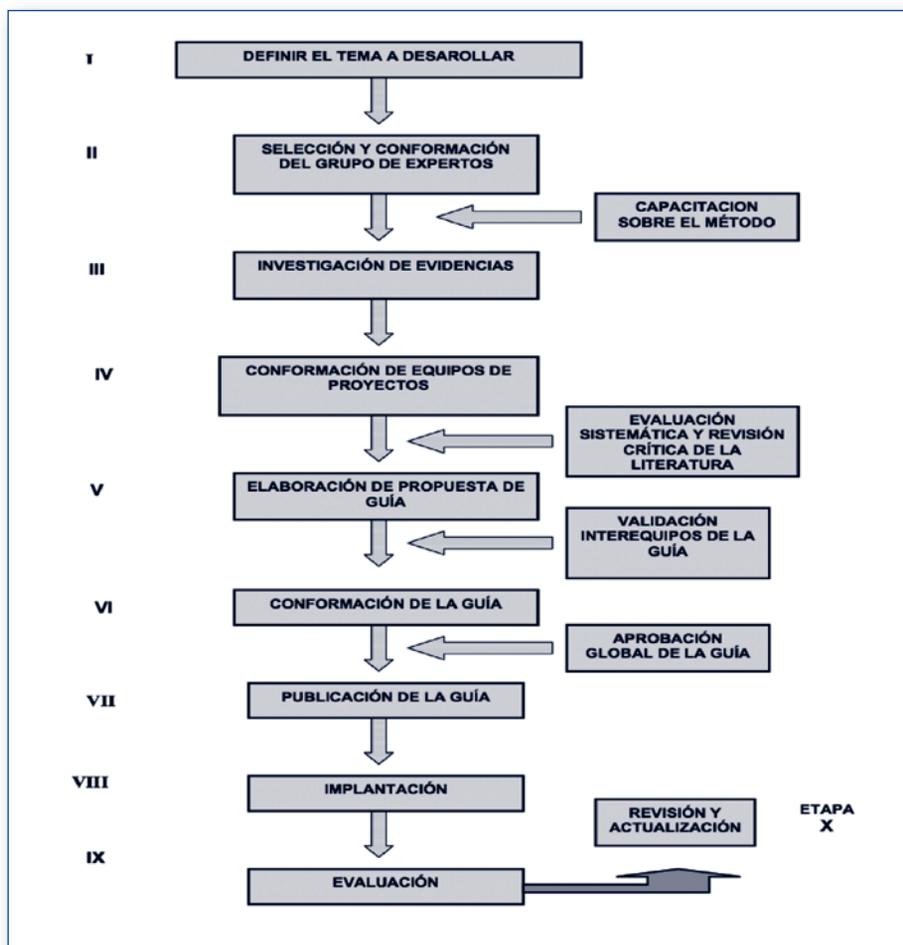
■ Definición

Las Guías de Práctica Clínica, un término introducido en 1990 por el Institute of Medicine, son “recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar al profesional sanitario y al paciente a tomar las decisiones adecuadas en circunstancias clínicas específicas”. Su objetivo es “elaborar recomendaciones explícitas con la intención definida de influir en la práctica de los clínicos”. En sus orígenes se aceptaron como sinónimo de los protocolos clásicos, pero posteriormente se diferenciaron por considerarse herramientas más modernas y con más ventajas. Los protocolos clásicos estarían basados en el consenso, se habrían desarrollado unidisciplinariamente, con ámbito de aplicación local y elaborados por los profesionales implicados. Las Guías de Práctica Clínica están fundamentadas en evidencias científicas, suelen desarrollarse entre distintos estamentos y especialidades médicas.

En la práctica, los protocolos y Guías de Práctica Clínica presentan características mezcla de las anteriores: cualquier protocolo elaborado en la actualidad debe apoyarse en pruebas científicas y suelen ser multidisciplinarios, al margen de que puede intentarse la revisión del mismo para que se aproxime a las características que debería tener para ser considerado una guía de práctica clínica, al menos su apoyo en las pruebas científicas, la elaboración multidisciplinaria y que incluya indicaciones precisas que faciliten la adopción de decisiones por parte de los profesionales.

Guía de Práctica Clínica

Etapas en la elaboración de un guía clínica:



■ Otros aspectos de interés

En el año 2001 se estableció el consenso para el desarrollo de guías clínicas y evitar de alguna manera mermas en la calidad y errores en el diseño. AGREE es una colaboración internacional de investigadores y especialistas en gestión que buscan incrementar la calidad y efectividad estableciendo un marco común de trabajo para su desarrollo, disseminación e implementación. Fundado mediante el programa BIOMED-2 de la Unión Europea es un instrumento de trabajo para:

- Los gestores y políticos sanitarios para ayudarles a decidir qué guías pueden recomendarse para su uso en la práctica. En tales casos el instrumento debería formar parte de un proceso de evaluación formal.

- Por los autores de guías para que sigan una metodología de elaboración estructurada y rigurosa y como herramienta de auto evaluación que asegure la calidad de sus guías.
- Por los proveedores de la atención sanitaria que deseen llevar a cabo su propia evaluación antes de adoptar las recomendaciones.
- Por los educadores y profesores para que puedan mejorar las habilidades de lectura crítica de los profesionales sanitarios.

AGREE consiste en 23 ítems claves organizados en seis áreas. Cada área intenta abarcar una dimensión diferenciada de la calidad de la guía.

- Alcance y Objetivo (ítems 1-3) se refiere al propósito general de la guía, a las preguntas clínicas específicas y a la población diana de pacientes.
- Participación de los implicados (ítems 4-7) se refiere al grado en el que la guía representa los puntos de vista de los usuarios a los que está destinada.
- Rigor en la elaboración (ítems 8-14) hace referencia al proceso utilizado para reunir y sintetizar la evidencia, los métodos para formular las recomendaciones y para actualizarlas.
- Claridad y presentación (ítems 15-18) se ocupa del lenguaje y del formato de la guía.
- Aplicabilidad (ítems 19-21) hace referencia a las posibles implicaciones de la aplicación de la guía en aspectos organizativos, de comportamiento y de costes.
- Independencia editorial (ítems 22-23) tiene que ver con la independencia de las recomendaciones y el reconocimiento de los posibles conflictos de intereses por parte del grupo de desarrollo de la guía.

■ **Uso en el Sistema Nacional de Salud**

<http://www.guiasalud.es/home.asp>

■ **Conceptos relacionados**

Evaluación de tecnologías sanitarias, Medicina Basada en la Evidencia, Protocolos, Revisiones Sistematizadas.

■ **Para seguir leyendo**

- Jovell AJ, Navarro-Rubio MD, Aymerich M, Serra-Prat M. Metodología de diseño de Guías de Práctica Clínica en atención primaria. Aten Primaria. 1997; 20:259-66.

*DICCIONARIO DE
GESTIÓN SANITARIA
PARA MÉDICOS*

H

Hospitalizaciones evitables

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

ACSC (*Ambulatory Care Sensitive Conditions*), Hospitalizaciones prevenibles (*preventable hospitalizations*), *avoidable hospitalizations*

■ Definición

El concepto de “hospitalizaciones evitables” fue desarrollado por Billings al final de la década de los 80 como un indicador indirecto de problemas de accesibilidad a la atención sanitaria y, en especial, a los cuidados efectivos de atención primaria. La lógica de esta aproximación es estimar, a partir de bases de datos disponibles rutinariamente (tipo conjunto mínimo de datos básicos, CMBD), las tasas de aquellos ingresos hospitalarios que, en teoría, se evitarían o reducirían si los pacientes hubieran recibido una adecuada atención extra-hospitalaria previa, e inferir desde las tasas obtenidas hacia la presencia de problemas de calidad en la atención, sean por accesibilidad o por cualquier otro motivo. Las hospitalizaciones evitables no deben ser confundidas con las inadecuadas (que se refieren a pacientes cuyo ingreso hospitalario no sería necesario).

Actualmente, un notable volumen de literatura de Investigación en Servicios de Salud estadounidense ha mostrado que las tasas de ACSC son más altas en las áreas más pobres, con menor nivel educativo, en las áreas suburbanas de las grandes ciudades, en algunos grupos étnicos, en personas sin cobertura sanitaria y en las zonas urbanas con menor oferta de médicos. En Europa estas asociaciones no son tan obvias y las implicaciones de las ACSC para la política sanitaria se han orientado hacia las deficiencias en cobertura aseguradora, accesibilidad a la atención y volumen de la oferta de atención primaria en Estados Unidos, mientras que en la Europa desarrollada, donde el aseguramiento es universal o casi universal y la atención primaria está más desarrollada, las implicaciones se han orientado hacia la evaluación de la calidad de los servicios de atención primaria.

■ Otros aspectos de interés

Existen muchas dudas sobre si los ACSC miden resultados atribuibles (en exclusiva) a la accesibilidad o calidad de la atención primaria. Muchas de estas condiciones se manejan bajo cuidados compartidos entre la atención primaria y la especializada, otras requieren un tiempo más o menos largo de manejo inadecuado para producir desenlaces negativos en forma de reingresos, implicando que tasas bajas de ACSC no son incompatibles con cuidados actuales de baja calidad. Además, y como han mostrado extensamente los estudios de variaciones en la práctica médica, los hospitales mantienen criterios de admisión muy diferentes que no tienen relación con la morbilidad en sus áreas. Estas circunstancias sugieren que, y al menos para muchas ACSC, habría que ser muy cauto en su atribución a uno de los niveles asistenciales (y no al conjunto de la organización asistencial), sobre su capacidad para valorar los servicios actuales o un largo periodo de atención, y sobre si las diferentes tasas tienen más relación con problemas de calidad o con el uso de criterios de admisión hospitalaria diferenciales.

Existe un listado de ACSC validado (cualitativamente) para España en 2001, aunque las versiones actuales desarrolladas desde la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) del Departamento de Salud de Estados Unidos contienen cambios sustanciales respecto a las versiones en que se basó esta validación.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

En España el uso de las ACSC esta todavía confinado a los trabajos de investigación. Aunque quedan muchas cuestiones pendientes de aclarar sobre el significado de las ACSC y sus implicaciones para la toma de decisiones de política y gestión sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, no es menos cierto que la búsqueda de respuestas debe ir acompañada del traslado a la gestión rutinaria, y con toda la prudencia necesaria, del conocimiento ya disponible y que uno uso juicioso de las ACSC puede ser de interés para la gestión sanitaria.

Hospitalizaciones evitables

■ Conceptos relacionados

Análisis de áreas pequeñas (*Small Area Analysis*); Prevention Quality Indicators (PQI),

■ Para seguir leyendo

- Calle JE, Parra P, Gomis R, Ramón T, Más A. Hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions (ACSC) en la Región de Murcia. Rev Calidad Asistencial. 2006.
- Caminal J, Mundet X, Ponsa J, Sánchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. Gac Sanit. 2001;15:128-41
- Magan P, Otero A, Alberquilla A, Ribera JM. Geographic variations in avoidable hospitalizations in the elderly, in a health system with universal coverage. BMC Health Serv Res. 2008;8:42.
- Peiró S, Bernal-Delgado E. Hospitalizaciones evitables. ¿Quién soporta la carga de la prueba? Rev Calidad Asistencial. 2006; 21:173-75
- http://www.qualityindicators.ahrq.gov/pqi_overview.htm

*DICCIONARIO DE
GESTIÓN SANITARIA
PARA MÉDICOS*

I

Incentivos

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Incentives, premios, bonus

■ Definición

Un incentivo es un estímulo que se ofrece a una persona, grupo o sector de la economía para elevar la producción. La aplicación de este concepto al sector sanitario y más concretamente al colectivo médico, nos situaría en un escenario en el cual debiera procurarse la presentación de estímulos adecuados a la satisfacción de las necesidades e intereses de los profesionales con el fin último de alcanzar unos objetivos asistenciales, económicos o de cualquier otra categoría seleccionada. Hay que puntualizar que, obviamente, las necesidades e intereses de los profesionales que deben satisfacerse han de estar relacionados con su desempeño profesional y que cualquier modelo de incentivos, y de gestión sanitaria en general, ha de integrar la dimensión ética de las organizaciones sanitarias.

■ Otros aspectos de interés

Deben hacerse tres consideraciones previas sobre aspectos de gran importancia al tratar el tema de los incentivos. La primera se refiere a la compatibilidad de incentivos entre los diferentes agentes del sistema: ciudadanos, pacientes, profesionales, instituciones proveedoras de servicios de salud, agencias de compra y financiadores. Los incentivos a los que aspiran estos agentes no siempre son coincidentes ya que existe una gran diversidad de intereses y aspiraciones, legítimos, de unos y otros y que devienen de los distintos puntos de vista desde los que interpretan la asistencia sanitaria. Este conflicto entre los diferentes incentivos para los agentes aparece, además, en un contexto de restricciones presupuestarias y de una gestión rígida inherente a un sistema financiado mayoritariamente con fondos públicos.

La segunda consideración ha de referirse forzosamente al desajuste histórico que existe en España entre oferta y demanda de médicos, con un exceso de la primera que ocasiona situaciones de paro y subempleo, lo que obviamente afecta al planteamiento de cualquier sistema de incentivos para el colectivo. Actualmente son los flujos migratorios de profesionales a países que les propician mayores oportunidades y rentas y la escasez de determinados especialistas médicos en diversas regiones españolas, algunos de los rasgos remarcables. Un tercer aspecto a tomar en cuenta es la falta de consenso o

la inexistencia del interlocutor válido en la negociación y valoración de los incentivos. Deberían existir foros previos de negociación entre los representantes de los profesionales y la administración sanitaria para llegar a acuerdos o, al menos, aproximar posturas.

Centrándonos en los incentivos para los médicos, sus necesidades e intereses se distribuyen básicamente en tres categorías: materiales, psicológicas y sociales. Cada una de estas categorías requerirá un tipo diferente de incentivo para su satisfacción y para cada tipo de incentivo se precisará de la aplicación de una política concreta.

Las necesidades de índole material exigen unos incentivos externos que se materializarán por medio de una reorientación de la política retributiva, siendo por tanto estos incentivos de base fundamental, aunque no únicamente, monetaria. Las necesidades psicológicas exigen un tipo de incentivos internos. Éstos se generarán a través de un desarrollo profesional, adecuado a la motivación de logro de cada médico, que permita alcanzar la excelencia técnica y la promoción profesional. Estos logros técnicos y organizativos conducirán al incremento de la autoestima positiva. Este tipo de incentivos necesitan de políticas de personal orientadas hacia el progreso de la carrera profesional. Las necesidades de índole social exigen unos incentivos de carácter trascendente que se relacionan con el sentido de servicio y utilidad social, es decir con el comportamiento ético, y para ello se necesitan políticas que fomenten la identidad del colectivo, la integración y la ética.

El modelo antropológico contempla la medida en que la organización satisface los componentes de la motivación de sus miembros y lo denomina estructura compensatoria, teniendo ésta tres niveles: extrínseca, intrínseca y trascendente.

Tres son los modelos de compensación a médicos: pago por servicio, capitación y salario. En España este último es el más prevalente. Los incentivos financieros adicionales resultan eficaces en las políticas de contención de costes pero pueden generar conflictos de interés al disminuir los niveles de confianza del paciente hacia el médico y alterar la naturaleza de la relación médico-paciente.

Incentivos

Los principales motivos para poner en funcionamiento programas de incentivos para los médicos son:

- Motivar a los médicos hacia el logro de unos objetivos concretos adaptados a las necesidades del sistema. La elección de los objetivos viene marcada por las prioridades de política sanitaria y pueden apreciarse en las medidas reformadoras que ya están comenzando a ponerse en marcha, como la introducción de límites presupuestarios sobre el gasto, la implantación de sistemas de remuneración a los profesionales de carácter mixto (que incluyan salario, más elemento capitolativo, más pago por acto médico de manera limitada).
- La delegación de parte del presupuesto a los médicos generales para contratar con los hospitales en nombre de los pacientes, la competencia entre aseguradoras y la concesión de mayor autonomía a los hospitales, pueden ser otras alternativas. En nuestro entorno se han realizado experiencias de introducción de incentivos monetarios de cierta importancia en el reparto de productividad a directivos del Servicio Andaluz de Salud. También pueden compartirse la elección de objetivos parciales con los profesionales dentro de un marco amplio de objetivos. Los objetivos han de dirigirse tanto al logro de resultados sobre los profesionales (perfil profesional) como sobre la institución (objetivos asistenciales, económicos, etc.).
- Evitar la aparición de incentivos perversos. La ausencia de un programa de incentivos bien establecido tiene entre sus principales consecuencias que los profesionales se «incentivarán» particularmente contra los intereses generales de la organización, por descoordinación, pudiendo aparecer conductas poco adecuadas, como el incumplimiento de horarios, la ausencia de comportamientos cooperativos, la escasa implicación en actividades de investigación y docencia, la invasión de competencias ajenas, el cumplimiento «escrupuloso» de las funciones, la mala calidad de trato al paciente, la búsqueda y/o aceptación de incentivos externos ajenos al sistema público, etc.
- Defensa del sistema y de los pacientes: el programa de incentivos mejoraría la eficacia del sistema sanitario (más motivación e implicación de los profesionales...) y, por tanto, supondría un beneficio para los usuarios.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Previamente al establecimiento de los incentivos es importante detectar y explicitar los objetivos prioritarios del sistema sanitario, lo que ayudaría a dotarlo de identidad. Un sistema de incentivos debe basarse en los siguientes aspectos:

- Función temporal del profesional: edad y período de ejercicio.
- Ritmo de respuesta: en el corto, medio y largo plazo.
- Diferentes incentivos para diferentes necesidades y objetivos: Recompensas no económicas (días libres, facilidades para la formación, mejoras en el lugar de trabajo, promoción profesional, reconocimiento por el esfuerzo y el logro, cambio de lugar de trabajo, etc.) y recompensas económicas (generalmente asociadas al rendimiento, pueden ser individuales y/o colectivas, dirigidas al logro de conductas deseadas o la desaparición de indeseadas).
- El sistema de incentivos sería más efectivo si se trabajara en dos direcciones: premio-sanción.
- Los criterios para proceder al premio (o a la sanción) deben ser claros, explícitos y evaluables de forma objetiva.
- Flexibilidad temporal y formal: los sistemas de incentivos rígidos y constantes carecen de eficacia.

A continuación se presentan sucintamente las principales limitaciones y problemas para la introducción de programas de incentivos:

- Marco jurídico poco propicio.
- Carencia de tradición.
- Aversión al riesgo de los profesionales.
- Resistencia sindical.
- Costes de obtención de información necesaria para la incentivación.
- Indefinición de las actividades a incentivar.

Por último, es necesario conocer distintas peculiaridades del sistema sanitario, ya que serán cruciales al implementar cualquier programa de incentivos en dicho sector:

- Gran «poder médico»: alto poder de decisión, libertad clínica, los médicos maximizan o minimizan la función de utilidad en la medida que la organización satisface sus expectativas.

Incentivos

- Complejidad del producto sanitario: multidimensionalidad de la producción, definición y medición discordantes.
- Existencia de objetivos divergentes: el médico suele maximizar sus beneficios (y los del paciente) apartándose de los objetivos de la organización.
- Dificultades para transmitir la información que argumente la necesidad de una modificación del sistema organizativo o de la práctica clínica.

Las políticas de recursos humanos requieren de un cuidadoso ejercicio de planificación, son imprescindibles para aplicar un sistema de incentivos, y no pueden desvincularse en el sistema sanitario de la concepción general de la organización. A efectos prácticos se han de priorizar dos propósitos: la administración de personal (preservar el principio de legalidad) y la regularización de los procesos de selección, basados en los principios de igualdad, capacidad y mérito. El sistema sanitario está orientado a una finalidad social y tiene en las personas el bien máspreciado para alcanzar sus fines.

■ Conceptos relacionados

Motivación, carrera profesional, *burn out*, *contrato de gestión*, *contrato programa*, *pago por calidad*

■ Para seguir leyendo

- Macho I. Incentivos en los servicios de salud. En: Ibern P, Incentivos y contratos en los servicios de salud. Springer Verlag, Barcelona 1999.
- Hidalgo A, del Llano J, Pérez S. Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora. Barcelona: Masson; 2007.

Incertidumbre

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Uncertainty

■ Definición

La incertidumbre es el desconocimiento o conocimiento incompleto sobre el resultado de una acción, el marco en que está se desarrollará y sus posibles consecuencias. No todos los eventos presentan el mismo nivel de incertidumbre, de ahí la necesidad de cuantificarla y compararla.

Incertidumbre y riesgo forman un binomio inseparable. La aversión al riesgo o si aceptación llevara a diferentes elecciones. De aquí que no exista en cada situación una elección objetivamente óptima si no, que existan una pluralidad de alternativas u opciones en función de las circunstancias y deseos del ente decisor.

■ Otros aspectos de interés

Incertidumbre estructurada: No sabemos qué ocurrirá tomando determinadas decisiones, pero sí sabemos qué puede ocurrir de entre varias posibilidades.

Incertidumbre no estructurada: En este caso no sabemos qué puede ocurrir ni tampoco qué probabilidades hay para cada posibilidad. Es cuando no tenemos ni idea qué puede pasar.

Los árboles de probabilidad son representaciones gráficas detalladas del conocimiento que tenemos sobre eventos inciertos.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

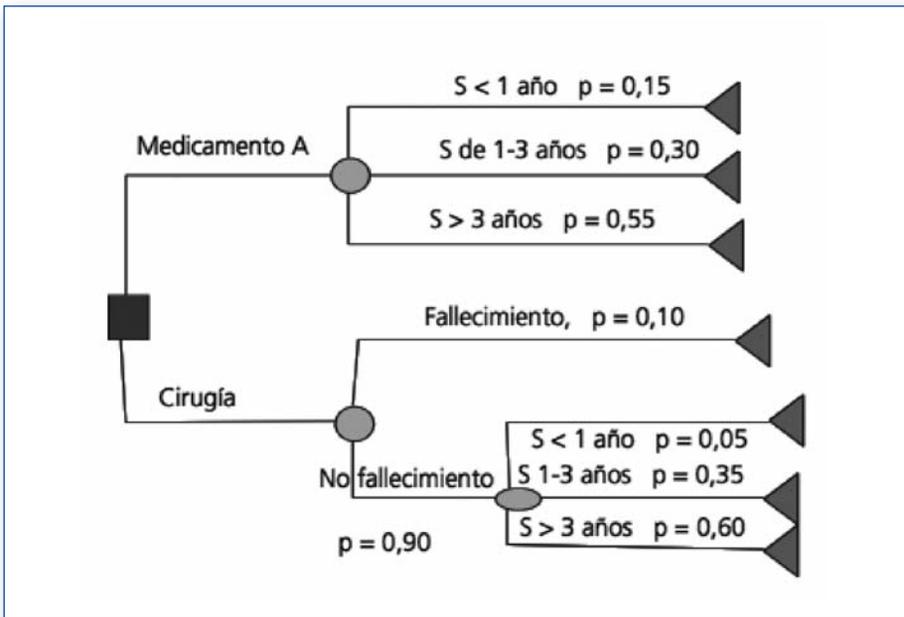
La incertidumbre puede relacionarse con el diagnóstico, la exactitud de las herramientas diagnósticas, la calidad y disponibilidad de las fuentes de información, la historia natural de las enfermedades, las opciones que tomen los pacientes y los resultados del tratamiento. Al existir múltiples fuentes de incertidumbre se hace más complicado tener un esquema claro de las diferentes opciones y resultados de las posibles alternativas de decisión.

Incertidumbre

■ Ejemplo

En la toma de decisiones es fundamental establecer la probabilidad con la que pueden suceder las diferentes consecuencias de las alternativas planteadas es decir cuantificar la incertidumbre; esto se logra asignando valores de probabilidad a cada una de las consecuencias emanadas de las alternativas propuestas para la solución del problema.

Teniendo en cuenta que, ni los valores de probabilidad con que se mide la incertidumbre ni los valores asignados a los desenlaces son valores fijos, al efectuar un análisis de decisiones surge la duda sobre la posibilidad de que la solución al problema cambiara si los valores de la medición de incertidumbre y consecuencias variaran. Para resolver esta duda se realizan los análisis de sensibilidad. Ellos permiten evaluar los resultados ante la posible gama de valores que podrían tomar uno o más de los parámetros introducidos en el modelo. Como resultado se puede conocer la estabilidad de la conclusión dada la variabilidad de los supuestos introducidos en el modelo. En el gráfico adjunto queda reflejada la estructura de un árbol de toma de decisión entre una intervención quirúrgica o farmacológica con sus respectivas probabilidades.



■ Conceptos relacionados

Aversión al riesgo, Análisis sensibilidad, evaluación de tecnologías sanitarias, árbol de toma de decisiones.

■ Para seguir leyendo

- Naimark D, Murray DK, Naglie G, Redelmeier D, Detsky AD. Primer on medical decision analysis: Part 5- working with Markov processes. *Med Decis Making*. 1997; 17: 152-159.
- Evans JR, Olson DL. Introduction to simulation and risk analysis. Upper Saddle River: Prentice Hall; 1998. pp 80-106.
- Sánchez R, Echeverri J. Análisis de decisiones. Una herramienta para la práctica clínica. En: Ardila E, Sánchez R, Echeverri J. Estrategias de Investigación en Medicina Clínica. Bogotá: Editorial Manual Moderno; 2001.

I

Indicadores de productividad del recurso “cama” hospitalaria

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

Indicadores hospitalarios; Indicadores de gestión hospitalaria; Indicadores hoteleros.

■ Definición

Los indicadores de atención hospitalaria se han basado ampliamente en un producto intermedio vinculado al recurso cama (la estancia) y son muy similares a los utilizados en la gestión hotelera: estancia media (EM), porcentaje de ocupación (%OC) e índice de rotación (IR).

I La estancia media (*length of stay, LOS*) es la suma total de estancias en un periodo, divididas por el total de episodios de hospitalización en el mismo, y mide el tiempo promedio que el hospital tarda en resolver los episodios de hospitalización. Los días de estancia deben calcularse restando las fechas de alta e ingreso, teniendo en cuenta que, por acuerdo, se considera que todo paciente ingresado realiza al menos una estancia. En general, se tiende a considerar que cifras de EM entre 5 y 7 días son adecuadas para hospitales generales, pero el indicador puede variar ostensiblemente con el tipo de hospital (agudos, monográficos, crónicos, psiquiátricos, etc.) y su grado de especialización (comarcal, provincial, terciario), tipo de servicio (medicina, cirugía, pediatría, oftalmología, etc.) y, por tanto, también con la importancia relativa de los diferentes servicios en cada hospital.

El porcentaje de ocupación (*bed occupancy*) puede definirse como la proporción media, en un periodo de tiempo, en que las camas han estado realmente ocupadas por algún paciente respecto a su capacidad máxima de ocupación, expresado en tantos por cien. Al igual que en el caso anterior, suelen ofrecerse cifras en torno al 85% como valor adecuado del %OC para un hospital general, pero el indicador es también muy variable en función del tipo de hospital (larga estancia vs. corta estancia), servicio, organización del servicio/hospital (cirugía sin ingreso, liberación fines de semana, sustitución o no de camas entre servicios). El %OC tiene un importante componente estacional, con incrementos invernales (fundamentalmente en los servicios de medicina) y caídas en el periodo estival, pero este patrón puede variar en hospitales ubicados en zonas turísticas.

El índice de rotación es el promedio de ingresos por cama en un periodo dado

y, posiblemente es el indicador que mejor sintetiza la productividad del recurso cama. En general, se consideran adecuados IR superiores a 4 ingresos/camames, pero este indicador es de hecho una función de la estancia media y el porcentaje de ocupación y, por tanto, varía con los factores que afectan a cualquiera de ellos.

Otro indicador de interés es el intervalo de sustitución (IS), que puede ser definido como el promedio de tiempo en que las camas permanecen desocupadas entre un alta y el ingreso siguiente (el complementario de la estancia media). En teoría, su duración idónea es la suficiente para preparar la cama y el entorno para un nuevo paciente y no debería superar el día o día y medio. En la jerga hospitalaria tiende a distinguirse entre camas “calientes”, con intervalos de sustitución menores a medio día, como sucede en las unidades de intensivos, camas “templadas”, con IS menores a 1 día y camas “frías”, con IS superiores a 1 día. La suma del IS y la EM dan lugar a un indicador denominado ciclo medio hospitalario (CMH), que indica los días -ocupados o no- que un hospital utiliza en promedio por cada paciente que ingresa.

■ Otros aspectos de interés

La EM varía con el diagnóstico y la gravedad de los pacientes atendidos (edad, complejidad, comorbilidad, complicaciones, autonomía funcional, etc.), sus características sociales (apoyo social, bedblockers, nivel cultural y de renta), la disponibilidad de recursos alternativos (centros socio-sanitarios, hospitalización a domicilio, atención primaria, rehabilitación y otros), la organización del hospital (importancia de la cirugía sin ingreso o de estancia mínima, realización de pruebas preoperatorias ambulatorias, demoras pruebas diagnósticas, liberación de fines de semana) y las pautas de hospitalización empleadas por los clínicos (estilos de práctica individual/de grupo).

Actualmente el indicador puede penalizar a los centros o servicios más eficientes, que desarrollen una gran parte de su actividad sin ingreso. Así, un servicio de, por ejemplo, medicina digestiva que realice las endoscopias sin ingreso presentará valores más altos de EM que un servicio similar que ingrese a estos pacientes uno o dos días. El problema estriba en que los pacientes trasladables al medio ambulatorio realizan, en general, estancias medias más cortas que los que necesariamente requieren atención bajo internamiento y, mantener en un servicio pacientes fundamentalmente de este

Indicadores de productividad del recurso “cama” hospitalaria

último tipo suele ir acompañado de un incremento de la EM. En todo caso, tanto este problema como la alta variabilidad del indicador, obliga a mantener ciertas cautelas a la hora de atribuir la responsabilidad de estancias medias más prolongadas a un determinado factor, incluso tras el ajuste por casuística.

Aunque históricamente el recurso “cama” ha sido una buena medida de la capacidad productiva de un hospital, las innovaciones tecnológicas y organizativas están trasladando buena parte de la atención que se realizaba bajo ingreso al medio ambulatorio, con la subsiguiente pérdida de poder de este recurso para aplicar la actividad global hospitalaria. No obstante, los indicadores de actividad basados en la cama -siempre que no se manejen mecánicamente- siguen combinando extrema sencillez y gran utilidad.

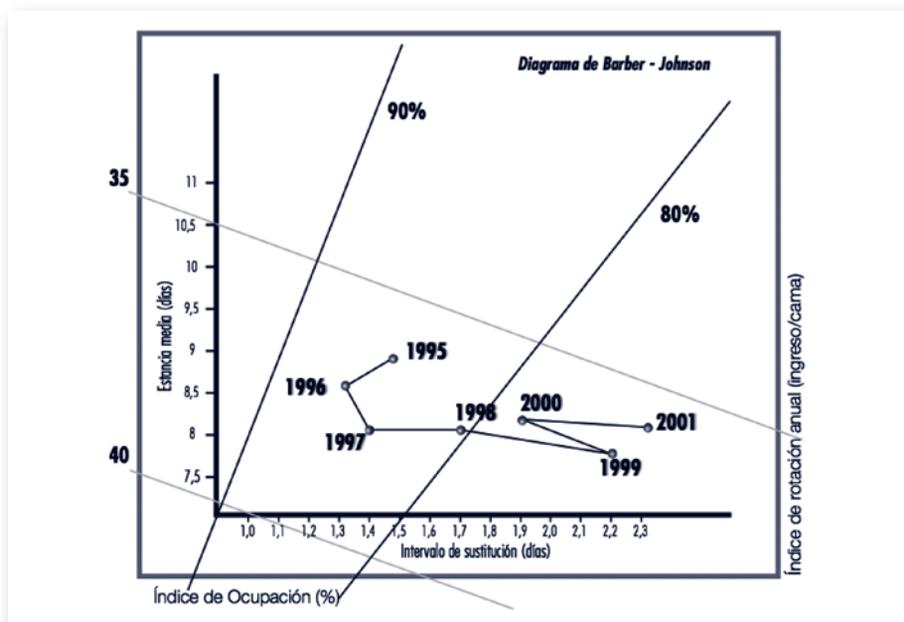
■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Los indicadores de productividad del recurso cama son ampliamente usados en el Sistema Nacional de Salud y, en la práctica, forman parte de todos los “cuadros de mando” hospitalarios. En su forma más simple se aplican sin ningún tipo de ajuste, con la excepción de la estancia media. Dado que la estancia media de un hospital está muy afectada por el tipo de pacientes que trata, cuando se valora comparativamente la EM entre diversos hospitales no es posible saber si las diferencias provienen de una mayor o menor eficiencia de los centros o de su diferente casuística (aspecto que legitimaría una mayor duración de la estancia en los hospitales que atienden pacientes más complejos). Por ello, la estancia media tiende a usarse ajustada por el tipo de pacientes atendidos en cada centro utilizando para ello algún sistema de clasificación de pacientes, en general alguna versión de los GDR. Este uso da origen a nuevos indicadores como la estancia media ajustada por casuística o la estancia media ajustada por funcionamiento.

■ Ejemplo

Todos los indicadores comentados mantienen relaciones entre sí que permiten la construcción del diagrama de Barber y Johnson, posiblemente la mejor representación gráfica de los indicadores de productividad del recurso cama. Este diagrama (ver figura) representa la estancia media (en el eje vertical), el intervalo de sustitución (en el eje horizontal), el índice de rotación (en sentido diagonal) y el porcentaje de ocupación (en las bisectrices con vértice en el

origen). Las relaciones matemáticas entre estos indicadores permiten que cada punto del diagrama represente 4 valores. El diagrama permite realizar comparaciones transversales entre unidades de análisis, seguir la evolución de un hospital o un servicio hospitalario a lo largo del tiempo o verificar su posición frente a estándares de productividad.



■ Conceptos relacionados

Grupos de diagnósticos relacionados. Indicadores de gestión. Indicadores hospitalarios; cuadro de mandos; estancia media; índice o porcentaje de ocupación; índice de rotación.

■ Para seguir leyendo

- Asenjo Sebastian MA, dir. Gestión diaria del Hospital (3ª ed). Barcelona: Elsevier; 2007.
- Peiró S. Medidas de actividad y producto sanitario. En: del Llano Señaris J, Ortún Rubio V et al, eds: Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, 1998. Pp.197-218

Indicadores de rendimiento

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

Indicadores de actividad; indicadores de salud; *performance indicators*

■ Definición

Los indicadores de rendimiento (también llamados de actividad o de funcionamiento; *performance indicators* o *performance measures*) son, en esencia, criterios de evaluación aplicados a un conjunto de organizaciones sanitarias, centros sanitarios o profesionales individuales. Aunque cada conjunto particular de indicadores implica una concepción explícita de las expectativas sobre el funcionamiento del sistema sanitario o de algunos de sus componentes (hospitales u otros proveedores, áreas de atención, etc.), existe un amplio consenso en no separar las medidas de productividad, de calidad y de resultados clínicos, de modo que los indicadores de funcionamiento no se limitan a los de actividad y utilización de servicios, sino que incluyen una extensa gama de indicadores clínicos incluyendo indicadores de resultados (*outcomes measures*).

La utilidad básica de los indicadores de funcionamiento es proveer información útil a los diferentes agentes del sistema sanitario -reguladores, financiadores, compradores, gestores y profesionales sanitarios, y usuarios- para facilitar sus elecciones e intentar que sus expectativas se vean satisfechas. Dado que los diferentes agentes -y grupos sociales- tienen expectativas diferenciales sobre los servicios sanitarios, los indicadores deseables pueden variar ostensiblemente. Hay paquetes de indicadores que sólo son relevantes para algún componente del sistema (usualmente, y dada la naturaleza técnica de la atención sanitaria, instituciones sanitarias y profesionales).

La utilización básica de los indicadores es comparar proveedores de servicios -u otros componentes del sistema- en un momento del tiempo o a lo largo del tiempo. En su forma más interesante, un indicador de funcionamiento no es más que la tasa de un determinado suceso -numerador- que forma parte de la atención prestada por las organizaciones sanitarias a poblaciones definidas -denominador- en un tiempo definido. Los sucesos pueden ser unidades monetarias, formar parte de los procesos de cuidados -incluyendo los servicios prestados- o tratarse de resultados de la atención médica. Las organizaciones a evaluar pueden ser médicos individuales o, más frecuentemente, centros sanitarios, hospitales, organizaciones sanitarias o territorios bajo una misma autoridad sanitaria. La población puede estar definida en fun-

ción de su localización geográfica, aunque lo habitual es definirla también en función de alguna característica específica (diabéticos, hipertensos, etc.) o del riesgo respecto a un resultado de interés.

■ Otros aspectos de interés

Las comparaciones transversales de proveedores utilizando indicadores se conocen como perfiles de proveedores (*profiling*), término que define la aplicación de métodos epidemiológicos a la descripción de las prácticas asistenciales, la monitorización de resultados de la atención de salud y la evaluación de la calidad y la eficiencia de los cuidados, con los objetivos de proporcionar a gestores, compradores, usuarios y responsables de la toma de decisiones, información para comparar el coste, la utilización y la calidad de los proveedores, y proporcionar a los propios proveedores una referencia de sus costes y calidad respecto a otros proveedores, o respecto a su evolución temporal. Por ejemplo, las tasas de administración de ácido acetil salicílico (suceso) por distintos equipos de atención primaria (proveedores), en pacientes remitidos al hospital por sospecha de infarto agudo de miocardio (población) en un año determinado (tiempo), definen el perfil de los proveedores de atención primaria respecto a la asistencia en el infarto agudo en curso, y permite diseñar estrategias de mejora.

Esta mecánica es aplicable a indicadores de resultados (tasa de complicaciones de herida en intervenciones de cirugía mayor programada, reintervenciones no planificadas, reacciones adversas a medicamentos, etc.), de productividad (estancia media ajustada por case-mix), de costes (por proceso, por habitante de un territorio), de satisfacción, de accesibilidad, etc.

El *benchmarking*, aunque requiere la realización de perfiles, incluye la identificación de las mejores prácticas para dar una idea de los beneficios que se podrían alcanzar si las diversas organizaciones se situarán en el nivel de las mejores. Aunque puede incorporar análisis más detallados para mostrar que es lo que hacen mejor otros centros y facilitar el aprendizaje, en el análisis de indicadores suele limitarse al establecimiento de un estándar para cada criterio definido por los centros que muestran los mejores resultados en ese criterio (por ejemplo, utilizar como norma deseable de duración de la estancia en un proceso concreto, el promedio del 10% de los centros con mejor comportamiento, en lugar del promedio de todos los centros).

Indicadores de rendimiento

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Aunque los indicadores de rendimiento están ampliamente disponibles en el Sistema Nacional de Salud, su uso práctico se centra en los indicadores de productividad del recurso “cama hospitalaria” (estancia media, índice de ocupación, índice de rotación) o del recurso quirófano (duración media de la intervención, rendimiento de quirófano, intervenciones por sesión), de eficiencia de la prescripción en receta (coste medio por receta, porcentaje de genéricos) y algunos similares. La utilización de los indicadores de calidad del proceso clínico y de resultados esta mucho menos desarrollada.

■ Conceptos relacionados

Perfiles de práctica (*profiling*); *benchmarking*; ajuste de riesgos; Medidas de Resultado (*outcome measures*); indicadores de actividad.

■ Para seguir leyendo

- Peiró S, Casas M. Análisis comparado de la actividad y resultados de los hospitales. Situación en España y perspectivas. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, eds. Invertir en Salud. Prioridades para la salud pública en España-Informe SESPAS, 2002. Valencia: SESPAS y Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, 2002; 511-29.
- Peiró Moreno S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: Ortún V, ed. Gestión Clínica y sanitaria: de la práctica a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Masson; 2003. pp 17-87.

Indicadores de actividad del bloqueo quirúrgico

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

Surgical indicators

■ Definición

Los indicadores de actividad del bloque quirúrgico se centran en el recurso quirófano. Reflejan no solo la intensidad de actividad realizada sino el grado de optimización de dicho área. Típicamente se utilizan :

- Número de intervenciones desglosadas en programadas y urgentes o por el tipo de anestesia, general o regional.
- Numero de intervenciones por sesión quirúrgica.
- Duración media de la intervención.
- Rendimiento o índice de ocupación de quirófano.
- Proporción de intervenciones con anestesia general.
- Estancia media preoperatoria.

■ Otros aspectos de interés

Se han descrito en la literatura anglosajona una serie de indicadores que valoran la calidad y la optimización del bloque quirúrgico. Es un sistema de puntuación con 8 indicadores de rendimiento diseñados para un sector sanitario dentro de un mercado libre como el de EEUU. Estos indicadores son:

1. Costes del exceso de plantilla
2. Retraso en la hora de inicio (retraso medio de los tiempos de inicio para cirugía programada por quirófano por día).
3. Tasa de cancelaciones.
4. Retrasos en el ingreso en la Unidad de Reanimación Postanestésica (% de días de trabajo con al menos una demora de 10 minutos o más en el ingreso en Reanimación porque esta unidad está llena).
5. Margen de beneficio medio por hora del bloque quirúrgico.
6. Tiempos de transición (tiempos de transición medios para la preparación y limpieza para todos los casos).
7. Sesgo de predicción (sesgo en la duración del caso estimada por 8 horas de tiempo de quirófano).
8. Transiciones prolongadas (% de transiciones de más de 60 minutos).

Indicadores de actividad del bloqueo quirúrgico

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Se utilizan en los hospitales para conocer a tiempo real la disponibilidad de sesiones quirúrgicas por lo que se puede programar con mayor eficiencia optimizando los recursos. En la actualidad se disponen de herramientas informáticas que generan dicha información, los datos recogidos y los indicadores empleados con más frecuencia quedan reflejados en la figura adjunta.

ACTIVIDAD DEL BLOQUE QUIRÚRGICO

Datos de entrada

Cirujanos
 Horas de quirófano disponibles
 Horas de quirófano empleadas
 Intervenciones programadas
 Intervenciones urgentes
 Intervenciones ambulatorias
 Intervenciones de menos de 1 hora de duración
 Intervenciones de menos de 1 a 3 horas de duración
 Días naturales
 Tiempos medios de actividad
 Tiempo transferencia (cama antequirófano)
 Tiempo de espera antequirófano
 Tiempo de intervención
 Tiempo de reanimación
 Tiempo de salida a planta
 Pacientes transferidos a área de recuperación
 Pacientes devueltos a planta
 Estancias de recuperación

Datos de entrada

Promedio diario de las intervenciones
 Intervenciones por cirujano
 Índice de utilización de quirófano
 Promedio diario de intervenciones urgentes
 Promedio de intervenciones programadas
 Promedio de intervenciones ambulatorias

■ Conceptos relacionados

Eficiencia, productividad, programación quirúrgica.

■ Para seguir leyendo

- Macario A. Are your hospital operating rooms “efficient”? A scoring system with eight performance indicators. *Anesthesiology*. 2006;105(2):237-40

Índice de sustitución

■ Definición

El índice de sustitución es el porcentaje de procedimientos a tratar quirúrgicamente que se realizan bajo la modalidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). El índice de sustitución medio alcanzado durante los últimos años en los hospitales nacionales alcanza el valor de 63%, según el Instituto de Información Sanitaria del propio Ministerio de Sanidad. Dentro de las especialidades médico-quirúrgicas la Oftalmología obtiene el más alto índice de sustitución de la cirugía convencional por CMA, de tal manera que en las intervenciones quirúrgicas oftalmológicas que afectan al cristalino, se ha alcanzado un índice de sustitución superior al 92%.

La utilización de procedimientos ambulatorizados no debe disminuir en ningún caso la calidad, seguridad y eficiencia del acto quirúrgico. Asimismo existe un menor coste por cada intervención, que en algunos casos es casi de 5 veces menos respecto de la intervención quirúrgica tradicional. La incidencia de mortalidad en los 30 días posteriores a cualquier intervención de CMA es muy baja, así como la tasa de reingresos, es decir, la necesidad de hospitalización posterior tras ser dado de alta.

Los beneficios para el paciente son muy importantes. En general, la mayoría de las intervenciones quirúrgicas ambulatorias (90%) están orientadas a la terapia, y solamente el 10% restante tiene un fin diagnóstico.

■ Otros aspectos de interés

- Índice de cancelación quirúrgica: se obtiene dividiendo el número de intervenciones canceladas (aquellas que son suspendidas por cualquier causa, una vez ingresado el paciente en la Unidad), entre el número de intervenciones programadas y multiplicando el cociente por 100.
- Tasa de ingresos y reingresos: se obtiene dividiendo el número de ingresos (aquellos producidos por cualquier causa, antes que el paciente haya sido dado de alta) o de reingresos (desde el domicilio, en el espacio de siete días desde el alta), entre el número total de pacientes intervenidos y multiplicando el cociente por 100.
- Porcentaje de acontecimientos adversos: número de acontecimientos adversos observados respecto del total de pacientes intervenidos mediante CMA y multiplicando el cociente por 100.

Índice de sustitución

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

En España la actividad ambulatoria quirúrgica mayor tuvo sus inicios en la década entre 1990 y el año 2000. La primera unidad que se creó en el país fue la existente en el hospital de Toledo en el año 1992, aunque previamente ya en Barcelona funcionaba alguna que otra unidad de CMA con carácter autónomo, independiente del ámbito hospitalario. Actualmente la CMA representa, según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, entre el 40% y el 50% de las cirugías mayores practicadas.

■ Ejemplo

El índice de sustitución constituye un marcador de los posibles problemas que puedan surgir en el cuidado de un paciente. Medido de forma periódica y registrado de forma sistemática, permite evaluar y comparar la calidad y eficiencia de la CMA. El índice de ingresos es de los más importantes, ya que proporciona una idea del grado de desarrollo y funcionamiento de una Unidad de CMA y es capaz de detectar problemas relacionados con la selección de pacientes, la complejidad del procedimiento y el riesgo quirúrgico. Además, permite la comparación de resultados entre diferentes unidades, determinando si se sitúan dentro de los estándares establecidos. Otro índice importante es el de cancelación quirúrgica, por medir problemas de funcionamiento interno de las unidades (mala información o selección incorrecta) y por relacionarse con patología asociada de los pacientes o con la aparición de procesos agudos que obligan a posponer las intervenciones. Es el que más se correlaciona con la insatisfacción de los pacientes y permite conocer si existe una utilización inadecuada de recursos.

Los estándares de calidad considerados aceptables en la reparación quirúrgica de la hernia inguinal en régimen de CMA son: a) ingresos no previstos < 2%; b) cancelaciones < 3%; c) estancia < a 4 horas en la Unidad; d) readmisiones < 1%; e) consultas a urgencias < del 2%; f) infección < 2%; g) hematomas < 5%; h) recidivas < 1%; i) satisfacción > 90% y j) índices de sustitución > 50%.

Los indicadores de calidad son una serie de Medidas de Resultado cuyo cometido es actuar como marcadores de los posibles problemas que puedan surgir en el cuidado de un paciente. Medidos periódicamente y registrados de forma sistemática permiten evaluar y comparar la calidad y eficiencia de la CMA. Los más importantes son: a) índice de cancelación quirúrgica; b) tasa de ingresos y reingresos; c) índice de sustitución; d) porcentaje de acontecimientos adversos; e) grado de satisfacción del paciente.

■ Conceptos relacionados

Cirugía Mayor Ambulatoria, Cirugía sin ingreso.

■ Para seguir leyendo

- Collopy B, Rodgers L, Williams J, Jenner N, Roberts L, Warden J. Clinical indicators for day surgery. *Ambul Surg.* 1999;7:155-57.
- Manuel Palazuelos JC, Fernández Díaz MJ, Alonso Martín J, Alonso Gayón JL, Soler Dorda G, Barcena Barros JM. Control de calidad en la cirugía mayor ambulatoria de la hernia inguino-crural. *Cir May Amb.* 2003;8(3):142-6.

Información asimétrica

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Asimetría de información

■ Definición

En las relaciones de agencia (véase agencia, relación de) se produce un problema de información asimétrica cuando alguno de los agentes implicados en una negociación dispone de más o mejor información relativa al objeto de la negociación que los demás agentes, disponiendo de mayor poder de negociación y obteniendo, consecuentemente, una ventaja adicional en la misma que sesgará su resultado. En general, cuando un agente debe decidir entre las opciones que le propone un principal (un paciente que es informado por su médico de las opciones de tratamiento de que dispone) y no dispone de la misma información que el oferente, se produce un problema de información asimétrica o información desigual.

■ Ejemplo

En sanidad es posible encontrar numerosos ejemplos de asimetrías de información no solamente en las decisiones corrientes de elección del paciente y su médico. Existe una asimetría de información en la evaluación económica de tecnologías sanitarias y medicamentos entre las empresas comercializadoras y las autoridades sanitarias (que desconocen los resultados de la investigación propia de cada compañía) o entre los hospitales (cliente) y las empresas de tecnologías (proveedores) que actúan a nivel nacional y disponen de mayor información sobre precios y demás aspectos financieros lo que genera un efecto de “pricing to market” o precios diferenciados, una de las consecuencias más habituales de la información asimétrica en mercados con oferta concentrada y demanda disgregada (multitud de centros de toma de decisiones).

El agente que posee más o mejor información se encuentra en una posición de ventaja frente al otro, disponiendo de mayor poder de mercado en una negociación (véase el caso de la provisión privada de tecnología a los centros de atención sanitaria) o, visto de otro modo, el agente menos o peor informado puede no estar capacitado para tomar una decisión de forma eficiente o, cuando menos, de forma menos eficiente que el agente mejor o más informado, de ahí que la relación de agencia que se produce entre médico y paciente sea especialmente delicada.

■ **Conceptos relacionados**

Pricing to market, precios diferenciados, ineficiencia asignativa, poder de mercado

■ **Para seguir leyendo**

- Douma S, Schreuder H. Enfoques Económicos para el Análisis de las Organizaciones, Ed. Civitas, Madrid 2004.

Innovación

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Innovation

■ Definición

La innovación es la materialización de los resultados teóricos de la investigación. Así, al hablar de innovación, hablamos de aplicaciones reales, en condiciones no ideales, y que, por tanto, debe considerar aspectos del entorno de la propia invención (contexto social, cultural, político, etc.) que pueden influir de forma decisiva a la efectividad de lo nuevo.

■ Otros aspectos de interés

Utilizando el modelo de los diferentes niveles de atención sanitaria, la innovación puede darse a nivel de sistema, organización, profesión o paciente. A nivel de sistema (macro), la innovación pasa por la introducción de cambios en la política sanitaria, nuevas regulaciones o reformas de las existentes, siendo de ello responsable el político y los agentes sociales. A nivel de organización (meso), innovar significa variar el comportamiento de los agentes mediante los cambios en la estructura organizativa o en las reglas de juego, papel ejercido por los responsables de gestionar las organizaciones sanitarias. La innovación a nivel profesional, asistencial o clínica (micro -producción) tiene que ver con los cambios en los procesos de prestación de servicios y en los resultados que se obtienen en calidad, fruto de la introducción de nuevas tecnologías diagnósticas o terapéuticas. Como en otras industrias intensivas en capital humano, la innovación acostumbra a emerger del papel de los profesionales por lo que la estimulación y el apoyo a aquellos preparados y dispuestos a innovar es la estrategia más efectiva para el cambio.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

En el ámbito de las Tecnologías de la información y comunicación (TIC), cuya prioridad debe ser incrementar la calidad de la asistencia prestada y asegurar su sostenibilidad los posibles desarrollos en este ámbito son múltiples: desde sistemas de gestión especializados para los hospitales y centros de salud hasta las plataformas de historia sanitaria única, receta electrónica, etcétera. Otro aspecto de importancia creciente es el de la telemedicina y la teleasistencia.

En lo que se refiere a la I+D biotecnológica y farmacéutica, uno de los principales retos es acortar y abaratar el proceso de desarrollo de nuevos medica-

mentos, de forma que su coste sea más asumible por la industria y sus resultados lleguen antes a la sociedad. Para ello es necesario mejorar la coordinación entre las diferentes administraciones y agentes involucrados en este sector.

El sector farmacéutico contribuye al presupuesto total de I+D en España con alrededor del 15%, más del doble de su aportación al PIB, siendo uno de los contribuidores más importantes. En este campo existe además la obligación de avanzar en la búsqueda de tratamientos tanto para las enfermedades de elevada incidencia en la sociedad como para aquellas que por su carácter minoritario se encuentran olvidadas.

■ Ejemplo

Cirugía laparoscópica avanzada robótica da Vinci: origen, aplicación clínica actual en urología y su comparación con la cirugía abierta y laparoscópica. La cirugía abierta capaz de hacer grandes exéresis y reparaciones en tejidos frágiles, está siendo paulatinamente sustituida durante esta última década por la laparoscópica, por sus enormes beneficios para el paciente, sin olvidar las dificultades para su aprendizaje por los cirujanos que tienen que suplir estas deficiencias con mayor esfuerzo y estrés. La cirugía robótica viene a suplir las limitaciones de la cirugía laparoscópica convencional haciendo cirugías más ergonómicas y más precisas, sobre todo para aquellas cirugías más complejas y difíciles de acceder como es la prostatectomía radical. En esta revisión se hace un recordatorio de historia y aplicaciones clínicas de nuevas tecnologías avanzadas y robotizadas en comparación con la cirugía abierta y la laparoscopia convencional. [Actas Urol Esp. 2006; 30(1): 1-12].

■ Conceptos relacionados

I+D+i, eficiencia.

■ Para seguir leyendo

- Berwick DM. Disseminating Innovations in Health Care. JAMA. 2003;289:1969-75
- Haines A, Iliffe S. Innovations in services and the appliance of science. BMJ. 1995; 310: 815-6.

Investigación de Resultados en Salud

Investigación de Resultados en Salud

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Outcomes research.

■ Definición

Se entiende por investigación de resultados el análisis de los efectos y las consecuencias que se producen y derivan del tratamiento médico llevado a cabo en las condiciones que se dan en la vida cotidiana. Para efectuar este análisis han de obtenerse resultados clínicos, económicos y sociales que sean exactos y fiables.

■ Otros aspectos de interés

La Investigación de Resultados en Salud (IRS) constituye una fuente importante en el conocimiento de la eficacia y efectividad de los tratamientos e intervenciones sanitarias que centran el beneficio en resultados importantes para los pacientes en el contexto de la práctica clínica habitual. Tradicionalmente, la investigación médica se ha basado únicamente en la medida de variables clínicas, centradas en los síntomas y pruebas de laboratorio, como medida de resultado de las intervenciones médicas. Junto a estas medidas, la IRS utiliza otras, como medidas de relevancia clínica: la medida de la calidad de vida, la satisfacción o el coste-efectividad.

La investigación de Resultados pretende entender los resultados finales de la atención de la salud y las intervenciones sanitarias practicadas. Resultados finales incluyen los efectos que experimenta la población y la atención acerca de, por ejemplo, cambio en la capacidad funcional. En particular, para las personas con enfermedades crónicas, donde la curación no siempre es posible los resultados finales incluyen la calidad de vida, así como la mortalidad.

■ Conceptos relacionados

Calidad de vida, Eficiencia, *medical appropriateness*, preferencias de los pacientes, variabilidad de la práctica clínica, medicina basada en la evidencia, medidas de efectividad clínica.

■ Para seguir leyendo

- Badía X, Alonso J. La medida de la salud: guías de escalas de medición en español. Colección Medicina Eficiente, Fundación Lilly. 4ª edición. Barcelona, 2007.

Investigación en servicios de Salud

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

Investigación en servicios sanitarios, ISS; *Health services research, HSR*.

■ Definición

La ISS es un campo de investigación multidisciplinar que examina cómo la población accede a la atención sanitaria, cuánto cuesta esta atención y qué sucede con los pacientes como resultado de la misma. Los principales objetivos de la Investigación en Servicios de Salud son identificar las formas más efectivas de organización, gestión, financiación y prestación de cuidados de alta calidad, reducir los errores médicos y mejorar la seguridad de los pacientes.

■ Otros aspectos de interés

La Investigación en Servicios de Salud utiliza un extenso abanico de ciencias y metodologías (sociología, ciencias políticas, ciencias de la empresa, psicología, antropología, ética, estadística, epidemiología, ciencias clínicas, economía, ingeniería, etc.) para analizar una estructura (los servicios sanitarios) con el objetivo de ser útil para la toma de decisiones. Se define por el objeto que se investiga (las organizaciones y servicios sanitarios), no por la disciplina desde la que se realiza la investigación. La ISS se solapa con diversas áreas de investigación con las que mantiene importantes relaciones, en especial con la economía de la salud, la epidemiología clínica y la promoción de salud. Las líneas de investigación en ISS se refieren a: necesidad y demanda de servicios de salud, disponibilidad y accesibilidad de la atención de salud, utilización de los servicios sanitarios, financiación de la atención sanitaria, planificación y prospectiva, regulación que afecta al sistema sanitario, organización y prestación de servicios sanitarios, profesionales sanitarios (workforce: formación, planificación, ...), estado de salud y calidad de vida de pacientes y poblaciones, patrones de práctica clínica y difusión de tecnologías, evaluación económica de la atención sanitaria y evaluación económica de medicamentos y tecnologías, resultados de las tecnologías o intervenciones sanitarias (outcomes research), programas y técnicas de garantía de calidad, guías de práctica, estándares y criterios de atención sanitaria, gestión y administración sanitaria, información para la toma de decisiones, ensayos clínicos de efectividad de la atención sanitaria (no de medicamentos o de tecnologías), preferencias de los pacientes, adherencia de los pacientes al tratamiento y educación sanitaria de los pacientes y la población.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Estructuralmente la Investigación en Servicios de Salud esta muy poco desarrollada en España, a diferencia de países como Estados Unidos, Reino Unido o Canadá y, con alguna excepción, los grupos de investigación específicos se concentran en pequeñas unidades dependientes de las administraciones sanitarias autonómicas (agencias de evaluación de tecnologías, escuelas de salud,...) y en algunos departamentos universitarios de economía con interés en la “economía de la salud”. Sin embargo, muchos grupos de investigación clínica y epidemiológica desarrollan trabajos en este campo. Desde el Plan Nacional de I+D 2003 es una de las áreas prioritarias de la investigación sanitaria en España y en los últimos años existen convocatorias específicas de ayudas de investigación en este campo.

■ Conceptos relacionados

Investigación en resultados de salud (*outcomes research*); investigación en calidad asistencial, economía de la salud (*health economics*); evaluación de tecnologías sanitarias; ciencias evaluativas clínicas, investigación en seguridad de pacientes.

■ Para seguir leyendo

- Bernal-Delgado E, Peiró S, Sotoca R. Aproximando las prioridades de investigación en servicios sanitarios en el Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit.* 2006; 20:287-94.
- Peiró S, Meneu R, Márquez Calderón S. La Investigación en Servicios de Salud en España: de la curiosidad científica a la toma de decisiones. *Gac Sanit* 1995; 9: 316-320 .
- Peiró S, Bernal-Delgado E. La investigación en calidad asistencial. Caracterización y situación actual en el Sistema Nacional de Salud. *Todo Hosp.* 2006; (224):124-33.

ISO 9000, certificación

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

Normas ISO.

■ Definición

La familia de **normas ISO 9000** son normas de “calidad” y “gestión continua de calidad”, establecidas por la Organización Internacional para la Estandarización (ISO) que se pueden aplicar en cualquier tipo de organización o actividad sistemática, que esté orientada a la producción de bienes o servicios. Se componen de estándares y guías relacionados con sistemas de gestión y de herramientas específicas como los métodos de auditoría (el proceso de verificar que los sistemas de gestión cumplen con el estándar). Dentro del contexto de **ISO 9000** la definición estandarizada de calidad se refiere a todas las características de un producto o servicio que son requeridas por el cliente. Su implantación en estas organizaciones supone una gran cantidad de ventajas para las empresas. Los principales beneficios son:

- Mejorar la satisfacción del cliente
- Mejorar continuamente los procesos relacionados con la Calidad.
- Reducción de rechazos e incidencias en la producción o prestación del servicio
- Aumento de la productividad

La familia de normas apareció por primera vez en 1987 teniendo como base una norma estándar británica, y se extendió principalmente a partir de su versión de 1994, estando actualmente en su versión 2000. La principal norma de la familia es actualmente la: ISO 9001:2000 - Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos. Otra norma vinculante a la anterior: ISO 9004:2000 - Sistemas de Gestión de la Calidad - Guía de mejoras del funcionamiento.

Las normas ISO 9000 de 1994 estaban principalmente pensadas para organizaciones que realizaban proceso productivo y, por tanto, su implantación en las empresas de servicios era muy dura y por eso se sigue en la creencia de que es un sistema bastante burocrático. Con la revisión de 2000 se ha conseguido una norma bastante menos burocrática para organizaciones de todo tipo, y además se puede aplicar sin problemas en empresas de servicios e incluso en la Administración Pública.

Para verificar que se cumple con los requisitos de la norma, existen unas entidades de certificación que dan sus propios certificados y permiten el sello. Estas entidades están vigiladas por organismos nacionales que les dan su acreditación.

Para la implantación, es muy conveniente que apoye a la organización una empresa de consultoría, que tenga buenas referencias, y el firme compromiso de la Dirección de que quiere implantar el Sistema, ya que es necesario dedicar tiempo del personal de la empresa para implantar el Sistema de gestión de la calidad.

Con el fin de ser certificado bajo la norma ISO 9000, las organizaciones deben elegir el alcance de la actividad profesional que vaya a registrarse, seleccionar un registro, someterse a la auditoría, y después de completar con éxito, tener una visita anual de inspección para mantener la certificación. En el caso de que el registrador / auditor encuentre áreas de incumplimiento, la organización tiene un plazo para adoptar medidas correctivas, sin perder la vigencia de la certificación o la continuidad en el proceso de certificación (dependiendo de que ya hubiera o no obtenido la certificación).

■ Otros aspectos de interés

Los elementos de mayor impacto de la Norma ISO son:

- Enfoque en los procesos.
- Mejora continua.
- Satisfacción de los clientes.
- Análisis de datos.
- Objetivos de calidad en todos los niveles y funciones.
- Gestión de los recursos.
- Efectividad de entrenamiento y concienciación del personal.
- Control de la producción y prestación del servicio.

ISO 9000, certificación

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La obtención de la certificación por un centro sanitario o departamento de un establecimiento sanitario implica una preparación de sus estructuras y procesos que aseguren un nivel de calidad determinado de su atención o productos intermedios. En centro de titularidad privada constituye una herramienta de posicionamiento con respecto a otros centros al avalar la calidad del establecimiento. En el caso de los centros del Sistema Nacional de Salud es la consecución de determinado nivel de calidad obtenido tras aplicación de las medidas de mejora continua de calidad asistencial.

■ Ejemplo

El certificado de calidad ISO 9001 obtenido por el CAMP, Centro de Atención a Minusválidos Psíquicos de Sierrallana, es el resultado de casi dos años de trabajo y una intensa auditoría en la que se analizaron los distintos aspectos del trabajo diario de este centro y sus recursos «en base a criterios de cuidados, seguridad, confort, atención y comunicación», la organización y planificación del trabajo, la implicación de las familias de los residentes, los programas psicológicos de modificación de la conducta individual, el sistema de seguimiento y evaluación, el plan de mejora continua y las infraestructuras. No obstante, como aspecto a mejorar, apunta la auditoría, al análisis de la información del proceso en relación con la eficacia terapéutica de los planes de rehabilitación, las terapias y la continuidad de los cuidados.

■ Conceptos relacionados

Gestión de la calidad, Excelencia Clínica, EFQM.

■ Para seguir leyendo

- Orbea T. Aportación de las ISO 9000 a los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial. 2001;16:484-5.
- Kazandjian Vahé A, Vallejo Paula. La evaluación local de la calidad mediante instrumentos de medida genéricos. Gac Sanit. 2004;18(3):225-234.
- Sweeney J, Heaton C. Interpretations and variations of ISO 9000 in acute health care. Int J Qual Health Care. 2000;12:203-9.

*DICCIONARIO DE
GESTIÓN SANITARIA
PARA MÉDICOS*

M

Medicina basada en la evidencia

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

MBE, Medicina Basada en Pruebas, *Evidence Based Medicine (EBM)*.

■ Definición

La MBE consiste en el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores pruebas disponibles en la toma de decisiones sobre la atención integral de cada paciente. El foco es el paciente, no sólo su enfermedad o proceso, por lo que desde la realización de un diagnóstico efectivo y eficiente, hasta la elección de la mejor opción terapéutica, es preciso identificar y considerar sus derechos, sus principios y sus preferencias.

■ Otros aspectos de interés

El término de “Evidence based medicine” fue inicialmente utilizado en Canadá en los años 80 para definir la estrategia de aprendizaje utilizada en la McMaster Medical School, resaltando la importancia de la revisión de las pruebas procedentes de la investigación, y de la interpretación juiciosa de la información clínica procedente de observaciones no sistemáticas¹. El concepto de “*Evidence based medicine*”, fue dado a conocer en el año 1991 a través de un editorial en la revista ACP (American College of Physicians) Journal Club, primera revista que empezó a publicar resúmenes estructurados de estudios relevantes procedentes de otras revistas. Su difusión se extendió desde el año 1992 por el grupo de trabajo de MBE, internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por David Sackett y Gordon Guyatt.

La práctica de la MBE se articula en torno a una serie sucesiva de pasos que enumeramos a continuación:

- Convertir las necesidades de información en preguntas susceptibles de respuesta y formular la pregunta de la manera más adecuada posible a partir del problema que se nos presenta. Este primer paso es muy importante, por lo que resulta de gran interés adquirir la habilidad necesaria para hacerlo bien.
- Localizar las mejores evidencias con las que responder, a través de bases de datos bibliográficas, revistas científicas, literatura secundaria o terciaria o Guías de Práctica Clínica.
- Valoración y evaluación crítica de la evidencia.
- Determinar su validez y utilidad para nuestra necesidad.

- Aplicación de las conclusiones a nuestra práctica, teniendo en consideración los riesgos y beneficios, las expectativas, preferencias de los pacientes y sus necesidades emocionales.
- Evaluación del rendimiento de esta aplicación.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La MBE puede ayudar a resolver problemas o cuestiones médicas relativas a:

- Hallazgos clínicos: cómo recoger e interpretar hallazgos a partir de la historia clínica y exploración física.
- Etiología: identificar la causa, el origen, de la enfermedad.
- Diagnóstico: resolver dilemas a la hora de pedir e interpretar pruebas diagnósticas. La continua proliferación de la tecnología refuerza la necesidad de que el clínico tenga capacidad para valorar los artículos sobre pruebas diagnósticas, conozca los principios para valorarlos y pueda utilizar de forma óptima la información que proporcionan, teniendo en cuenta su calidad y utilidad, costes, seguridad..
- Diagnóstico diferencial: cómo clasificar las posibles causas de una enfermedad en función de su probabilidad, gravedad y susceptibilidad de tratamiento.
- Pronóstico: cómo calcular la probable evolución clínica de un paciente, y anticipar las posibles complicaciones de su enfermedad. Conocer el poder de marcadores pronósticos.
- Tratamiento: cómo elegir los tratamientos que producen mayores beneficios y seguridad. Valoración de su coste beneficio.
- Prevención: cómo reducir la posibilidad de que se produzcan enfermedades, identificando y modificando factores de riesgo. Cómo realizar el diagnóstico precoz.
- Constituye una herramienta básica en la docencia y formación continuada del personal sanitario, a la par que inestimable ayuda en la toma de decisiones a todos los niveles Gestión Clínica o política sanitaria.

■ Ejemplo

La ecografía tiene una sensibilidad del 88% y una especificidad del 80% para el diagnóstico de colecistitis aguda. La pregunta con sus tres componentes:

PACIENTE: Mujer de 88 años, obesa con sospecha de colecistitis aguda.

Medicina basada en la evidencia

- Intervención: Ecografía abdominal. OUTCOME: Sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de colecistitis aguda.
- Estrategia de búsqueda: Acute cholecystitis. Bases exploradas: Uptodate, Infopoems, CATcrawler y TRIPdatabase.
- La revisión: Bases de datos: Medline.
- Estudios seleccionados: Criterios claros (y especificados en una tabla) para la exclusión de artículos con escasa calidad metodológica.
- Extracción de los datos: Desde 1966 a 1992.
- Las pruebas: no ajustados: sensibilidad 94%, especificidad 78%, LR(+) 4.27; ajustados: sensibilidad 88%, especificidad 80% LR(+) 4,4. Los resultados son extraídos de un total de 532 pacientes recogidos en 5 artículos distintos de los que desconocemos la prevalencia.
- Comentarios: El test de heterogeneidad no es significativo por el escaso número de artículos. Sería conveniente que se explorasen otras bases de datos que no fuesen sólo Medline. Debido al sesgo de verificación es posible que el verdadero valor de sensibilidad y especificidad esté entre los resultados no ajustados y ajustados.

[Revised Estimates of Diagnostic Test Sensitivity and Specificity in Suspected Biliary Tract Disease. Archives of Internal Medicine Vol154, 28-Nov-1994. Judy A. Shea. Department of Medicine. Philadelphia].

■ Conceptos relacionados

Guías de Práctica Clínica, revisiones sistematizadas, Gestión Clínica, *medical decision making*.

■ Para seguir leyendo

- Gol Freixa J. Bienvenidos a la medicina basada en la evidencia. En: La medicina basada en la evidencia. Guías del usuario de la literatura médica. JAMA (ed esp).1997: 5-14.
- Gol J, del Llano J. El fenómeno de la medicina basada en la evidencia. Med Clin (Barc). 1999; 112 (supl 1): 3-8.
- Sackett DL, Rosenberg, WM, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is and what it isn't. BMJ. 1996; 312:71-7.

Medicina gestionada

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Managed care

■ Definición

La medicina gestionada es aquella vertiente de la gestión sanitaria aplicada con el objetivo de compaginar los intereses y proporcionar satisfacción a los asegurados, profesionales del cuadro médico y accionistas de la entidad aseguradora privada. La medicina gestionada incide tanto en la utilización y el coste de los servicios asistenciales así como en la calidad de los mismos. El objetivo final de la medicina gestionada es crear un sistema que proporcione a los asegurados acceso a una asistencia sanitaria de calidad y coste-efectiva que proporcione satisfacción a todas las partes implicadas.

■ Otros aspectos de interés

Para implementar técnicas de gestión de medicina gestionada en una compañía de asistencia sanitaria privada, es condición *sine qua non* la asistencia de un sistema de información médica homogéneo, codificado e integrado orientado a incrementar la calidad asistencial y disminuir el gasto médico.

Al ser la Medicina Gestionada un sistema organizado de atención sanitaria que integra la financiación y la prestación de la asistencia con una buena relación coste-efectividad, evalúa al mismo tiempo su rendimiento y sus resultados. De la relación a tres bandas entre aseguradoras, médicos y asegurados cabe destacar lo siguiente:

- Las aseguradoras ofrecen a los médicos la posibilidad de desarrollar la profesión en un ámbito privado en el que el volumen de pacientes corre a cargo de la aseguradora a cambio de un pacto económico basado en honorarios baremados por acto médico (descuento a cambio de volumen).
- El médico, conjuntamente con los servicios asistenciales privados, ofrece al asegurado el servicio asistencial propio de la medicina privada con individualización y privacidad, sin retrasos en la obtención de la atención asistencial.
- Los asegurados reciben asistencia médica privada de trato personalizado, rápido, sin listas de espera y en unas instalaciones agradables y no masificadas.

M

Medicina gestionada

■ Para seguir leyendo

- Konsvedt PR. The Managed Health Care Handbook (4a ed). Gaithersburg, MA: Aspen Publisher; 2001
- Sevilla F, Navarro V. La competencia gestionada: sus méritos, ¿nos permiten conocer el bosque?. Rev Admin Sanit. 1997; 1(4):55-75.

Medidas de resultado

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Desenlaces, *endpoints*, resultados clínicos (*outcomes*)

■ Definición

Los resultados o desenlaces (*outcomes*, *endpoints* en algunos contextos) se definen como los cambios, favorables o desfavorables, en el estado de salud actual o potencial de personas, grupos o comunidades, que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria que reciben.

En la tabla se muestran las Medidas de Resultado más comúnmente utilizadas:

- La mortalidad, uno de los resultados más utilizados por su rotundidad y fácil disponibilidad.
- Las complicaciones y otros sucesos adversos, como los reingresos, las infecciones nosocomiales y algunas complicaciones específicas (de herida quirúrgica, recidivas, fracasos de intervención), son cada vez más empleadas junto a (o en lugar de) la mortalidad por su mayor frecuencia (mayor poder estadístico) y por una presumible mayor relación con problemas de calidad en la atención susceptibles de corrección.
- La estabilidad o mejoría de los sistemas fisiológicos es empleada como medida intermedia de resultado en muchas patologías crónicas (disminución de la presión arterial en mmHg, reducción de los niveles hemáticos de lípidos, control de la glucemia o de la hemoglobina glicosilada, etc.) que suelen controlarse en atención primaria.
- La capacidad funcional, muy empleada en especialidades como la cardiología o neumología, con clasificaciones históricas (como la de insuficiencia cardíaca de la New York Heart Association (NYHA) utilizada desde 1972) y pruebas funcionales objetivas de amplio uso como las respiratorias, de esfuerzo y otras, así como el funcionamiento psico-social se han convertido en piezas clave para medir resultados importantes para los pacientes y, en algunas especialidades (por ejemplo, la Cirugía Ortopédica o la Rehabilitación) son la medida básica de resultados. La capacidad funcional implica una valoración por alguien externo al paciente y con criterios objetivos de los efectos de la enfermedad sobre la vida del individuo.
- La medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) supone un esfuerzo para medir de forma comprensiva los resultados importantes para los pacientes. En cierto modo, surge como una extensión de las me-

Medidas de resultado

medidas de capacidad funcional a las que se incorporan una serie de componentes, entre los que destacan la percepción subjetiva por parte del paciente del impacto de la enfermedad sobre su vida, aspecto que requería un enfoque multidimensional y no solo de función, y la relación con los cuidados de salud.

- La satisfacción de los pacientes, acompañando a las transformaciones sociales y el cambio del papel de los usuarios de los servicios de salud, se ha ido convirtiendo en un resultado importante, para cuya medición se han desarrollado numerosos marcos conceptuales y encuestas específicas.

RESULTADOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Resultados	Ejemplos
Supervivencia o mortalidad	Mortalidad intrahospitalaria; Mortalidad a los n días de la intervención; supervivencia a los n años del diagnóstico.
Otros sucesos adversos	Reingresos en determinados periodos o por causas específicas; infecciones nosocomiales; complicaciones post-quirúrgicas; complicaciones de la herida quirúrgica, reacciones adversas a fármacos; reintervenciones inesperadas; recidivas a los n años de la intervención.
Estabilidad de los sistemas fisiológicos	Normalización/mejora de signos clínicos: pulso, temperatura, u otros; normalización/mejora de parámetros bioquímicos; normalización mejora de otros parámetros.
Satisfacción	Encuestas de satisfacción y otros instrumentos
Estado funcional	Capacidad para el esfuerzo; capacidad para las actividades de la vida diaria; capacidades específicas: visuales, movilidad, y otras similares; normalización/mejora en pruebas funcionales; reincorporación a la vida laboral.
Funcionamiento psico-social	Estado cognitivo; escalas de ansiedad, depresión, estrés, y otras similares.
Dolor	Escalas analógico-visuales, instrumentos específicos de medición del dolor.
Calidad de vida relacionada con la salud	Medición de utilidades; índices de estado de salud; perfiles de salud genéricos o específicos; instrumentos diagnóstico-específicos de medición de calidad de vida.

■ Otros aspectos de interés

Comparar resultados es la forma usual de evaluar la eficacia de los medicamentos, pruebas diagnósticas y otras tecnologías (incluyendo las educativas, organizativas, etc.). Típicamente esta comparación se realiza mediante ensayos clínicos con asignación aleatoria de pacientes a dos o más grupos; la idea básica que subyace en la comparación es que las diferencias –estadísticamente significativas- en resultados para los pacientes habrán sido causadas por diferencias en la eficacia de los tratamientos o las tecnologías. El problema fundamental al comparar los resultados fuera de situaciones experimentales –por ejemplo, al comparar la mortalidad entre hospitales- estriba en que los pacientes no han sido asignados aleatoriamente a uno u otro centro sino que, al menos en buena parte, han sido asignados en función de su propia condición clínica. En esta situación no puede presumirse que las diferencias en resultados se deban a la calidad de los hospitales ya que estarán muy influidos por las características de los pacientes tratados de una u otra forma. En estas situaciones se requiere utilizar estrategias de ajuste de riesgos.

■ Conceptos relacionados

Investigación en resultados; Medidas de Calidad de Vida Relacionadas con la Salud; Medidas de capacidad funcional; satisfacción.

■ Para seguir leyendo

- Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Qual Rev Bull* 1992;18: 356-360.
- Lezzoni LI. Risk adjustment for medical effectiveness research: an overview of conceptual and methodological considerations. *J Investig Med* 1995; 43:136-150.
- lezzoni LI, Ed. Risk adjustment for measuring health care outcomes. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1994.
- Libroero J, Peiró S, Ordiñana R. Comparación de resultados, calidad y costes usando bases de datos. Valencia: Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública; 1998.

Modelo Europeo de Gestión de Calidad, EFQM

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

European Foundation for Quality Management.

■ Definición

La gestión de la calidad agrupa tres funciones básicas: la identificación de oportunidades de mejora, la elaboración de indicadores y su monitorización y el diseño de nuevos productos o servicios o su re-elaboración. El denominado modelo EFQM permite avanzar en la gestión de la calidad total.

En Europa 14 empresas líderes tomaron, en el año 1988, la iniciativa de crear la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), estableciendo en 1991, el Premio Europeo a la Calidad (equivalente al premio Baldrige americano). En 1994, esta Fundación constituyó un grupo de trabajo para el Sector Público con el objetivo de adaptar el modelo a la atención sanitaria, educación, ayuntamientos y otros sectores públicos, publicando actualizaciones periódicas.

El modelo de la EFQM se basa en la siguiente premisa: la satisfacción del cliente, la satisfacción de los empleados y un impacto positivo en la sociedad se consiguen mediante el liderazgo en política y estrategia, una acertada gestión de personal, el uso eficiente de los recursos y una adecuada definición de los procesos, lo que conduce finalmente a la excelencia de los resultados empresariales. Cada uno de estos nueve elementos (criterios) del modelo evalúan (otorgando hasta un máximo de puntos para cada criterio) y ponderan (porcentualmente), para determinar el progreso de la organización hacia la excelencia.



■ Otros aspectos de interés

Se trata de un modelo no normativo, cuyo concepto fundamental es la auto-evaluación basada en un análisis detallado del funcionamiento del sistema de gestión de la organización usando como guía los criterios del modelo. Esto no supone una contraposición a otros enfoques (aplicación de determinadas técnicas de gestión, normativa ISO, normas industriales específicas, etc.), sino más bien la integración de los mismos en un esquema más amplio y completo de gestión. La utilización sistemática y periódica del Modelo por parte del equipo directivo permite a éste el establecimiento de planes de mejora basados en hechos objetivos y la consecución de una visión común sobre las metas a alcanzar y las herramientas a utilizar. Es decir, su aplicación se basa en:

- La comprensión profunda del modelo por parte de todos los niveles de dirección de la empresa.
- La evaluación de la situación de la misma en cada una de las áreas.

Esta nueva visión de la calidad centrada en el cliente supone un paso más allá en el concepto de Calidad Total, en el que se propone y se incita a un cambio en la cultura de las organizaciones empresariales para reorientarlas hacia sus clientes. Los principios de la Calidad Total incluyen: ejemplaridad de la dirección, preocupación por la mejora continua, adhesión de todos los profesionales, cambio en la cultura de la organización, evaluación y planificación de la calidad, rápida circulación de la información, incorporación del punto de vista del cliente, e importancia del cliente interno.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La adaptación del Modelo EFQM de Excelencia e implantación en organizaciones del sector público sanitario precisa la revisión de la estructura y el contenido de cada uno de los criterios que conforman el modelo, destacando los aspectos singulares de su aplicación en organismos del sector público.

CRITERIO 1: LIDERAZGO.- La misión del Hospital es proporcionar a la población del sector, una atención sanitaria especializada, centrada en sus necesidades de salud y basada en criterios de mejora continua de calidad, ofreciendo a sus clientes un trato personal en un entorno de seguridad y confianza. El Hospital pretende favorecer el desarrollo profesional y personal de sus clientes internos a través de la implicación y participación de todos sus

Modelo Europeo de Gestión de Calidad, EFQM

profesionales, fomentando la responsabilidad y eficacia mediante el trabajo en equipo e impulsando la gestión del cambio. La visión del Hospital orienta la atención a la población del sector y su organización hacia la excelencia de los resultados, siendo los valores de la organización los siguientes: Respeto a las personas; Centrado en el cliente; Mejora continua; Profesionalidad; Trabajo en equipo; Equidad; Perseverancia en nuestra misión.

Los líderes en el Hospital son los componentes del equipo directivo, los Jefes de Servicio Médico, los Supervisores de Enfermería, los Jefes de Servicios y Unidades, los Responsables de Formación y Docencia y los Responsables de Calidad.

Las líneas estratégicas se concretan en: 1) Definir la función del hospital dentro del sector 2) Mejorar la continuidad asistencial con primaria 3) Favorecer la confortabilidad 4) Uso eficiente de camas 5) Potenciar tratamientos ambulatorios 6) Reducir listas de espera 7) Desarrollo plan informático 8) Unificar las historias clínicas 9) Programas cooperativos interhospitalarios 10) Plan de calidad del hospital (EFQM) 11) Cumplimiento presupuestario 12) Plan de formación e investigación 13) Mejorar la implicación de los profesionales en la gestión.

CRITERIO 2: POLÍTICA Y ESTRATEGIA.- Las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés son el fundamento de la política y estrategia. El grupo de trabajo identificó hasta ocho grupos de interés del hospital: la autoridad sanitaria; los clientes/pacientes y sus familias; los profesionales; los proveedores de productos y servicios; la red de atención primaria; los centros hospitalarios de los que el centro es referencia; la universidad; y la sociedad. Las necesidades y expectativas de cada uno de esos grupos se conocen a través de distintas fuentes de datos. Como hospital plenamente integrado en el Sistema Nacional de Salud, el principal determinante de la política y la estrategia viene dado por la autoridad sanitaria. Los Contratos de Gestión, que incluyen las líneas generales de la Política de la autoridad Sanitaria, han reiterado la preocupación por tres grandes objetivos: mejorar la continuidad de los cuidados, aumentar la eficiencia y participación y formación de los profesionales.

CRITERIO 3: PERSONAS.- Este Hospital carece de una autentica planificación de los recursos humanos, aunque sus necesidades se canalizan a través

de las propuestas realizadas por los responsables de las unidades, por la representación sindical y por el estudio de necesidades realizado por responsables de cada División, que también incluye la previsión de las sustituciones en periodos vacacionales.

CRITERIO 4: ALIANZAS Y RECURSOS.- El trabajo conjunto con diferentes grupos de interés favorece la consecución de las metas de todas las partes involucradas. La dirección del Hospital trata de conseguir, no sólo entre sus proveedores de servicios y suministros más relevantes, sino también en otras instituciones públicas que cubren diversos niveles de atención sanitaria, las colaboraciones que permitan maximizar el aprovechamiento de los recursos. El Hospital intenta explotar su ventaja comparativa relacionada con el tamaño, tecnología y calidad reconocida que hace interesante para proveedores y otros *partners* la formación de alianzas estratégicas.

CRITERIO 5: PROCESOS.- En la actualidad no existe un método sistemático de gestión por procesos en el Hospital. Se realizan, sin embargo, de forma habitual muchas actividades encaminadas hacia la mejora de procesos, que sin responder a un modelo de organización preestablecido, han ido desplegándose en el Hospital de forma paulatina como consecuencia de diferentes normativas o iniciativas dirigidas, en muchos casos, desde otros niveles de decisión central. Como por ejemplo, la creación y mantenimiento de las diversas Comisiones Clínicas y de Asesoramiento que diseñan y perfeccionan de forma continuada aquellos procesos que afectan a sus funciones, la actividad de los coordinadores y de las Comisiones de Calidad, la Guía de Procedimientos, puesta en marcha durante el año 2002, con el propósito de normalizar procedimientos sobre la base de la normativa ISO 9000.

■ Ejemplo

El objetivo de este trabajo es aplicar el Modelo EFQM de Excelencia empresarial a un importante hospital universitario español, concretamente centrados en cinco de los nueve criterios que lo componen, los criterios facilitadores. La autoevaluación permite realizar un diagnóstico sistemático de todas las áreas de la organización y puede así conseguirse una eficaz y eficiente gestión de los recursos, consiguiéndose así una mejora continua en la atención sanitaria. A partir de estas actividades la organización estudiada ha definido sus líneas estratégicas con participación de los líderes en las actividades de me-

Modelo Europeo de Gestión de Calidad, EFQM

jora. Ha conseguido implicar completamente a la Dirección Médica en la implementación de actividades de autoaprendizaje y mejora, enfocando el trabajo directamente al paciente. Y, se han establecido vías para la comunicación de las estrategias a todo el personal, creando una cultura organizacional de calidad. Zardoya AI, Guevara IR, García J. El modelo EFQM en el sector salud: análisis de los criterios facilitadores. Cuad CCEE y EE. 2007(52):103-125.

■ Conceptos relacionados

Certificación; acreditación.

■ Para seguir leyendo

- Identificación de un conjunto de indicadores claves de calidad en el ámbito hospitalario según el Modelo Europeo de Excelencia (Modelo EFQM de Excelencia). Club Gestión de Calidad; 2001.
- Cortes JA et al. Análisis del liderazgo en atención primaria mediante el modelo EFQM, con motivo de la realización de un plan estratégico. Cuad Gestión. 2001;7:119-32.

Modelo de Markov

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

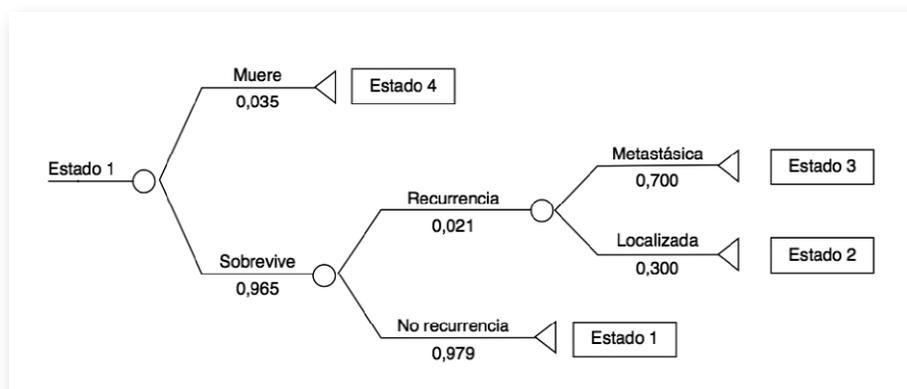
Markov models.

■ Definición

Los modelos de Markov pueden explicarse como variantes de los árboles de decisión, tienen naturaleza estocástica y son especialmente útiles en la simulación de eventos sanitarios complejos, en los que se desea conocer el tiempo medio de vida o de permanencia en cierto “estado” de salud. Aplicado al campo sanitario es un modelo estocástico de una enfermedad en el que se asume que el paciente se encuentra siempre en uno de un número finito de estados de salud (denominados *estados de Markov*), los cuales deben ser exhaustivos (es decir, todos los posibles) y mutuamente excluyentes (un individuo no puede estar en dos estados al mismo tiempo).

■ Otros aspectos de interés

Los estados pueden ser de dos tipos: absorbentes (aquellos que no pueden abandonarse, siendo el más habitual y obvio el estado “muerte”) y no absorbentes (cualquier estado desde el que se puede pasar a otro distinto). Los acontecimientos se modelizan como pasos o *transiciones* de unos estados a otros que se producen en periodos uniformes de tiempo (que se denominan *ciclos de Markov*) y con unas *probabilidades de transición* que dependen del estado en el que se encuentre el individuo en cada momento. La representación gráfica de los modelos de Markov puede hacerse mediante diagramas de influencias o mediante árboles de decisiones (Figura adjunta).



Modelo de Markov

Está justificado utilizar modelos de Markov principalmente cuando se trata de enfermedades con complicaciones o acontecimientos repetitivos, irreversibles y de larga duración. Las condiciones generales de los modelos son las siguientes: (a) sólo se permiten unas determinadas transiciones entre estados, que deben establecerse previamente de acuerdo con las características y la evolución de la enfermedad; (b) la duración de los ciclos de Markov, que es arbitraria, debe ser constante a lo largo de la simulación; (c) cada paciente sólo puede hacer una transición en cada ciclo; y (d) todos los pacientes están sometidos a las mismas probabilidades de transición.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Los modelos económicos sanitarios tienen como objetivo comparar la eficiencia (entendida como el coste por unidad de efectividad) de distintas intervenciones sanitarias. El modelo se elabora, siguiendo un protocolo previamente establecido, mediante estimaciones obtenidas a partir de los datos disponibles o publicados de eficacia, seguridad y costes de las alternativas comparadas. Generalmente, en los modelos de análisis de decisión, se parte de los resultados de uno o varios ensayos clínicos que luego se completan con información procedente de registros hospitalarios, bases de datos, opiniones de expertos, revisión de historias clínicas, estudios epidemiológicos, etc. Los modelos son, por lo tanto, representaciones de la realidad con los que se intenta simular todas las posibilidades que pueden ocurrir a medio o largo plazo tras la aplicación o puesta en marcha de las intervenciones sanitarias que se comparan.

■ Ejemplo

La Esclerosis Múltiple (EMRR) (por sus características de cronicidad, con acontecimientos repetitivos, irreversibles y de larga duración) ha sido objeto de numerosas modelizaciones de Markov, una de las cuales se revisa a continuación. En el estudio se comparó el coste-utilidad del tratamiento de la EMRR con acetato de glatiramer (Copaxone) o los interferones beta (todos en su conjunto, Avonex, Rebif y Betaferon). La EMRR se modelizó mediante una cohorte hipotética de mujeres con 30 años de edad al inicio de la simulación. Se consideraron cuatro estados de salud (E1; E2; E3; Muerte), con sus respectivos niveles de gravedad, según la escala EDSS (*Kurtz Expanded Disability Status Scale*) (< 4,5; 4,5-< 7,5; 7,5-9,5; 10). Se supuso que todas las pacientes estarían inicialmente en E1 y, con el paso del tiempo, irían tran-

sitando (debido a la progresión de la enfermedad) a los estados de más gravedad (E2, E3, Muerte). Cada estado de salud tiene asociadas unas probabilidades de transición, unos resultados de utilidad y unos costes. Los resultados de utilidad se midieron como años de vida ajustados por calidad (AVAC), que se obtienen multiplicando los años de vida ganados por la utilidad asignada a los mismos, siendo ésta un factor de ponderación que indica la calidad de vida de la persona durante esos años. En la figura adjunta se describen los costes anuales de los diferentes estados de salud exceptuando el coste de los fármacos modificadores de la enfermedad.

Estado	EDS	Coste medio (euros 2001)	Coste máximo (euros 2001)*	Coste mínimo (euros 2001)*
E1	≤4,5	1.083	2.164	1.442
E2	4,5 ≤ 7,5	19.883	23.800	15.867
E3	7,5 - 9,5	31.854	38.224	25.483
Muerte	10	0	0	0
*± el 20% el valor medio (análisis de sensibilidad).				

M

■ Conceptos relacionados

Simulación de Montecarlo

■ Para seguir leyendo

- Rubio-Terrés C, Echevarría A. Modelos de Markov: Una herramienta útil para el análisis farmacoeconómico. *Pharmacoeconomics* (ed esp). 2006; 2:71-78

*DICCIONARIO DE
GESTIÓN SANITARIA
PARA MÉDICOS*

N

Número necesario de casos a tratar

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

NNT; Medicina basada en la evidencia; reducción del riesgo relativo

■ Definición

Es el número de pacientes que será necesario tratar por un clínico para poder evitar un efecto adverso adicional.

■ Otros aspectos de interés

Indicador que sirve para facilitar al clínico información acerca de la magnitud y de los beneficios potenciales de los efectos del tratamiento en los pacientes individuales. Muestra las reducciones del riesgo absoluto y relativo a lo largo del tiempo que dura el estudio de seguimiento de pacientes tratados con un determinado fármaco o tecnología.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La medicina basada en la evidencia surge en Canadá en 1992. A España llega en 1996, con la incorporación de epidemiólogos clínicos en los ámbitos hospitalario y de atención primaria, junto al uso extenso por parte de los clínicos de los resultados de las revisiones sistemáticas de literatura y de los meta-análisis contenidos en la Colaboración Cochrane (<http://www.cochrane.es/>)

■ Ejemplo

El ensayo de control y complicaciones de la diabetes sobre el efecto del tratamiento intensivo de la diabetes en el desarrollo y avance de la neuropatía, lo resumimos en esta tabla:

MEDIDAS CLÍNICAMENTE ÚTILES DE LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO					
Aparición de neuropatías	Tasas de episodios (neuropatía diabética)		Reducción del riesgo relativo	Reducción del riesgo absoluto	Número de pacientes que será necesario tratar (para evitar un episodio)
	Régimen usual de insulina (TEC)	Régimen Intensivo de insulina (TEE)	$RRR = \frac{TEC-TEE}{TEC}$	$RRA = (TEC-TEE)$	$NN = 1/RRA$
En el presente ensayo	9,6%	2,8%	$\frac{9,6\% - 2,8\%}{9,6\%} = 71\%$	0,6% ± 2,8% = 6,8	1/6,8 = 14,7 ó 15
Caso hipotético alto A	96%	28%	$\frac{9,6\% - 2,8\%}{9,6\%} = 71\%$	(96% - 28%) = 68%	1/68% = 1,47 ó 2
Caso hipotético bajo B	0,00096%	0,00028%	$\frac{0,00096\% - 0,00028\%}{0,00096\%} = 71\%$	(0,00096% - 0,00028%) = 0,00028%	1/0,00068% = 147.000

Donde nos preguntamos: ¿es grande o pequeño el número de pacientes que será necesario tratar para evitar un resultado negativo?. El significado que tenemos que buscar es el clínico, no el estadístico. Un NNT de 15 es bastante más pequeño que el del caso hipotético B que precisaría de 147.000 pacientes, cifra tan elevada que nadie considerará que valga la pena el esfuerzo. Un NNT de 15 se puede comparar con el de otras intervenciones médicas con las que estamos familiarizados. Este ensayo se prolongó 6,5 años, lo que significa que es preciso tratar 15 diabéticos durante 6,5 años con un régimen intensivo de insulina para evitar que uno de ellos desarrolle neuropatía. Lo podemos comparar con que será necesario tratar 20 pacientes con dolor anginoso con estreptoquinasa y aspirina para salvar una vida a las 5 semanas o los 70 ancianos hipertensos que tendríamos que tratar durante 5 años con fármacos antihipertensivos para salvar una vida. El NNT es una medida útil de los esfuerzos clínicos que médico y paciente han de conocer para evitar los efectos negativos de sus enfermedades según el tratamiento que se aplique.

■ **Conceptos relacionados**

Epidemiología clínica, outcomes, beneficios clínicos, efectividad

■ **Para seguir leyendo**

- Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W y Haynes RB. Medicina basada en la evidencia: Cómo ejercer y enseñar la MBE. Madrid: Churchill Livingstone; 1997.

*DICCIONARIO DE
GESTIÓN SANITARIA
PARA MÉDICOS*

P

Preferencias del paciente

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Elección del paciente. Perspectivas del paciente. *Preferences*

■ Definición

Las preferencias de los agentes económicos individualmente considerados son la base de la toma de decisiones ordinarias. En sentido amplio, las preferencias están formadas por una serie de axiomas conductistas, gustos, componentes culturales y sociales que definen dos relaciones básicas –la de preferencia y la de indiferencia– entre dos opciones posibles. Este concepto de preferencias incorpora dos matices importantes en sanidad, por un lado el conocimiento de las opciones y, por otro, la elección en si misma. Las preferencias generales del paciente se encuentran incorporadas en la praxis médica habitual, así, la no preferencia del dolor, la derivación ambulatoria y otras prácticas habituales pueden considerarse, al menos en parte, resultado de la consideración de las preferencias del paciente. No obstante, conforme el paciente aumenta su conocimiento sobre las tecnologías sanitarias y procedimientos con que es atendido y, a medida que el avance de la medicina permite tratamientos diferentes para las mismas patologías, las preferencias del paciente juegan un papel fundamental en la elección, en condiciones de eficiencia, de unos itinerarios u otros.

■ Otros aspectos de interés

Las preferencias del paciente no solamente se circunscriben a la decisión clínica puntual sino que configuran un panorama nuevo de diálogo entre este y el médico, convirtiéndose en un agente decisor más en la dinámica del tratamiento del proceso que padece. Como se prevé, la incorporación de las preferencias del paciente a las decisiones ordinarias supone además, abordar cuestiones adicionales. La microeconomía reduce las decisiones ordinarias a un problema de maximización donde el sujeto optimiza una función de utilidad esperada (que recoge sus preferencias) bajo unas ciertas restricciones. En sanidad, si la decisión envuelve un determinado tratamiento o una rutina de atención sanitaria frente a otras, el paciente puede asignar utilidades esperadas a cada una de ellas, incluso a estados de salud diferentes, de forma no coincidente con la utilidad esperada que asigna el médico y que sirve de base de la decisión. Este conflicto, que ha dado lugar a la mayoría de literatura sobre este tema no presenta una solución única y depende de la escuela de pensamiento con que se analice que se adopte una u otra posición.

■ Usos en el Sistema Nacional de Salud

La práctica de una medicina basada en la evidencia precisa de que una vez que el clínico ha convertido las necesidades de información en preguntas susceptibles de respuesta y ha formulado la pregunta de la manera más adecuada posible a partir del problema de salud que le presenta el paciente; ha localizado y revisado las mejores evidencias con las que responder, a través de bases de datos bibliográficas, revistas científicas, revistas secundarias como *Gestión Clínica y Sanitaria* o *ACP Journal* y revisado las Guías de Práctica Clínica; tiene que presentar al paciente todas las opciones diagnósticas y terapéuticas teniendo en consideración los riesgos y beneficios, las expectativas, sus preferencias y sus necesidades emocionales, para que el paciente participe en la decisión. Del mismo modo que un paciente tiene que elegir entre diversos tratamientos, en ocasiones las sociedades científicas y las autoridades sanitarias aconsejan a los médicos, a través de las Guías de Práctica Clínica, acerca de cómo tratar a sus pacientes, según cuales sean las características de estos. Estas guías se enfrentan a los mismos dilemas que los pacientes por cuanto no siempre está clara cual es la forma óptima de abordar un problema de salud. La decisión individual depende directamente de las preferencias del paciente mientras que la pauta de una guía clínica no es capaz de incorporar las preferencias como elemento de decisión. No obstante, muchas de las nuevas Guías de Práctica Clínica reservan capítulos destinados a la consideración de las preferencias del paciente.

■ Ejemplo

Un ejemplo sobre la conveniencia de incorporar las preferencias de los pacientes lo tenemos en la elección de la opción terapéutica para la hipertrofia benigna de próstata. Dependiendo de la afectación en la calidad de vida de los pacientes y de los efectos indeseables de la resección transuretral o del medicamento indicado (impotencia) se pueden decantar por la opción más conservadora de esperar y ver.

Preferencias del paciente

■ Conceptos relacionados

Información asimétrica, paciente informado, consentimiento informado, satisfacción del paciente, instrumentos de ayuda a la decisión.

■ Para seguir leyendo

- Mazur DJ, Merz JF. Patients interpretations of verbal expressions of probability: implications for securing informed consent to medical interventions. *Behav Sci Law*. 1994; 12: 417-26.
- Nease RF, Kneeland T, O'Connor GT, Sumner W, Lumpkins C, Shaw L et al. Variation in patient utilities for outcomes of the management of chronic stable angina. *JAMA*. 1995; 273:1185-90.
- Pinto JL, Abellán JM, Sánchez FI. Incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones clínicas". Barcelona: Masson; 2004.
- LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274 Viernes 15 noviembre 2002
- Simón Lorda P, Rodríguez Salvador JJ, Martínez Marotoc A, López Pisad R M, Júdez Gutiérrez J. Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. *Med Clín (Barc)*. 2001; 117:99-106
- Beauchamp T, Childress J. El respeto a la autonomía. En: *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson; 1999, pp 113-77.
- Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Edema; 1989.
- Beltrán Aguirre JL. Una propuesta de regulación de la objeción de conciencia en el ámbito de la asistencia sanitaria. *DS*. 2008; 16: 135-46.
- García-Sempere A, Artells JJ. Organización, funcionamiento y expectativas de las organizaciones representativas de pacientes. Encuesta a informadores clave. *Gac Sanit*. 2005; 19:120-6.

Prescripción electrónica

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Prescripción informatizada

■ Definición

Es una nueva tecnología que permite al médico prescribir tratamiento directamente desde un programa informático a través de un dispositivo electrónico (ordenador, PDA, Tablet PC) evitándose, tanto la transcripción del farmacéutico como de enfermería.

Estos sistemas están orientados a proporcionar soporte a la decisión clínica, cuentan con una serie de ayudas, que son en definitiva bases de datos de medicamentos, las cuales son generalmente mantenidas y actualizadas por los farmacéuticos del servicio de farmacia o bien aquellas que están disponibles en el mercado.

■ Otros aspectos de interés

Actualmente los hospitales son centros altamente automatizados en la mayoría de sus procesos, sin embargo la prescripción médica en muchos de ellos se realiza de forma manual, debiendo ser mecanizadas posteriormente por farmacéuticos, enfermeras o personal auxiliar.

La prescripción informatizada tiene muchas ventajas con relación a la prescripción manual:

- El médico prescribe directamente en el ordenador sin necesidad de papel.
- La prescripción médica informática es perfectamente legible y completa.
- El médico dispone de sistemas de ayuda en la prescripción de fármacos, ya que el programa informa automáticamente de los medicamentos disponibles en el hospital, y por defecto te propone una dosis y una pauta estándar, lo que evita errores de medicación.
- No se requiere transcripción de datos, ni por parte de enfermería ni de farmacia, lo que evita los errores y discrepancias debidas a la interpretación y a la transcripción de datos.
- Se suprime la triple copia diaria en papel, con el consiguiente ahorro económico y de espacio en la historia médica
- Se sustituye la hoja de administración de enfermería manual por la informática, que se elabora directamente de los datos introducidos por el médico.

Prescripción electrónica

- Se suprime el transporte diario de papel de las unidades de enfermería a Farmacia, evitando la pérdida de las órdenes médicas y los errores que conlleva.
- Se evita un tiempo de espera entre la prescripción de la orden médica y su puesta en práctica (que se estima en al menos 2 horas), al evitarse la transcripción y transporte del papel, por lo que la medicación puede estar disponible antes en la planta.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

En este momento los sistemas de prescripción electrónica son considerados por diversos autores y sociedades científicas como la herramienta más adecuada para mejorar la calidad de la prescripción, reduciéndose los errores de medicación y los costes asociados a la farmacoterapia al prescribirse el fármaco más eficiente.

El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, publicado en el año 2006, por el Ministerio de Sanidad, establece dentro de sus estrategias y objetivos el aspecto de la seguridad del paciente. En concreto, su estrategia 8, que se refiere a la seguridad del paciente recomienda la prescripción electrónica para prevenir los errores debido a medicación.

■ Ejemplo

En el Hospital de Son Dureta se realizó en el año 2000 una experiencia piloto para la sustitución de la prescripción manual por un procedimiento más eficaz de prescripción informatizada. Este hospital ha sido pionero en la instauración de esta herramienta informática que fomenta la eficiencia dentro del sistema, y consigue aumentar la seguridad del paciente, evitando errores de transcripción.

■ Conceptos relacionados

Digitalización del acto médico

■ Para seguir leyendo

- Delgado O, Jiménez C, Gorospe A, et al. Prescripción médica informatizada desde la unidad de hospitalización de un servicio de neurología. Comunicación VIII Congreso Nacional Informática Médica INFOMED. Toledo 2-6 Octubre 2000.
- Davis NM. Initiatives for reducing medication errors: The time is now. *Am J Health-Syst Pharm.* 2000; 57: 1487-92.
- Bates DW, Leape LL, Cullen DJ, et al. Effect of Computerized Physician order entry and a team intervention on prevention of serious Medication errors. *JAMA.* 1998;280:1311-6.
- Lacasa C, Polo C, Andreu C, et al. Detección de errores de medicación en hospitales. Evaluación de la calidad del proceso de prescripción, dispensación y administración de medicamentos. *Rev Calidad Asistencial.* 1998;13:92-100.
- Martínez J. Errores de prescripción. En: Lacasa C, Humet C, Roser C, eds. Errores de medicación, prevención, diagnóstico y tratamiento. Barcelona: ; 2001; pp 197-204.
- Armstrong EP. Electronic Prescribing and Monitoring Are Needed to Improve Drug Use. *Arch Intern Med.* 2000; 160: 2713-4.
- Teich JM, Merchia PR, Schmitz JL, Juperman GJ, Spurr CD, Bates DW. Effects of Computerized Physician Order Entry on Prescribing Practices. *Arch Intern Med.* 2000; 160: 2741-7.
- Nightingale PG, Adu D, Richards NT, Peters M. Implementation of rules based computerised bedside prescribing and dministration: intervention study. *BMJ.* 2000; 20:750-3.
- Cervera M, Delgado O, Puigventós F et al. Consejos de administración de medicamentos vía oral: Aplicación en un programa informático de prescripción. Comunicación al VIII Congreso Nacional de Informática Médica. Toledo, Octubre 2000
- Escrivá A, Cervera M, Martínez I, Cresp M, Jiménez C, Delgado O, et al. De la prescripción manual a la prescripción informada. *El Farmacéutico Hospitales.* 2002; 131(Monográfico).

Prescripción inducida

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Induced prescription

■ Definición

Es la prescripción realizada por los médicos del hospital a los pacientes de alta hospitalaria y a los pacientes no ingresados que atienden en consultas externas, centros periféricos de especialidades y servicio de urgencias. Es una prescripción que repercute especialmente a los médicos de atención primaria, y contribuye al aumento del gasto farmacéutico en este nivel asistencial. También existe un porcentaje 5% de prescripción inducida proveniente de la medicina privada y la generada por la automedicación.

■ Otros aspectos de interés

La Administración Sanitaria exige a los médicos de Atención Primaria mayor implicación en el control del gasto farmacéutico y uso racional del medicamento, pero estos alegan que la responsabilidad en el coste de las prescripciones farmacéuticas que se generan en Atención Primaria no es sólo suya, sino que buena parte de ese coste es fruto de la prescripción inducida desde otros niveles asistenciales.

Las diversas investigaciones que existen en torno a esta cuestión destacan que la prescripción inducida es cuantitativa y cualitativamente relevante y arrojan diferentes porcentajes sobre su prevalencia que oscilan entre el 24% y el 50%, aunque en pacientes con enfermedades crónicas puede alcanzar el 77%.

La mayor parte de las prescripciones inducidas son debidas a enfermedades cardiovasculares, patologías del aparato respiratorio y del sistema nervioso central, reumatismos no articulares, afecciones genitourinarias y digestivas, y patologías psiquiátricas.

En general, el gasto generado por la prescripción inducida es mayor (algunos expertos aseguran que el coste medio por receta es un 25 por ciento más caro), probablemente por la utilización que hacen los especialistas de fármacos más innovadores y, por lo tanto, más caros.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Algunos autores interpretan la prescripción inducida como un fenómeno negativo, aunque es cierto que también presenta ventajas para el paciente, ya que los tratamientos de enfermedades crónicas pueden ser centralizados en el médico de familia. Para conseguir reducir los efectos negativos de la prescripción inducida (burocratización de la Atención Primaria, desacuerdo y frustración por parte del facultativo de este nivel asistencial, y falta de comunicación y coordinación entre los médicos de familia y los especialistas), algunos expertos coinciden en la necesidad de mejorar la calidad asistencial de la Atención Primaria, incrementando el tiempo de consulta y potenciando la formación clínica y farmacológica de los facultativos. Por ello, además, del esfuerzo de los profesionales sanitarios, estos expertos también reclaman a la Administración que asuma sus propias responsabilidades y tome las medidas necesarias para conseguir estos objetivos, lo cual repercutirá positivamente en la mejora de la calidad asistencial y en el control del gasto sanitario. De esta manera, se conseguiría reducir el porcentaje de prescripciones inducidas si los médicos de AP incrementaran su capacidad de resolución y disminuyeran el número de derivaciones a la atención especializada. Esto se lograría con una actitud activa y mejor formación del médico, que permita gestionar la prescripción delegada y actuar sobre ella para llevarla a unos niveles adecuados. Al mismo tiempo, es necesario un cambio de relación entre los médicos de Atención Primaria y especializada, que ha de basarse en la consulta y los consejos profesionales, en lugar de la imposición.

Pero lo que condiciona en último término que un paciente acepte de buen grado la modificación de un tratamiento indicado por un especialista es el grado de confianza que el paciente tenga en su médico; una confianza que no es espontánea, sino adquirida y que exige disponer de un tiempo mayor de consulta para dedicarlo al paciente.

P

Prescripción inducida

■ Conceptos relacionados

Uso racional de medicamento. Prescripción de Atención especializada a Atención primaria. Guía farmacoterapéutica. Medicamentos de valor intrínseco no elevado (VINE).

■ Para seguir leyendo

- Cabeza Barrera J, García Lirola MA, Borrero Rubio, JM, Moreno Sánchez FC, Aguirre Copano T. La prescripción farmacológica en las consultas externas, centros periféricos de especialidades y servicio de urgencias del hospital. *Farm Hosp.* 1996; 20 (6): 359-64
- Morales Acedo M J, López Téllez A, Jiménez Muñoz JM, González Pastor JA, Alcaide Andrades J, Navarro Jiménez JM. Solicitudes de prescripción inducida en el Centro de Salud Trinidad de Málaga. *Med Gen.* 2000; 29: 949-54
- Vallesi Callol JA. Induced prescription in primary healthcare. *Eur J Gen Pract.* 1999; 5: 49–53.
- Bradley CP. Induced prescription: what's in a name? *Eur J Gen Pract.* 1999; 5:47–8.

Priorización

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

Priorization, asignación de recursos

■ Definición

Priorizar es decidir qué se hace antes y qué se hace después (o, en última instancia, qué se hace y qué no se hace). Es algo fundamental para gestionar la escasez, y se puede hacer en función de diversas variables: urgencia, importancia, criticidad, efecto a terceros, relevancia, vulnerabilidad, magnitud, etc.

■ Otros aspectos de interés

En un momento en el que los recursos son cada vez más limitados y las necesidades sanitarias ilimitadas, se hace cada vez más necesario establecer políticas sanitarias para lograr los mejores resultados con los recursos disponibles en cada momento y con una contención eficaz de los costes. Las diferentes Comunidades Autónomas tienen una importante autonomía en materia sanitaria para establecer e incorporar las prestaciones que considere oportunas en su ámbito sociosanitario. La autorización de procedimientos o tecnologías por parte del Departamento de Sanidad, para su implantación en la red pública y privada de las diversas Comunidades, debe estar fundamentada científica y técnicamente. Se hace necesario, por tanto, tomar decisiones en base a prioridades, tanto en el desarrollo como en la adopción y difusión de tecnologías médicas, lo que conlleva su evaluación y conduce a la identificación de las necesidades de investigación médica y de servicios sanitarios.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

El proceso propuesto por el Institute of Medicine (IOM) y descrito en 1992 por Donaldson y Sox consta de siete etapas y tiene en cuenta siete criterios ponderados. Unos son cuantitativos: prevalencia, coste y variación en las tasas de uso. Otros, cualitativos: importancia de la enfermedad, y posible impacto de una futura evaluación en diferentes tipos de resultados: de salud, costes y aspectos ético-legales. Se basa en el consenso y en la síntesis de información para la formulación de criterios objetivos y subjetivos así como para su valoración y puntuación. En los casos en que no es posible contar con datos objetivos comparables para todas las tecnologías propone utilizar escalas subjetivas. La clasificación final por orden de prioridad se consigue mediante una fórmula matemática. La ponderación de los siete criterios que

Priorización

posteriormente se utilizarán en la fórmula matemática, fue realizada por un panel multidisciplinar compuesto por 10 personas que trabajó con técnicas de consenso (Grupo Nominal). El criterio considerado más importante fue la variación en las tasas de uso y el menos valorado, los costes.

Para la identificación de los temas necesitados de evaluación se contó con la participación de un amplio número de profesionales sanitarios, proceso propuesto por el Institute of Medicine (IOM) y descrito en 1992 por Donaldson y Sox. Este método consta de siete etapas y tiene en cuenta siete criterios ponderados. Unos son cuantitativos: prevalencia, coste y variación en las tasas de uso.

Otros, cualitativos: importancia de la enfermedad, y posible impacto de una futura evaluación en diferentes tipos de resultados: de salud, costes y aspectos ético-legales. Se basa en el consenso y en la síntesis de información para la formulación de criterios objetivos y subjetivos así como para su valoración y puntuación. En los casos en que no es posible contar con datos objetivos comparables para todas las tecnologías propone utilizar escalas subjetivas. La clasificación final por orden de prioridad se consigue mediante una fórmula matemática. La ponderación de los siete criterios que posteriormente se utilizarán en la fórmula matemática, se realiza por un panel que trabaja con técnicas de consenso (Grupo Nominal). El criterio considerado más importante suele coincidir con la variación en las tasas de uso y el menos valorado, los costes. Para la identificación de los temas necesitados de evaluación se contó con la participación de un amplio número de profesionales sanitarios, la selección de temas hasta conseguir una lista reducida se realiza mediante el método Delphi con al menos dos consultas.

■ Ejemplo

El proceso de priorización llevado a cabo por Osteba ha supuesto la contextualización de un método desarrollado en EE.UU., un medio muy diferente del nuestro, siendo una de las primeras experiencias de implantación a nivel europeo, como se ha podido constatar en la bibliografía consultada. Una vez valorados los criterios para cada tema seleccionado se calculó la puntuación final dando como resultado la siguiente lista clasificada por orden de puntuación.

Temas	Puntuación
1º Atención sanitaria al enfermo terminal	21,83
2º Utilización de antibióticos en atención primaria	20,30
3º Control periódico de enfermos crónicos. Evaluación de protocolos	19,80
4º Protocolo de seguimiento hospitalario y extrahospitalario de pacientes con SIDA	16,99
5º Cirugía sin ingreso	16,12
6º Atención en menopausia	15,87
7º Pruebas de laboratorio y radiología en los servicios de urgencia	15,70
8º Hospitalización a domicilio	14,84
9º Analítica de rutina en exámenes de salud en atención primaria	14,49
10º Información preanestésica	12,55
11º Protocolo de utilización de resonancia magnética nuclear	10,59
12º Formación del personal sanitario.	9,89

■ Conceptos relacionados

Adecuación, equidad.

■ Para seguir leyendo

- Del Llano J, Polanco C, García S. ¿Todo para todos y gratis?. El establecimiento de prioridades en el Sistema Nacioanl de Salud Español. Madrid: Ergon; 2004.
- Reflexiones sobre el proceso de priorización. Osteba; 1996. Accesible en: <http://www.euskadi.net/sanidad/osteba/011.htm>.

Procesos Asistenciales Integrados

■ Definición

Un proceso se define como un conjunto de tareas o actividades que incorporan uno o más elementos de entrada (inputs) que interaccionan para conseguir un resultado específico (output) y cuyo principal objetivo es añadir valor a un cliente o mercado. Desde esta perspectiva, los procesos representan en la asistencia sanitaria la materialización de las actividades esenciales y por lo tanto componen la secuencia de la asistencia. Todo sistema de actividades asistenciales se puede descomponer en procesos, que a su vez están integrados por múltiples operaciones interrelacionadas.

La gestión por procesos asistenciales es una de las estrategias de calidad impulsadas recientemente y permite ofrecer una atención homogénea al paciente, independientemente del centro en que la reciba y del profesional responsable en cada momento. Para ello, en cada proceso quedan definidos los diferentes elementos, recursos y tecnologías que intervienen en la atención de un paciente, desde quién le atiende hasta cómo se realiza esa asistencia, pasando por el momento y lugar en que se presta, integrando equipos multidisciplinares de personal sanitario y no sanitario. La gestión de procesos hospitalarios se basa en guías clínicas que definen el estándar de tratamiento de un paciente en un proceso. Éstas, disparan por diagnósticos, síntomas o técnicas aplicadas al paciente.

■ Otros aspectos de interés

Son partes indispensables para la gestión por procesos la existencia de guías clínicas bien documentadas, equipo médico reducido y motivado, así como un conjunto de pacientes reducido pero cuya gestión implica un alto nivel de interrelación entre diferentes servicios del Hospital.

Se pretenden obtener los siguientes beneficios:

- Sistematización de procesos asistenciales, difusión e implantación de prácticas y normas acordadas previamente.
- Seguimiento de pacientes e información clínica, mejora en el análisis de eficacia de los protocolos asistenciales.
- Planificación de trabajos y tareas a futuro sobre cada paciente: Plan Asistencial personalizado.
- Integración de niveles asistenciales.
- Gestión de costes y medios.

Los criterios que se han seguido para seleccionar y priorizar cuáles son los procesos que primeramente deben someterse al rediseño y adaptación al nuevo modelo han sido la pertenencia a alguna de las siguientes categorías que responden a líneas estratégicas: procesos relacionados con la atención al cáncer; con planes integrales o medidas estratégicas; procesos que den respuesta a tiempos de espera; o que, por su mayor antigüedad, requiriesen de una actualización de su evidencia científica. Tienen que tener en cuenta e incorporar dimensiones estratégicas como los cuidados enfermeros, la seguridad del paciente, el uso racional del medicamento, las competencias específicas de los profesionales, o la Vía Clínica o ruta que el ciudadano va a recorrer en el sistema sanitario para cada su problema de salud, entre otras.

■ **Uso en el Sistema Nacional de Salud**

La mejora de los procesos asistenciales es una herramienta clave para ofrecer el mejor cuidado en salud a nuestros pacientes. Que ellos reciban día a día los cuidados que han establecido los expertos, basados en la evidencia, no debe ser una expresión de deseos, sino una estrategia institucional bien definida e implementada. La Mejora Continua de la Calidad de los procesos aplicada en los servicios de salud, lleva no sólo a que los cuidados correctos lleguen a los pacientes, sino también a que el personal involucrado trabaje en equipo superándose la antinomia entre lo administrativo y lo asistencial.

■ **Ejemplo**

El Sistema Andaluz de Salud (SAS) está desarrollando una serie de Procesos Asistenciales Integrados priorizando una serie de ellos inicialmente:

- Asma infantil
- Cáncer de Pulmón
- Asma del adulto
- Cuidados Paliativos
- Ataque cerebrovascular
- Dolor Torácico
- Cáncer de Cérvix/Útero
- Diabetes
- Cáncer de mama
- Embarazo, parto y puerperio
- HBP/Cáncer de Próstata
- EPOC

Procesos Asistenciales Integrados

- Cáncer Colorrectal
- Insuficiencia cardiaca
- Cáncer de piel
- Disfonía/Cáncer de Laringe

Un ejemplo es el PAI desarrollado por el SAS como Procesos de Análisis Clínicos en DIABETES MELLITUS (DM) TIPO 1 y 2. La guía del proceso se distribuyen en 10 posibles situaciones dentro de 4 apartados:

I.- Introducción II.- Resumen parámetros de laboratorio III- Comentarios

1.- Diagnóstico 2.- Especímenes y Muestras 3.- Hemoglobina Glicosilada 4.- Cribado de Diabetes 5.- Clasificación 6.- Valoración del Estado Metabólico 7.- Control Metabólico 8.- Cribado de Complicaciones 9.- Intervenciones Quirúrgicas e Interconsultas. 10.- Gestación 11.- Marcadores genéticos e inmunológicos.

IV.- Cuadro parámetros de laboratorio

■ Conceptos relacionados

Calidad asistencial, vías clínicas

■ Para seguir leyendo

- Cortes C, Terol J, Torres A. Gestión de Procesos Asistenciales Integrados. Madrid: McGraw-Hill; 2005

Protocolos clínicos

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

Clinical Protocols

■ Definición

Conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos más adecuados a utilizar ante todo enfermo con un determinado cuadro clínico o problema de salud. El protocolo surge ante la necesidad de reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial. Constituye una ayuda en el proceso de decisión clínica al presentar las alternativas diagnósticas y terapéuticas entre las que elegir.

■ Otros aspectos de interés

Los protocolos no tienen porqué limitar la libertad del personal sanitario en su práctica clínica, ya que deben ofrecer recomendaciones suficientemente flexibles para su adaptación a las características de un enfermo concreto. El desarrollo de protocolos conduce a la necesidad de evaluar científicamente los resultados de los actos médicos, sobre todo cuando se cuenta con diferentes aproximaciones diagnósticas o terapéuticas para una misma patología. Esta evaluación, necesariamente crítica, de la práctica clínica conlleva para algunos profesionales ciertas connotaciones negativas. Existe un cierto temor a encerrar las, a menudo complejas, decisiones clínicas de un problema de salud dentro del texto de un protocolo. Incluso la misma palabra, protocolo, se evita con frecuencia detrás de otros términos. Se teme quizás que lo plasmado en un protocolo se vuelva contra los que lo han elaborado, en forma de los variados fantasmas que amenazan la práctica médica. Algunos autores consideran que el término “protocolo” resulta inadecuado ya que sugiere “rigidez de carácter normativo”.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

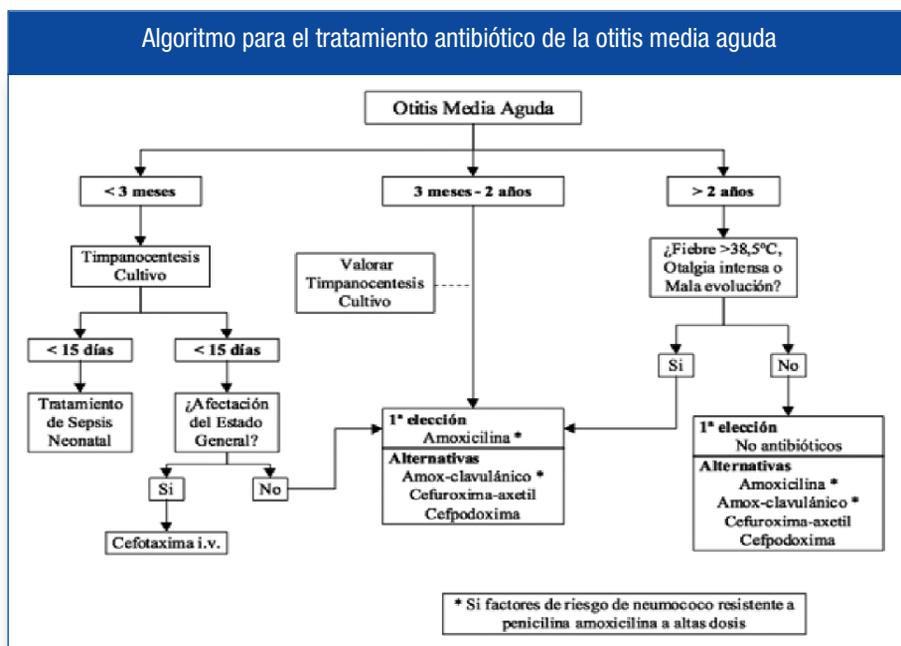
Los protocolos clínicos conllevan múltiples ventajas:

- Permiten mejorar el estado del conocimiento sobre las alternativas terapéuticas y la historia natural de los problemas de salud, obligándonos a una continua actualización.
- Proporcionan un marco común de actuación, que permite igualar las condiciones en que se presta la atención hospitalaria, haciendo comparables los resultados de diferentes centros.
- Proporcionan a los profesionales seguridad legal ante demandas.

Protocolos clínicos

- Permiten identificar y asignar el papel de cada uno de los profesionales sanitarios implicados en la asistencia de un determinado problema de salud.
- Son una poderosa herramienta educativa para residentes y médicos en formación.
- Cuando se diseñan y aplican correctamente permiten mejorar los resultados de nuestros pacientes.

■ Ejemplo



■ Conceptos relacionados

Guías de Práctica Clínica, vías clínicas.

■ Para seguir leyendo

- Candelas Bermejo MA, Sandonis Ruiz LM, Álvarez Barreiro S et al. Protocolo de enfermería en la atención al paciente y familia al ingreso en la unidad coronaria. *Enferm Cardiol.* 2003; 10(30): 32-8.
- Rodríguez Artalejo F, Ortún V. Los protocolos clínicos. *Med Clin (Barc).* 1990; 95:309-16.
- Ochoa C. Diseño y evaluación de protocolos clínicos. *Nuevo Hospital.* 2002; 2(5):1-21.

Protocolo de Evaluación del uso inadecuado de la hospitalización, AEP

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)

■ Definición

El AEP es un instrumento de revisión de la utilización hospitalaria, integrado por 2 conjuntos de criterios objetivos e independientes del diagnóstico, destinados, respectivamente, a la identificación de admisiones hospitalarias y estancias inadecuadas, y aplicable a pacientes adultos, no psiquiátricos ni obstétricos.

El AEP fue diseñado para ser utilizado por revisores no médicos, generalmente enfermeras adiestradas en su uso, que pueden recurrir a consultores médicos en casos de ambigüedad. El AEP incluye una lista de posibles motivos para las admisiones o estancias innecesarias, que permite categorizar las causas del uso inapropiado, aspecto de extraordinaria utilidad para el diseño de intervenciones de mejora.

El AEP es un instrumento de dominio público y ha sido objeto de varias evaluaciones independientes en Estados Unidos, Israel, Alemania, España y otros países mostrando una validez y fiabilidad entre moderada y alta según estudios.

■ Otros aspectos de interés

Se han desarrollado variantes para grupos específicos de pacientes. Para los pacientes sujetos a cirugía electiva, el *Surgical Appropriateness Evaluation Protocol* (SAEP), determina la necesidad de efectuar la intervención bajo ingreso hospitalario, así como la adecuación en el tiempo. También se han desarrollado adaptaciones pediátricas (*Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol*, PAEP), utilizables en niños entre 6 meses y 14 años. Otras versiones funcionan como parte de programas más amplios de gestión de utilización, como el *Managed Major Medical* (MMM), que incluye aspectos de revisión previa al ingreso, revisión de urgencias y casos obstétricos, revisión concurrente con el AEP y planificación del alta. El MMM utiliza una versión modificada del AEP (*Managed Care Appropriateness Protocol*), así como criterios desarrollados por la Blue Cross Blue Shield para los casos psiquiátricos y la rehabilitación.

Protocolo de Evaluación del uso inadecuado de la hospitalización, AEP

Más recientemente, el *Medical Patients Assessment Protocol* (MPAP) fue desarrollado para mejorar la provisión de los servicios dirigidos a pacientes externos, e intenta ser una actualización del AEP al actual contexto de ambulatorización de prestaciones. En el Reino Unido se ha desarrollado recientemente una adaptación del AEP para evaluar la idoneidad de los cuidados intermedios, el *Community Hospital Appropriateness Evaluation Protocol* (CHAEP). También existe una versión europea (EU-AEP) que permite la comparación entre los resultados de diferentes países. Una variante desarrollada en España, el *adeQhos*, está expresamente diseñado para las intervenciones de feedback activo.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Aunque el uso práctico del AEP como instrumento de gestión está poco extendido en España, se han publicado un centenar de estudios que emplean este instrumento. Pese a que mantienen una gran heterogeneidad respecto al período y número de admisiones y días revisados, población de pacientes, tipos de hospital, instrumentos, revisores y metodologías de revisión, tienen el valor primordial de mostrar la existencia de una muy variable pero en general, abultada proporción de uso innecesario de los servicios hospitalarios (en conjunto, el uso inapropiado de la hospitalización parece situarse entre el 30-40% de todas las estancias y el 15-30% de las admisiones, en España) que podría ser sustituida, al menos en parte, por servicios externos, servicios de otro nivel de cuidados y por una mejor organización interna o un manejo médico de los pacientes más eficiente. Existen versiones validadas del AEP, del PAEP y, también, del manual instrucciones.

En los estudios españoles, la mayor parte del uso inapropiado es atribuido a problemas de organización o programación hospitalaria cuando el paciente todavía necesita continuar ingresado en el hospital, y aquellas otras que dependen de aspectos organizativos atribuidos al hospital o a las pautas de hospitalización conservadoras empleadas por los clínicos cuando el paciente ya no requiere ingreso, siendo las atribuidas al paciente o su familia y las debidas a deficiencias en la red de cuidados alternativos al hospital las causas que menos proporción presentan.

■ Ejemplo

Un estudio en un hospital terciario, en pacientes ingresados por sospecha de neoplasia pulmonar, encontró un 74% de estancias inadecuadas debidas sobre todo a las esperas para la realización de pruebas diagnósticas. Este estudio contribuyó a la puesta en marcha de una unidad (en consulta externa) de diagnóstico rápido que evitaba o reducía al mínimo el ingreso de estos pacientes para exploraciones incruentas.

■ Conceptos relacionados

Revisión de la utilización (*utilization review*); *Intensity of Service, Severity of illness and Discharge Screens-Appropriateness (ISD)*; *Standardized Medreview Instrument (SMI)*; *Oxford Bed Study Instrument (OBSI)*; *Delay Tool*; *adeQhos*.

■ Para seguir leyendo

- Peiró S, Meneu R, Roselló-Pérez ML, Portella E, Carbonell-Sánchis R, Fernández C, et al. Validez del protocolo del uso inapropiado de la hospitalización. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 124-9.
- Peiró S, Meneu R. Revisión de la utilización. Definición, concepto, métodos. *Rev Calidad Asistencial* 1997; 12: 122-136.

*DICCIONARIO DE
GESTIÓN SANITARIA
PARA MÉDICOS*

R

Reacciones adversas a medicamentos

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

RAM, *Adverse drug reaction (ADR)*

■ Definición

Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) se refieren a la aparición de un daño causado por un fármaco en su dosificación normal. Pueden ser conocidas o inesperadas. Se califican de inesperadas (*unexpected adverse drug reaction*) cuando la naturaleza o gravedad de la RAM no es consistente con la información técnica del medicamento.

Aunque existe cierta confusión en la terminología, debe diferenciarse entre:

- Suceso adverso (*Adverse event*): Aparición de daño en un paciente que estaba tomando un medicamento, aunque no necesariamente causado por el mismo.
- Problema relacionado con medicamentos (PRM; *Adverse drug event*): Aparición de daño causado por el uso de un medicamento. Puede estar causado por el fármaco en si o por un uso inapropiado del mismo (error de medicación).
- Error de medicación (*Medication error*): Uso inadecuado de un fármaco que puede causar daño (PRM causado por error de medicación) o resultar inocuo (PRM potencial).
- Efecto secundario (*Side effect*): Efecto, usualmente predecible o dosis-dependiente, que no es el principal efecto del fármaco. Puede ser deseable, indeseable o sin consecuencias.

Nótese que mientras la farmacovigilancia se centra en las Reacciones Adversas a Medicamentos, y particularmente en las RAM inesperadas, desde la perspectiva de mejora de calidad existe un interés especial en los Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) debidos a errores de medicación. La farmacovigilancia se centra en la seguridad intrínseca del fármaco en su uso adecuado con objeto de valorar su relación riesgo/beneficio, mientras que la mejora de calidad se centra en mejorar la utilización del fármaco por clínicos y pacientes en condiciones de práctica habitual.

■ Otros aspectos de interés

Los medicamentos aúnan el riesgo de efectos adversos graves con la exposición masiva de la población, una combinación que hace que las tragedias no sean inusuales y, ocasionalmente, puedan adquirir proporciones catastró-

ficas (recuérdese los ejemplos de la talidomida, practolol, clioquinol, fenfluramina, cerivastatina o rofecoxib). Este es el motivo por el que prácticamente todos los países desarrollados mantienen estrictas barreras de seguridad para la comercialización de productos farmacéuticos. La primera barrera, la exigencia de autorización por la correspondiente agencia de medicamentos en forma previa a su comercialización, tiene como finalidad explícita garantizar la eficacia del fármaco y salvaguardar la seguridad de sus potenciales consumidores. Aunque los procesos de autorización requieren toda la información, pre-clínica y clínica, necesaria para valorar la eficacia y seguridad del fármaco, su eje son los ensayos clínicos con asignación aleatoria.

Los sistemas de farmacovigilancia y los estudios post-autorización son la segunda línea de seguridad y su objeto es monitorizar la seguridad y efectividad de los medicamentos ya comercializados. Esta segunda barrera de seguridad puede incluir modalidades muy diversas (estudios prospectivos con o sin asignación aleatoria, estudios retrospectivos, declaración pasiva de efectos adversos, etc.) y es la fuente de información esencial para el desarrollo de las actuaciones de seguridad: alertas, modificaciones en la autorización o incluso la revocación de la misma. Todos estos mecanismos pretenden garantizar a médicos y pacientes que si una prescripción es correcta -en las indicaciones autorizadas y siguiendo las pautas recomendadas en la ficha de autorización- el balance entre beneficios y riesgos será favorable para los pacientes.

El concepto de seguridad, aplicado a los medicamentos y a la atención médica en general, no es absoluto (no puede hablarse de medicamentos sin riesgos), ni estático (la existencia de una alternativa terapéutica de similar eficacia y menor riesgo hace que un fármaco sea “inseguro”, mientras que otro medicamento con mayores efectos adversos pero sin alternativas puede considerarse “seguro”). Tampoco es independiente de la situación a tratar (la quimioterapia oncológica, pese a su toxicidad, puede tener un balance beneficio-riesgo positivo en el tratamiento del cáncer, pero inaceptable en otras condiciones en las que también pudiera ser efectiva). Médicos y pacientes no esperan que los medicamentos sean completamente seguros, pero si que la relación entre beneficios y daño sea suficientemente favorable. Esta confianza descansa, esencialmente, en la eficacia e integridad de los procesos de aprobación de medicamentos y de su monitorización post-autorización.

Reacciones adversas a medicamentos

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La información sobre incidencia de RAM en España es poco sistemática, pero algunos estudios recientes aportan cierta información:

- En el estudio APEAS sobre seguridad de pacientes en atención primaria (*Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008, descargable en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf*) se identificaron 10,1 efectos adversos por cada 1.000 visitas a Atención Primaria de las que un 7,3% se valoraron como graves y el 70,2% como evitables. El 48,2% de las reacciones adversas tuvieron a los medicamentos como causa (26% si se consideran sólo las RAM, mientras que el 22,2% restante fueron problemas de dosis incorrectas, omisión, medicamento erróneo, etc.). Si se consideran las más de 250 millones de visitas no urgentes que se realizan anualmente en atención primaria, estaríamos ante 2,5 millones de efectos adversos anuales (casi 200.000 graves) de los que la mitad estarían causados por medicamentos.
- En el estudio ENEAS sobre efectos adversos en la hospitalización (*Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005, descargable en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf*) el 9,3% de los pacientes hospitalizados presentaron algún efecto adverso. El 16% de estos EA eran graves y el 42,8% evitables. La aplicación de estos porcentajes a los 5,2 millones de ingresos hospitalarios que se produjeron en España en 2006 supondrían 450.000 efectos adversos hospitalarios/año (de ellos, 90.000 serían graves). El 34,8% de estos efectos adversos estaban asociados con el uso de medicamentos.

■ Ejemplo

Martín MT et al [Martín MT, Codina C, Tuset M, Carne X, Nogue S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. *Med Clín (Barc)*. 2002;118:205-10] realizaron un estudio que tenía por objetivo identificar y caracterizar los problemas relacionados con la medicación (reacciones adversas, fracasos terapéuticos relacionados con la dosis e intoxicaciones) que provocan ingresos en el Hospital Clínic de Barcelona y evaluar cuántos de estos ingresos se podrían haber evitado. El estudio fue prospectivo y se realizó en algunos meses de 1999 y 2000, obteniendo un total de 1.800 ingresos correspondientes a 1.663 pacientes.

El porcentaje de ingresos debidos a problemas relacionados con la medicación, incluyendo los casos definitivos, probables y posibles, fue del 11,9%. De estos, el 50,2% correspondieron a efectos adversos, el 46,5% a fracasos terapéuticos relacionados con la dosis (fundamentalmente mal cumplimiento) y el 3,3% a intoxicaciones. Tras excluir los casos posibles para conseguir una relación causal mejor definida, el porcentaje de problemas relacionados con la medicación como causa de ingreso fue del 7,7%, de los que el 68,4% se consideraron evitables. La mayoría de los ingresos evitables fueron debidos al mal cumplimiento, seguidos de ausencia de profilaxis y monitorización o seguimiento inapropiado. Nótese que estos porcentajes, aplicados a los aproximadamente 4 millones de hospitalizaciones del año estudiado, ofrecen cifras de carácter claramente epidémico.

■ Conceptos relacionados

Suceso adverso (*Adverse event*); Problema relacionado con medicamentos (*Adverse drug event*); Error de medicación (*Medication error*); Efecto secundario (*Side effect*); farmacovigilancia; farmacoepidemiología, seguridad de pacientes (*patient's safety*).

■ Para seguir leyendo

- Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA*. 1998; 279:1200-5.
- Nebeker JR, Barach P, Samore MH. Clarifying adverse drug events: a clinician's guide to terminology, documentation, and reporting. *Ann Intern Med*. 2004;140:795-801
- Peiró S, Meneu R. Autorización y monitorización de medicamentos: reconciliar la protección a la innovación y a los pacientes. *Gest Clín Sanit*. 2005; 7:3-6.
- Peiró S. La seguridad de los medicamentos: autorización y vigilancia post-comercialización. *Humanitas*. 2006:67-99

Redes sociales

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Networking

■ Definición

Las redes sociales son sistemas de comunicación mayoritariamente soportados por tecnologías de internet donde, de forma autónoma, usuarios espontáneos pueden crear comunidades de trabajo y grupos de afinidad y/o intereses comunes para compartir y publicitar información en formatos variados, texto, imagen, video etc. Las redes sociales se caracterizan por su universalidad, permiten acceder a contenidos generados por otros usuarios e interactuar con ellos de muy diversa índole. Las redes sociales se popularizaron a finales de la década de los noventa de la mano del desarrollo y generalización de las tecnologías *world wide web* y el acceso y difusión de internet. Hoy en día existen redes sociales muy específicas pensadas para la compartición inmediata de información en todo el mundo. Las redes sociales generalistas más importantes son facebook, myspace y linkedin.

■ Otros aspectos de interés

Las redes sociales, como ya lo hizo el correo electrónico, han revolucionado la forma de comunicación entre las personas, su inmediatez, flexibilidad y adaptabilidad permiten diseñar comunidades de afines muy personalizadas y recibir información sobre los temas de interés desde orígenes normalmente no accesibles al mismo tiempo que permite conectar a personas cualquiera que sea su ubicación geográfica en tiempo real y de forma recurrente. El carácter multinacional de las redes sociales ha generado no pocos problemas en materia de protección de datos y libertad de la información lo que ha supuesto un freno a su uso por parte de organizaciones e instituciones y que ha motivado la proliferación de una nueva generación de redes sociales, más controladas y controlables que trasladen esta nueva filosofía de comunicación a la dinámica de trabajo y estrategia de comunicación habitual de las corporaciones e instituciones.

■ Uso en el sistema nacional de salud

Las redes sociales en sanidad se crearon en torno a los principales bloggers del sector sanitario y no han tenido una estructura propia hasta el nacimiento de Proyecto NETS (www.proyectonets.org) en el año 2008 que supuso la creación de la primera red social profesional para el sector de la tecnología aplicada a la salud, aglutinando a empresas, hospitales, evaluadores, médicos, universidades, pacientes y administración en el mismo foro independiente de debate.

■ Para seguir leyendo

- www.proyectonets.org
- www.facebook.com
- www.linkedin.com
- www.twitter.com

Reingeniería de procesos

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Business Process Reengineering (BPR).

■ Definición

La reingeniería de procesos es una herramienta gerencial moderna, orientada al mejoramiento de los procesos. Su adecuada aplicación seguida de innovación y mejora continua permite mantenerse competitivos, pero en ningún momento puede por sí sola ser la solución a los males, problemas o deficiencias de la organización. Su aplicación no garantiza tampoco el éxito de la empresa. Este término debe su popularidad a Michael Hammer y James Champy. Para poder llegar a una definición válida de reingeniería de procesos hay que partir de una situación previa y hacerse la pregunta: “Si tuviéramos que volver a crear la empresa desde cero, teniendo en cuenta lo que ya sé y la tecnología disponible, ¿cómo sería mi nueva empresa?”.

Algunas de las definiciones más extendidas son:

- “Análisis y diseño de los flujos de trabajo y procesos dentro y entre organizaciones” (T. H. Davenport)
- “Reconsideración, reestructuración y racionalización de las estructuras de negocio, procesos, métodos de trabajo, gestión de sistemas y relaciones externas, a través de los cuales creamos y distribuimos valor...” (R. Talwar)
- “Reingeniería es la revisión fundamental y el rediseño radical de procesos para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas y contemporáneas de rendimiento, tales como costos, calidad, servicio y rapidez” (Hammer y Champy).

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

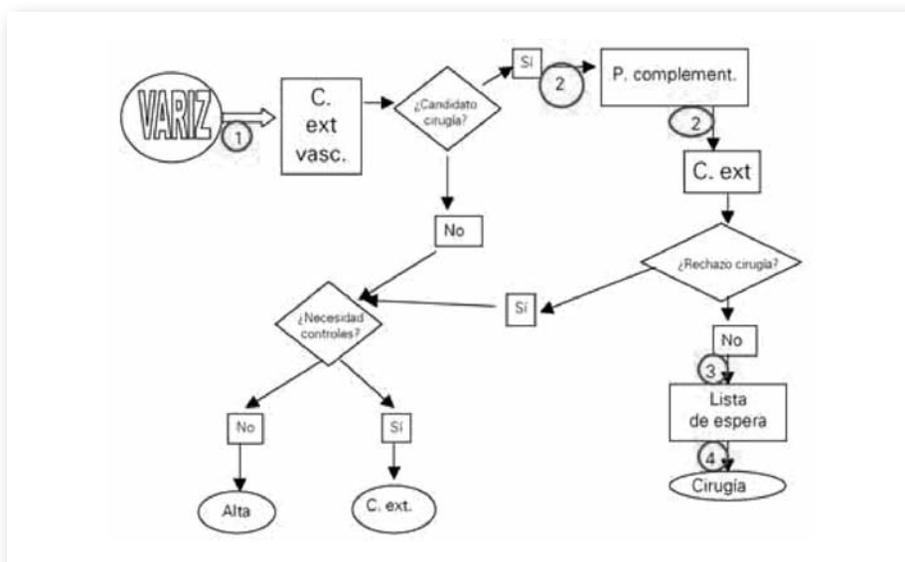
En el ámbito sanitario existe poca evidencia del grado de éxito que esta técnica puede tener en los hospitales, y menos aún cuando éstos son de titularidad pública. En la bibliografía anglosajona sobre gestión sanitaria encontramos que la evidencia empírica en su entorno es menos escasa y que el número de artículos y la variedad de revistas especializadas en las que aparece demuestra la existencia de un considerable interés por la reingeniería, encontrándose afirmaciones como la que indica que más del 60% del total de hospitales en los Estados Unidos han estado implicados en alguna medida en la realización de iniciativas relacionadas con la reingeniería. Sin embargo, otros autores justifican que un análisis detenido de las experiencias publicadas demostraría que mu-

chas de las así denominadas prácticas de reingeniería son, en realidad, reducciones de plantillas con las que justificar menores costes en los hospitales o acciones que no tienen que ver con la esencia de esta práctica. Como se comentó anteriormente, la reingeniería debe ser fundamental, radical, espectacular y, finalmente, orientada a procesos. Comenzado por esta última característica, dado que los hospitales basan su funcionamiento en muchas actividades fragmentadas y en la labor de numerosos especialistas independientes, parece, *a priori*, que existe la potencialidad de aplicar esta herramienta, por lo que la idea de una racionalización de actividades se convierte en un poderoso atractivo a favor de este enfoque.

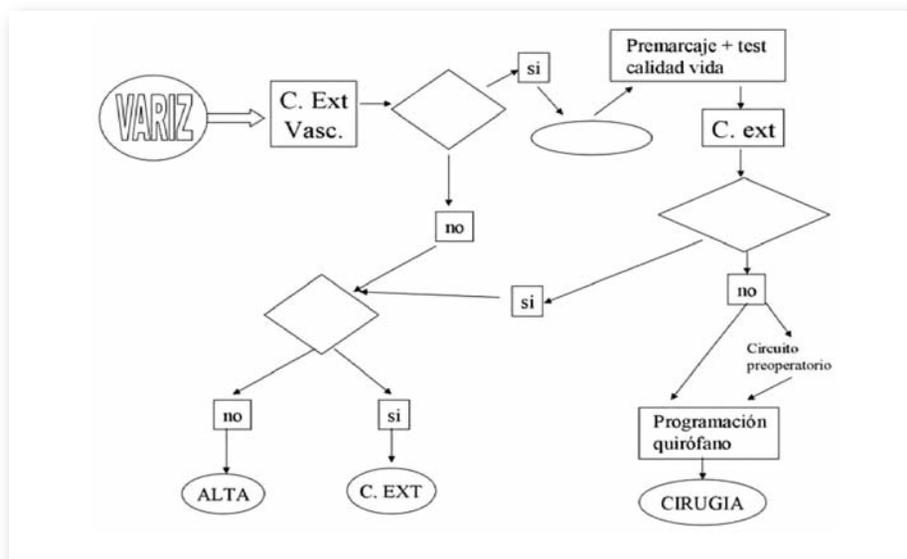
■ **Ejemplo**

Rediseñar el proceso “variz” para conseguir una reducción de la lista de espera de cirugía de varices en un servicio de cirugía vascular.

Para abordar esta larga lista de espera, se realizó un rediseño del proceso variz en tres fases: análisis del proceso variz y determinación de sus puntos críticos; implantación de estrategias para crear el nuevo proceso variz y evaluación del nuevo proceso variz en forma de eficacia (reducción de la lista de espera), eficiencia (tiempo medio de acceso a consultas, tiempo medio de acceso a cirugía y estancia media), efectividad (test de calidad de vida) y calidad técnica (complicaciones, reingresos y recidivas).



Reingeniería de procesos



Durante un año se realizaron un total de 335 intervenciones de varices en un total de 323 pacientes (12 pacientes con varices bilaterales). De estos 323 pacientes, 101 eran varones (31,3%) y 222 eran mujeres (68,7%), con una edad media de 48 años ($r = 20-71$). De las 335 intervenciones, 190 (56,7%) precisaron de ingreso hospitalario y las 145 restantes (43,3%) se realizaron por cirugía mayor ambulatoria.

Finalmente, los pacientes que quedaron pendientes de intervención quirúrgica a finales de año fueron 52, todos ellos con una espera inferior a 6 meses.

■ Conceptos relacionados

Metodología six sigma, Cuadro de Mando Integral (*balanced score card*).

■ Para seguir leyendo

- Champy J. Reengineering management. New York: Harper Collins Publishers; 1995.
- López Casanovas G. Apuntes para la reforma sanitaria de los noventa: las formas organizativas son importantes. Inform Comercial Esp. 1992; (agosto-septiembre): 63-77.
- Belenes R. Innovaciones en la gestión: nueva cultura empresarial en los servicios sanitarios. En Gestión de hospitales: nuevos instrumentos y tendencias. Barcelona: Vicens-Vives; 1994. pp 118-171.
- Cuervo J. Hospital y cambio organizativo: un equilibrio entre descentralización de la gestión, participación de los profesionales y costes asistenciales. Todo Hosp. 1996; 125: 45-8.
- Padula C. Reorganizar los hospitales. Papeles Econ Esp. 1998; 76:199-209.
- Silva Sánchez MD, Garrido Casas J, Oteo Ochoa LA. Bases conceptuales en la empresa moderna. Experiencias de innovación en el sector sanitario. Rev Adm Sanit. 1998; 2:119-138.

Retribuciones

■ Acrónimos

Sistemas de pago, salario

■ Definición

Buena parte de la literatura acerca de la gestión de los recursos humanos analiza los mecanismos de retribución. Dicho análisis suele centrarse en un modelo que asume competencia: cada trabajo recibe un salario competitivo porque el mercado laboral es suficientemente amplio e impersonal. Sin embargo, el modo en el que se efectúa dicha remuneración, su estructura a lo largo del ciclo vital del empleado, así como su relación con el puesto de trabajo o la posición del trabajador en la jerarquía de la empresa son aspectos menos estudiados.

Resulta útil destacar dos ideas. La primera es que la retribución debe tratarse como una estructura completa, no como un conjunto de elementos determinados independientemente. En consecuencia, resulta desaconsejable analizar el nivel salarial de cierto tipo de empleados con el fin de determinar su idoneidad si no se tiene en cuenta su posición en la jerarquía interna. La teoría del torneo y los modelos de incentivos a lo largo del ciclo vital son instrumentos apropiados para la racionalización de la estructura retributiva de toda la organización.

La segunda es que las teorías económicas pueden integrar en sus modelos todos los aspectos relacionados con los sistemas de compensación. Para ello no es necesario que la remuneración se realice sólo en términos pecuniarios. El efecto psicológico derivado de la amenidad del trabajo, el estatus que otorga, las condiciones laborales y otros factores son fácilmente incorporables en los análisis clásicos. Lo que distingue el análisis económico del empleado en otras disciplinas es que los componentes no pecuniarios se transforman en sus equivalentes monetarios. Por lo tanto, el análisis económico permite discutir estos factores de modo riguroso.

Los profesionales de la atención sanitaria son remunerados por los servicios que prestan a los pacientes, ya sea por parte de organismos públicos, compañías aseguradoras o los propios pacientes. De acuerdo con la base de pago elegida, podemos considerar tres sistemas *puros* de remuneración de los médicos: el salario, la capitación y el pago por acto o servicio, con su variante, el pago por proceso.

■ Otros conceptos de interés

En el sistema de pago por salario los profesionales cobran por dedicar una cierta parte fija de su tiempo a realizar algunas tareas definidas genéricamente, más que por un conjunto detallado de actividades, con independencia de los servicios efectivamente prestados. La cuantía de la remuneración se establece entre las partes o sus agentes, siendo las variables a considerar el horario, y el nivel jerárquico (incluyendo en él responsabilidad, antigüedad, rango). La variación en el rendimiento no altera la remuneración: los pagos son independientes del esfuerzo potencial o real. El comportamiento teórico que genera este sistema se caracteriza por la maximización del tiempo no asistencial y la minimización de las cargas de trabajo. Este esquema se ha aplicado a los especialistas en el Reino Unido, gran parte de las *Health Maintenance Organizations* de tipo *staff* en Estados Unidos (KP) y buena parte de los de médicos del Sistema Nacional de Salud español (especialistas hospitalarios y profesionales de atención primaria).

En el mecanismo de pago por acto (*fee for service*), el médico percibe una cantidad específica (honorarios) por cada servicio individual (acto) que presta al paciente. Esta suma puede ser abonada por el paciente (con o sin reembolso posterior) o por un tercer pagador (aseguradora). El volumen de ingresos depende del nivel de actividad. Se ha utilizado en Estados Unidos con formas peculiares de tarificación (*reembolso usual, prevalente y razonable, escalas relativas*). En España ha sido generalmente empleado por las aseguradoras privadas y las mutuas, a través de tablas de tarifas. Una variante es el pago por caso o proceso, en el que se establece una tarifa por el conjunto de servicios implicados en la atención de un determinado cuadro. En ambos casos, el análisis económico determina que el número de actos producidos dependerá del precio (ingreso marginal) y de los costes marginales de cada procedimiento específico.

El pago per capita consiste en el abono de una cantidad por cada persona bajo la responsabilidad del médico. En la práctica, se paga por estar *disponible para tratar* más que propiamente por *tratar*. La tarifa se percibe con independencia de que los pacientes utilicen o no los servicios del médico, así como de la frecuencia de sus visitas. Es consistente con la definición de salud como producto final del proceso de atención sanitaria y de los servicios sanitarios como productos intermedios. El comportamiento derivado según el análisis económico es la maximización del número de pacientes y la minimización de los actos

Retribuciones

propios. Se ha empleado para retribuir a los *General Practitioners* en el Reino Unido, Holanda y algunas *Health Maintenance Organizations*. En España fue el sistema de pago a los médicos extrahospitalarios (de cupo: medicina general y pediatría no reformada, así como especialistas de ambulatorios).

A modo de resumen, en teoría el pago por servicio puede inducir al profesional a generar un volumen de atención excesivo, mientras que los sistemas de pago fijo (salario y capitación) pueden poner en peligro la calidad y la igualdad de acceso. La magnitud de estos riesgos depende básicamente de la naturaleza y extensión del poder discrecional de los médicos sobre el paciente. Si el profesional sólo influye en la demanda, los riesgos están limitados por el control ejercido por el paciente; serán mayores si el médico induce la demanda.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Un sistema de gestión de casos es el paso intermedio entre la capitación y el pago por acto. Ofrece las ventajas de ambos sistemas evitando la mayor parte de sus inconvenientes. Como gestores de casos los médicos reciben una determinada cantidad por cada paciente a su cargo. Este pago se añade a la cantidad (proporcionalmente menor) que percibe en base a pagos por acto (por lo que este método permite la incorporación de escalas relativas). A cambio del pago mensual se espera que el médico haga un uso apropiado de los servicios auxiliares y de las derivaciones.

El segundo esquema citado consiste en asignar unas cantidades brutas por cada paciente incluido en la lista. Con estos fondos deben financiarse los gastos que ocasionen las derivaciones ordenadas por el médico detentador del presupuesto. Los ahorros revierten (parcialmente) en el facultativo. Se penaliza económicamente el exceder el presupuesto. Los médicos no son ya sólo decisores, sino también los responsables económicos de sus decisiones. Para estimular ciertas actividades (preventivas, inmunitarias, diagnósticas), éstas se retribuyen al margen de la presupuestación general mediante un sistema de pago por acto. La experiencia británica aconseja una cuidadosa indexación de estas actividades.

■ Ejemplo

No existe en la actualidad un test empírico satisfactorio acerca de las características del poder discrecional de los médicos. Sin embargo, la mayoría de

los estudios experimentales que comparan el volumen y la calidad de la atención sanitaria según cada sistema de retribución llegando a la conclusión que el pago por servicio tienen un impacto significativo en el volumen de servicio generado por los médicos de atención primaria. Asimismo, la capitación incrementa las derivaciones y prescripciones, lo que puede suponer costes adicionales para otras partidas de gasto sanitario.

El pago por acto puede premiar la provisión de servicios inadecuados, la sobrenotificación de visitas y procedimientos y las derivaciones caprichosas entre especialistas. La capitación puede premiar la denegación de servicios adecuados, la inobservancia a los enfermos crónicos y a los que requieren más tiempo de atención. El salario puede socavar la productividad si es rígido, fomenta el mínimo esfuerzo durante la jornada, conduce al burocratismo según el cual de cada procedimiento se hace un problema.

Podemos definir tres enfoques de aplicación de retribuciones a los médicos:

- Ajustar el pago por servicio mediante incentivos financieros. En el Reino Unido, la gestión del presupuesto farmacéutico por parte de los *General Practitioners* posibilitó una reducción en dicho consumo. Sin embargo, dichos incentivos económicos generan temores acerca de los conflictos de intereses entre la renta de los profesionales y la calidad de la atención que deben proveer. Otros incentivos se basan en objetivos de rendimiento (cribado, vacunación). Los estudios proporcionan resultados contradictorios, si bien la mayoría indica que estos incentivos tienen un impacto positivo.
- Remuneración dependiente de un resultado colectivo. Si bien este incentivo parece de escasa utilidad cuando se trata de un grupo de profesionales demasiado extenso, el pago capitolativo a grupos de profesionales podría ser un modo de reconciliar la contención de costes con la organización eficiente de la atención sanitaria.
- Incentivos no financieros (protocolos, valoración de prácticas). Son escasos los estudios empíricos llevados a cabo acerca de este tipo de incentivos, si bien los resultados iniciales sugieren un débil efecto salvo cuando intervienen en el programa líderes de opinión.

■ Para seguir leyendo

Hidalgo A, del Llano J, Pérez S. Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora. Barcelona: Masson; 2007.

Revisión sistemática de la literatura

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Systematic Review; meta-análisis.

■ Definición

Una revisión sistemática es la búsqueda y evaluación crítica de todos los estudios de investigación que dan respuesta a una misma pregunta, claramente definida, que se realiza utilizando una metodología sistemática y explícita para identificar, seleccionar y evaluar críticamente las investigaciones relevantes y para recolectar y analizar los datos provenientes de los estudios incluidos en la misma.

Una revisión sistemática debe:

- Tener objetivos claros y establecidos, o sea que la pregunta clínica que se desea responder esté claramente especificada en cuanto a: población de interés, intervención o exposición que se desea evaluar, y resultados que se desean medir.
- La estrategia de búsqueda de la evidencia debe estar documentada y ser comprensible, para lo cual es necesario especificar los criterios de selección de las investigaciones que se incluirán en la revisión, en cuanto al tipo de pacientes (población), tipo de intervención, resultados a medir, y al tipo de diseño metodológico de las investigaciones que se incluirán.
- La evidencia obtenida debe ser sometida a una evaluación de calidad mediante un sistema explícito, en cuanto a su diseño, implementación y análisis para determinar si sus resultados son suficientemente confiables. La evaluación de calidad de los estudios debería ser realizada por más de una persona utilizando criterios preestablecidos, debería realizarse en forma independiente y en lo posible con el desconocimiento de los nombres de los autores y las revistas, los países de procedencia y los resultados, ya que estos datos podrían influir en la evaluación de calidad de los estudios e introducir sesgos.
- La forma de combinar la evidencia de los estudios individuales debe estar claramente especificada. A veces los estudios de una revisión muestran resultados diferentes. Estas diferencias pueden deberse a que los pacientes son distintos, diferencias en el tratamiento administrado, diferentes formas de medir los resultados, diferente metodología de estudio, o por azar. Mediante un prueba estadística (test de homogeneidad) se puede evaluar la probabilidad de que las diferencias entre los resultados se deban al azar.

En la elaboración de la RS distinguimos los siguientes pasos:

- Identificación de los estudios mediante la búsqueda bibliográfica
- Selección de los mismos y evaluación de la calidad
- Extracción de datos y síntesis de los resultados
- Elaboración de conclusiones y recomendaciones

El protocolo de la RS deberá contener una estrategia de búsqueda bibliográfica sistemática que identifique los estudios adecuados y que sea además fácilmente reproducible. Esta estrategia deberá fundamentarse en los elementos de las preguntas de la revisión, es decir, la población a estudio, las intervenciones y los resultados, junto al diseño de estudio que se considere más apropiado. La exhaustividad y la precisión dependerán en gran medida de la selección de las palabras clave de la búsqueda. Por último, también deberán figurar las bases de datos y el resto de fuentes de información en donde se buscará la evidencia científica. La evaluación de la calidad de los estudios seleccionados debe realizar por dos investigadores de forma independiente y enmascarada, siendo importante describir las características de la metodología empleada en el documento de la revisión, ya que esto mejora la fiabilidad y reproducibilidad de las conclusiones. Ejemplos de instrumentos de valoración de la calidad son los del *Evidence Based Medicine Working Group*, los del *NHS Centre for Reviews and Dissemination (CRD)* de la Universidad de York (Reino Unido) y los cuestionarios de Chalmers, Jadad, o el *Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)* para ensayos clínicos, entre otros.

La interpretación de los resultados puede llevarse a cabo discutiendo los siguientes puntos:

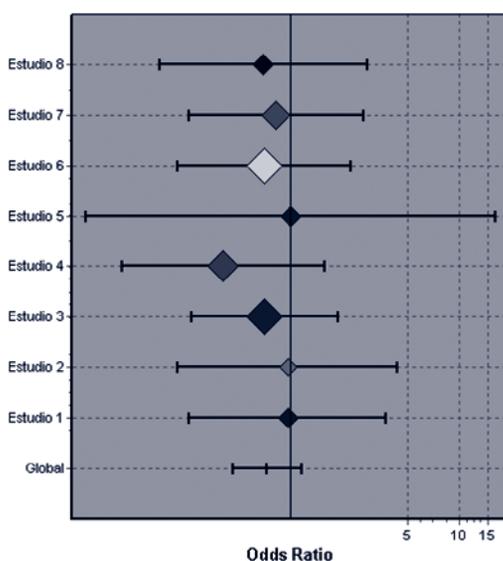
- **Fuerza de la evidencia:** calidad de los estudios incluidos, magnitud y significación de los efectos observados, consistencia de los efectos en los diferentes ensayos, existencia o no de una relación dosis-respuesta, etc.
- **Aplicabilidad** de los resultados.
- **Otra información**, como costes, aspectos legales y éticos y la práctica habitual en el contexto, que pueden ser importante a la hora de tomar decisiones.

Si cualquier trabajo de investigación debe presentarse de una forma clara y bien organizada mucho más los resultados de un meta-análisis que pretenden

Revisión sistemática de la literatura

ser el resultado numérico de una revisión sistemática y por lo tanto deben tener una presentación muy cuidada, que facilite su lectura e interpretación, tal y como aparecen en los gráficos adjuntos. Un grupo de trabajo ha definido un esquema y un diagrama de flujo denominado Quality of reporting of Meta-analysis (QUORUM) para guiar en la elaboración del meta-análisis.

Estudio	OR	LI OR 95 %	LS OR 95%	Varianza
1	0,96	0,25	3,73	0,478
2	0,96	0,21	4,29	0,585
3	0,70	0,26	1,92	0,265
4	0,40	0,10	1,60	0,506
5	1,00	0,06	16,65	2,059
6	0,70	0,21	2,28	0,365
7	0,82	0,25	2,69	0,369
8	0,69	0,17	2,85	0,524
Global	0,73	0,45	1,16	



■ Otros aspectos de interés

La Colaboración Cochrane es una organización internacional, independiente y sin ánimo de lucro, establecida en el Reino Unido. Su principal objetivo es asegurar que la información actualizada y rigurosa sobre los efectos de las inter-

venciones sanitarias se encuentra fácilmente disponible para todo el mundo. Para ello produce y disemina las revisiones sistemáticas de intervenciones sanitarias y promueve la búsqueda de evidencias en forma de ensayos clínicos y otros estudios de los efectos de las intervenciones. La Base de Datos de Revisiones Sistemáticas de la Biblioteca Cochrane (*Cochrane Database of Systematic Review* - CDSR), es un recurso electrónico con actualizaciones trimestrales que contiene el trabajo de la Colaboración Cochrane, una organización internacional de investigadores que prepara, mantiene y divulga revisiones sistemáticas de ensayos aleatorizados sobre intervenciones en asistencia sanitaria. Estas revisiones son cada vez más reconocidas como una fuente confiable de información basada en sólida evidencia sobre la efectividad de las intervenciones para los cuidados en salud. Son de alta calidad metodológica, están actualizadas y sometidas a estrictos procesos editoriales que rigen su publicación.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Las revisiones sistemáticas ofrecen una serie de importantes ventajas:

- La utilización de una metodología explícita, sistemática y reproducible hace disminuir la probabilidad de sesgos.
- Las revisiones ofrecen una evaluación más precisa y fiable de la pregunta o intervención sanitaria objeto de estudio.
- Utilizar una revisión sistemática constituye un uso más eficaz del tiempo, por lo que tiene además un elevado valor docente.
- Se pueden comparar formalmente los resultados de diferentes estudios y si son consistentes (ausencia de heterogeneidad), se pueden generalizar los hallazgos.
- La realización de revisiones sistemáticas cuantitativas (meta-análisis) incrementa la precisión de los resultados globales.
- Al unificar criterios o despejar dudas en determinadas cuestiones podría disminuir la variabilidad de la práctica clínica.
- Constituye una herramienta poderosa en la toma de decisiones tanto clínicas con administrativas o políticas.

Sin embargo, es preciso tener en cuenta una serie de inconvenientes o limitaciones que pueden aparecer en la elaboración de una RS:

- La realización de una RS consume una gran cantidad de recursos, fundamentalmente, tiempo y dedicación del equipo elaborador.

Revisión sistemática de la literatura

- Una RS estará siempre limitada por la cantidad y calidad de los estudios incluidos, tiene un carácter de temporalidad al poderse añadir estudios con posterioridad cambiando por ello las conclusiones iniciales.
- Como cualquier otra investigación, una RS puede estar mal elaborada. Por este motivo, antes de utilizar una RS debemos evaluarla mediante la contestación de una serie de preguntas sencillas que nos ayudarán a discernir aquellas realizadas de forma rigurosa de las que no lo son.
- La agregación de los resultados de los estudios debe ser realizada de forma meticulosa. Así, una agregación inapropiada de estudios en los que la intervención utilizada es diferente o en los que los criterios de selección de pacientes no es igual, nos puede llevar a errores importantes.

■ Conceptos relacionados

Revisión cuantitativa, Medicina basada en la Evidencia, Evaluación Tecnologías Sanitarias, Eficiencia.

■ Para seguir leyendo

- Chalmers TC, Smith H, Blackburn B, Silverman B, Schroeder B, Reitman D, et al. A method for assessing the quality of a randomized control trial. *Control Clin Trials*. 1981;2:31-49.
- Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials*. 1996;17:1-12.
- Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Lancet*. 2001;35:1191-4.
- The Cochrane Collaboration. *The Cochrane Manual Issue 1, 2007*. [actualizado 15 noviembre 2006]. [acceso 18/7/2007]. Disponible en: <http://www.cochrane.org/admin/manual.htm>.
- Empanaza Knorr JI, Ozcoidi Erro I, Martínez Andueza MC, Callen Blecua MT, Alustiza Martinez E, Aseguinolaza Iparraguirre I. Revisión sistemática sobre la eficacia de racecadotril en el tratamiento de la diarrea aguda. *Ann Pediatr*. 2008; 69(5):432-438.
- Martín JL, Tobías A, Seoane T. *Revisión sistemáticas en las ciencia de la vida*. FISCAM, Toledo 2006.

Revisión de la utilización

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

Utilization review (UR)

■ Definición

La American Medical Association (1968) define la revisión de utilización como “... un proceso que busca asegurar la utilización efectiva y adecuada de las camas hospitalarias y los servicios, identificando ingresos innecesarios, la excesiva duración de la estancia hospitalaria, el retraso en la utilización, la sobreutilización de las pruebas de imagen, laboratorio, y otros servicios diagnósticos y terapéuticos; y la demora en las consultas o las derivaciones”. Más operativamente puede definirse como la revisión de la historia clínica de los pacientes, aplicando criterios explícitos o juicios expertos (implícitos), con el objetivo de evaluar la eficiencia del proceso, la pertinencia en la indicación de los procedimientos médicos, quirúrgicos o diagnósticos, el nivel asistencial en que deberían ser practicados, la frecuencia de la atención, y la programación de la asistencia prestada. La revisión puede realizarse antes de la hospitalización (preadmission review), durante la estancia (concurrent review) y tras el alta (retrospective review). En el primer caso se intenta evitar ingresos innecesarios, en el segundo agilizar las altas de pacientes que ya no requieran estar ingresados, mientras que con la revisión retrospectiva se intenta identificar causas de uso inadecuado para su corrección posterior.

■ Otros aspectos de interés

La revisión de la utilización puede llevarse a cabo mediante:

- Métodos con criterios implícitos, en los que un revisor médico aplica sus propios criterios para evaluar la calidad o la adecuación de la asistencia prestada. Permite evaluar todos los aspectos de la asistencia (nivel asistencial, momento, intensidad, volumen de cuidados y calidad) con excepción de las relaciones interpersonales. Limitaciones: la validez del método dependerá de los conocimientos, experiencia, habilidad y criterios del revisor; escasa fiabilidad entre revisores.
- Métodos con criterios explícitos diagnóstico-específicos, en los que se utilizan instrumentos diseñados para evaluar la indicación de un determinado servicio para un paciente en una situación clínica definida. Típicamente estos instrumentos definen todos los posibles escenarios clínicos en los que se podría indicar un servicio médico y la adecuación de la indicación en cada escenario es valorada (adecuada, dudosa o inadecuada)

Revisión de la utilización

por un panel de expertos mediante una técnica de consenso. El llamado “método RAND” es el prototipo de estos desarrollos. Limitaciones: instrumentos de preparación compleja por la variabilidad de las situaciones y respuestas del paciente; necesidad de actualización.

- Métodos diagnóstico independientes. Conjuntos de criterios explícitos y objetivos que permiten juzgar la necesidad clínica del ingreso hospitalario y de cada uno de los días de hospitalización a partir de la revisión de historias clínicas. Su característica esencial es que no se construyen a partir del diagnóstico, sino de las dos variables determinantes de la necesidad de hospitalización: a) el estado clínico del paciente y b) la intensidad de los servicios médicos y de los cuidados enfermería que requiere. El prototipo es el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP). Limitaciones: moderada validez de los instrumentos; necesidad de adaptaciones para algunos tipos de pacientes (psiquiátricos).

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La evaluación con criterios implícitos es muy poco utilizada en España. Existen versiones europeas y validaciones españolas para diversos métodos de diagnósticos específicos (por ejemplo, para la indicación de colecistectomía, para las endoscopias, etc.) pero su uso práctico es todavía muy escaso. Para los instrumentos dedicados a pruebas de imagen (radiología, resonancia, tomografía computarizada) la disponibilidad es menor. Los métodos diagnóstico-independientes, especialmente el AEP, han sido ampliamente utilizados en España, donde se han publicado más de un centenar de trabajos con este tipo de instrumentos. Sin embargo, su uso en gestión sanitaria es todavía muy escaso.

■ Ejemplo

En un estudio cuasi-experimental [Antón P, Peiró S, Aranaz JM, Ruíz V, Leutscher E, Calpena R et al. Impacto de una intervención de retroinformación y autoevaluación en la reducción de ingresos inadecuados en servicios de cirugía general. *Mapfre Med* 2004; 15: 11-19] se utilizó el AEP para valorar el efecto de una intervención sobre los ingresos inadecuados en hospitales universitarios. Se realizó una intervención que incluía componentes educativos, de retroinformación y autoevaluación sobre dos servicios de cirugía general (grupo intervención, GI) de la provincia de Alicante, en los que se evaluó el porcentaje de ingresos inadecuados con el Appropriateness Evaluation Protocol antes, durante y después de la intervención. Un tercer servicio sirvió como grupo control (GC).

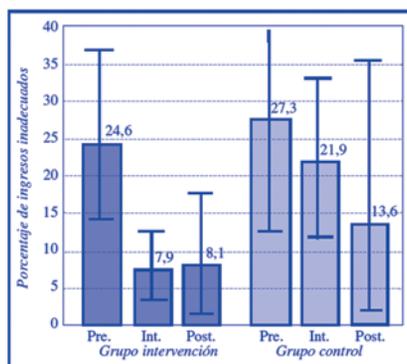


Figura 1. Porcentaje de ingresos inadecuados y diferencias entre períodos en los grupos intervención y control

El porcentaje de ingresos inadecuados en el GI se redujo desde el 24,6% en el período basal al 7,9% durante la intervención (descenso relativo de un 68%, $p < 0.01$) y 8,1% en el período posterior. El GC no experimentó cambios significativos. La reducción de ingresos inadecuados se produjo fundamentalmente a expensas de una reducción de las “admisiones prematuras”, desde el 20% en el período basal, al 3,9% durante la intervención (descenso relativo de un 80%, $p < 0.01$) y 5,0% en el período posterior. La retroinformación activa a los clínicos de los Servicios de Cirugía General sobre el porcentaje de ingresos y estancias innecesarias, apoyada por medidas educativas y de autoevaluación, es efectiva para disminuir la proporción de ingresos inadecuados.

Revisión de la utilización

■ Conceptos relacionados

Gestión de la utilización (*utilization management*); Inadecuación (*appropriateness*); Protocolo de evaluación del uso inadecuado (*appropriateness evaluation protocol*); Método RAND.

■ Para seguir leyendo

- Peiró S, Meneu R. Revisión de la utilización. Definición, concepto, métodos. Rev Calidad Asistencial 1997; 12: 122-36.
- Antón García P, Peiró Moreno S. La revisión de la utilización. La evaluación del uso apropiado de los recursos. En: Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ, eds. Gestión Sanitaria. Calidad y Seguridad de los pacientes. Madrid: Fundación Mapfre; 2008. pp 119-24.

Riesgo moral

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Moral hazard

■ Definición

Se produce riesgo moral cuando un individuo cubierto por un seguro modifica sus pautas de comportamiento ante la situación cubierta por el seguro precisamente por el hecho de encontrarse cubierto por este. El riesgo moral es una situación indeseada para la compañía aseguradora que ha basado la negociación y establecimiento de la prima en función de la pauta de comportamiento del individuo en situación de no aseguramiento. En sanidad es un riesgo conocido por las compañías aseguradoras privadas y, en general, es uno de los principales problemas de sobreutilización del sistema público de atención sanitaria.

■ Otros aspectos de interés

Los ciudadanos nos encontramos cubiertos por un seguro público que pone a nuestra disposición, sin cargos adicionales, todo el sistema público de atención sanitaria. Dado que el agente no encuentra ninguna limitación en el uso y no hay modificaciones de la “prima” del seguro, existe un incentivo perverso o riesgo moral que invita a hacer un uso abusivo del sistema, como por ejemplo las visitas innecesarias al médico, la no cancelación de citas, el uso inapropiado de los servicios de urgencias hospitalarias etc. En sanidad privada el problema de riesgo moral es un problema cotidiano donde el asegurado, generalmente proveniente de una selección adversa, no encuentra limitaciones al uso abusivo de los servicios contratados.

■ Usos en el Sistema Nacional de Salud

Como se ha dicho, el riesgo moral es una de las derivaciones principales de las asimetrías de información características de las relaciones de agencia existentes entre pacientes y prestatadores de servicios de atención sanitaria. Cuando una tecnología se incorpora a la cartera de ofertas del SNSE o de un prestador de servicios privado, uno de los costes principales en términos de incertidumbre es el riesgo moral que incorpora. La estimación de la demanda potencial y su coste asociado es un factor determinante en el proceso de incorporación de una tecnología sanitaria, esto es, se estima la demanda que se prevé que se beneficiará de su uso para así elaborar un informe de eficiencia y rentabilidad, sin embargo, en el momento en que esa tecnología

Riesgo moral

es incorporada, a la demanda potencial estimada se suma un excedente generado por la modificación de conducta de quienes “ahora que existe la posibilidad quieren hacer uso de ella”, ese es el riesgo moral que subyace a la incorporación de una tecnología y que afecta muy considerablemente a las estimaciones de coste y, de la mano de estas, a la rentabilidad y eficiencia de una tecnología sanitaria en sentido amplio.

■ Ejemplo

Imaginemos el caso de una compañía de seguros que decide incorporar a su cartera de prestaciones un chequeo para una patología indicado para personas con más de 50 años y ciertas características familiares y genéticas. Con el objeto de conocer cuántos de los asegurados desean someterse al chequeo dadas sus características de idoneidad, realiza una encuesta a partir de la cual estima la potencial demanda del chequeo y calcula la rentabilidad y coste global de la incorporación de esa prestación. No obstante, una vez realizada la operación observa cómo los usuarios del chequeo sobrepasan la demanda estimada, ello se debe a que muchos de los asegurados no revelaron sus preferencias en la encuesta pero, ahora que ya existe la prestación, si quieren beneficiarse de ella. Este es un ejemplo del riesgo moral que incorpora el aseguramiento.

■ Conceptos relacionados

Copago, selección adversa, información asimétrica

■ Para seguir leyendo

- Hidalgo A, Corugedo I, del Llano J. Economía de la salud. Madrid: Ed. Pirámide; 2000.
- Febrero R. ¿Qué es la economía? Madrid; Ed. Pirámide; 1997.
- Douma S, Schreuder H. Enfoques Económicos para el Análisis de las Organizaciones. Madrid: Ed. Civitas; 2004.

***DICCIONARIO DE
GESTIÓN SANITARIA
PARA MÉDICOS***

S

Satisfacción del usuario

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Satisfacción del paciente, satisfacción del usuario

■ Definición

La satisfacción del paciente es un concepto que hace referencia a la percepción y valoración que los usuarios hacen del Sistema Nacional de Salud en su conjunto. Percepción y valoración refieren connotaciones subjetivas y objetivas. La satisfacción del paciente depende del éxito esperado, de la calidad percibida y de las preferencias con que conforma su utilidad.

■ Otros aspectos de interés

El concepto de satisfacción del paciente está incorporado en la mayoría de planes de calidad de los diferentes sistemas autonómicos de salud, La satisfacción del paciente /usuario se ha convertido en un objetivo irrenunciable para los responsables de los servicios sanitarios y una medida del resultado y la calidad de sus intervenciones; su grado se obtiene de la concurrencia del binomio expectativas-calidad percibida; el método más utilizado para su medida son las encuestas de opinión, que permiten detectar aspectos susceptibles de mejora, insuficiencias o disconformidades.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La satisfacción del paciente es un concepto recurrente en la evaluación de la calidad y en los barómetros sanitarios que el Ministerio de Sanidad y muchas CCAA realizan anualmente. En la actualidad la medida de la satisfacción de los usuarios/pacientes con los cuidados de salud o servicios sanitarios recibidos es uno de los métodos utilizados para evaluar la calidad de la atención prestada. Pero también es una forma de participación de los usuarios en el Sistema de Salud, al expresar su percepción y valoración de los servicios. Conceptos relacionados En los últimos años en la mayoría de los sistemas sanitarios públicos de los países occidentales se vienen produciendo una serie de reformas y cambios caracterizados por una reorientación de los servicios de salud hacia las necesidades de los pacientes guiadas por los barómetros sanitarios que se hacen en casi todos los países de la UE y que compila y completa EUROSTAT.

■ Conceptos relacionados

Preferencias del paciente, información asimétrica

■ Para seguir leyendo

- Del Llano J, Hidalgo A, Pérez S. ¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud?. Ergon, Madrid 2006.
- <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>

Seguridad Clínica

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Safety; Patient Safety.

■ Definición

La seguridad de los pacientes es una dimensión de calidad de la atención sanitaria y sin ella aumenta la probabilidad de que otras dimensiones como la efectividad o la satisfacción de los pacientes se vean afectadas negativamente.

Desde un punto de vista comparativo, y teniendo en cuenta las estimaciones más bajas, la mortalidad atribuible a eventos adversos prevenibles en Estados Unidos sería de 44.000 fallecimientos anuales. Atendiendo a esta cifra estaríamos hablando de la octava causa de mortalidad en Estados Unidos por encima de los accidente de tráfico, del cáncer de mama y del SIDA.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La medición de eventos adversos al interior de las organizaciones de salud significa:

- Establecer un sistema de reporte de eventos adversos basado en acciones que estimulen su implementación y mejoramiento.
- Establecer un sistema de auditoría de resultados clínicos no esperados que permita definir la proporción real de eventos adversos relacionados; es decir, de los resultados clínicos no esperados presentados, cuántos se habrían podido prevenir.

En procedimientos quirúrgicos se pueden mencionar las siguientes:

- No hacer lo que no se sabe hacer bien. Se debe tratar siempre que el más experto sea quien realice los procedimientos.
- Expresar cualquier duda por insignificante que sea al más experto antes o durante un procedimiento, aunque este sea de baja complejidad.
- Mejorar constantemente las competencias del personal clínico.

■ Ejemplo

El uso de guías de atención para las enfermedades más frecuentes y el seguimiento a su implementación.

La estandarización de los procedimientos médicos y de enfermería más frecuentes y su vigilancia.

■ Conceptos relacionados

Eventos adversos, errores médicos, iatrogenia

■ Para seguir leyendo

- Brennan TA, Leape LL, Laird NM. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *New Engl J Med.* 1991; 324:370-6.
- Lacasa C, Humet C, Cot R. Errores de medicación: prevención, diagnóstico y tratamiento. EASO; 2001.

Seguro de asistencia sanitaria privada

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Healthcare private insurance.

■ Definición

El seguro de asistencia sanitaria es una modalidad de seguro privado cuya póliza garantiza al tomador del seguro y sus beneficiarios la asistencia médica y hospitalaria que pudieran precisar por medio de un cuadro médico de especialistas, centros diagnósticos y hospitales contratados por la entidad aseguradora, lo que sucede en más del 90% de las pólizas contratadas, o a través de la libre elección de proveedor asistencial por parte del asegurado que tenga contratado un seguro en la modalidad de reembolso de gastos.

En la modalidad de seguro de asistencia sanitaria a través del cuadro médico contratado, el asegurado goza por lo general de libertad a la hora de acudir a especialistas y centros, cuyos baremos y tarifas, respectivamente, son sufragados directamente por la entidad aseguradora.

De acuerdo con la modalidad del contrato, los seguros de asistencia sanitaria pueden ser individuales (el tomador es una persona física) o colectivos (el tomador es una persona jurídica). La primera modalidad ha sido la prevalente a lo largo de la segunda mitad del siglo XX en nuestro país, aunque en los últimos 15 años las pólizas colectivas han mostrado mucho mayor dinamismo a la hora de su contratación, sobre todo por parte de compañías privadas deseosas de ofrecer un beneficio extrasalarial a sus empleados, de forma tal que hoy en día, los seguros colectivos constituyen cerca de la mitad del total del mercado del seguro sanitario privado en España, que cubre a más de 7 millones de ciudadanos (14% de la población), de los cuales cerca de 2 millones son funcionarios encuadrados en las grandes mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU).

■ Otros aspectos de interés

Los seguros de asistencia sanitaria, al menos en teoría, están sometidos a una doble regulación: por una parte, a la normativa española en materia de seguros que trata de garantizar los derechos de los asegurados y la solvencia financiera de la entidad para hacer frente a los riesgos contraídos; este control se lleva a cabo por parte de la Dirección General de Seguros, perteneciente al Ministerio de Economía y Finanzas. El segundo tipo de control, trataría de garantizar la calidad e idoneidad de los servicios asistenciales garantizados por la aseguradora de acuerdo con la normativa sanitaria vigente. Esta responsabilidad, recae sobre el papel en el Ministerio de Sanidad y Política Social.

■ Ejemplo

Una empresa con 1.200 empleados decide proporcionar una gabela o beneficio extrasalarial a sus empleados, proporcionándoles a éstos y a sus familiares directos una póliza gratuita colectiva de asistencia sanitaria. Para ello, redacta un pliego de condiciones en el que incluye, entre otros conceptos, la lista de prestaciones asistenciales que desea cubrir a empleados y familiares, y negocia con distintas compañías aseguradoras el mejor precio y/o condiciones.

Este sistema de contratación, permite abaratar muy considerablemente, en ocasiones a más de la mitad del precio en calle, el importe de las primas a satisfacer. No obstante, ello ha traído como consecuencia un progresivo deslizamiento del mercado asegurador privado hacia las pólizas colectivas en detrimento de las individuales y familiares, traduciéndose en una menor prima media de la cartera de asegurados con las consiguientes tensiones sobre tarifas y baremos.

■ Conceptos relacionados

Seguro médico privado (*private medical insurance*). Gabela (*fringe benefit*).

■ Para seguir leyendo

- Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras (ICEA) (2009): Informe No 1102. El seguro de Salud. Estadística año 2008.

Selección adversa

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Adverse selection.

■ Definición

Se produce un problema de selección adversa cuando la prima de un seguro es más elevada que la que un agente normal pagaría para asegurarse frente a un determinado riesgo. Esta prima deja fuera del seguro a los agentes normales, aquellos cuya probabilidad de sufrir la situación indeseada es normal e incentivaría el aseguramiento de aquellos cuya probabilidad es muy elevada y, consiguientemente, estarían dispuestos a pagar primas más altas por el aseguramiento.

■ Usos en el Sistema Nacional de Salud

La selección adversa es una resultante del problema de asimetría de información (léase “información asimétrica”) y es un problema típico de las compañías aseguradoras sanitarias. La fijación de la prima para cada tipo de seguro y la negociación de las condiciones del seguro con cada paciente se produce en un contexto de información asimétrica donde la compañía dispone menos información sobre la salud, hábitos y genética del paciente. Para solucionar estas diferencias de información, la compañía obliga al asegurado a someterse a chequeos y a responder a cuestionarios que persiguen reducir este gap de información. No obstante estos métodos el problema de información asimétrica no se resuelve y la prima juega un papel crucial en la selección de los asegurados. Aquellos pacientes con alto riesgo de padecer una enfermedad o aquellos de salud más frágil estarían dispuestos a pagar primas más altas por estar asegurados frente a aquellos individuos más “sanos” que estarían dispuestos a pagar primas menores por los mismos seguros. Si la compañía fija primas altas entonces solamente se asegurarían los individuos más propensos a padecer enfermedades. Esto es lo que se conoce como selección adversa. La compañía, sin querer, esta comprometiéndose su rentabilidad al establecer primas que sesgan adversamente a los asegurados.

■ Otros aspectos de interés

Por el contrario, se habla de selección favorable cuando una compañía aseguradora trata de cubrir con sus prestaciones aquellos individuos que gozan razonablemente de buena salud y que, probablemente, en base al cálculo actuarial, ocasionarán una carga asistencial soportable cuyo gasto médico se encontrará claramente por debajo del nivel de las primas captadas por su aseguramiento.

■ Conceptos relacionados

Información asimétrica, relación de agencia, riesgo moral

■ Para seguir leyendo

- Goldfarb B. Health Care Defined. A Glossary of Current Terms. Williams & Wilkins; 1997.
- Douma S., Schreuder H., Enfoques Económicos para el Análisis de las Organizaciones. Madrid: Ed. Civitas; 2004.

Sensibilidad a los cambios

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

Responsiveness

■ Definición

La sensibilidad (*responsiveness*) se refiere a la capacidad de un instrumento de medida para detectar cambios clínicos de interés en el estado del paciente. En el ámbito clínico constituye una de las principales propiedades del instrumento, dado que el objetivo de muchos estudios sobre calidad de vida es monitorizar la evolución del paciente para detectar los cambios sobre el tiempo, bien sea con fines predictivos, comparativos o intervencionistas. Se trata, sin embargo, de uno de los aspectos más abandonados en el desarrollo de instrumentos de medida de calidad de vida, en parte por las dificultades técnicas en su medición.

■ Otros aspectos de interés

La sensibilidad está estrechamente asociada a la validez, y algunos autores se refieren a ambas como validez discriminante. Para que un instrumento sea sensible se requiere el cumplimiento de dos requisitos: a) que el instrumento sea fiable, y b) que tenga capacidad para registrar cambios en un sentido positivo (mejora) y negativo (empeoramiento) de la calidad de vida de los pacientes. Las medidas con poder discriminativo suelen reunir un limitado número de categorías de respuesta (por ejemplo sí/no), con lo que minimizan el problema de dispersión entre diferentes categorías de respuesta. Por el contrario, una medida sensible a pequeños cambios en el tiempo sobre los mismos individuos, requerirá una amplia gradación en las categorías de respuesta.

Hay que señalar que el uso clínico del instrumento requiere además la disponibilidad de valores de referencia de normalidad (*normative data*), usualmente valores poblacionales para personas de los mismos grupos de edad y sexo, y el conocimiento de la llamada diferencia mínima relevante (*Minimally important difference*), esto es, el valor mínimo de cambio en la escala que refleja un cambio clínico de interés.

■ Para seguir leyendo (en español)

- <http://bibliopro.imim.es/BiblioPRO.asp>

Sistemas de comunicación y almacenamiento de imágenes, PACS

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Picture Archiving and communication System.

■ Definición

Son el conjunto de ordenadores o redes dedicadas a la conservación, recuperación, distribución y presentación de imágenes médicas. Las imágenes médicas se almacenan en un formato independiente. El formato más común para almacenamiento de imágenes es el DICOM (Digital Imaging y las Comunicaciones en Medicina). Durante los últimos años el formato más extendido de conservación de archivos de imagen era el film fotográfico. La tecnología PACS sustituye el proceso de film con un sistema más elástico, barato, ecológico y sencillo de almacenar y compartir.

■ Otros aspectos de interés

Normalmente una red PACS se compone de un servidor central que almacena una base de datos que contiene las imágenes conectadas a uno o más clientes a través de una LAN o una WAN desde donde se pueden utilizar las imágenes.

Los PACS incluyen las interfaces basadas en la Web para utilizar el Internet como su medio de comunicación, normalmente a través de VPN (Virtual Private Network) o SSL (Secure Sockets Layer). El software se carga a través de JavaScript o Java. Consta de una serie de periféricos desde donde se digitalizan las imágenes en el sistema, un sistema de impresión de las imágenes y una de visualización que ofrece las posibilidades de manipular y mejorar las imágenes (recortar, girar, zoom, la ventana, y otros).

Existen varios métodos de copia de seguridad de las imágenes, que suelen incluir automáticamente el envío de copias de las imágenes a un equipo independiente para el almacenamiento, de preferencia fuera de sitio de acceso habitual.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

Los PACS tienen dos usos principales:

- Reemplaza la copia impresa: PACS sustituye la copia impresa mediante la gestión basada en imágenes médicas, tales como archivos de películas. Con la disminución del precio del almacenamiento digital, PACSs proporciona una disminución de los costos y mejora el aprovechamiento del es-

Sistemas de comunicación y almacenamiento de imágenes, PACS

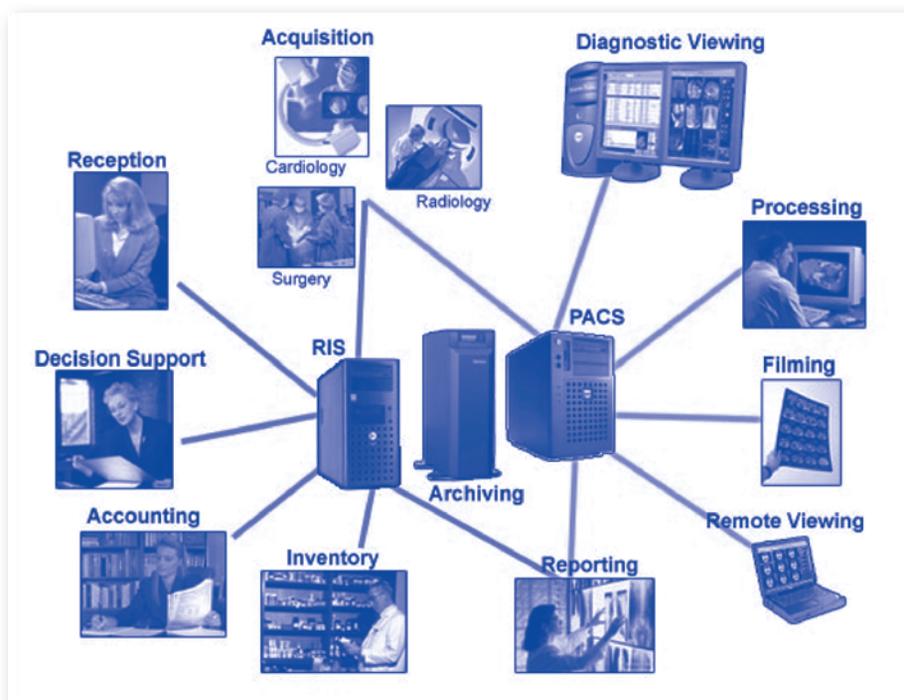
pacio, proporciona acceso instantáneo a las imágenes realizadas con anterioridad en la misma institución.

- Acceso remoto: Amplía las posibilidades de los sistemas convencionales, proporcionando capacidades de visualización fuera de local habitual de trabajo y la presentación de informes (educación a distancia, telediagnóstico). Permite a los profesionales acceder en diferentes ubicaciones físicas a la misma información y al mismo tiempo.

Los PACS son ofrecidos por casi todos los principales fabricantes de equipos de imágenes médicas y muchas empresas de software independientes. El software base de los PACS se puede encontrar gratuitamente en Internet.

■ Ejemplo

Esquema de flujo de información de las imágenes en el sistema del PACS.



■ Conceptos relacionados

RIS (Sistema de Información Radiológica), DICOM (*Digital Imaging and Communication on Medicine*).

■ **Para seguir leyendo**

Carreño Pedemonte JC, Piqueras Pardellans J, Javier Lucaya Layret. Implantación de un sistema de Archivo y Comunicación de Imagen (PACS) en la Práctica Clínica. Rev Esp Radiol. 1994; 36(2):77-82.

Sistema de información de atención primaria, SIAP

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

SIAP

■ Definición

La permanente evolución que en materia de sistemas, tecnologías de la información y comunicaciones se produce en el mercado, está poniendo a disposición de las empresas, organismos e instituciones en general, un amplio abanico de mecanismos que permiten procesar un conjunto cada vez mayor y más complejo de datos y relacionar de forma eficiente a grupos de trabajo. Esa capacidad de proceso ha hecho posible que los sistemas de información actuales sean para las organizaciones herramientas vitales para facilitar la operativa diaria, mejorar la gestión y apoyar en la toma de decisiones. Se plantea la evolución a una aplicación informática centralizada, basada en una única base de datos, que integra la totalidad de la información, accesible desde cualquier centro de Atención Primaria y dando respuesta a las necesidades actuales y futuras, garantizando, además, la continuidad del planteamiento funcional y operativo, con objeto de limitar los riesgos del cambio. De esta forma, se avanza decididamente hacia la Historia Clínica Única Electrónica.

■ Otros aspectos de interés

El sistema plantea la evolución a una aplicación centralizada, basada en una única base de datos, que integra la totalidad de la información, es accesible desde cualquier centro de Atención Primaria y da respuesta a sus necesidades actuales y futuras, garantizando, además, la continuidad del planteamiento funcional y operativo, con objeto de limitar los riesgos del cambio. De esta forma, se avanza decididamente hacia la Historia Clínica Única Electrónica.

Como paso previo, es necesaria la definición de un marco tecnológico perfectamente estructurado que garantice la incorporación paulatina de todos los Sistemas de Información del sistema sanitario. Este marco tecnológico tiene como pilares fundamentales:

- La mejora de la Red de Comunicaciones, que dispondrá antes de la puesta en marcha del nuevo sistema, de enlaces de fibra óptica para todos los Centros de Salud.

- La ampliación de los Centros de Procesos de Datos, dotándolos de un equipamiento adecuadamente dimensionado, con redundancia de los elementos críticos aumentando la fiabilidad y disponibilidad de los sistemas.
- La creación de los mecanismos de Gestión de Identidades, que faciliten el acceso de los profesionales a los diferentes sistemas, así como la administración de los usuarios.
- La disponibilidad de los datos comunes a los diferentes Sistemas de Información de forma compartida en un Centro de Información Básica Estratégica para los Entornos Sanitarios (CIBELES).

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La adaptación al entorno sanitario de los avances en las tecnologías de la información ofrece nuevas oportunidades para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y optimizar los procesos de Gestión Clínica. Concretamente, los objetivos estratégicos del proyecto son:

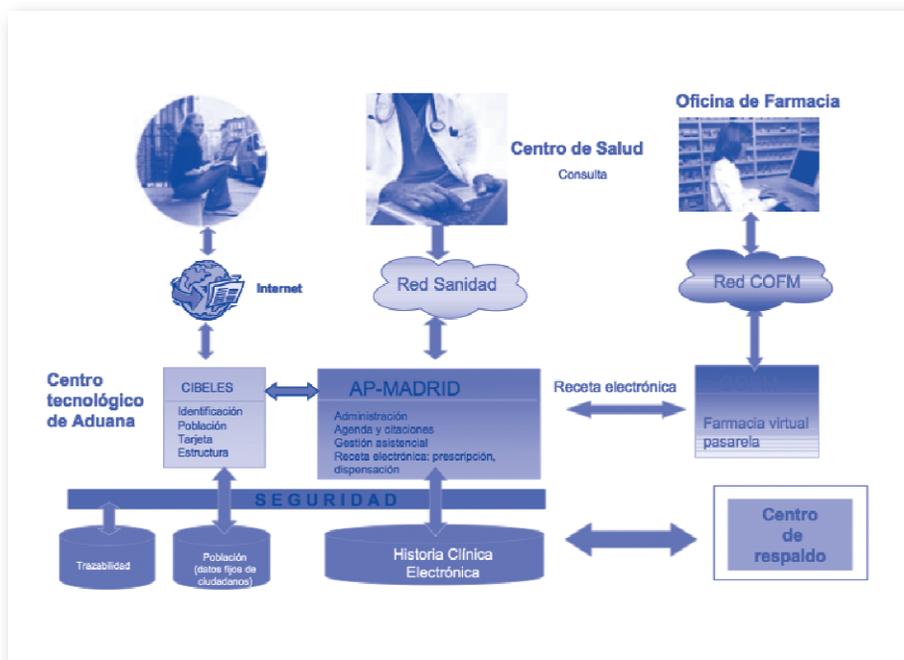
- Situar al ciudadano en el foco de máximo interés: Integrando y consolidando la información.
- Posibilitando el acceso del paciente a su propia información.
- Mejorando el circuito asistencial (integrando ámbitos y niveles).
- Facilitando el acceso a servicios integrados: Cita centralizada, Receta electrónica, ...
- Garantizar la integración con otros Sistemas de Información.
- Cumplimiento de LOPD.
- Evolucionar tecnológicamente y simplificar el mantenimiento, la gestión y la evolución.



Sistema de información de atención primaria, SIAP

■ Ejemplo

El objetivo prioritario de poner al alcance de los más de 6 millones de ciudadanos y de los más de 12 mil profesionales de la red asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid toda la información disponible en el ámbito sanitario con plenas garantías de calidad y seguridad. Este objetivo conlleva la Integración de los Sistemas de Información de la Sanidad de la Comunidad de Madrid, para lo cual se establece como paso fundamental la Centralización del Sistema de información de Atención Primaria enmarcado en el Plan Estratégico de este organismo.



■ Conceptos relacionados

Tecnologías de la información y comunicación

■ Para seguir leyendo

- Ruiz Téllez A. Informatización del proceso asistencial de la Atención Primaria. En: Alonso López FA, Cristos CJ, Brugos A, García F, Sánchez L, Guijano A, et al. Informatización en Atención Primaria II. Documentos semFYC. Aten Primaria. 2000; 26:559-76.

Sistemas de información hospitalaria

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

HIS

■ Definición

Es un sistema de información orientado a satisfacer las necesidades de generación de información, para almacenar, procesar y reinterpretar datos médico-administrativos de la cualquier institución hospitalaria. Permitiendo la optimización de los recursos humanos y materiales, además de minimizar los inconvenientes burocráticos que enfrentan los pacientes. Todo sistema de información hospitalaria genera reportes e informes dependiendo el área o servicio para el cual se requiera, dando lugar a la retroalimentación de la calidad de la atención de los servicios de salud.

Un HIS requiere de:

- 1.- Una red de comunicaciones: tipos de redes (Intranet e internet).
- 2.- Selección del software con la cual se aplicara este SIH, el cual debe ser amigable al usuario.
- 3.- Una base de datos BD en donde se puedan ingresar los datos, tanto de los pacientes, como del personal del hospital

■ Otros aspectos de interés

Los hospitales como actores principales del sistema sanitario generan un importante volumen de información, pero en la mayoría de los casos esta se encuentra dispersa o no está disponible en tiempo y forma necesarios. El sistema de información es un instrumento que permite recoger y tratar la información de modo que sea útil para la toma de decisiones.

Entre los tipos de sistemas de información encontramos los siguientes:

- A) Sistemas Económico-Financiero.
- B) Sistemas Administrativos.
- C) Sistemas para Registro Central de Pacientes.
- D) Sistema de Gestión de Almacén

Los sistemas de información deben:

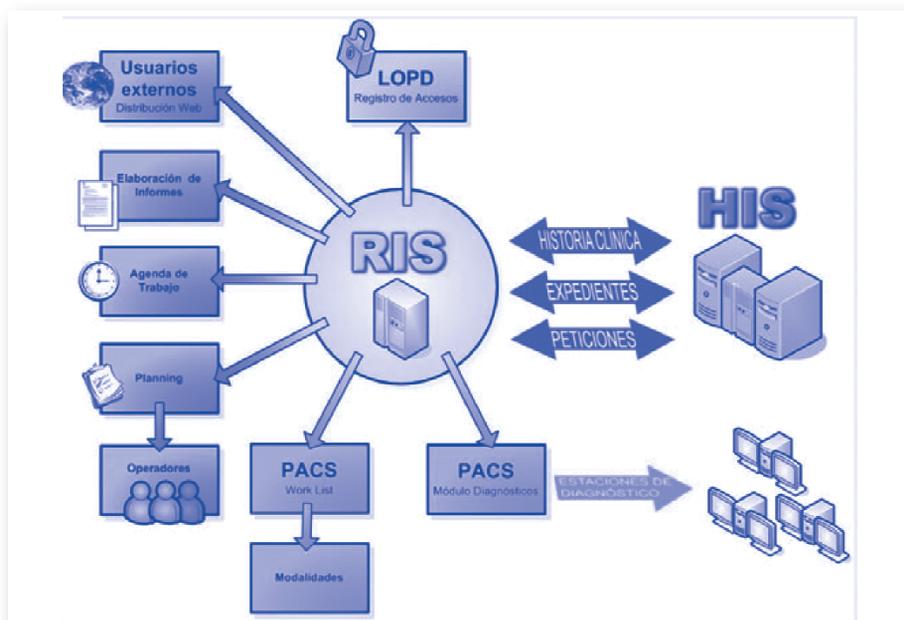
- Facilitar la atención (Ej.: gestión de turnos)
- Utilizarse para administrar recursos humanos o materiales
- Organizar servicios y sistemas de salud a través de distintas redes (hospital-centro de salud)
- Controlar los recursos económicos (Ej.: licitaciones)
- Contribuir a la atención preventiva y promoción de la salud

Sistemas de información hospitalaria

- Tener en cuenta el valor agregado que aporta a la actividad
- Deben generar beneficios mayores que su propio costo
- Aumentan la instrucción y capacitación del personal.
- Permiten ahorrar tiempo, acelerando la gestión de los proyectos.

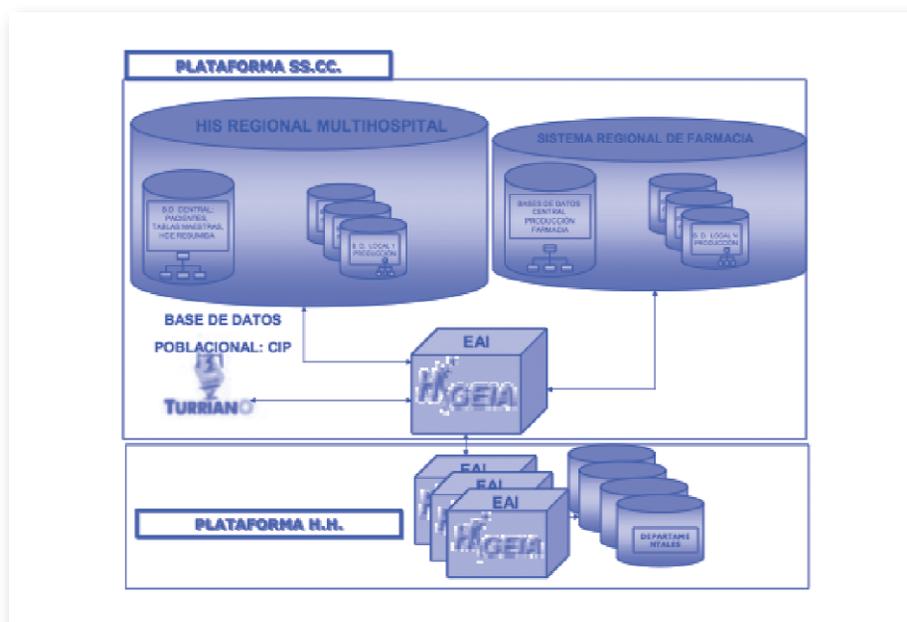
■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

La mayoría de los centros sanitarios cuentan en la actualidad un sistema de información basada en el software denominado HP-HIS. El software incorpora diversas utilidades a gusto del centro pudiendo añadirse los paquetes informáticos adicionales de gestión de quirófanos, citas de consultas, etc. Muchos de los Servicios clínicos del Hospital tienen softwares propios y exclusivos de su especialidad que en principio deben establecer comunicación con los estándares establecidos (HL7) de tal forma que la información pueda ser compartida con el resto de Servicios Clínicos o con la Unidad de Gestión. En principio este software es el más utilizado en la mayoría de los centros y se caracteriza por su solidez, programación en UNIX y por desgracia interfaces poco amigables. En el gráfico adjunto queda reflejado los diversos componentes de un sistema de información hospitalario y las relaciones entre sus diferentes componentes.



■ Ejemplo

MAMBRINO XXI es el proyecto con el que el SESCAM desarrolla la historia clínica electrónica (HCE) a nivel regional. Esta historia clínica es única para cada paciente a nivel regional y engloba todos los ámbitos asistenciales del sistema sanitario público de Castilla-La Mancha. El sistema de información para la atención especializada se integra además con el sistema de información para la atención primaria (TURRIANO). Se conforma así la H.C.E del Ciudadano de Castilla-La Mancha. Se trata pues de un Sistema Centralizado que alberga la información de todos los hospitales y de todos los centros de especialidades, diagnóstico y tratamiento. Es un sistema regional multi-hospital y multicentro cuya matriz global queda reflejada en el gráfico adjunto.



■ Conceptos relacionados

PACS, SIR, Sistemas de Información, HL7

■ Para seguir leyendo

Peña Yáñez MC, Prados de Reyes M. Sistemas De Información Hospitalarios: Organización y Gestión de Proyectos. Granada: Escuela Andaluza de Salud Publica; 2002.

*DICCIONARIO DE
GESTIÓN SANITARIA
PARA MÉDICOS*

T

Teoría de colas

■ Definición

La teoría de colas es el estudio matemático de las líneas de espera (o colas) permitiendo el análisis de varios procesos relacionados como: la llegada al final de la cola, la espera en la cola, etc. Se forman debido a un desequilibrio temporal entre la demanda del servicio y la capacidad del sistema para suministrarlo. En las formaciones de colas se habla de pacientes a la espera de ser atendidas o intervenidas. Los pacientes pueden esperar en cola debido a que los medios existentes sean inadecuados para satisfacer la demanda del servicio; en este caso, la cola tiende a ser explosiva, es decir, a ser cada vez más larga a medida que transcurre el tiempo. Los clientes pueden esperar temporalmente, aunque las instalaciones de servicio sean adecuadas, porque los clientes llegados anteriormente están siendo atendidos en ese momento.

Los objetivos de la teoría de colas consisten en:

- Identificar el nivel óptimo de capacidad del sistema que minimiza el coste del mismo.
- Evaluar el impacto que las posibles alternativas de modificación de la capacidad del sistema tendrían en el coste total del mismo.
- Establecer un balance equilibrado (“óptimo”) entre las consideraciones cuantitativas de costes y las cualitativas de servicio.
- Prestar atención al tiempo de permanencia en el sistema o en la cola.

T

El proceso básico de colas suele ser el siguiente: los pacientes que requieren un servicio se generan en una fase de entrada. Estos pacientes entran al sistema y se unen a una cola. En determinado momento se selecciona un miembro de la cola, para proporcionarle el servicio, mediante alguna regla conocida como “disciplina” de servicio. Luego, se lleva a cabo el servicio requerido por el cliente en un mecanismo de servicio, después de lo cual el paciente sale del sistema de colas. La “fuente” de entrada o población potencial está determinada por su tamaño o número total de pacientes que pueden requerir servicio en determinado momento. La “capacidad” de la cola es el máximo número de pacientes que pueden estar haciendo cola (antes de comenzar a ser atendidos). La disciplina de la cola se refiere al orden en el que se seleccionan sus miembros para recibir el servicio. Por ejemplo, puede ser:

- FIFO (first in first out): primero en entrar, primero en salir, según la cual se atiende primero al paciente que antes haya llegado.
- LIFO (last in first out): también conocida como “pila”, y consiste en atender primero al paciente que ha llegado el último.
- RSS (random selection of service) que selecciona los pacientes de manera aleatoria, de acuerdo a algún procedimiento de prioridad o a algún otro orden.
- Processor Sharing (sirve a los clientes igualmente). La capacidad de la red se comparte entre los pacientes y todos experimentan con eficacia el mismo retraso.

El “mecanismo” de servicio consiste en una o más instalaciones de servicio, cada una de ellas con uno o más canales paralelos de atención, llamados servidores. En las Redes de colas existen varias colas y los trabajos fluyen de una a otra.

■ **Uso en el Sistema Nacional de Salud**

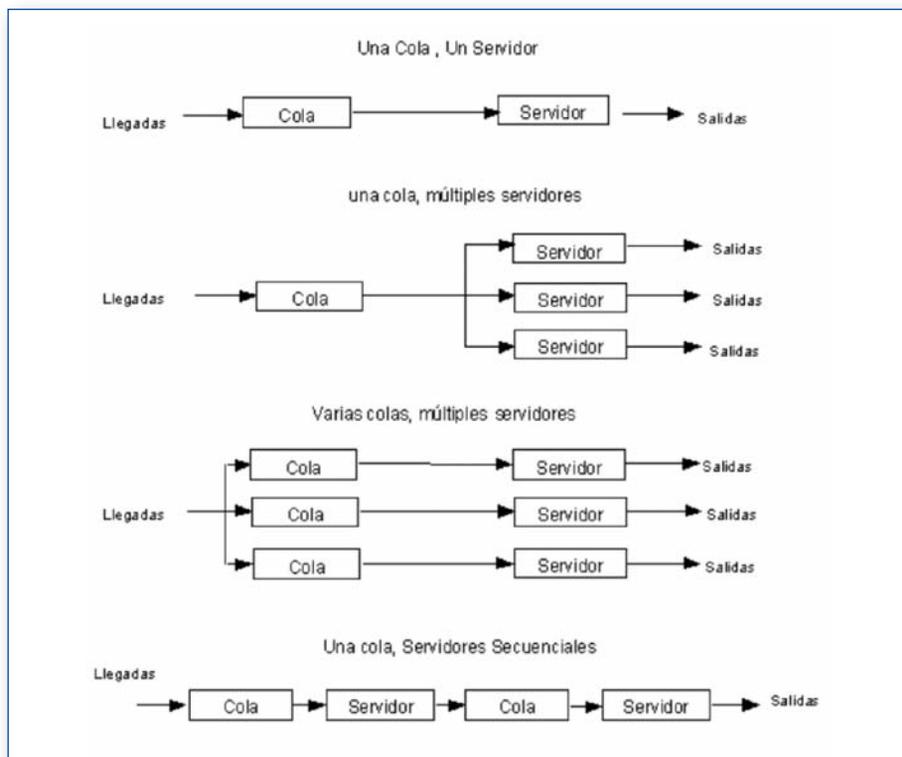
En el SNS se producen con frecuencia problemas de optimización de la capacidad de resolver problemas de salud con dificultades de accesibilidad por exceso de la demanda. Ejemplos claros son el tratamiento de las listas de espera quirúrgica o de pruebas diagnósticas de radiología, o el acceso demorado a los servicios de urgencia hospitalarios

■ **Ejemplo**

El servicio de urgencias constituye el ejemplo de multiplicidad de colas con multiplicidad de servidores. Los pacientes son cribados inicialmente y destinados a una cola tal como urgencias de cirugía, donde se pueden encontrar una cola de servicio según la especialidad por ejemplo oftalmología con un solo servidor o facultativo, o traumatología con varios. Conociendo la tasa de llegadas y el promedio de tiempo de servicio se puede optimizar el número de canales de servicio para un razonable tiempo de espera. En el gráfico adjunto quedan expuestos diversos tipos de flujo de los pacientes.

T

Teoría de colas



■ Conceptos relacionados

Listas de espera

■ Para seguir leyendo

- Serra de La Figuera D. Métodos cuantitativos para la toma de decisiones. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra. Disponible en: <http://www.econ.upf.es/~serra/libro.htm>
- Ninoscka Zencovich B. Teoría de Colas. Universidad Arturo Prat Sede Victoria. Disponible en: <http://www.unapvic.cl/teoriadecision/administracion/Unidad5.html>

*DICCIONARIO DE
GESTIÓN SANITARIA
PARA MÉDICOS*

V

Validez

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

Validity

■ Definición

El concepto de validez se refiere a la capacidad de un instrumento de medida para medir lo que se propone medir y no otra cosa. La validez es la propiedad esencial de cualquier instrumento de medida y su evaluación es imprescindible. Existen varias formas de validez y muchas aproximaciones empíricas para medirla. Las más comunes son la validez de contenido, de criterio y de constructo.

■ Otros aspectos de interés

La validez de contenido intenta valorar la importancia que tienen los componentes de la medida dentro del dominio que intenta medir, y mostrar que los ítem cubren la totalidad de esos componentes de un modo representativo. En la práctica puede fundamentarse a partir de una valoración por expertos para generar y seleccionar ítem sobre un tema, incluyendo en el instrumento los ítem que han obtenido una mayor comunalidad. Otras veces la validez de contenido se prueba por las referencias existentes en la literatura sobre el objeto de la medida, mostrando que los ítem cubren todos los aspectos que han sido considerados previamente importantes.

VALIDEZ: TIPOS, DEFINICIÓN Y FORMAS DE VALORACIÓN			
Concepto	Definición	Preguntas	Valoración
Validez <i>Validity</i>	Grado en que un instrumento mide lo que se pretende medir	¿Los valores de las mediciones recogen el constructo que se pretende medir?	
Apariencia de Validez <i>Face Validity</i>	Grado en que instrumento tiene sentido intuitivamente.	¿El instrumento parece medir lo que quiere medir? ¿A quienes tengan que usarlo les parecerá válido y aceptable?	Comparación del conocimiento clínico con la lógica y variables incluidas en el instrumento y valoración de la dirección y peso de cada variable con respecto al resultado de interés.
Validez de contenido <i>Content validity</i>	Grado en que un instrumento cubre los elementos del constructo que se mide	¿El instrumento contiene todos los conceptos relevantes? ¿Son importantes los conceptos no incluidos?	Acceso a la lógica y variables del sistema; juicios de expertos y/o revisión de la literatura
Validez de constructo <i>Construct Validity</i>	Grado en que los resultados de un instrumento confirman el patrón esperado de relaciones o el constructo teórico bajo el que fue diseñado.	¿Los resultados obtenidos con el instrumento correlacionan bien con los de otros instrumentos similares?	Correlación con factores de riesgo o resultado aceptados; con valoraciones realizadas por un panel clínico o con otros instrumentos.
Validez de criterio <i>Criterion Validity</i>	Grado en que los resultados de un instrumento correlacionan con un patrón-oro	¿Los resultados obtenidos con el instrumento correlacionan bien con un patrón-oro?	Correlación con un estándar.
Validez predictiva <i>Predictive Validity</i>	Grado en que un instrumento predice los resultados de interés.	Si el instrumento se emplea con fines predictivos, ¿predice bien el resultado de interés?	Comparación de los resultados observados con los predichos.
Validez de atribución <i>Attributional Validity</i>	Grado en que pueden atribuirse los resultados obtenidos a los procesos de cuidados desarrollados.	Si los resultados se van a utilizar para evaluar la calidad de la atención ¿se ha establecido previamente que las variaciones en los resultados pueden ser atribuidas a variaciones en la calidad de la asistencia?	Necesidad de un marco conceptual sólido que relacione la medida de resultado con problemas de calidad

La validez de criterio responde a la cuestión de si medida produce resultados que correlacionan bien con los obtenidos usando otra medida simultáneamente (validez concurrente), o si pronostica bien otro resultado de interés (validez predictiva). El problema es que la ausencia de un “patrón oro” con el que comparar el nuevo instrumento, dificulta este proceso de validación, de ahí que algunos autores se refieran a ella como validación “referida al criterio”. Cuando las medidas se diseñan con el propósito específico de predecir de-

Validez

terminadas situaciones y/o conductas, la capacidad del instrumento para garantizar dicha predicción constituye el principal objetivo.

La validez de constructo responde a la pregunta de si los resultados obtenidos confirman el patrón esperado de relaciones o el constructo teórico bajo el que fue diseñado el instrumento. Generalmente y en sustitución de ese “patrón oro” inexistente, los investigadores fundamentan el significado de una medida particular sobre un conjunto de evidencias empíricas. Para ello, se establecen comparaciones con otras medidas y/o predicciones relacionadas entre diferentes grupos de sujetos. Por ejemplo, una medida de capacidad funcional puede probarse frente a una medida de actividades de la vida diaria, esperando obtener entre ellas una correlación positiva. En este caso, se evidenciaría la validez convergente del nuevo instrumento. Por el contrario, demostrar que una medida no correlaciona con otras variables supuestamente no relacionadas, proporcionaría evidencia de la validez divergente. Asimismo, la validez de constructo también puede ser probada usando la técnica del análisis factorial. En general, la aproximación más común para evaluar la validez de constructo es aplicar el instrumento a grupos en los que se conocen las diferencias en base al concepto que esta siendo probado. Por ejemplo, los pacientes que sufren enfermedades crónicas pueden compararse con una muestra de la población general, o bien los jóvenes con los ancianos. En estos casos la elección de los grupos es muy importante para evitar los sesgos de otras variables sobre la del estudio.

■ Para seguir leyendo

- <http://bibliopro.imim.es/BiblioPRO.asp>

Variaciones en la práctica médica

■ Sinónimos, equivalentes conceptuales, acrónimos

VPM, *medical practice variation*

■ Definición

Las variaciones en la práctica médica (VPM) se definen como las variaciones sistemáticas en las tasas estandarizadas de un servicio o procedimiento sanitario (hospitalizaciones, visitas, intervenciones, pruebas diagnósticas, derivaciones) a un determinado nivel de agregación de la población. Usualmente, los estudios de VPM utilizan diseños ecológicos y su principal herramienta metodológica es el análisis de áreas pequeñas (*small area analysis*; *small area variation analysis*). La arquitectura básica de los estudios de VPM relaciona el número de residentes en cada área geográfica que han recibido un determinado servicio sanitario en un período de tiempo definido (numerador), con la población total de tales áreas en el mismo período (denominador). Las tasas (incidencia acumulada) obtenidas, típicamente estandarizadas por edad y sexo, se utilizan para valorar si la variabilidad entre áreas implica una diferente utilización de los servicios estudiados, así como la magnitud y relevancia de estas diferencias.

El grupo de Wennberg y colaboradores ha desarrollado un marco conceptual que relaciona la evidencia/incertidumbre sobre la utilización de una tecnología/servicio médico con su variabilidad. En la categoría de “atención efectiva” incluyen aquellas tecnologías en las que existe una sólida evidencia científica de su eficacia en una condición clínica concreta (por ejemplo, el uso de betabloqueantes en prevención secundaria de la cardiopatía isquémica). La atención “discrecional” o “sensible a las preferencias de los pacientes” sería aquella en la que existen evidencias inconcluyentes y los cursos de acción se asocian a diferentes resultados con amplio espacio para que pacientes distintos elijan alternativas diferentes en función de sus preferencias. Y la atención “sensible a la oferta” estaría integrada por aquellas tecnologías o servicios caracterizados por la escasez de evidencias sobre su valor en circunstancias clínicas concretas, amplias discrepancias sobre su indicación y tasas de utilización asociadas positivamente a la disponibilidad de recursos.

■ Otros aspectos de interés

Las VPM son la constatación empírica de que los médicos actúan de forma muy diferente ante situaciones similares, quebrando la creencia tradicional de

Variaciones en la práctica médica

que los profesionales sanitarios aplican de manera uniforme un tratamiento inequívocamente adecuado ante cada problema de salud.

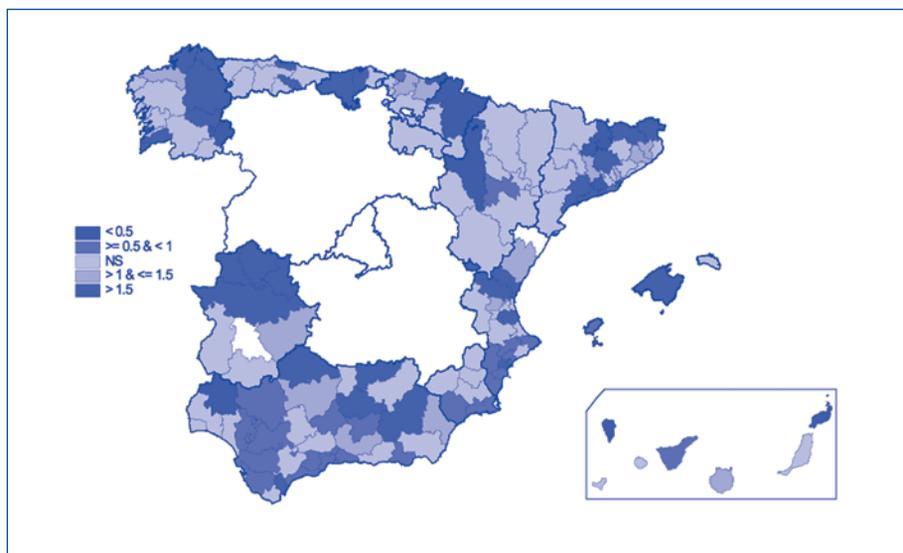
Esta evidencia plantea importantes preguntas sobre la efectividad clínica y la eficiencia social de las actuaciones médicas: ¿La accesibilidad de una persona a un procedimiento diagnóstico o un tratamiento con beneficios que superan a los riesgos es distinta según el lugar donde vive? ¿La probabilidad de un individuo de sufrir un procedimiento innecesario y tener un resultado adverso debido al mismo, es diferente según el servicio al que acuda? ¿Qué coste de oportunidad tienen para la sociedad los recursos que son utilizados de forma innecesaria? ¿Cuál es el valor marginal –y el coste de oportunidad– de los recursos extra destinados a doblar la tasa de pruebas diagnósticas o derivaciones respecto al área vecina?.

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

En España, el Grupo Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud (Grupo VPM-SNS) ha analizado las variaciones en hospitalizaciones por diversos procesos de cirugía ortopédica y traumatología, cirugía general, salud mental, pediatría y procesos cardiovasculares. Sus trabajos están disponibles en www.atlasvpm.org.

■ Ejemplo

La figura adjunta, del Atlas de Pediatría del Grupo VPM-SNS, muestra las tasas estandarizadas de ingresos por 10.000 niños menores de 15 años según área de residencia (salvo en bronquiolitis, tasas por 1.000 menores de un año), correspondiendo cada punto a un área de salud (n=133).



Además de la elevada incidencia de las hospitalizaciones por bronquiolitis (casi 1 de cada 25 niños menores de un año, ingresan anualmente por este proceso en el SNS, aspecto que obligó a calcular las tasas por 1.000 en lugar de por 10.000 como en el resto de procesos) hay que destacar la comparativamente alta incidencia de intervenciones de adenoidectomía (25,3 por 10.000 niños), amigdalectomía (18,1 por 10.000) y apendicectomía (15,8 por 10.000), así como de las hospitalizaciones por infecciones respiratorias de vías altas (16,6 por 10.000).

La apendicectomía se comportó en este estudio como un proceso de moderada variabilidad (aproximadamente 3,3 veces más ingresos para estas intervenciones en el área en el percentil 95 (P95) respecto al área en el percentil 5 (P5), los ingresos por bronquiolitis, las intervenciones de orquidopexia y de reparación de hernia inguinal se mostraron como procesos de moderada-alta variación (entre 5 y 8 veces más hospitalizaciones entre las áreas en el P5 y P95), mientras que el resto de procesos mostraron una gran variabilidad (de 13 a 56 veces más hospitalizaciones entre las áreas en los citados percentiles).

■ Conceptos relacionados

Hipótesis de la incertidumbre; atención sensible a las preferencias de los pacientes; atención sensible a la oferta; análisis de áreas pequeñas.

Variaciones en la práctica médica

■ Para seguir leyendo

- Aizpuru F, Latorre K, Ibáñez B, Pérez de Arriba J, Mosquera F, Bernal-Delgado E, por el Grupo Atlas-VPM. Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de Salud Mental en centros hospitalarios de agudos. Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud. 2008. 3(1):199-216.
- Márquez-Calderón S, Jiménez A, Perea-Milla E, Briones E, Aguayo E, Reina A, Aguado MJ, Rivas F, Rodríguez MM, Buzón ML, por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud (Grupo VPM-SNS). Variaciones en la hospitalización por problemas y procedimientos cardiovasculares en el Sistema Nacional de Salud. Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud. 2007; 2(2): 151-74
- Oterino de la Fuente D, Castaño E, Librero J, Peiró S, Bernal-Delgado E, Martínez N, Ridao M, Rivas F, y Grupo VPM-SNS . Variaciones en hospitalizaciones pediátricas por todas las causas. Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud. 2006; 2(1): 117-28
- Oterino de la Fuente D, Castaño E, Librero J, Peiró S, Bernal-Delgado E, Martínez N, Ridao M, Rivas F, Atienza Merino G, y Grupo VPM-SNS. Variaciones en hospitalizaciones pediátricas por procedimientos quirúrgicos y diagnósticos seleccionados. Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud. 2006; 2(1): 101-16
- Librero J, Peiró S, Bernal-Delgado E, Rivas F, Martínez N, Sotoca R, et al. Variaciones en intervenciones de cirugía general en el Sistema Nacional de Salud. Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud. 2005; 1(2):63-81
- Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Variaciones en cirugía ortopédica y traumatología en el Sistema Nacional de Salud. Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud. 2005; 1:17-36
- Peiró S, Meneu R, Bernal E. Tres tristes tópicos sobre las variaciones en la práctica médica. Gest Clin Sanit. 2005; 7:47-51.
- <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

Vía Clínica

■ Sinónimos, acrónimos y términos de uso similar

Mapas de cuidados, vías de atención integrada, *Clinical pathway*.

■ Definición

Las vías de clínicas son planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología, y que presentan un curso clínico predecible. Las vías clínicas, implantadas por primera vez en el New England Medical Center de Boston por Zander en 1980, suponen una forma de adaptar las Guías de Práctica Clínica o los protocolos, a la práctica clínica, son la versión operacional de las guías clínicas. Las guías o los protocolos definen la atención y/o cuidado que ha de recibir el enfermo, las vías definen cuándo, cómo y en qué secuencia la atención y/o cuidado se ha de proporcionar y además especifica los objetivos de cada fase-uso de medicamentos eficaces y desaconsejando los menos coste-efectivos para reducir la mortalidad, morbilidad y aumentar la calidad de vida de los pacientes.

Definen la secuencia, duración y responsabilidad óptima de las actividades de los distintos profesionales sanitarios para un diagnóstico o procedimiento particular, minimizando retrasos, mejorando el uso de recursos y mejorando la calidad de la asistencia.

■ Otros aspectos de interés

Suelen desarrollarse para procedimientos médicos de gran volumen, alto riesgo o alto coste o que requieren la cooperación de múltiples profesionales. Fases de desarrollo de una Vía Clínica:

- Identificar un proceso.
- Organizar el equipo de personas implicadas en el proceso.
- Clarificar y simplificar el proceso.
- Proponer y planificar mejoras.
- Implantar el plan.
- Monitorizar los resultados.
- Mantener los beneficios o identificar estrategias alternativas en relación a las variaciones observadas.
- Comunicar los resultados.

Vía Clínica

Matriz temporal de una Vía Clínica:

Tabla 6. Matriz temporal de una vía clínica				
Días	Día 1	Día 2 IQ	Días ...	Alta
Actividades	Ingreso en planta	REA - Planta	Planta	Planta
Evaluación y asistencia				
Constantes				
Determinaciones y pruebas				
Tratamientos médicos Curas de enfermería				
Medicación				
Actividad				
Dieta				
Información al paciente-familia				
Criterios de alta. Paso planta				

■ Uso en el Sistema Nacional de Salud

- Constituyen una herramienta de coordinación, pues detalla las actividades del día a día en la atención del enfermo con un diagnóstico específico, consiguiendo así la optimización de la secuencia de actos médicos, sin dejar tiempos.
- Contribuyen a disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- Posibilita la asignación y mejora de la indefinición de responsabilidades en los distintos procesos de atención al paciente.
- Mejorar la información que recibe el paciente y la dirigida a los familiares.
- Proporciona seguridad o respaldo legal a los profesionales al apoyar actitudes terapéuticas y diagnósticas basadas en evidencias científicas.
- Posibilita la formación global y actualizada de los distintos profesionales que participan en la Vía Clínica.
- Mejora los sistemas de registro de información.
- Fomenta la investigación clínica y objetiva los resultados de la aplicación de la Vía Clínica.
- Mejora la calidad asistencial, especialmente en lo referente a los incidentes adversos y complicaciones derivadas de la hospitalización.
- Adecua los recursos disponibles a las necesidades existentes .

■ Ejemplo

Vía Clínica de descompresión subacromial, quedan relegadas todas las actividades que se realizan sobre el pacientes por los diferentes actores de su asistencia. El paciente conoce cada uno de los pasos de su intervención y rellena finalmente un cuestionario sobre la calidad de su atención.

Vía Clínica: Descompresión subacromial	Día 1 Ingreso 17 b	Día 2 IQ REA, Planta	Día 3 1 ^{er} día PO Planta	Día 4 Alta Planta
asistencia	<input type="checkbox"/> Preoperatorio <input type="checkbox"/> Anamnesis enf. <input type="checkbox"/> Hoja UPP	<input type="checkbox"/> Protocol REA	<input type="checkbox"/> Atención cirujano <input type="checkbox"/> Curas enfermería <input type="checkbox"/> Valoración UPP	<input type="checkbox"/> Atención cirugía <input type="checkbox"/> Curas enfermería <input type="checkbox"/> Valoración UPP (en el alta)
Determinaciones y pruebas				
Tratamientos médicos Curas de enfermería	<input type="checkbox"/> Constantes <input type="checkbox"/> Protocolo pre Q: – ducha – rasurado – lavado zona Q – cubrir con talla esteril <input type="checkbox"/> HBMPM 0,3 ml 20 h. <input type="checkbox"/> Ansiolítico 22h., 6 h.	REA <input type="checkbox"/> Constantes <input type="checkbox"/> Vía de 18 g. <input type="checkbox"/> Anestesia general <input type="checkbox"/> Bloqueo interescalénico <input type="checkbox"/> Control drenajes PLANTA <input type="checkbox"/> Crioterapia/8h. <input type="checkbox"/> Constantes/6h. <input type="checkbox"/> Control drenajes	<input type="checkbox"/> Constantes/8h <input type="checkbox"/> Retirada drenajes <input type="checkbox"/> Crioterapia/8h. <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Retirada vía	<input type="checkbox"/> Cura herida cada 48 h. hasta el alta <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Crioterapia cada 8 h.
Medicación		REA-PLANTA <input type="checkbox"/> Analgesia según pauta <input type="checkbox"/> Sueroterapia <input type="checkbox"/> HPBPM 0,3 ml	<input type="checkbox"/> Analgesia oral <input type="checkbox"/> Analgesia rescate IM	<input type="checkbox"/> Analgesia v.o.

Vía Clínica

Vía clínica: Cateterismo cardíaco	Día 1 Ingreso mañana	Día 1 Hospital Belvitge Mañana-Tarde	Día 2 Hospital Belvitge Mañana-Tarde
Curas	 Visita	  Cateterismo y visita	  Visita y alta
Actividad	 deambulación y traslado	 Cama	 Inicio de deambulación
Medicación	 Oral	 Oral	 Oral
Dieta	 Desayunar en casa	  Dieta líquida 2 h. Post-cateterismo Si tolera: dieta habitual	 Dieta habitual

■ Conceptos relacionados

Protocolos, Guías de Práctica Clínica, variabilidad de la práctica clínica.

■ Para seguir leyendo

- Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N. Integrated care pathways. BMJ. 1998;316:133-137.
- Johnson S. Introduction to pathways of care. In: Johnson S, ed. Pathways of Care. Blackwell Science; 1997. pp 3-14.

***DICCIONARIO DE
GESTIÓN SANITARIA
PARA MÉDICOS***

Índice

A

Accesibilidad	14
Acreditación	16
Actuarial, análisis	18
Adecuación	19
Agencia, relación de	23
Análisis Coste-Beneficio	25
Análisis Coste-Efectividad	28
Análisis Coste-Utilidad	31
Análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades)	33
Análisis de Disponibilidad a Pagar	35
Análisis de minimización de costes	39
Años de vida ajustados por calidad	41
Asistencia sanitaria basada en la evidencia	43
Aseguramiento sanitario privado	44
Audit médico	46
Autonomía del paciente	50

B

Baremo	54
Benchmarking	56
Burnout, síndrome de	58

C

Calidad de vida relacionada con la salud	62
Carrera profesional	65
Cartera de Servicios	69
Case Mix	71
Cirugía Mayor Ambulatoria, CMA	75
Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 9 (9ª revisión Modificación Clínica)	79
Competencia	82
Confidencialidad	84
Conjunto Mínimo Básico de Datos, CMBD	87
Consenso, métodos de	89
Consentimiento informado	93

Contrato programa	95
Coordinación de niveles asistenciales	99
Coste de oportunidad	102
Cuadro de mando integral	105

E

Economía de la salud	110
Efectividad, medidas de	113
Eficacia	117
Eficiencia	119
Equidad	123
Estancia media ajustada por casuística	125
Estándar Internacional de registro de información Sanitaria, HL7	128
Escasez	130
Evaluación de tecnologías sanitarias	132
Excelencia clínica	134

F

Fiabilidad	138
------------	-----

G

Gestión Clínica	142
Gestión de costes basada en la actividad (ABC)	144
Gestión de Enfermedades	148
Gestión de riesgos	151
Gestión por resultados de salud	155
Gestión sanitaria	157
Gestión Total de la Calidad	159
Gobierno Clínico	162
Gravedad	164
Grupos de Diagnósticos Relacionados	167
Guía de Práctica Clínica	171

H

Hospitalizaciones evitables	176
-----------------------------	-----

I

Incentivos	180
Incertidumbre	185
Indicadores de productividad del recurso “cama” hospitalaria	188
Indicadores de rendimiento	192
Indicadores de actividad del bloque quirúrgico	195
Índice de sustitución	197
Información asimétrica	200
Innovación	202
Investigación de Resultados en Salud	204
Investigación en servicios de salud	206
ISO 9000, certificación	208

M

Medicina Basada en la Evidencia	212
Medicina Gestionada	215
Medidas de Resultado	217
Modelo Europeo de Gestión de la Calidad, EFQM	220
Modelo de Markov	225

N

Número necesario de casos a tratar	230
------------------------------------	-----

P

Preferencias del paciente	234
Prescripción electrónica	237
Prescripción inducida	240
Priorización	243
Procesos Asistenciales Integrados	246
Protocolos clínicos	249
Protocolo de evaluación del uso inadecuado de la hospitalización, AEP	251

R

Reacciones adversas a medicamentos	256
Redes sociales	260
Reingeniería de procesos	262
Retribuciones	266
Revisión sistematizada de la literatura	270
Revisión de la utilización	275
Riesgo moral	279

S

Satisfacción del usuario	282
Seguridad Clínica	284
Seguro de asistencia sanitaria privada	286
Selección adversa	288
Sensibilidad a los cambios	290
Sistemas de comunicación y almacenamiento de imágenes, PACS	291
Sistema de Información en Atención Primaria, SIAP	294
Sistemas de Información Hospitalaria	297

T

Teoría de colas	302
-----------------	-----

V

Validez	306
Variaciones de la práctica médica	309
Vía Clínica	313

***DICCIONARIO DE
GESTIÓN SANITARIA
PARA MÉDICOS***

***Listado de
términos
relacionados***

Término	Véase
• Absolute Risk Reduction	• Efectividad, medidas de
• adeQhos	• Protocolo de evaluación del uso inadecuado de la hospitalización, AEP
• AEP	• Protocolo de Evaluación del uso inadecuado de la hospitalización, AEP
• AGREE	• Guías de Práctica Clínica
• Agrupador diagnóstico	• Grupos de Diagnósticos Relacionados
• All Patient DRGs	• Grupos de Diagnósticos Relacionados
• All Patient Refined DRGs	• Grupos de Diagnósticos Relacionados
• Análisis de áreas pequeñas	• Variaciones en la práctica médica
• Análisis de Sensibilidad	• Incertidumbre
• AP-DRGs	• Grupos de Diagnósticos Relacionados
• Apariencia de Validez	• Validez
• APGAR	• Gravedad
• Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)	• Revisión de utilización • Protocolo de evaluación del uso inadecuado de la hospitalización, AEP
• APR-DRGs	• Grupos de Diagnósticos Relacionados
• Arbol de decisión	• Incertidumbre
• ASA (American Society of Anaesthesia)	• Gravedad
• Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud	• Variaciones en la práctica médica
• Auditoría Clínica	• Audit Médico
• Attributional Validity	• Validez
• AVAC	• Análisis Coste-Utilidad
• Balanced Score Card	• Cuadro de Mandos Integral
• Benchmarking	• Gestión Clínica
• Capitation Payment	• Retribuciones
• Care based payment	• Retribuciones
• Case-Mix	• Grupos de Diagnósticos Relacionados
• Casuística	• Grupos de Diagnósticos Relacionados

Término	Véase
<ul style="list-style-type: none"> • CIE-9-MC 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 9 (9ª revisión Modificación Clínica)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 9 (9ª revisión Modificación Clínica) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 9 (9ª revisión Modificación Clínica)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Clinical Audit 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Grupos de Diagnósticos Relacionados</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Clinical Excellence 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Audit Médico</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Clinical Guidelines 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Excelencia Clínica</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Clinical Management 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Guías de Práctica Clínica</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Clinical Pathway 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Gestión Clínica</i>
<ul style="list-style-type: none"> • CMS-DRGs 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Vía Clínica</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Code creeping 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Grupos de Diagnósticos Relacionados</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración Cochrane 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Reacciones adversas a medicamentos</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Community Hospital Appropriateness Evaluation Protocol, CHAEP 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Revisión sistemática de la literatura</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Concurrent review 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Protocolo de evaluación del uso inadecuado de la hospitalización, AEP</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Conferencia de consenso 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Revisión de utilización</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Consensus Methods 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Consenso, métodos de</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Construct Validity 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Consenso, métodos de</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Content validity 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Validez</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Coste Alternativo 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Validez</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Cost-Effectiveness Analysis 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Coste de oportunidad</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Cost Minimization Analysis 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Análisis Coste- Efectividad</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Cost Utility Analysis, CUA 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Análisis de minimización de costes</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Covered lives 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Análisis Coste-Utilidad</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Criterion Validity 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Seguro de asistencia sanitaria privada</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Criterios ASGE 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Validez</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Criterios EPAGE 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Adecuación</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Critically Appraised Topics, CATs 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Adecuación</i>
<ul style="list-style-type: none"> • CVRS 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Medicina Basada en la Evidencia</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Calidad de vida relacionada con la salud</i>

Término	Véase
• Delay tool	• <i>Protocolo de evaluación del uso inadecuado de la hospitalización, AEP</i>
• Diagnoses Related Groups	• <i>Grupos de Diagnósticos Relacionados</i>
• DICOM	• <i>Sistemas de comunicación y almacenamiento de imágenes, PACS</i>
• Disease Management	• <i>Gestión de Enfermedades</i>
• DRG	• <i>Grupos de Diagnósticos Relacionados</i>
• Drug utilization review	• <i>Revisión de la utilización</i>
• Efecto secundario	• <i>Reacción adversa a medicamentos</i>
• Equity in the access of Healthcare	• <i>Accesibilidad</i>
• Error de medicación	• <i>Reacción adversa a medicamentos</i>
• Escala de como de Glasgow	• <i>Gravedad</i>
• Estancia Media	• <i>Grupos de Diagnósticos Relacionados</i>
• Estancia Media ajustada por casuística	• <i>Grupos de Diagnósticos Relacionados</i>
• Estancia Media ajustada por funcionamiento	• <i>Grupos de Diagnósticos Relacionados</i>
• EuroQol	• <i>Calidad de vida relacionada con la salud</i>
• Face Validity	• <i>Validez</i>
• Fee for Service	• <i>Baremo</i>
• FIFO	• <i>Teoría de colas</i>
• GDR	• <i>Grupos de Diagnósticos Relacionados</i>
• GRD	• <i>Grupos de Diagnósticos Relacionados</i>
• Grupo Nominal	• <i>Consenso, métodos de</i>
• Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GDR)	• <i>Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 9 (9ª revisión Modificación Clínica)</i>
• Health Care Accesibility/Access	• <i>Accesibilidad</i>
• Health Care Resource planning	• <i>Accesibilidad</i>
• Health related quality of life	• <i>Calidad de vida relacionada con la salud</i>
• Health Services Research	• <i>Investigación de Resultados de Salud</i>
• Health Services misuse	• <i>Adecuación</i>
• Hipótesis de la incertidumbre	• <i>Variaciones en la práctica médica</i>

Término	Véase
• HIS	• Sistemas de Información Hospitalaria
• Hospital Appropriateness review	• Adecuación
• Healthcare insurance policy	• Seguro de Asistencia Sanitaria Privada
• Health Level Seven, HL7	• Estándar Internacional de registro de información Sanitaria, HL7
• Health related quality of life, HRQoL	• Calidad de vida relacionada con la salud
• ICD-9-CM	• Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 9 (9ª revisión Modificación Clínica)
• Índice de casuística	• Grupos de Diagnósticos Relacionados
• Índice Funcional	• Grupos de Diagnósticos Relacionados
• Índice de Sustitución	• Cirugía Mayor Ambulatoria, CMA
• International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification	• Indicadores de Productividad del recurso Cama Hospitalaria
• International-Refined DRGs	• Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 9 (9ª revisión Modificación Clínica)
• IR-DRG	• Grupos de Diagnósticos Relacionados
• Isoconsumo, grupos	• Grupos de Diagnósticos Relacionados
• Knee Society Score	• Grupos de Diagnósticos Relacionados
• Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organisations, JCAHCO	• Calidad de vida relacionada con la salud
• LIFO	• Acreditación
• Managed Care	• Teoría de colas
• Managed Major Medical, MMM	• Medicina Gestionada
• Mapas de Cuidados	• Protocolo de evaluación del uso inadecuado de la hospitalización
• Matriz de Impacto	• Vía Clínica
• Matriz temporal	• Análisis DAFO
• Medical Outcomes Study Short Form 36	• Vía Clínica
	• Calidad de vida relacionada con la salud

Término	Véase
• Medical Practice Variation	• Variaciones en la práctica médica
• Medical Self-referral	• Preferencias del paciente
• Medidas de asociación	• Efectividad, medidas de
• Metaanálisis	• Revisión sistemática de la Literatura
• Método Delphi	• Consenso, métodos de
• Método RAND	• Revisión de utilización
	• Revisión de la utilización
• Métodos cualitativos	• Consenso, métodos de
• Métodos de Consenso	• Consenso, métodos de
• Minimum Basic Data Set	• Conjunto Mínimo Básico de Datos
• Moral Hazard	• Información Asimétrica
• Motivación	• Burnout, síndrome de
	• Incentivos
• MOS SF-36	• Calidad de vida relacionada con la salud
• National Committee on Quality Assurance, NCQA	• Acreditación
• NICE	
• Number Needed to Harm (NNH)	• Análisis Coste- Efectividad
• Number Needed to Screen (NNS)	• Efectividad, medidas de
• Number Needed to Treat (NNT)	• Efectividad, medidas de
• Numero Necesario de pacientes a Tratar (NNT)	• Efectividad, medidas de
• Outpatient surgery	• Efectividad, medidas de
• Overhead	• Efectividad, medidas de
• Oxford bed Study Instrument, OBSI	• Efectividad, medidas de
	• Cirugía Mayor Ambulatoria, CMA
• P4P, Pay for performance	• Actuarial, análisis
• Pago Capitativo	• Protocolo de evaluación del uso inadecuado de la hospitalización, AEP
• Pago por objetivos	• Gestión por resultados de salud
• Pago por rendimiento	• Retribuciones
• Paucity	• Gestión por resultados de salud
• Pediatric Appropriateness Protocol, pEAP	• Gestión por resultados de salud
• Perfil de Impacto de la Enfermedad	• Escasez
	• Protocolo de evaluación del uso inadecuado de la hospitalización, AEP
	• Calidad de vida relacionada con la salud

Término	Véase
• Perfil de Salud de Nottingham	• Calidad de vida relacionada con la salud
• Peso Casemix	• Grupos de Diagnósticos Relacionados
• Pharmaceutical Benefits Advisory Committee	• Análisis Coste- Efectividad
• Preadmission review	• Revisión de utilización
• Predictive Validity	• Validez
• Preventable hospitalizations	• Hospitalizaciones evitables
• Problema relacionado con medicamentos	• Reacción adversa a medicamentos
• Professional Certification	• Acreditación
• Professional fees	• Baremo
• Quality Adjusted life years, Qaly	• Años de Vida Ajustados por Calidad
• Quorum	• Revisión sistemática de la literatura
• R-DRGs	• Grupos de Diagnósticos Relacionados
• Razón de funcionamiento estándar	• Grupos de Diagnósticos Relacionados
• Reducción Absoluta del Riesgo (RAR)	• Efectividad, medidas de
• Reducción del Riego Relativo (RRR)	• Efectividad, medidas de
• Refined DRGs	• Grupos de Diagnósticos Relacionados
• Relative Risk (RR)	• Efectividad, medidas de
• Relative Risk Reduction	• Efectividad, medidas de
• Retrospective review	• Revisión de utilización
• Revisión de utilización	• Revisión de utilización
• Reducción del riesgo	• Efectividad, medidas de
• Riesgo Absoluto	• Efectividad, medidas de
• Riesgo Atribuible	• Efectividad, medidas de
• Riesgo Moral	• Información Asimétrica
• Riesgo Relativo (RR)	• Efectividad, medidas de
• RIS, sistema de información Radiodiagnóstico	• Sistemas de comunicación y almacenamiento de imágenes, PACS
• S-DRGs	• Grupos de Diagnósticos Relacionados
• Selección Adversa	• Información Asimétrica
• Service Portfolio	• Cartera de Servicios

Término	Véase
• Severidad	• <i>Gravedad</i>
• Severity	• <i>Gravedad</i>
• Severity DRGs	• <i>Grupos de Diagnósticos Relacionados</i>
• SIAP	• <i>Sistemas de información en Atención Primaria</i>
• Síndrome desgaste Profesional	• <i>Burnout</i>
• Sistema de Clasificación de Pacientes	• <i>Grupos de Diagnósticos Relacionados</i>
• Sistemas de ajuste de riesgos	• <i>Gravedad</i>
• Small area analysis	• <i>Variaciones en la práctica médica</i>
• Small area variation analysis	• <i>Variaciones en la práctica médica</i>
• Standardised medical fee	• <i>Baremo</i>
• Suceso adverso	• <i>Reacción adversa a medicamentos</i>
• Surgical Appropriateness Evaluation protocol, sAEP	• <i>Protocolo de evaluación del uso inadecuado de la hospitalización, AEP</i>
• SWOT Analysis	• <i>Análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades)</i>
• Técnicas de Consenso	• <i>Consenso, métodos de</i>
• Tecnologías big ticket	• <i>Adecuación</i>
• Tecnologías little ticket	• <i>Adecuación</i>
• Total Quality Management, TQM	• <i>Gestión Total de la Calidad</i>
• Uso inadecuado	• <i>Adecuación</i>
• Uso inadecuado de la hospitalización	• <i>Protocolo de evaluación del uso inadecuado de la hospitalización, AEP</i>
• Uso inapropiado	• <i>Adecuación</i>
• Uso racional del medicamento	• <i>Adecuación</i>
• Utilización inadecuada	• <i>Adecuación</i>
• Utilización inapropiada	• <i>Adecuación</i>
• Utilization review	• <i>Revisión de la utilización</i>
• Validez	• <i>Validez</i>
• Validez de atribución	• <i>Validez</i>
• Validez de constructo	• <i>Validez</i>
• Validez de contenido	• <i>Validez</i>
• Validez de criterio	• <i>Validez</i>

Término	Véase
• Validez predictiva	• Validez
• Validity	• Validez
• Valoración Contingente	• Análisis de Disponibilidad a Pagar
• Value based purchasing	• Gestión por resultados de salud
• Variaciones en la Práctica Médica	• Variaciones en la práctica médica
• VPN, virtual private network	• Sistemas de comunicación y
	• almacenamiento de imágenes, PACS
• Willingness to pay, analysis	• Análisis de Disponibilidad a Pagar



Fundación Abbott

