Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Med Clin (Barc). 2012;**139(4)**:165–170

MEDICINA CLINICA

www.elsevier.es/medicinaclinica

Artículo especial

Ahorrar con criterio clínico desde la perspectiva del ámbito hospitalario

Saving with clinical criteria from the perspective of the hospital setting

Jordi Varela

Director Gerente del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 4 de noviembre de 2011
Aceptado el 17 de enero de 2012
On-line el 21 de marzo de 2012

Las organizaciones sanitarias deberían evolucionar en la línea de la eficacia y de la eficiencia de sus actividades. Esta afirmación parece idónea para empezar un artículo de las características anunciadas en el título, pero si lo que realmente se pretende es ahorrar con criterio clínico, entonces no queda más remedio que ir un poco más lejos y repensar toda la organización en base a los requerimientos del propio proceso clínico y los ciclos de la enfermedad. Los recursos sanitarios de hoy se estructuran según la lógica de las especialidades médicas y conforme a los niveles asistenciales tradicionales: primaria, hospital y sociosanitario. Este modelo se ha mostrado muy eficiente, al menos hasta nuestros días, y creo que sería justo destacar las grandes aportaciones de la asistencia primaria, en su papel de proximidad, pero sobre todo de guardián de la puerta de acceso a los otros niveles. También se debe destacar la enorme capacidad resolutiva de los hospitales modernos, tanto en su vertiente diagnóstica como terapéutica, sin descuidar lo que ha venido representando el apoyo de los recursos sociosanitarios, en toda su gama de cartera de servicios.

A pesar de todo ello, a nadie se le escapa que este modelo necesita una revisión debido a que diversos factores lo están tensionando, el primero de ellos, el demográfico, con la llegada a la vejez de una generación extraordinariamente numerosa. Este fenómeno del envejecimiento es tan relevante que, por él mismo, provoca que las estructuras que tan bien habían funcionado, ahora chirríen. Ante esta situación, de nada sirve ser muy eficientes en determinados niveles asistenciales si no se consigue garantizar una prestación razonable para el global de la trayectoria de las enfermedades crónicas, ahora ya prevalentes.

Michael Porter[1,2], bajo el lema '*better health per dollar spent*' propone el siguiente recetario de reformas para adaptar la actuación clínica a las necesidades actuales y a la mejora de resultados:

1. Garantizar la implicación del paciente en su propio plan de salud.
2. Repensar las especialidades médicas en base a las trayectorias de determinadas enfermedades.
3. Organizarse mejor para conseguir que los profesionales no dispersen sus conocimientos. Según Porter, la única manera de mejorar los resultados clínicos es aumentar el volumen de la experiencia acumulada por cada equipo asistencial en el uso de trayectorias clínicas específicas.
4. Mejorar la implicación de ciertos especialistas (de los que deben actuar en hechos puntuales) en determinadas fases de las trayectorias clínicas.
5. Pensar de manera constante cómo se pueden mejorar los resultados clínicos y preocuparse menos de la microgestión de procesos y de las guías de práctica clínica, que según el autor tienden a ser conservadoras y a menudo retardan la innovación.

Este recetario de Michael Porter adolece aún de algunas limitaciones que se deberían resolver, si lo que se quiere realmente es refundar el sistema sanitario para mejorar su efectividad clínica. De dichas limitaciones me gustaría destacar 3 de ellas:

1. Los sistemas nacionales de salud no han desarrollado aún ningún instrumento económico para incentivar la implicación de los pacientes en sus planes terapéuticos. De acuerdo con ello, y según mi opinión, la ciudadanía no debería cargar, de una manera general, con los sobrecostes de los pacientes incumplidores. Los sistemas mutualísticos, en cambio, cuentan con las primas del seguro para penalizar o premiar la adhesión de los pacientes a sus respectivos planes de salud o terapéuticos.
2. No existe hoy en día ningún modelo de catalogación de resultados clínicos a medio y largo plazo, limitación importante a la que hay que añadir las enormes dificultades para transversalizar sistemas de información clínica entre niveles asistenciales y para compartir bases de datos entre proveedores y mutuas.

Correo electrónico: jvarela@santpau.cat

0025-7753/$ – see front matter © 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.medcli.2012.01.022

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

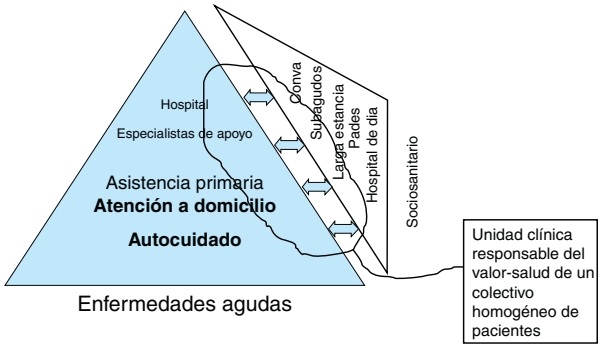

Figura 1. Esquema transversal de las futuras unidades clínicas.

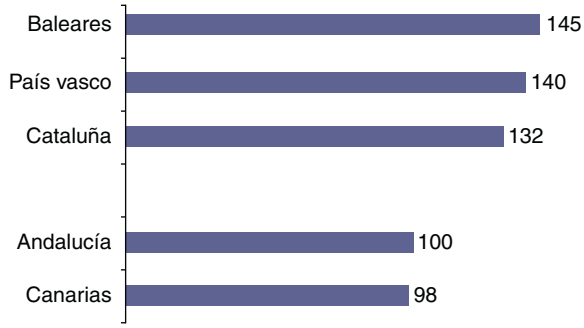

Figura 2. Tasas brutas de hospitalización por comunidades autónomas. Ingresos por mil habitantes y año.

3. Los modelos de pago de la actividad clínica se deberían centrar en la incentivación de los resultados clínicos, en lugar de los actuales que, o bien son de simple base capitativa, o bien de pago prospectivo.

Con todo ello, en la visión de la futura organización de los equipos profesionales, se estaría pensando en la estructuración de unidades clínicas, que serían las responsables de conseguir los mejores resultados de salud posibles para colectivos homogéneos de pacientes. Estas unidades deberían actuar de manera transversal y ellas mismas deberían comprar los servicios especializados complementarios (fig. 1).

En esta línea, en Inglaterra se está consolidando el concepto de «*comissioning*» para dotar a los equipos de atención primaria de la capacidad de gestión clínica y de la compra de servicios especializados al mismo tiempo[3,4]. En EE.UU., el Departamento de Salud *(Department of Health and Human Services)* emitió en marzo de 2011 un nuevo programa al que llamó *Accountable Care Organizations* (ACO)[5–7], de acuerdo con la *Affordable Care Act* que el Presidente Obama había firmado un año antes[8]. Según la nueva normativa, un ACO «tipo» de Medicare debería incluir un hospital, un centro de servicios sociosanitarios (larga estancia) y un grupo de médicos de familia, además de especialistas y otros profesionales colaboradores. El modelo de financiación ACO, aún muy incipiente, incentiva la coordinación de proveedores en base a la cooperación de planes terapéuticos y, en parte, en base a la incentivación de la mejora de resultados clínicos.

En este artículo, al margen de las tendencias actuales de la gestión clínica citadas en este preámbulo, se presentan 7 líneas de trabajo, en las cuales pienso que hay margen para la mejora. Con estas propuestas se aborda, pues, la búsqueda de ahorro en el sistema sin menoscabo de la calidad asistencial.

Reducir la demanda inapropiada

La variabilidad en el uso de recursos es un asunto omnipresente en todos los sistemas sanitarios. Una buena política sanitaria sería la que consiguiera combatir el uso exagerado del sistema sanitario, al mismo tiempo que combatiera la infrautilización para capas sociales con dificultades de acceso al sistema. En un reciente estudio de la organización King's Fund[9] se analizan las tasas de hospitalización en Inglaterra para diferentes intervenciones quirúrgicas de probada efectividad clínica. El trabajo es amplio, pero si elegimos como ejemplo las intervenciones de prótesis de cadera, una vez ajustadas las tasas por edad y sexo, se observa que en un extremo hay hasta 18 áreas básicas de salud (PCT) que muestran una tasa de 60 ingresos por 100.000 habitantes y año, mientras que en el otro extremo hay hasta 10 PCT con tasas de 140.

En España, sin especificar procesos, la encuesta oficial del Ministerio de Sanidad (EESRI) revela que, en una punta del espectro, la tasa de hospitalización de Baleares es de 145 ingresos por mil habitantes y año, mientras que en la otra, en Canarias, la misma tasa es de 98[10] (fig. 2). A pesar de que dichas tasas no están ajustadas, y por tanto las cifras deberían matizarse, a todos nos asalta la pregunta: imaginemos que los canarios gozan de una salud comparable a la de los baleáricos, ¿se podrían haber evitado entonces 47 ingresos por cada mil habitantes y año en las Islas Baleares? No parece que esta diferencia sea un volumen de ingresos, y de costes, nada despreciable.

Los pacientes crónicos son la principal fuente de demanda evitable de atención hospitalaria, ya que se considera que programas de intervención comunitaria podrían evitar el uso de un recurso, el hospital, desproporcionado para las necesidades de estos colectivos y, aún más, a menudo perjudiciales. Como ya se ha comentado en la introducción, en EE.UU. existe en la actualidad mucho interés en la gestión o coordinación de casos con el fin de aumentar la capacidad resolutiva en la atención primaria. A pesar de estos esfuerzos, los primeros resultados de los nuevos programas de Medicare no parecen reducir, al menos hasta este momento, las tasas de hospitalización de las comunidades intervenidas. Sin embargo, los más optimistas apuntan que, aunque aún no hay ahorro, sí que se reducen ingresos innecesarios, reducción compensada por un hecho positivo que es la aparición de hospitalizaciones de pacientes que en realidad necesitan el hospital y que sin dichos programas no lo hubieran hecho[11].

Por otro lado, las intervenciones comunitarias en el campo de la Geriatría, si están bien orientadas, empiezan a tener buenos resultados. El trabajo geriátrico activo de enfermeras en la atención primaria de un programa *Evercare Health Plans* (programas vinculados a Medicare y Medicaid) en EE.UU. está evitando hospitalizaciones innecesarias de pacientes ancianos ingresados en residencias de larga estancia[12], aspecto que se ha confirmado en un programa catalán de intervención asistencial en residencias geriátricas, que ha demostrado que con una adecuada actuación preventiva las hospitalizaciones de ancianos se pueden reducir prácticamente a la mitad[13].

Reducir las estancias inadecuadas y mejorar la gestión de camas

Se considera una hospitalización inadecuada la que, desde el punto de vista estrictamente clínico, podría ser atendida en otro ámbito asistencial menos costoso. Gertman y Restuccia desarrollaron, hace ya 30 años, un método de valoración de la inadecuación de los ingresos y de las estancias hospitalarias: *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP)[14] valora dicha adecuación a partir del estado clínico del paciente, de la intensidad de los servicios médicos y de los cuidados de enfermería. AEP contiene 27 criterios, y para considerarse inadecuada una estancia debe incumplirlos todos. Pues bien, en estos 3 decenios de vida de AEP se han publicado multitud de estudios basados en él, donde se

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Tabla 1
Selección de estudios que emplean el *Appropriateness Evaluation Protocol*

Especialidad	País	Año	Inadecuación
Varias	EE.UU.	1987	12-39%[15]
Pediatría	EE.UU.	1988	21%[16]
Medicina Interna	España	2001	13-17%[17]
Cirugía General	España	2005	17,6%[18]
Medicina Interna	Dinamarca	2010	24,5%[19]

demuestra que en todos los países, en todos los tiempos y en todas las especialidades siempre se descubre que hay unos márgenes superiores al 10% para combatir el fenómeno del ingreso inadecuado. En la tabla 1 se muestra una pequeña selección de estudios AEP[15–19]. En el sustrato de las estancias inadecuadas persisten problemas muy variados, como las estancias preoperatorias innecesarias, los ingresos para programación de pruebas diagnósticas, las pautas de alta de algunos médicos excesivamente conservadoras, los propios problemas sociofamiliares de los pacientes o bien la falta de recursos sociosanitarios.

Antón et al.[20] propusieron un instrumento (AdeQhos) que reduce el AEP a solo 7 criterios, pero lo que hace más atractivo este método es que el cuestionario que lo sustenta está pensado para ser rellenado en la cabecera del enfermo en el mismo momento del pase de visita. Allí el médico valora la adecuación de la estancia del día anterior. Pienso que, en las actuales circunstancias de carencia de recursos presupuestarios, sabiendo de antemano que existen importantes márgenes para la mejora de las estancias hospitalarias, los gestores clínicos deberían esforzarse para precisar aún más la indicación de hospitalización, ya que la estancia hospitalaria sigue siendo un recurso sanitario muy caro.

El GRD (Grupos Relacionados con el Diagnóstico) es un sistema americano estandarizado de catalogación de las altas hospitalarias que permite la comparación de la gestión de camas entre hospitales. Este método requiere grandes bases de datos. Con los GRD no se puede saber, por tanto, si un ingreso en concreto está justificado o no, pero, en cambio, es un instrumento muy potente para analizar la gestión de camas de los servicios médicos y de los hospitales. En la figura 3 se presenta la evolución de un quinquenio del índice de estancias ajustadas del Hospital de Sant Pau de Barcelona, comparado con una extensa base de datos de hospitales de parecido tamaño y complejidad.

En 2006, el Hospital de Sant Pau tenía un índice de estancias ajustadas de 1,09, lo cual debe interpretarse como que el centro consumió un 9% más de camas de lo que lo hubiera hecho la media de los centros de la base de datos con la cual se comparaba, entendiendo, claro, que se ajustaba la complejidad de la casuística. Con esta premisa se estima que en aquel año el hospital consumió un exceso de 46 camas. Véase que a través de esta metodología lo que marca el exceso no es un protocolo previo, sino los datos reales de otros centros. Es, pues, el *benchmarking* quien incentiva el progreso. En la figura 3 se ve una mejora sostenida de este índice,

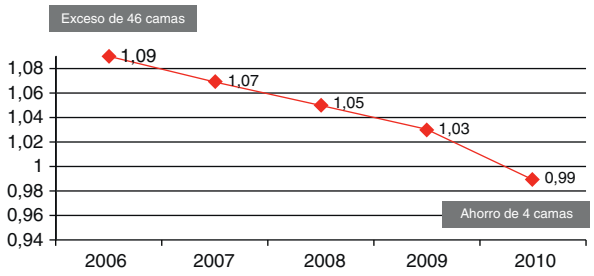

Figura 3. Evolución del índice de estancias ajustadas del Hospital de Sant Pau de Barcelona.

hasta llegar a 2010 (primer año de funcionamiento de las nuevas instalaciones) con un índice de 0,99 (ahorro de 4 camas). La lectura de todo ello es que si el centro no hubiera hecho un proceso de mejora continua de la gestión de camas con relación a los hospitales de su nivel, hoy probablemente necesitaría 50 camas de más para resolver exactamente la misma casuística.

Reducir las actuaciones desproporcionadas

Smith y Hillner[21] publicaron recientemente un trabajo sobre la necesidad de limitar costes en el cáncer avanzado, como reducir la segunda y tercera líneas del tratamiento de tumores sólidos a la monoterapia secuencial, o bien ajustar con más precisión la necesidad de factores estimuladores de leucocitos. Los autores aconsejan sobre todo que médicos y pacientes sean más realistas con las expectativas de la enfermedad, y que las pautas paliativas se consoliden mejor en el mundo de la Oncología. Aún más reciente es la publicación del informe de la Comisión de Oncología de *The Lancet*[22], donde, en la misma línea, se recomienda introducir más reflexión a la alocada escalada de costes de los tratamientos anticancerosos, muchos de los cuales deberían demostrar mejor su aportación a la calidad de vida de los pacientes.

Estudios recientes indican que la proximidad de la muerte es el trazador principal de los costes sanitarios. Los gastos en la provisión de servicios sanitarios en el último año de la vida de las personas en los países del primer mundo se estima que son 13,5 veces superiores a los del consumo estándar. Y si se precisa aún más, en los pacientes ingresados en los hospitales, en el último mes de la vida, los costes son 8,6 veces superiores que en los ingresos hospitalarios de los mismos pacientes en los últimos 6 meses de vida[23–25].

Uno se pregunta por qué tantas personas de edades muy avanzadas mueren cada día en servicios de urgencias y en salas de hospitalización. ¿No sería más adecuado que se abordara el final de la vida de los pacientes geriátricos a domicilio con el apoyo profesional de equipos de enfermería y médicos especializados? Estoy convencido, como ha pasado con los equipos domiciliarios del tratamiento paliativo oncológico, que si a las familias se les ofrecen garantías de servicio sanitario a domicilio, muchas de ellas aceptarían que sus ancianos pasasen los últimos momentos de vida en casa, como había ocurrido siempre.

Mejorar el tratamiento clínico de los pacientes geriátricos frágiles hospitalizados

Los pacientes geriátricos frágiles son una parte muy importante de los enfermos ingresados en los hospitales; al menos en nuestro hospital los mayores de 84 años representan un 8,5% (2.764 en el último año). Muchos de ellos ingresan por enfermedades médicas fruto de la reagudización de procesos crónicos, pero de hecho otros ingresan en cualquier servicio por múltiples razones, sin menoscabo de las quirúrgicas, tanto urgentes como programadas. Pero los resultados de dichas hospitalizaciones (estancia media, mortalidad, destino al alta y readmisiones posteriores) están influidos por circunstancias propiamente geriátricas, al margen de los diagnósticos clínicos que han provocado el ingreso, tales como: nivel cognitivo, nivel funcional, nivel nutricional y circunstancias sociofamiliares, entre otras[26]. Por lo tanto, si se aborda, pongamos por ejemplo, una intervención de próstata en un paciente muy anciano y no se tienen en cuenta todos los elementos geriátricos enumerados anteriormente, lo más probable es que aparezcan complicaciones, la estancia se alargue y los costes se disparen.

En todos los hospitales del mundo se están poniendo en marcha iniciativas diversas para mejorar los resultados de los pacientes frágiles ingresados. Veamos, pues, 3 experiencias seleccionadas:

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

1. En una revisión Cochrane se proponen intervenciones multidisciplinares basadas en la promoción del ejercicio físico durante los días de ingreso. Según los autores, esta actuación reduce la estancia media, a pesar de que no se demuestra que mejore los resultados clínicos[27].
2. En el segundo ejemplo elegido se defiende una revisión integral, por parte de un farmacéutico, de la medicación del paciente geriátrico aprovechando su ingreso en Medicina Interna. Esta actuación reduce, con posterioridad, el número de visitas y la frecuentación de Urgencias, pero no actúa sobre los resultados inmediatos[28].
3. El tercer ejemplo trata de una propuesta del Hospital La Paz de Madrid de constitución de una unidad de Ortogeriatría para el manejo clínico de pacientes intervenidos de fractura de cadera. Dicha unidad demuestra que reduce la estancia hospitalaria, incluida la recuperación funcional, en un 11%, y un ahorro por paciente de entre 1.207 y 1.633 €[29].

Estas experiencias, y muchas otras que van en la misma dirección, apuntan soluciones fragmentadas pero no resuelven de manera global el problema del tratamiento integral de los pacientes geriátricos frágiles ingresados en los hospitales. Pero si lo que nos interesa es el problema en su conjunto, nos deberíamos fijar en los 2 siguientes trabajos:

El primero es una revisión sistemática realizada en el Reino Unido sobre la aplicación de la «evaluación geriátrica global» en pacientes frágiles con hospitalizaciones de menos de 72 horas, la cual, curiosamente, no aporta ningún beneficio en cuanto a la mejora de resultados[30].

En el segundo trabajo, en cambio, sí que parece concluyente la evidencia de un metaanálisis hecho por un equipo español a partir de 11 estudios de varios países, los cuales pretendían analizar la supuesta eficiencia de las unidades de geriatría de agudos. Este metaanálisis demuestra que dicho modelo organizativo es más eficiente que el tratamiento de estos enfermos en unidades convencionales. Según el trabajo estadístico presentado, las unidades de geriatría de agudos consiguen disminuir el deterioro funcional de estos pacientes en el momento del alta y obtienen una mayor probabilidad de su retorno a domicilio (sin pasos previos a sociosanitarios o estructuras parecidas), además de una reducción de las estancias medias y de los costes hospitalarios[31].

Por todo ello, pienso que todos los hospitales deberían considerar seriamente la estructuración de unidades de geriatría de agudos y, si ello no les es posible, al menos deberían promover la implantación de la innovación asistencial que dichas unidades aportan, como son: la evaluación geriátrica de los pacientes supuestamente frágiles, el trabajo en equipo multidisciplinario en las salas de hospitalización y el plan de cuidados centrado en las necesidades individualizadas de cada uno de los pacientes geriátricos.

Actualizar protocolos para mejorar resultados y costes

Algunas especialidades están intentando contribuir a la racionalización del uso de recursos sanitarios a través de la revisión de guías de práctica clínica, pero esta vez no solo concentrándose en la evidencia científica, sino además intentando averiguar cuáles son las actuaciones que mejoran a la vez los resultados clínicos y el bienestar del paciente.

En la literatura médica existen varios ejemplos de actualización de pautas para la cirugía de colon, como: *Fast track colorectal surgery*[32], *Enhanced recovery pathways*[33] o *Rehabilitación multimodal en cirugía colorrectal*[34,35]. Estos protocolos no introducen ninguna novedad *per se*, simplemente se limitan a pautar muchos aspectos de la práctica que en la mayoría de servicios quirúrgicos son obviados, o bien su aplicación se deja al criterio del profesional, como por ejemplo: implicar al paciente en el proceso a través de una cuidada información previa, adoptar medidas que preserven la función intestinal, evitar terapias de laxación del colon, preservar la temperatura corporal durante la intervención quirúrgica, evitar sondajes, reducir la sueroterapia, anestesiar vía catéter peridural, intervenir con invasión mínima, aplicar pautas analgésicas intensas pero libres de opiáceos, acelerar el inicio de la deambulación, prever el alta del hospital de manera temprana, etc. Es obvio que en esta lista de criterios no hay ninguna sorpresa. La novedad consiste en ir a buscar, desde el ejercicio profesional, el cumplimiento sistemático de criterios de actuación que mejoran los resultados clínicos, aumentan el bienestar del paciente y, lógicamente, reducen estancias hospitalarias, reingresos y costes.

En 2006, un amplio trabajo realizado en las unidades de cuidados intensivos de los hospitales de Michigan[36] sorprendió al mundo entero al demostrar que habían conseguido reducir las bacteriemias e infecciones de catéter (desde 2,7 a 0 por 1.000 días de catéter) gracias a aplicar un recetario tan sencillo como el siguiente: lavar las manos, adoptar precauciones quirúrgicas en las maniobras de introducción del catéter, limpiar la piel afectada con clorhexidina, evitar la vía femoral siempre que sea posible y retirar los catéteres lo antes que se pueda. En este trabajo también se observa cómo a través del pautado sistemático de una técnica clínica compleja se consigue una mejora impresionante de resultados, tanto clínicos como económicos, sobre todo si se tiene en cuenta que se estima que una bacteriemia originada por un catéter puede tener un sobrecoste de 45.000 $ por cada caso (cifras evidentemente norteamericanas).

Reducir pruebas diagnósticas inútiles o redundantes

Se consideran pruebas inútiles o redundantes aquellas que no aportan nada al proceso diagnóstico o de seguimiento de la evolución de una enfermedad. También deben considerarse como tales aquellas que se siguen prescribiendo a pesar de la introducción en el mercado de nuevas pruebas que aportan más datos o bien son más precisas. La literatura médica muestra, de manera extensa, que las pruebas diagnósticas inútiles o redundantes pueden ser eliminadas sin disminuir en absoluto la calidad de la prestación sanitaria. Con los trabajos que ya conocemos sobre radiaciones acumulativas, creo que hoy en día los clínicos deberían ser un poco más cuidadosos con las indicaciones de pruebas de imagen, sobre todo en el seguimiento de la evolución de determinadas enfermedades. En la tabla 2 se han seleccionado algunos ejemplos de la literatura médica publicada al respecto[37–40].

Reducir visitas sucesivas innecesarias

Cuando un paciente sufre un proceso clínico significativo en su vida, como un diagnóstico de un tumor o una intervención cardíaca, tiene tendencia a considerar el hospital como su referente, más allá de lo razonable. A los especialistas también les gusta ver de vez en cuando a pacientes que están agradecidos y que les admiran. Todo ello es comprensible, pero la realidad es que muchas de estas visitas de seguimiento son muy costosas para el sistema, en primer lugar porque ocupan un tiempo de especialista que debería ser dedicado a atender nuevos casos, y en segundo lugar porque los especialistas, con todo el arsenal de pruebas de hospital en sus manos, son más proclives a prescribir pruebas de control más costosas que los médicos de familia.

El área de consultas externas del Hospital de Sant Pau atiende 356.000 visitas al año, de las cuales solo el 22% son primeras visitas, y por este motivo se ha diseñado un plan para reducir 23.000 visitas sucesivas de las que se podrían considerar, *a priori*, innecesarias. En la figura 4 se muestran los servicios con una ratio mayor de reiteración de visitas en el Hospital de Sant Pau.

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Tabla 2
Ejemplos de trabajos sobre pruebas diagnósticas inútiles o redundantes que pueden ser eliminadas sin disminuir en absoluto la calidad de la prestación sanitaria

Características	Tipo de estudio	País	Año	Ahorro
Búsqueda de pruebas redundantes en 6.007 altas de hospital	Revisión de historias clínicas	EE.UU.	1998	1 M$[37]
Más del 50% de la población se había hecho algún test de laboratorio en el último año. Un 30% eran repeticiones. Se estiman los costes de las pruebas redundantes	Poblacional	Canadá	2003	13,9-35,9 M$Can[38]
Otawa ankle rules: protocolo para descartar fracturas de tobillo y pie medio	Metaanálisis de aplicación de protocolo	Canadá	2003	30-40% de radiografías[39]
El trabajo demuestra que las pruebas preoperatorias para cataratas no mejoran la seguridad clínica de la intervención	Colaboración Cochrane	-	2009	4-40 $Can por paciente[40]

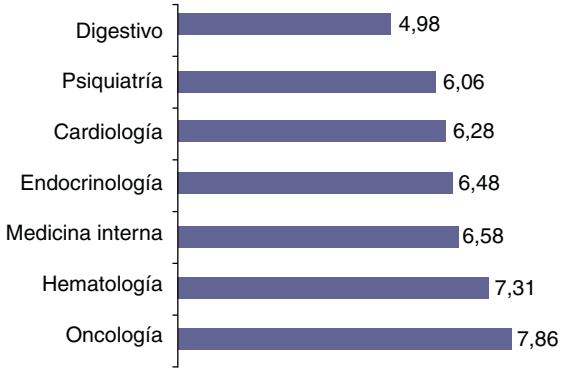

Figura 4. Servicios con una ratio mayor de reiteración de visitas en el Hospital de Sant Pau de Barcelona.

En estos servicios se concentra este plan de reducción de visitas sucesivas, que se deberá conseguir, imprescindiblemente, con la colaboración de los especialistas implicados en colaboración con los equipos de atención primaria.

Trabajo interno

Cada centro sanitario debe promover el trabajo interno necesario para poder ahorrar con criterio clínico. En el caso del Hospital de Sant Pau se ha creado una comisión, que es independiente de la Dirección, pero que cuenta con el apoyo logístico de ella (MAPAC: comisión para la mejora de la adecuación de la práctica clínica), que tiene por finalidad preservar y aumentar, si es posible, la calidad asistencial a unos costes más reducidos, a la vez que estimular la participación constructiva de todos los profesionales en la mejora de la efectividad clínica.

Los objetivos de MAPAC son los de reducir al máximo las prestaciones que:

- Sean ineficaces.
- No hayan demostrado ser eficaces o efectivas.
- Presenten un balance desfavorable de beneficios/costes o beneficios/riesgos.
- Tengan mejores alternativas, y que estas estén disponibles.

Para poder priorizar sus iniciativas, MAPAC ha adoptado 3 metodologías:

1. Encuesta a todos los jefes de servicios sobre propuestas que ellos harían a la comisión desde su posición, de acuerdo con los objetivos marcados.
2. Adopción de la metodología GRADE *(Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)*[41]. Esta técnica está desarrollada por un grupo internacional, multidisciplinar y representativo del campo de las guías de práctica clínica. GRADE establece unos criterios explícitos para clasificar la calidad de la evidencia y propone una sistemática para graduar la fuerza de las recomendaciones.
3. *Do not do* del NICE *(National Institute for Health and Clinical Excellence)* de Inglaterra[42]. Se trata de una base de recomendaciones de cosas que no se deberían hacer. En septiembre de 2011, la base dispone de 807 recomendaciones agrupadas en 21 áreas. MAPAC envió a cada jefe de servicio la lista *Do not do* de su especialidad y se le pidió que contestara, a la comisión MAPAC, cuántas de aquellas actuaciones se estaban realizando en su servicio. El resultado fue de un cumplimiento del 85,7%, lo que dio lugar a que la comisión pudiera abordar en sus planes el 14,3% del incumplimiento *Do not do* detectado.

MAPAC se creó en marzo de 2011 y 6 meses más tarde, después del plan metodológico explicado, dispone del siguiente programa de actuación:

1. Incentivación del cambio (en las salas de hospitalización) de la vía intravenosa a la oral del paracetamol en pacientes que empiezan a deglutir (sobre todo en procesos postoperatorios).
2. Revisión de las indicaciones de la quimioterapia y/o agentes biológicos en pacientes con cáncer colorrectal avanzado.
3. Revisión de las indicaciones de las pruebas de imagen complejas en pacientes con tumores digestivos.
4. Revisión de las prescripciones farmacéuticas inadecuadas en pacientes ancianos hospitalizados.
5. Revisión de las mamografías potencialmente inadecuadas.
6. Revisión de las solicitudes no justificadas de los estudios de anemia.

Discusión y conclusiones

Concentrar el gasto sanitario solo en las acciones que aportan valor añadido a la salud de las personas parece una quimera, ya que en el campo en el que se mueve el sector de los servicios sanitarios hay muchos actores y muchos intereses variados que, aunque lícitos, no todos apuntan en la dirección del lema porteriano *better health per dollar spent*. En este artículo se apuntan varias líneas de trabajo como: reducir la demanda inapropiada, reducir las estancias innecesarias, mejorar la gestión de camas, reducir las actuaciones desproporcionadas, mejorar el tratamiento clínico de los pacientes geriátricos frágiles hospitalizados, actualizar protocolos, reducir pruebas diagnósticas inútiles y visitas sucesivas innecesarias. Se propone que todo este inmenso trabajo, para el cual siempre hay márgenes para la mejora estimados en un valor que acostumbra a ser superior al 10%, se creen comisiones internas que, con método y perseverancia, deben aconsejar a la organización sobre las decisiones que se deben ir tomando para concentrar los presupuestos solo en las acciones que muestran, de manera clara, que aportan valor a la salud de las personas.

En resumen, para conseguir ahorrar con criterio clínico hay 2 elementos imprescindibles: la implicación de los propios pacientes en sus planes terapéuticos y el liderazgo de los profesionales en el

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

desarrollo de modelos organizativos. Esta nueva aproximación a la organización de la sanidad tiene aún algunas limitaciones metodológicas, las cuales resumiríamos en: problemas culturales para estructurar equipos multidisciplinares transversales especializados en determinadas enfermedades (que gocen de plena autonomía en los 3 niveles asistenciales), problemas para catalogar los resultados de salud de los pacientes a medio y largo plazo y, por fin, problemas para conseguir modelos de pago estables en base a calidad y resultados clínicos conseguidos, en lugar de la tradicional capitación o bien los pagos por actividad. A pesar de ello, y a la espera de resolver estos problemas, cada organización debería avanzar proponiendo internamente que no se gaste ningún euro en acciones redundantes, inútiles o que no tengan un objetivo claro para la salud de los pacientes.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. JAMA. 2007;297:1103–11.
2. Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med. 2010;363:2477–81.
3. Department of Health Equity and Excellence: Liberating the NHS. 2010 [consultado 5 Mar 2012]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_117353
4. Ham C, Smith J, Eastmure E. Commissioning integrated care in a liberated NHS. London: Nuffield Trust; 2011.
5. Iglehart JK. Assessing an ACO prototype–Medicare's Physician Group Practice demonstration. N Engl J Med. 2011;364:198–200.
6. Cys J. Accountable Care Organizations: a new idea for managing Medicare. American Medical News [consultado 5 Mar 2012]. Disponible en: http://www.ama-assn.org/amednews/2009/08/31/gvsa0831.htm
7. Accountable Care Organizations: improving care coordination for people with Medicare [consultado 5 Mar 2012]. Disponible en: http://www.healthcare.gov/news/factsheets/2011/03/accountablecare03312011a.html
8. The White House [consultado 11 Ene 2012]. Disponible en: www.whitehouse.gov/healthreform/healthcare-overview
9. Appleby J, Raleigh V, Frosini F, Bevan G, Gao H, Lyscom T. Variations in Health Care. The good, the bad and the inexplicable. The King's Fund. 2011 [consultado 5 Mar 2012]. Disponible en: http://www.kingsfund.org.uk/publications/healthcare_variation.html
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [consultado 11 Ene 2012]. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/home.htm
11. Peikes D, Chen A, Schore J, Brown R. Effects of care coordination on hospitalization, quality of care, and health care expenditures among Medicare beneficiaries: 15 randomized trials. JAMA. 2009;301:603–18.
12. Kane RL, Keckhafer G, Flood S, Siadaty MS. The effect of Evercare on hospital use. J Am Geriatr Soc. 2003;51:1427–34.
13. Díaz-Gegúndez Paluzie G, Sanz-Ballester C, Boada-Mejorana M, Terré-Ohme S, Ruiz-Poza D. Evaluación de un programa de intervención en residencias geriátricas para reducir la frecuentación hospitalaria. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46:261–4.
14. Gertman PM, Restuccia JD. The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. Med Care. 1981;19:855–71.
15. Payne SM. Identifyng and managing inappropriate hospital utilization: a policy synthesis. Health Serv Res. 1987;22:709–69.
16. Kemper KJ. Medically inappropriate hospital use in a pediatric population. N Engl J Med. 1988;318:1033–7.
17. Ollero Baturone M. Adecuación y utilidad del ingreso hospitalario. Med Clin (Barc). 2001;116:655–7.
18. Antón P, Peiró S, Aranaz JM, Calpena R, Compañ A, Leutscher E. Uso inadecuado de la hospitalización en cirugía general. Magnitud, factores asociados y causas. Cir Esp. 2005;78:183–91.
19. Brabrand M, Knudsen T, Hallas J. Do acutely admitted medical patients comply with the Appropriatness Evaluation Protocol? Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2010;18 Suppl:9.
20. Antón P, Peiró S, Aranaz JM, Calpena R, Compañ A. AdeQhos, un instrumento para la evaluación de la adecuación de la hospitalización en el pase de visita. Rev Calid Asist. 2002;17:591–9.
21. Smith TJ, Hillner BE. Bending the cost curve in cancer care. N Engl J Med. 2011;364:2060–5.
22. Sullivan R, Peppercorn J, Sikora K, Zalcberg J, Meropol NJ, Amir E, et al. Delivering affordable cancer care in high-income countries. Lancet Oncol. 2011;12:933–80.
23. Seshamani M, Gray AM. A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs. J Health Econ. 2004;23:217–35.
24. Polder JJ, Barendregt JJ, Van Oers H. Health care costs in the last year of life. The Dutch experience. Soc Sci Med. 2006;63:1720–31.
25. Kardamanidis K, Lim K, Da Cunha C, Taylor LK, Jorm LR. Hospital costs of older people in New South Wales in the last year of life. Med J Aust. 2007;187:383–6.
26. Campbell SE, Seymour DG, Primrose WR. A systematic literature review of factors effecting outcome in older medical patients admitted to hospital. Age Ageing. 2004;33:110–5.
27. Morton N, Keating J, Jeffs K. Exercise for acutely hospitalised older medical patients. Cochrane Database Syst Rev. 2007;CD005955.
28. Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, Garmo H, Hammarlund-Udenaes M, Toss H, et al. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. Arch Intern Med. 2009;169:894–900.
29. González Montalvo JI, Gotor PérezF P., Martín Vega A, Alarcón Alarcón T, Álvarez de Linera JL, Gil Garay E. La unidad de ortogeriatría de agudos. Evaluación de su efecto en el curso clínico de los pacientes con fractura de cadera y estimación de su impacto económico. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46:193–9.
30. Conroy SP, Stevens T, Parker SG, Gladman JR. A systematic review of comprehensive geriatric assessment to improve outcomes for frail older people being rapidly discharged from acute hospital: 'interface geriatrics'. Age Ageing. 2011;40:436–43.
31. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas SL. Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos: metaanálisis de estudios controlados. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46:186–92.
32. Counihan TC, Favuzza J. Fast track colorectal surgery. Clin Colon Rectal Surg. 2009;22:60–72.
33. Adamina M, Kehlet H, Tomlinson GA, Senagore AJ, Delaney CP. Enhanced recovery pathways optimize health outcomes and resource utilization: A meta-analysis of randomized controlled trials in colorectal surgery. Surgery. 2011;149:830–40.
34. Gil-Egea MJ, Martínez MA, Sánchez M, Bonilla M, Lasso C, Trillo L, et al. Rehabilitación multimodal en cirugía colorrectal electiva. Elaboración de una vía clínica y resultados iniciales. Cir Esp. 2008;84:251–5.
35. Salvans S, Gil-Egea MJ, Martínez-Serrano MA, Bordoy L, Pérez S, Pascual M, et al. Rehabilitación multimodal en cirugía electiva colorrectal: evaluación de la curva de aprendizaje con 300 pacientes. Cir Esp. 2010;88:85–91.
36. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. N Engl J Med. 2006;355:2725–32.
37. Bates DW, Boyle DL, Rittenberg E, Ma'Luf N, Menkin V, Winkelman JW, et al. What proportion of common diagnostic tests appear redundant. Am J Med. 1998;104:361–8.
38. Walraven CV, Raymond M. Population-based study of repeat laboratory testing. Clin Chem. 2003;49:1997–2005.
39. Bachmann L, Kolb E, Koller T, Steurer J, Ter Riet G. Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: systematic review. BMJ. 2003;326:1–7.
40. Keay L, Lindsley K, Tielsch J, Katz J, Schein O. Routine preoperative medical testing for cataract surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2009;CD007293. DOI: 10.1002/14651858.CD007293.pub2.
41. GRADE working group [consultado 11 Ene 2012]. Disponible en: www.gradeworkinggroup.org
42. National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE 'do not do' recommendations [consultado 11 Ene 2012]. Disponible en: www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/index.jsp