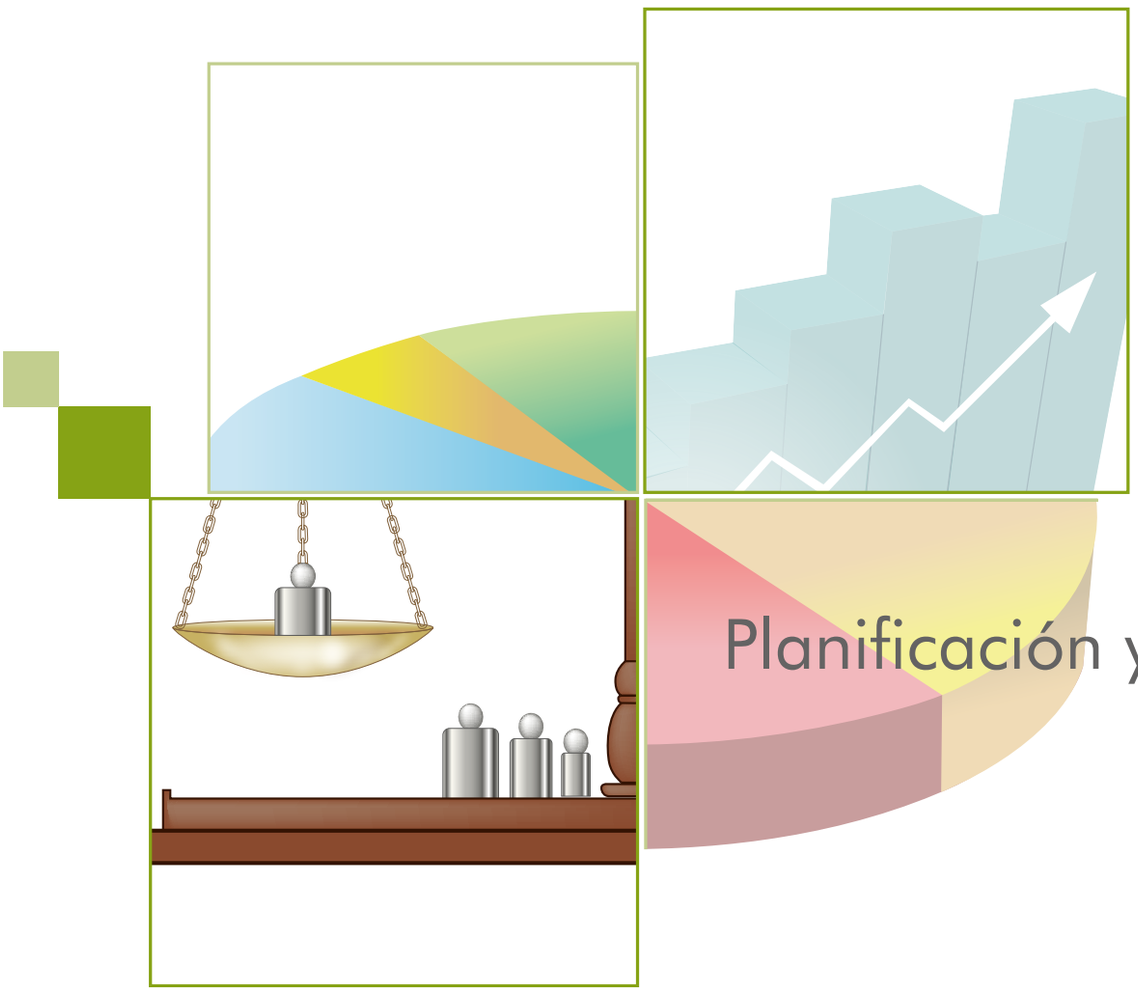

Planificación y gestión

11.ª edición

Manual CTO de Medicina y Cirugía

Grupo CTO
Editorial

Para más contenido ir a “ www.BMpdf.com ”

Para más contenido ir a “ www.BMpdf.com ”



11.ª edición

Manual CTO de Medicina y Cirugía

Autores

Toni Soriano Colomé
Víctor Quirós González
Marcos Alonso García
Antonio Martín Conejero
Gonzalo Martínez-Alés García

Directores de la obra

Juan José Ríos Blanco
Luis Cabeza Osorio

Grupo CTO
Editorial

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "

Índice

01. Salud y sistemas sanitarios **1**

1.1. Introducción 1
1.2. Sistemas sanitarios 1
1.3. El Sistema Nacional de Salud español 2

02. Planificación sanitaria **3**

2.1. Introducción 3
2.2. Niveles de planificación 3
2.3. Evaluación 3

03. Atención sanitaria **5**

3.1. Atención primaria 5
3.2. Atención hospitalaria o especializada 6

04. Evaluación económica **9**

4.1. Eficacia, efectividad y eficiencia 9
4.2. Tipos de costes 9
4.3. Evaluación de la eficiencia: análisis de costes 10

05. Calidad asistencial y seguridad del paciente **13**

5.1. Introducción 13
5.2. Componentes de la calidad asistencial 13
5.3. Monitorización, evaluación, normalización y certificación de la calidad. Modelos de gestión de la calidad 13
5.4. Seguridad del paciente 14

Bibliografía **16**

Para más contenido ir a “ www.BMpdf.com ”

Para más contenido ir a “ www.BMpdf.com ”

Para más contenido ir a “ www.BMpdf.com ”



ORIENTACIÓN MIR

Tema moderadamente preguntado en el MIR. Destacan las definiciones del primer apartado, especialmente los determinantes de la salud y la promoción y prevención de la misma, así como las características del SNS español.

1.1. Introducción

La OMS llama **salud** al estado completo de bienestar físico, mental y social. De acuerdo con el modelo de Lalonde, existen cuatro factores determinantes de la salud:

- Biológicos o genéticos.
- Ambientales.
- Secundarios a hábitos de vida.
- Dependientes del sistema de cuidados.

Estos factores se relacionan entre sí mediante interacciones muy complejas. Algunos autores, como Vicente Pastor, afirman que son el ambiente y los hábitos los que más determinan la salud de las poblaciones **(Figura 1).** De los cuatro factores, es el cambio en los hábitos de vida el que produce mayor ganancia en salud o reducción en morbimortalidad.

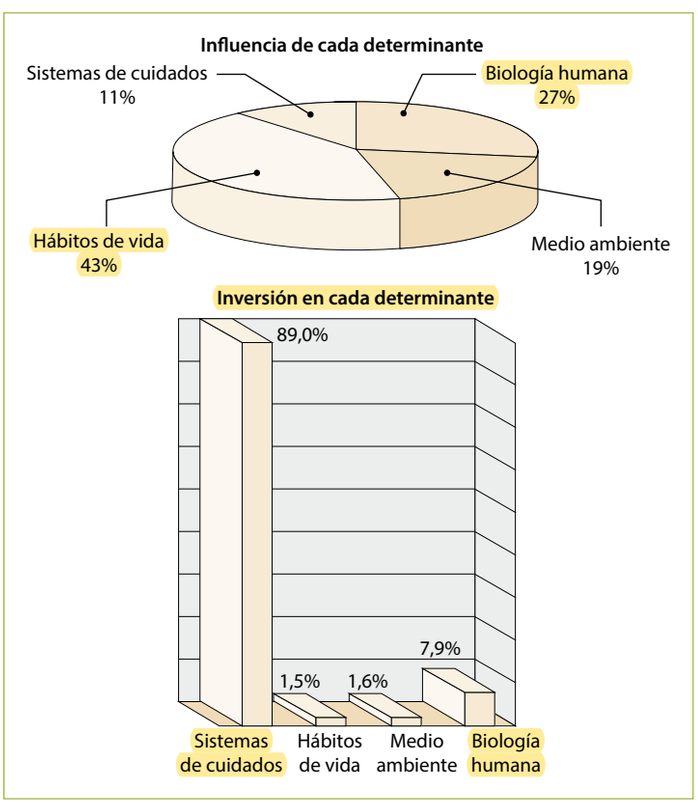

Figura 1. Determinantes de la salud por influencia y por inversión (modificado de Lalonde, 1974)

Se llama **promoción de la salud** al proceso que permite a las personas incrementar el control de su salud para mejorarla, incidiendo de manera individual. Una de las estrategias principales para ello es la **educación para la salud,** que consiste en la combinación de actividades de información y educación que llevan a que la población desee estar sana, sepa alcanzar su salud y haga lo que pueda a nivel individual o colectivo para mantener su salud.

La **protección de la salud** incluye las acciones que mejoran la salud, incidiendo en factores ambientales como la salud ambiental y la seguridad alimentaria.

Recuerda

El cambio en los hábitos de vida produce la mayor ganancia en salud, mientras que el mayor gasto está dirigido a los sistemas de cuidados.

1.2. Sistemas sanitarios

El término **sistema de salud** engloba todas las actividades orientadas a promover, mantener o restablecer la salud de la población. El **sistema sanitario (SS)** es uno de sus componentes. Incluye el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos formales que se emplean con tres objetivos finales:

- Mejorar la salud individual y colectiva.
- Ofrecer un trato adecuado a los usuarios.
- Garantizar su propia seguridad financiera.

Otro componente relevante del sistema de salud son las redes informales de cuidado (familiares, vecinos), que suponen hasta el 88% de respuesta social a la enfermedad.

Cada SS tiene cuatro **elementos o actores** fundamentales:

- Usuarios.
- Proveedores de atención sanitaria.
- Financiadores.
- Administración.

Y se estructura en torno a tres **funciones:**

- Financiación del sistema.
- Prestación de los servicios médicos.
- Regulación normativa.

En la práctica, existen tres **modelos** clásicos de SS basados en servicio de salud, seguridad social o libre mercado sanitario **(Tabla 1).** Sin embargo, la mayor parte de sistemas tienen peculiaridades propias y en todos los casos coexisten servicios públicos y privados.

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "

	Servicio de salud (Beveridge)	Seguros sociales (Bismarck)	Libre mercado sanitario (Liberal)
Financiación	Pública (impuestos generales)	Pública (cotizaciones)	Privada (directa o cotizaciones)
Prestación de servicios médicos	Pública con cobertura universal	Pública/ privada	Privada
Ventajas	Equidad y control del gasto	Libertad de elección	Competitividad: estimula avances científicos

Tabla 1. Modelos de sistema sanitario

1.3. El Sistema Nacional de Salud español

El actual Sistema Nacional de Salud (SNS) de España es un ejemplo de modelo de Beveridge, y se regula principalmente por la **Ley 14/1986 General de Sanidad.** Se caracteriza por **(MIR 17-18, 218):**

- Financiación pública.
- Universalidad.
- Gratuidad.
- Atención integrada (integración de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).
- Atención integral (esferas física, psíquica y social).
- Descentralización territorial (en 2002 se completó la transferencia de los servicios sanitarios a las comunidades autónomas).

La **Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS** y el Real Decreto 1030/2006 definen el catálogo de prestaciones para minimizar las desigualdades y garantizar la equidad en el territorio nacional. Se llama **equidad,** en este contexto, a la posibilidad que tiene un sujeto de ser atendido por el sistema sanitario, independientemente de su condición social, sexo o lugar de nacimiento.

El **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud,** organismo encargado de coordinar las diferentes Consejerías de Salud autonómicas, tiene un carácter consultor, y sus recomendaciones no son de obligado cumplimiento. Como resultado, en este momento existen **múltiples fórmulas de gestión** de los servicios sanitarios dentro del SNS español, con modalidades públicas, privadas y mixtas.

En 2002 se completó la **transferencia** de los servicios sanitarios a las comunidades autónomas, con lo que se **descentralizó** la administración del SNS.

Preguntas MIR **MIR 17-18, 218**

Ideas Clave

- ✓ El determinante de la salud más relevante es el conjunto de los hábitos de vida.
- ✓ El determinante en el que más se invierte es el sistema de cuidados.
- ✓ El sistema de salud se compone de sistema sanitario y de otros elementos, como las redes de cuidados informales.
- ✓ El Sistema Nacional de Salud (SNS) español es un ejemplo de modelo Beveridge de servicio de salud.
- ✓ El SNS garantiza financiación pública, universalidad, equidad, gratuidad y atención integral.

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "



ORIENTACIÓN MIR

Lo más importante es el concepto y tipos de indicadores. Además, trata de entender las diferencias generales entre niveles de planificación.

2.1. Introducción

La **planificación sanitaria** permite escoger, organizar y evaluar los recursos y actividades necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una población. Incluye la **planificación de la salud** (la modificación de los determinantes de la salud) y la **planificación de la atención de la salud**, siendo esta última la principal receptora de inversión.

En la planificación sanitaria se suceden varias funciones:

1. **Identificación de la necesidad de salud.** Es la diferencia entre el estado de salud observado (problema) y el estado de salud deseado. Puede partir de las recomendaciones de expertos o de lo percibido por la población. Se utilizan indicadores de salud, encuestas de salud o metodología cualitativa.
2. **Establecimiento de prioridades.** Según **importancia** (extensión y gravedad) y **vulnerabilidad** del problema (posibilidad potencial de solucionarlo con una intervención).
3. **Formulación de objetivos.**
4. **Identificación de recursos disponibles.**
5. **Determinación de actividades a implementar.**
6. **Ejecución del programa.**
7. **Evaluación.**

Recuerda

Se debe priorizar según la importancia del problema y/o según la vulnerabilidad del mismo a ser solucionado.

2.2. Niveles de planificación

Existen diferentes tipos de planificación según los objetivos perseguidos, las herramientas empleadas y el periodo de tiempo de implementación:

1. **Planificación normativa o política.** ¿Qué se quiere conseguir? Desarrolla objetivos globales a largo plazo, establecidos en un ámbito local, nacional o multinacional (OMS, Banco Mundial, UE). El resultado es la **política de salud.** Proporciona el marco en el que se desarrollan los demás niveles de planificación.
2. **Planificación estratégica.** ¿Cómo se puede conseguir? Su finalidad es trasladar a la práctica las líneas políticas: establecer una hoja de ruta. Persigue objetivos a medio plazo y selecciona las prioridades de acción de acuerdo con la política de salud. El resultado es el **plan de salud.**
3. **Planificación táctica o estructural.** Realiza el diagnóstico comunitario de las necesidades de salud, determina concretamente las actividades a realizar para lograr el objetivo estratégico y distribuye los recursos.
4. **Planificación operativa.** Ejecuta los objetivos tácticos mediante objetivos operacionales, a corto plazo.

Las planificaciones normativa y estratégica deben cumplir los criterios de **pertinencia** (justificación de la definición del objetivo a abordar) y **suficiencia** (grado de definición concreta del problema de salud).

El resultado de las planificaciones táctica y operativa es el diseño e implementación de un **programa de salud,** el conjunto actividades dirigidas a obtener esos objetivos específicos.

Todas ellas se integran entre sí jerárquicamente **(Tabla 1).**

Planificación	Generalidades	Resultado	Ejemplo
Normativa	• Objetivos políticos, ideológicos • Ámbito estatal, europeo, mundial	Políticas de salud	Mejorar la salud de los pacientes con trastorno mental grave
Estratégica	Hoja de ruta para desarrollar la planificación normativa: • Identifica problemas • Establece prioridades	Planes de salud	Aumentar la inserción laboral de los pacientes con trastorno mental grave
Táctica	Diagnóstico de causas y desarrollo de actividades para resolver los problemas identificados por la planificación estratégica: • Objetivos específicos • Diseño de actividades • Previsión de recursos	Programas de salud	Desarrollar una red de rehabilitación laboral específica para los enfermos con trastorno mental grave (calculando su coste e impacto potencial y diseñando recursos a implementar)
Operativa	Fija objetivos operacionales a través de los que ejecutar el programa de salud		Lograr una inserción del 50% de los pacientes con trastorno mental grave

Tabla 1. Niveles de planificación sanitaria

2.3. Evaluación

La evaluación es el proceso de medición de situaciones y su comparación con el objetivo. Nace de la necesidad de optimizar los recursos limitados.

Es un componente común a **todos los niveles** de planificación sanitaria **(Figura 1).** Utiliza indicadores, criterios y estándares.

- **Indicadores.** Variables que cuantifican una dimensión conceptual y producen un número. Permiten el establecimiento de comparaciones. Pueden ser:

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "

  - De estructura: si los recursos asignados a un programa son suficientes en cantidad o calidad.
  - De proceso: si la actividad ha sido cumplida y la calidad del cumplimiento.
  - De resultado: si la actividad ha generado los objetivos previstos.
- **Criterios.** Conjuntos de reglas que hay que cumplir para afirmar que una estructura o un proceso se han desarrollado de forma adecuada.
- **Estándar o norma.** Nivel que debe alcanzar un criterio para considerarse óptimo.

La evaluación es común a todo el proceso de planificación **(Figura 1).**

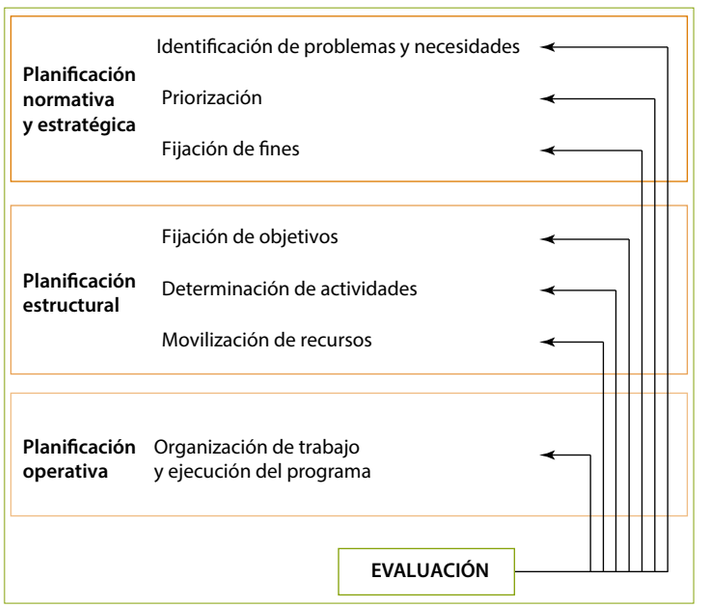

Figura 1. Papel de la evaluación en el proceso de planificación sanitaria

Recuerda

La evaluación es un paso común a todos los niveles de planificación. Los indicadores son variables numéricas y pueden cuantificar estructura, proceso o resultado.

Ideas Clave

- ✓ La planificación sanitaria incluye la planificación de la salud y la planificación de la atención a la salud.
- ✓ Se debe priorizar por importancia y/o por vulnerabilidad del problema de salud.
- ✓ Una necesidad de salud es la diferencia entre el estado de salud observado (problema) y el estado de salud deseado.
- ✓ La planificación normativa o política desarrolla objetivos abstractos e ideológicos a largo plazo.
- ✓ La planificación estratégica produce planes de salud (hojas de ruta) más concretas.
- ✓ La planificación táctica y la operativa establecen e implementan programas de salud específicos.
- ✓ La evaluación es común a todo el proceso de planificación y emplea indicadores, criterios y estándares o normas.

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "



ORIENTACIÓN MIR

Tema de cierta importancia. Recuerda las funciones principales de la Atención Primaria, el concepto de grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), así como el de la cirugía mayor ambulatoria (CMA). Algunos indicadores hospitalarios y el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) han sido preguntados de forma marginal en alguna ocasión.

La atención sanitaria en España puede dividirse en atención primaria y en atención hospitalaria o especializada. Ambas deben estar coordinadas para conseguir unos programas de salud efectivos y eficientes.

3.1. Atención primaria

La atención primaria es la **puerta de entrada al sistema sanitario** y, por ello, constituye una pieza clave en el correcto funcionamiento de éste, así como un punto imprescindible para la planificación sanitaria. Tiene el papel de actuar como filtro al acceso a la atención hospitalaria de cara a optimizar el consumo de recursos, lo que se conoce con el nombre de *gatekeeping*. Además, fomenta la relación y confianza médico-paciente dada la continuidad asistencial que comporta.

La declaración de Alma-Ata, aprobada por la OMS, sitúa la atención primaria como estrategia para alcanzar el mejor nivel de salud de los pueblos. La define como una atención sanitaria basada en técnicas sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, al alcance de los individuos, familia y comunidad a un coste aceptable para la comunidad y el país. Otorga un papel activo a la ciudadanía, reclama un derecho a la salud sin discriminaciones (equidad) y responsabiliza a los gobiernos de garantizar el cuidado de la salud de sus individuos **(MIR 18-19,125).**

Las funciones principales de la atención primaria consisten en:

- Asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto en consulta como en domicilio (articulación asistencial) a lo largo de la vida del enfermo (atención longitudinal).
- Indicación y prescripción de exploraciones complementarias y tratamientos. En caso de existir varias alternativas terapéuticas intercambiables, el sistema de precios de referencia determina el precio a pagar por ese grupo de medicamentos equivalentes **(MIR 16-17, 127).**
- Atención al individuo, la familia y la comunidad de forma integral desde la atención primaria, esto es, basándose no sólo en la esfera física, sino también en la esfera psíquica y en la esfera social **(MIR 15-16, 171).**
- Aportar una planificación sanitaria integrada en relación a programas dirigidos a patologías prevalentes con relevancia social: promoción y protección de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.
- Realización de programas específicos: educación de la salud, salud pública, salud mental, atención a drogodependencia, cuidados paliativos, dependencia en la tercera edad, atención a la mujer y violencia de género, salud bucodental…

Recuerda

Atención integrada en planificación sanitaria no es sinónimo de atención integral en atención primaria.

La **prevención de la salud** se define como el conjunto de medidas necesarias para evitar el desarrollo o progreso de enfermedades. La prevención se realiza a todos los niveles de la atención sanitaria, si bien la Atención Primaria es donde tiene más importancia. Existen cuatro tipos de prevención en función de su objetivo:

- **Primaria:** evitar la aparición de enfermedad (p. ej., vacunas).
- **Secundaria:** modificar la historia natural de la enfermedad detectándola en estadios asintomáticos e iniciando tratamiento precoz (p. ej., cribado mediante mamografía).
- **Terciaria:** mejorar la calidad y esperanza de vida de los pacientes (p. ej., rehabilitación cardíaca tras infarto agudo de miocardio).
- **Cuaternaria (MIR 18-19, 206):** disminuir la iatrogenia evitando las intervenciones médicas innecesarias (p. ej., no realizar una angio-TC a un paciente con enfermedad renal crónica grave si se puede diagnosticar mediante otra técnica de imagen).

Recuerda

El cribado o *screening* es una estrategia de prevención secundaria.

Las competencias de la gestión sanitaria y los presupuestos en cada ámbito territorial dependen de cada comunidad autónoma. Son coordinadas, de forma consultiva, por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS).

La atención primaria en cada comunidad autónoma se organiza en áreas de salud, delimitadas por factores geográficos, demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, climatológicos y de dotación de instalaciones y medios de comunicación. Cada área de salud da cobertura a 200.000-250.000 habitantes y debe elaborar un plan de salud que incluya las actividades sanitarias necesarias para cumplir los objetivos.

Un área de salud se compone de varias **zonas básicas de salud,** también delimitadas por criterios demográficos, geográficos y sociales, para dar servicio a 5.000-25.000 habitantes por zona básica de salud. Estas zonas básicas de salud tienen estructuras físicas y funcionales, los **centros de salud,** donde se desarrollan las actividades del equipo de atención primaria. Los centros de salud deben estar a un máximo de 30 minutos, en transporte privado, de cualquier municipio perteneciente a la zona básica de salud. Sus funciones son:

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "

- Albergar la estructura física para consultas y servicios asistenciales, así como los recursos para realización de exploraciones complementarias.
- Facilitar el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios (médicos de medicina familiar y comunitaria, pediatras, diplomados en enfermería, auxiliares de enfermería, matronas, fisioterapeutas, odontólogos, trabajadores sociales, personal de admisión y mantenimiento...).
- Servir de centro de reunión entre la comunidad y los profesionales sanitarios.
- Mejorar la organización administrativa.

3.2. Atención hospitalaria o especializada

La atención hospitalaria o especializada es la que más gasto sanitario consume; el apartado más importante de éste es el sueldo del personal sanitario. El objetivo de la atención especializada es ofrecer los servicios no disponibles desde atención primaria; incluye el ingreso hospitalario o a domicilio, así como urgencias y emergencias graves; mantiene objetivos comunes con la atención primaria como serían la formación de profesionales y el fomentar la promoción de la salud, la prevención y la educación sanitaria.

Los hospitales pueden clasificarse de distintas formas **(Tabla 1).**

	Tipos de hospitales
Por función	Generales, especiales y monográficos
Por estancia	• Corta estancia o de agudos • Larga estancia o de crónicos
Por complejidad	• Baja: medicina interna, cirugía, ginecología, pediatría • Media: diversas especialidades médicas y quirúrgicas • Alta: subespecialidades
Por dependencia patrimonial	• Públicos • Privados (con o sin ánimo de lucro)
Por demarcación territorial	• Hospital de área • Hospital de referencia de área • Hospital de referencia de la comunidad autónoma • CSUR (centros, servicios y unidades de referencia)

Tabla 1. Tipos de hospitales

Es necesario recabar un conocimiento útil y ajustado a la realidad de la atención especializada, con el objetivo de evaluar estructuras, procesos y resultados, para realizar mejoras del sistema sanitario. Los **sistemas de información sanitaria (SIS)** se encargan de la recogida, procesamiento, análisis y tratamiento de la información. Existen dos SIS principales en España, aprobados por el Consejo Interterritorial del SNS **(Tabla 2):**

- Encuesta de morbilidad hospitalaria (EMH).
- Conjunto mínimo básico de datos (CMBD) o *Minimum Data Set* (MDS).

SIS	Datos
EMH	Edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, diagnóstico al alta (previamente consideraba el diagnóstico al ingreso), tiempo de estancia y provincia de la hospitalización
CMBD	Identificación del paciente, fecha de nacimiento, sexo, residencia, identificación del hospital (no el tipo de hospital), financiación del hospital, número de historia clínica, numero de asistencia o episodio, fecha de ingreso, circunstancia del ingreso (programada, traslado, desde urgencias…), servicio al ingreso, servicio al alta, diagnóstico principal y otros diagnósticos (codificados), procedimientos quirúrgicos/obstétricos y otros procedimientos (codificados), fecha del alta, circunstancias del alta (a domicilio, traslado, alta voluntaria, *exitus*…)

Tabla 2. Tipos de sistemas de información sanitaria (SIS) (EMH: encuesta de morbilidad hospitalaria; CMBD: conjunto mínimo básico de datos)

Indicadores hospitalarios y sistemas de clasificación de pacientes

La **estancia media** es el factor limitante más importante para el ingreso de los pacientes. Además de ésta, cabe destacar el índice de ocupación (IO), que idealmente debería superar el 85%, y el **número de camas necesarias (N.º camas)**, que suele expresarse por cada 1.000 habitantes. Para calcularlo es necesario conocer el concepto de **frecuentación hospitalaria**, que consiste en el número de ingresos por cada 1.000 habitantes-tiempo en una población determinada.

$$\text{Estancia media} = \frac{\text{N.º días de estancia en el periodo}}{\text{N.º episodios de hospitalización en el periodo}}$$

$$\text{Índice de ocupación} = \frac{\text{N.º días de estancia en el periodo}}{\text{N.º camas x N.º días del periodo}}$$

$$\text{N.º camas} = \frac{\text{N.º ingresos x Estancia media}}{\text{Índice de ocupación x N.º días del periodo}}$$

$$\text{N.º ingresos} = \text{Población x Frecuentación hospitalaria}$$

Ejemplo. Supóngase que una población de 150.000 habitantes tiene una frecuentación hospitalaria de 120 ingresos/1.000 habitantes-año. ¿Cuántas camas se necesitarían en un mes si la estancia media es de 8 días y el índice de ocupación esperado es del 90%? ¿A cuántas camas por cada 1.000 habitantes equivaldrían?

$$\text{N.º camas} = \frac{1.500 \times 8}{0{,}9 \times 30} = 445$$

Nótese que el número de ingresos (1.500) viene dado de multiplicar la población (150.000 habitantes) por la frecuentación hospitalaria mensual (0,01 = 10 ingresos/1.000 habitantes-mes). Esto es así porque se pide el número de camas en un mes. Si lo pidieran en un año, no sería necesario realizar la equivalencia (en ese caso la frecuentación hospitalaria sería 0,12 = 120 ingresos/1.000 habitantes-año).

$$\text{N.º camas/1.000 habitantes} = \frac{445}{150.000} \times 1.000 = 2{,}96$$

Existen otros indicadores hospitalarios, entre los que destacan los que se enumeran en la **Tabla 3.**

Los **sistemas de clasificación de pacientes** tienen por objetivo conseguir información para comparar indicadores hospitalarios ajustados, especialmente la estancia media y los costes, entre distintos centros. Esto es así porque no es correcto comparar los resultados y el consumo de recursos globales entre centros, dada la diversidad de la complejidad y gravedad de las patologías que motivan el ingreso en función del tipo de hospital.

Existen varios sistemas de clasificación de pacientes:

- **Hospitales de agudos:** GRD o GDR (grupos relacionados por el diagnóstico o grupos de diagnósticos relacionados). Tienen dos variantes: AP-DRG (*All Patients Diagnosis Related Groups*) y RDRG (*Refined Diagnosis Related Groups*).

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "

Indicador	Fórmula
Índice de rotación paciente/cama	Ingresos en el periodo / N.º camas disponibles en el periodo
Intervalo de sustitución	Estancia media x (1 - índice ocupación) / Índice ocupación
Presión de urgencias	N.º ingresos desde urgencias / N.º ingresos totales
Rendimiento de quirófano	Horas de quirófano utilizado / Horas de quirófano disponibles
Porcentaje de sustitución	N.º cirugía mayor ambulatoria / N.º cirugías totales
Impacto estancias ahorradas	N.º cirugía mayor ambulatoria x estancia media
Índice de consultas	N.º visitas sucesivas / N.º primeras visitas

Tabla 3. Indicadores hospitalarios

- **Unidades de cuidados intensivos:** APACHE (*Acute Physiology Age Chronic Health Evaluation*), MPM (*Mortality Probability Model*), PRISM (*Pediatric Risk Score of Mortality*) y TISS (*Therapeutic Intervention Scoring System*).
- **Centros de larga estancia:** RUG (*Ressoure Utilization Groups*).

Los **grupos relacionados por el diagnóstico (GRD)** son el sistema de clasificación de pacientes más utilizado en gestión hospitalaria, no sólo en España, sino en la mayoría de países. Clasifica los pacientes hospitalizados por **isoconsumo de recursos (sobre todo) y por mismo proceso clínico.** Intentan comparar centros de acuerdo con el coste asociado al completar un alta hospitalaria, lo que se utiliza en modelos de sistema sanitario de gestión privada, como ocurre en Estados Unidos.

Recuerda

Los GRD clasifican a los pacientes hospitalizados por isoconsumo de recursos (sobre todo) y por mismo proceso clínico.

Mediante los GRD se puede definir dos indicadores hospitalarios de comparación:

- Índice de **estancia media ajustada por funcionamiento (EMf).** Un EMf > 1 indica que el hospital presenta una estancia media más larga para un nivel de complejidad determinado.
- Índice de **estancia media ajustada por casuística (EMc).** Un EMc > 1 indica que el hospital atiende a pacientes de mayor complejidad que el promedio de hospitales de comparación.

Cirugía mayor ambulatoria

Se consideran cirugía mayor ambulatoria (CMA) aquellos **procedimientos quirúrgicos programados**, realizados mediante anestesia general, locorregional o local con sedación, que **no requieren ingreso hospitalario**, por necesitar cuidados posoperatorios poco intensivos, pudiendo ser dados de alta el mismo día de la intervención.

Recuerda

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es programada, puede utilizar cualquier tipo de anestesia y no requiere ingreso hospitalario.

Para llevar a cabo un programa de CMA, se requiere una unidad multidisciplinar y se debe asegurar que la seguridad de los procedimientos quirúrgicos (complicaciones, tasa de reintervención…) tiene las mismas garantías que en régimen de hospitalización.

Existe también el concepto de **cirugía menor ambulatoria** que incluye aquellas intervenciones realizadas con anestesia local sin sedación y que permiten el alta inmediata.

Ventajas de la CMA:

- Menor estrés psicológico, ansiedad y alteración de la rutina del paciente.
- Recuperación más rápida.
- Menor riesgo de infección nosocomial.
- Mayor eficiencia: reducción del coste, la estancia hospitalaria y la lista de espera quirúrgica (aumento de la calidad percibida).
- Fomenta la interacción entre atención primaria y atención especializada.

Desventajas de la CMA:

- El paciente y los familiares juegan un papel más importante en el posoperatorio (curas de la herida, dietas específicas, convalecencia…).
- Puede beneficiar a las clases sociales medias-altas ya que, en ocasiones, los factores sociales son un condicionante para su realización (necesidad de cuidados).

Los **criterios de selección** para la realización de una CMA dependen del:

- **Paciente.** Riesgo quirúrgico bajo (ASA I o II), ausencia de trastornos de la coagulación, ausencia de patología psiquiátrica, apoyo familiar.
- **Procedimiento.** Bajo riesgo de sangrado, duración inferior a 90 minutos, dolor controlable con analgésicos orales, no apertura de cavidad torácica o abdominal (a excepción de la vía laparoscópica).

Preguntas MIR
MIR 18-19, 125, 206
MIR 16-17, 127
MIR 15-16, 171

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "

Ideas Clave

- ✓ La atención primaria se organiza en áreas de salud (200.000-250.000 habitantes) que se dividen en zonas básicas de salud (5.000-25.000 habitantes), llevándose a cabo la actividad asistencial en los centros de salud.
- ✓ Atención integral en atención primaria significa abordar las esferas física, psíquica y social.
- ✓ Atención integrada en planificación significa integrar promoción, protección, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.
- ✓ Los objetivos de la prevención a distintos nieles son: evitar la aparición de la enfermedad (primaria), modificar la historia natural de la enfermedad (secundaria), mejorar la calidad de vida de los enfermos (terciaria) y disminuir la iatrogenia innecesaria (cuaternaria).
- ✓ El mayor gasto sanitario va dirigido a los sueldos de los trabajadores de la atención especializada.
- ✓ Los datos obligados en el informe de alta hospitalario, aprobados por el Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad y Consumo, se basan en el conjunto mínimo básico de datos (CMBD) al alta hospitalaria.
- ✓ Los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) son el sistema de clasificación de los pacientes hospitalizados más utilizado y lo hacen en función del isoconsumo de recursos (sobre todo) y por mismo proceso clínico.
- ✓ La cirugía mayor ambulatoria (CMA) consiste en procedimientos quirúrgicos programados, con anestesia local, locorregional o general, que no requieren ingreso hospitalario, por necesitar cuidados posoperatorios poco intensivos.
- ✓ La CMA constituye un programa muy eficiente que además mejora la calidad extrínseca o percibida por los pacientes.

Para más contenido ir a “ www.BMpdf.com ”



Evaluación económica

ORIENTACIÓN MIR

Tema más relevante de la asignatura y uno de los más importantes de toda la preparación MIR, tanto por el elevado y constante número de preguntas que incluye, como por su rentabilidad. Recuerda las definiciones de eficacia, efectividad y eficiencia, así como los tipos de coste. En cuanto a los análisis de costes, es de interés conocer la perspectiva desde la que están enfocados, las unidades de medida de los resultados, cuándo utilizar un análisis de minimización de costes y entender el concepto de análisis incremental.

Evaluar consiste en medir una situación y compararla con el objetivo fijado *a priori*. Extrapolado a la planificación, consiste en analizar la diferencias entre lo planificado, lo ejecutado y los resultados obtenidos, teniendo en cuenta los recursos empleados. El objetivo de la evaluación es proponer medidas correctoras que mejoren los resultados, dada la necesidad de optimización de los recursos por su escasez. La evaluación es necesaria en todos las etapas de la planificación, siendo la evaluación económica de especial importancia en la planificación táctica.

4.1. Eficacia, efectividad y eficiencia

Los resultados de un programa de salud pueden definirse en función de su **(Tabla 1) (MIR 15-16, 196; MIR 10-11, 195):**

- **Eficacia.** Resultados obtenidos en **condiciones ideales** (*eficaz en el matraz*). Responde a la pregunta: ¿puede funcionar en condiciones ideales? Es la que se obtiene en la mayoría de los ensayos clínicos. También recibe el nombre de eficacia potencial, por corresponder a los máximos resultados que puede aportar una intervención.
- **Efectividad.** Resultados obtenidos en **condiciones reales** (*efectivo* in vivo). Responde a la pregunta: ¿puede funcionar en la práctica clínica habitual? Es la que se obtiene en los estudios observacionales. Un sinónimo es el de eficacia real, por corresponder a los resultados obtenidos en la población general fuera de un ensayo clínico.
- **Eficiencia.** Resultados obtenidos en relación a los **recursos económicos invertidos,** es decir, constituye el coste/efectividad (*eficiente el gerente*). Responde a la pregunta: ¿es rentable desde el punto de vista económico?

Recuerda

Regla mnemotécnica:
Eficaz en el matraz. Efectivo *in vivo*. Eficiente el gerente.

Concepto	Resultados obtenidos en	Responde a
Eficacia	Condiciones ideales	¿Puede funcionar en condiciones ideales?
Efectividad	Condiciones reales	¿Puede funcionar en la práctica clínica habitual?
Eficiencia	Relación a los recursos económicos invertidos	¿Es rentable desde el punto de vista económico?

Tabla 1. Conceptos de eficacia, efectividad y eficiencia

Los resultados de los ensayos clínicos, en general, informan de la eficacia de una intervención. Esto es así por las condiciones especiales de selección, el estrecho seguimiento y por el cumplimiento que se exige a los participantes.

En muchos estudios, especialmente aquellos más explicativos, existe un periodo de cumplimiento del tratamiento pre-aleatorización, tras el cual se excluyen del estudio los participantes no cumplidores: no es posible esperar que los resultados obtenidos se mantengan en la práctica clínica. Para conocer la efectividad de una intervención son necesarios ensayos clínicos pragmáticos. Otra alternativa son los estudios observacionales (cohortes y casos-controles), que evalúan a los participantes en condiciones reales. Sin embargo, ofrecen evidencia científica de peor calidad que los ensayos cínicos.

Una buena eficacia no siempre implica una efectividad satisfactoria. Por ejemplo, bien por motivos económicos (imposibilidad de pagar el precio de un fármaco en países con sanidad exclusivamente privada) o por incumplimiento de las medidas higienicodietéticas (pacientes hipertensos que no cumplen una dieta hiposódica), es posible que un fármaco que ha demostrado eficacia en un ensayo clínico no sea efectivo en una población determinada. Por otro lado, una vez comprobada la efectividad de una intervención en una población, se asume que se mantendrán los resultados cada vez que se implemente, y no habrá que volver a comprobarla.

Finalmente, una intervención más eficaz/efectiva que otra puede ser menos eficiente si el coste es proporcionalmente mayor al beneficio. Por ejemplo, supóngase que el fármaco A prolonga la esperanza de vida 5 años de media, con un coste total de 5.000 €, mientras que el fármaco B prolonga la esperanza de vida 6 años de media con un coste total de 15.000 €; el fármaco A es menos eficaz/efectivo (5 años *versus* 6 años) pero es más eficiente (1.000 €/año *versus* 2.500 €/año).

4.2. Tipos de costes

Los costes pueden clasificarse en **(MIR 14-15, 187; MIR 12-13, 193; MIR 09-10, 197):**

- **Costes directos sanitarios.** Relacionados con la **asistencia médica.** Pueden ser fijos o estructurales, cuando no dependen de la cantidad de actividad asistencial, o variables, cuando cambian en función de la actividad asistencial. Pueden subclasificarse en *tangibles* o *intangibles* en función de si se pueden medir con unidades monetarias o no.
  - Ejemplos de costes sanitarios tangibles: hospitalización del paciente, fármacos administrados, exploraciones complementarias, transporte sanitario, sueldo de los trabajadores sanitarios, hospitalización a domicilio...
  - Ejemplos de costes sanitarios intangibles: duelo, sufrimiento, ansiedad, cambio en el estilo de vida, adaptación a discapacidad...
- **Costes no sanitarios:**
  - **Directos.** Costes en los que incurre el paciente para recibir un tratamiento determinado. Pueden, a su vez, ser tangibles o intangibles.

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "

Ejemplos: precio del taxi para ir al hospital, tristeza por no asistir a una boda de un amigo por estar ingresado...

- **Indirectos o de productividad.** Relacionados con la **disminución de la productividad laboral.** Ejemplos: días de baja laboral por enfermedad, disminución del rendimiento por secuelas de un ictus...
- **Sociales.** Costes que sufragan algunas entidades públicas (servicios sociales) o personas cercanas al paciente (familiares, amigos...).

Otra clasificación más simple, aceptada por otros autores, consiste en la diferenciación de costes sanitarios directos, costes indirectos, costes no sanitarios y costes intangibles **(Tabla 2).**

Tipos de costes	Ejemplos
Sanitarios directos	Hospitalización del paciente, fármacos administrados, exploraciones complementarias, transporte sanitario, sueldo de los trabajadores sanitarios, hospitalización a domicilio…
Indirectos	Días de baja laboral por enfermedad, disminución del rendimiento por secuelas de un ictus…
No sanitarios	Precio del taxi para ir al hospital…
Intangibles	Duelo, sufrimiento, ansiedad, cambio en el estilo de vida, adaptación a discapacidad…

Tabla 2. Tipos de costes

Recuerda

Los costes indirectos (no sanitarios) son aquellos relacionados con la disminución de la productividad laboral.

4.3. Evaluación de la eficiencia: análisis de costes

Las evaluaciones económicas de las tecnologías sanitarias tienen como objetivo evaluar la eficiencia de las intervenciones sanitarias. Pese a que estos análisis pueden realizarse desde la perspectiva del paciente o de un servicio de salud público o privado (en ese caso únicamente considerarían los costes directos), la mayoría de estos análisis se realizan bajo la **perspectiva de la sociedad en global,** teniendo en cuenta tanto los costes directos como los costes indirectos, dado que se dispone de un sistema sanitario público costeado a partir de impuestos de todos los contribuyentes **(MIR 15-16, 195).** Además, dado que se basan en la población real, es más adecuado tener en cuenta los resultados en forma de efectividad, en lugar de eficacia.

Existen varios tipos de estudios o análisis, en función de si se tienen en cuenta resultados y/o costes, y si se comparan una o varias intervenciones **(Tabla 3)** **(MIR 10-11, 187).**

De los anteriores, los más importantes son aquellos que comparan varias intervenciones teniendo en cuenta tanto los costes como los resultados. En todos ellos, los costes se expresan en unidades monetarias (€, $, £, ¥...), mientras que las **unidades de medida de los resultados dependen del tipo de análisis utilizado (Tabla 4)** **(MIR 18-19, 20; MIR 18-19,124; MIR 16-17, 125; MIR 13-14, 201; MIR 12-13, 192; MIR 11-12, 195; MIR 09-10, 198).**

Tipo de análisis	Medida de los resultados
Coste-beneficio	• Unidades monetarias • Euros, dólares, libras…
Coste-efectividad	• Unidades naturales o físicas • Años de vida ganados
Coste-utilidad	• Unidades de utilidad (preferencias subjetivas) • Años de vida ajustados por calidad (AVAC)
Minimización de costes	• Unidades naturales o físicas • Resultados similares entre intervenciones (fármacos genéricos)

Tabla 4. Medida de los resultados en los análisis de evaluación económica

Recuerda

Los costes siempre se miden en unidades monetarias, pero los resultados dependen del tipo de análisis: unidades monetarias (coste-beneficio), años de vida ganados (coste-efectividad), años de vida ajustados por calidad (coste-utilidad).

En función del objetivo del análisis, es posible realizar:

- **Análisis coste-beneficio.** Al tener los resultados las mismas unidades que los costes, es el único que permite valorar económicamente una única alternativa respecto a no hacer nada (comparar si los gastos que comporta una intervención sanitaria son menores a los beneficios económicos que aportará a largo plazo). Sus limitaciones principales son la dificultad ética de cuantificar económicamente los resultados en salud y que no permite considerar los costes intangibles.
- **Análisis de minimización de costes.** Permite escoger la opción más económica entre varias que han demostrado, de forma estadísticamente significativa, igualdad de resultados. Es el análisis de coste utilizado para comparar fármacos genéricos con el fármaco de referencia **(MIR 16-17, 126)**
- **Análisis coste-efectividad.** Es el análisis más utilizado y busca conocer la opción más eficiente, comparando el coste por cada unidad de efectividad (años de vida ganados, curación obtenida, casos evitados, incapacidad evitada, muerte evitada...). Existen análisis de coste-eficacia, cuando los resultados han sido obtenidos en condiciones ideales, pero no deberían usarse para las evaluaciones económicas poblacionales.

		¿Se evalúan costes y resultados?		
		No		Sí
		Sólo resultados	Sólo costes	
¿Se comparan 2 o más opciones?	No	Estudio de consecuencia	Estudio de coste	Análisis coste-consecuencia
	Sí	Evaluación de eficacia o efectividad	Análisis de coste	• A. coste-beneficio • A. de minimización de costes • A. coste-efectividad • A. coste-utilidad

Tabla 3. Tipos de evaluaciones económicas

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "

- **Análisis coste-utilidad.** Busca conocer la opción más eficiente, comparando el coste por cada unidad de utilidad (años de vida ajustados por calidad). Se puede considerar un subtipo de análisis de coste-efectividad.

> **Recuerda**
>
> Cuando dos alternativas presentan resultados idénticos, el análisis de minimización de costes permite conocer la alternativa más eficiente, por ser la más económica. Dicho análisis se utiliza para comparar genéricos con el fármaco de referencia.

Las unidades de utilidad tienen en cuenta tanto el beneficio objetivo (años de vida ganados) como las preferencias subjetivas de los pacientes, es decir, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) medida mediante cuestionarios estandarizados con propiedades métricas demostradas **(MIR 17-18, 217).**

Los años de vida ajustados por calidad (AVAC) o *Quality Adjusted Life Year* (QALY) corresponden a una ponderación de los años de vida ganados por una escala del 0 al 1 (donde 0 equivale al fallecimiento o al peor estado de salud posible y 1 al mejor estado de salud posible).

Los análisis de costes pueden tener un enfoque prospectivo, es decir, buscar la intervención más económica para obtener un determinado objetivo de salud; o retrospectivo, esto es, plantear nuevas alternativas más económicas a las ya existentes para mantener un mismo objetivo de salud.

Dado que los análisis de costes se realizan con los datos disponibles de una muestra determinada, al inferir los resultados en la población general existe el riesgo de cometer errores aleatorios debidos al muestreo (si la precisión es baja) y no aleatorios debidos a la existencia de sesgos (si la validez es baja). Este riesgo o incertidumbre en las evaluaciones económicas de intervenciones sanitarias se puede medir mediante **(MIR 17-18, 216):**

- **Técnicas cualitativas o análisis de sensibilidad** (AS). Existen principalmente 4: AS univariante (el más utilizado), AS multivariante, AS de extremos (forma más básica de AS multivariante) y AS umbral.
- **Técnicas cuantitativas estadísticas.** Existen muchas: AS probabilístico (incluye las cadenas de Markov y la simulación de Montecarlo), intervalos de confianza del coste-efectividad incremental, cuasi-intervalos de confianza *(confidence box),* expansión de series de Taylor (método Delta), elipse de confianza *(confidence ellipse),* método de Fieller, método de muestreo repetitivo *(bootstrap)* no paramétrico.

Análisis incremental

El **análisis incremental es de elección** para el análisis y en la interpretación de los resultados en el **análisis de coste-efectividad y el análisis de coste-utilidad**. Consiste en comprobar si una alternativa es coste-efectiva o coste-útil respecto a otra en función de un umbral fijado *a priori* **(MIR 14-15, 188).**

Para ello, inicialmente se ordenan las alternativas por orden creciente de efectividad, eliminando las que tengan un coste superior al de otra más efectiva (p. ej., si el fármaco A prolonga la esperanza de vida 5 años de media con un coste total de 5.000 €, mientras que el fármaco B prolonga la esperanza de vida 3 años de media con un coste total de 15.000 €; se escogería el fármaco A por ser más efectivo y más económico al mismo tiempo).

Posteriormente, se comparan aquellas opciones más efectivas pero menos económicas con aquellas otras menos efectivas pero más económicas, mediante el **índice o razón de coste-efectividad incremental (RCEI),** utilizado en los análisis de coste-efectividad, que informa del coste por cada año de vida adicional ganado con la alternativa más eficaz y menos económica, y se escoge una u otra alternativa en función de si supera o no el umbral fijado inicialmente.

$$RCEI = \frac{Coste1 - Coste2}{Efectividad1 - Efectividad2}$$

Ejemplo 1. Supóngase que el fármaco A prolonga la esperanza de vida 5 años de media, con un coste total de 5.000 €, mientras que el fármaco B prolonga la esperanza de vida 6 años de media, con un coste total de 15.000 €. ¿Qué fármaco es más coste-efectivo para un umbral de coste-efectividad de 30.000 € por año de vida adicional ganado por paciente?

$$RCEI = \frac{5.000 - 15.000}{5 - 6} = \frac{-10.000}{-1} = 10.000\ € \text{ por año adicional}$$

Tras calcular la RCEI, se escogería el fármaco B por presentar un coste-efectividad incremental 20.000 € por debajo del umbral de coste-efectividad.

Ejemplo 2. Supóngase que el fármaco A prolonga la esperanza de vida 5 años de media, con un coste total de 5.000 €, mientras que el fármaco B prolonga la esperanza de vida 6 años de media, con un coste total de 55.000 €. ¿Qué fármaco es más coste-efectivo para un umbral de coste-efectividad de 30.000 euros por año de vida adicional ganado por paciente?

$$RCEI = \frac{5.000 - 55.000}{5 - 6} = \frac{-50.000}{-1} = 50.000\ € \text{ por año adicional}$$

Tras calcular la RCEI, se escogería el fármaco A, porque el fármaco B presenta un coste-efectividad incremental 20.000 € por encima del umbral de coste-efectividad.

En los análisis de coste-utilidad se emplea el índice o razón de coste-utilidad incremental (RCUI). Conceptualmente es idéntico al RCEI, pero utilizando unidades de utilidad (AVAC) en lugar de las unidades físicas o naturales (años de vida ganados) usadas en los análisis de coste-efectividad.

Otra forma, más grosera y menos ética, de comparar dos alternativas es mediante la **ratio coste-efectividad,** que consiste en ver qué alternativa es más eficiente teniendo en cuenta, únicamente, el coste por año. Por ejemplo, supóngase que el fármaco A prolonga la esperanza de vida 5 años de media, con un coste total de 5.000 €, mientras que el fármaco B prolonga la esperanza de vida 6 años de media, con un coste total de 15.000 €. La ratio coste efectividad del fármaco A es de 1.000 €/año y la del fármaco B es de 2.500 €/año. De esta manera se tiene una idea de qué fármaco es más eficiente por año, pero no del incremento del coste por cada año adicional del fármaco más efectivo, por lo que el análisis incremental es de elección frente a la ratio coste-efectividad simple.

Preguntas MIR

MIR 18-19, 20, 124
MIR 17-18, 216, 217
MIR 16-17, 125, 126
MIR 15-16, 195, 196
MIR 14-15, 187, 188
MIR 13-14, 201
MIR 12-13, 192, 193
MIR 11-12, 195
MIR 10-11, 187, 195
MIR 09-10, 197, 198

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "

Ideas Clave

- ✓ La eficacia y la efectividad miden los resultados en condiciones ideales y reales, respectivamente.
- ✓ La eficiencia relaciona los resultados con el coste invertido, por lo que una alternativa más eficaz/efectiva puede no ser la más eficiente.
- ✓ Los costes sanitarios directos son todos aquellos que tienen relación con la asistencia médica.
- ✓ Los costes indirectos (no sanitarios) son aquellos derivados de la disminución de la productividad laboral secundaria a patología médica.
- ✓ Las evaluaciones económicas suelen realizarse desde la perspectiva de la sociedad en general, e incluyen los costes directos e indirectos.
- ✓ Los resultados se miden mediante unidades monetarias en el análisis coste-beneficio, unidades físicas (años de vida ganados) en el análisis coste-efectividad y unidades de utilidad (años de vida ajustados por calidad, AVAC) en el análisis coste-utilidad.
- ✓ Ante dos alternativas con resultados similares, el análisis de minimización de costes informa de la más eficiente, por ser la más económica. Dicho análisis se utiliza para comparar genéricos con el fármaco de referencia.
- ✓ El análisis incremental es de elección en los análisis coste-efectividad y coste-utilidad y consiste en comprobar si una alternativa es coste-efectiva o coste-útil respecto a otra en función de un umbral fijado *a priori*.

Casos Clínicos

En un ensayo clínico aleatorizado, enmascarado a doble ciego y controlado con el fármaco de referencia (atorvastatina 40 mg/d) de un nuevo hipolipemiante (fármaco intervención), realizado en 1.200 pacientes. Al año del inicio del estudio, se obtienen los siguientes resultados: el grupo tratado con el fármaco intervención disminuye los niveles de LDL 63 mg/dl de media, mientras que en el grupo control (atorvastatina 40 mg/d) disminuye los niveles de LDL 51 mg/dl de media ($p < 0,01$). Si el precio del nuevo fármaco fuera similar al de la atorvastatina:

1) El fármaco experimental es igual de eficaz y de eficiente que la atorvastatina.
2) El fármaco experimental es más eficaz e igual de eficiente que la atorvastatina.
3) El fármaco experimental es más eficaz y más eficiente que la atorvastatina.
4) El fármaco experimental es más efectivo y más eficiente que la atorvastatina.

RC: 3

Se realiza un análisis de coste-utilidad comparando el quimioterápico A, que aumenta la esperanza de vida 10 años, con un índice de satisfacción de los pacientes de 0,8, en una escala donde 0 corresponde a la peor calidad de vida posible y 1 a la mejor calidad de vida posible; con el quimioterápico B que aumenta la esperanza de vida 3 años, con un índice de satisfacción de los pacientes de 0,67. El coste total del quimioterápico A es de 20.000 €, mientras que el coste total del quimioterápico B es de 5.000 €. El criterio de decisión se basa en escoger la intervención más útil con un umbral de coste-utilidad de 5.000 € por año de vida ajustado por calidad (AVAC) adicional ganado por paciente. ¿Qué fármaco es coste-efectivo respecto del otro y por qué?

1) El quimioterápico A, porque la ratio de coste-utilidad incremental (RCUI), con respecto al fármaco B, está 2.500 € por debajo del umbral coste-utilidad.
2) El quimioterápico B, porque la RCUI del quimioterápico A, con respecto al quimioterápico B, está 2.500 € por encima del umbral coste-utilidad.
3) El quimioterápico B, porque la RCUI del quimioterápico A, con respecto al quimioterápico B, está 2.500 € por debajo del umbral coste-utilidad.
4) El quimioterápico A, porque la RCUI, con respecto al quimioterápico B, está 2.500 € por encima del umbral coste-utilidad.

RC: 1

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "



Calidad asistencial y seguridad del paciente

ORIENTACIÓN MIR

Segundo tema de la asignatura en interés; su rentabilidad ha crecido enormemente en las últimas convocatorias del MIR. Presta especial atención a las definiciones de calidad asistencial.

5.1. Introducción

La **calidad asistencial**, de acuerdo con la OMS, es la característica administrativa que asegura que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una asistencia óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del trabajador y del paciente con el proceso **(MIR 13-14, 199).**

Está, a su vez, compuesta por las tres definiciones del término:

- Calidad como el conjunto de cualidades de un producto satisfactorio.
- Calidad como función gestora que desarrolla ese conjunto de características o gestión de la calidad.
- Calidad como filosofía empresarial o calidad total.

5.2. Componentes de la calidad asistencial

La **calidad asistencial como conjunto de cualidades** incluye: efectividad y eficiencia, adecuación de la competencia profesional y científico-técnica, accesibilidad y disponibilidad, aceptabilidad, seguridad, satisfacción y continuidad. Las diferentes dimensiones de la calidad tienen relevancia relativa, según el actor del sistema sanitario, y se ha diferenciado la **calidad percibida o extrínseca** (que se relaciona con la disponibilidad, seguridad y satisfacción subjetiva del usuario) de la **calidad científico-técnica o intrínseca (Tabla 1) (MIR 15-16, 197).**

La **gestión de la calidad** representa la función directiva que determina y aplica ese conjunto de cualidades mediante diferentes procesos: planificación, organización, control y mejora (asume que los modelos de gestión siempre son susceptibles de mejorar).

La **calidad total** es un conjunto de principios y metodología que busca la mejora continua por medio de la voluntad, la implicación, la ejemplaridad, la prevención de errores y la evaluación. Es un cambio en la filosofía organizativa frente al modelo previo de burocracia profesional **(Tabla 2).**

Recuerda

El modelo de calidad total potencia la responsabilidad, mientras que el modelo de burocracia potencia la autonomía profesional.

Aspecto de la calidad	Pacientes	Sanitarios	Gestores
Medios científico-técnicos	+	+++	-
Efectividad	++	+	-
Eficiencia	-	-	+++
Satisfacción	+++	+	+
Accesibilidad	+++	+	++

Tabla 1. Importancia relativa concedida por cada estamento a los diferentes atributos de la calidad asistencial

Calidad total	Burocracia profesional
Responsabilidad colectiva	Responsabilidad profesional
Liderazgo de gestión	Liderazgo clínico
Responsabilidad	Autonomía
Evaluación en objetivo, proceso y resultado	Evaluación en resultado
Mejora continua	Control de calidad
Participación	Autoridad administrativa

Tabla 2. Modelo de calidad total frente a modelo de burocracia profesional

5.3. Monitorización, evaluación, normalización y certificación de la calidad. Modelos de gestión de la calidad

- **Monitorizar** consiste en vigilar de manera continuada aspectos clave, como la incidencia de infección en herida quirúrgica o la tasa de complicaciones en el paciente diabético. Tiene el objetivo de detectar cambios o caídas de la calidad con rapidez.
- **Evaluar** la calidad asistencial supone comparar las estructuras, procesos y resultados con lo esperado o con el estándar, para resaltar los aspectos positivos e identificar áreas de fallo y oportunidades de mejora. Existen varias razones para evaluar la calidad asistencial: éticas, de eficiencia, de seguridad y de tipo científico-técnico.
- **Normalizar** es aportar soluciones para aplicaciones repetitivas, con el objetivo de optimizar el orden de una estructura o proceso para un determinado objetivo.
- **Certificar** es determinar, de manera independiente y por una entidad externa de reconocido prestigio, la conformidad de un producto, proceso o servicio respecto a una norma, reglamentaria o profesional.

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "

En el ámbito sanitario, la búsqueda de la normalización de los procesos sanitarios ha permitido consolidar el gran avance científico. Una muestra es el número existente de guías clínicas y protocolos sanitarios, nacidos de la revisión sistemática de la literatura. Constituyen un pilar fundamental de la medicina basada en la evidencia (MBE) y son de mayor utilidad, desde el punto de vista de la gestión clínica, que la experiencia profesional individual **(MIR 11-12, 196).**

Existen determinados **modelos de gestión de la calidad** que integran las funciones de normalización y certificación con el objetivo de la búsqueda de la mejora hacia la excelencia **(MIR 09-10, 199).** Las diferencias entre los principales modelos, así como las características que orientan hacia cada uno de ellos **(MIR 18-19, 126),** se resumen en la **Tabla 3.**

	EFQM (Modelo Europeo de Excelencia)	ISO *(International Standards Office)*	JCAHO *(Joint Comission on Acreditation of Healthcare Organizations)*
Método	Autoevaluación	Certificación externa	Acreditación externa
Ámbito	Toda la organización	Toda/parte de la organización	Toda la organización
Aplicabilidad	Cualquier organización	Cualquier organización	Específico sociosanitario
Limitaciones	Empresarial	Burocrática	Poco estratégica
Utilidad	Directivos	Mandos intermedios	Clínicos

Tabla 3. Principales modelos de gestión de la calidad

El **Modelo Europeo de Excelencia (EFQM)** es un modelo industrial, creado por el empresariado europeo y avalado por la Unión Europea, que permite a las organizaciones autoevaluarse y fomenta la comunicación intrínseca con el objetivo de integrar iniciativas **(MIR 10-11, 180).** Es el estándar de excelencia en el momento actual. Consta de 9 criterios, entre los que se incluye la gestión por procesos.

Recuerda

El EFQM es el estándar de excelencia que se está imponiendo en nuestro medio. Incluye la gestión por procesos: una organización del trabajo multidisciplinar.

En cada uno de ellos, para obtener un certificado, la organización tendrá que someterse a una auditoría por la entidad certificadora.

Clásicamente, los sistemas sanitarios se han estructurado siguiendo una **gestión por organigrama.** Se trata del esquema de servicios más empleado en nuestros hospitales (Neurología, Cardiología, etc.). Cada vez más, esta estructura se está demostrando menos eficaz en un contexto de alta complejidad como es el medio sanitario.

Se denomina **gestión por procesos** a una concepción de los flujos de trabajo multidisciplinar y multidepartamental.

Se entiende como **proceso** el conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan mientras se presta un servicio. Busca generar estructuras flexibles, autónomas, transversales y que se adapten a escenarios cambiantes, como, por ejemplo, las unidades de gestión clínica. El EFQM es un ejemplo de gestión por procesos.

5.4. Seguridad del paciente

En el año 1999, en Estados Unidos se publicó el célebre informe *To Err is Human: Building a Safer Health System,* que situó los eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria como la séptima causa de muerte en todo el país (entre 44.000 y 98.000 fallecimientos anuales). En la actualidad, nadie debería dudar que se está ante una actividad que implica multitud de riesgos. Se denomina **seguridad del paciente** al conjunto de estrategias que buscan la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Este mínimo está en función de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se presta la atención, ponderados frente el riesgo de no dispensar ese tratamiento/cuidado o de dispensar otro.

En España, la **Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020** recoge un conjunto de acciones con el objetivo de promover y mejorar la cultura de la seguridad en las organizaciones sanitarias, incorporar la gestión del riesgo sanitario, formar a los profesionales y a los pacientes en aspectos básicos de seguridad del paciente e implementar prácticas seguras, implicando a pacientes y ciudadanos.

No todos los fallos que se producen en los centros sanitarios tienen las mismas repercusiones sobre los pacientes. Se habla de **incidente relacionado con la seguridad del paciente** ante cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Dentro de estos incidentes, un **cuasi-incidente** será aquel que no alcanza al paciente, mientras que un **incidente sin daño** alcanza al paciente, pero no causa ningún daño apreciable. Obviamente, la peor de las situaciones será el **evento adverso:** incidente que produce daño a un paciente.

En el ámbito organizativo, existen dos maneras o modelos de gestionar estas desagradables situaciones **(Tabla 4).**

Modelo centrado en las personas	Modelo centrado en los sistemas/ organizaciones
Los actos son atribuibles plena y exclusivamente a cada individuo	Los errores son consecuencia del sistema
Solución: culpabilizar y castigar *(name, blame & shame)*	Solución: analizarlos y aprender

Tabla 4. Modelos de gestión del riesgo (Reason J. Human error: models and management *BMJ*; 2000; 320: 768-770)

Obviamente, en el contexto de la medicina del siglo XXI, debe prevalecer el **modelo centrado en los sistemas/organizaciones,** donde lo más importante cuando surge un problema no es *quién,* sino *qué, cómo, cuándo, dónde, por qué* y cómo se podría haber evitado. El objetivo no es cambiar la condición humana sino los factores sistémicos.

Ejemplo. Un médico residente, a las 3.00 a.m. en una de sus primeras guardias en el Servicio de Urgencias, prescribe amoxicilina a una paciente alérgica a dicho antibiótico. El modelo centrado en las personas señalaría: ¿cómo no ha mirado antes el residente que la paciente era alérgica?; en cambio, el modelo relativo a los sistemas y organizaciones ampliaría las preguntas: ¿existía en ese momento un adjunto supervisando?, ¿el residente había descansado las horas suficientes?, ¿los sistemas de alarma de la prescripción electrónica no han impedido llegar a esa situación? Como se ve, un análisis más profundo y constructivo.

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "

Reason, uno de los grandes teóricos de la seguridad del paciente, explicaba esta situación con la analogía a través de un queso suizo **(MIR 18-19, 221).** Cada una de las lonchas del queso sería una barrera que impide que se produzca un evento adverso: supervisión de un adjunto, descanso adecuado, alarmas en el sistema, etc. Cuando se produce un agujero en cada una de las lonchas, en cada una de las barreras, y además se producen en el mismo momento (están alineados), es cuando uno se encuentra ante un evento adverso **(Figura 1).**

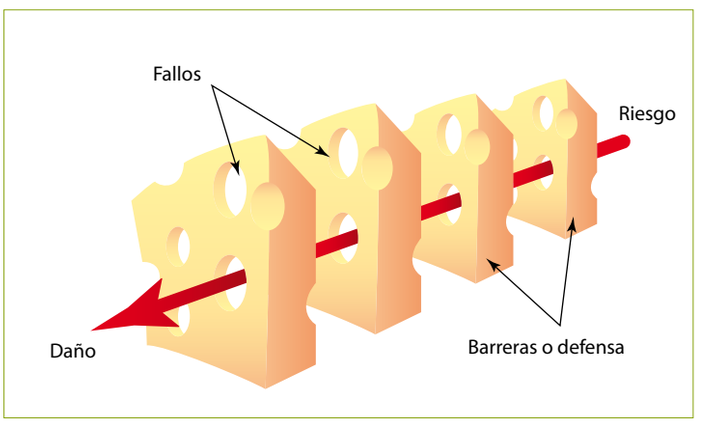

Figura 1. Modelo del queso suizo en la producción de accidentes (Reason J. Human Error: models and management. *BMJ;* 2000; 320: 768-770)

Para terminar, las comunidades autónomas poseen **sistemas de notificación de incidentes** específicos que, de una manera anónima, voluntaria y confidencial, permiten mejorar la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones concretas que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes. El **Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud** ha desarrollado una plataforma común, el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP).

Preguntas MIR

MIR 18-19, 126, 221
MIR 15-16, 197
MIR 13-14, 199
MIR 11-12, 196
MIR 10-11, 180
MIR 09-10, 199

Ideas Clave

- ✓ La calidad asistencial comprende un conjunto de cualidades que integran tanto la calidad científico-técnica o intrínseca como la percibida o extrínseca.
- ✓ La calidad total supone un cambio de filosofía organizativa desde el modelo de burocracia profesional.
- ✓ Las guías clínicas, fruto de la medicina basada en la evidencia (MBE), deben tener más peso en la práctica que la experiencia profesional individual.
- ✓ El Modelo Europeo de Excelencia (EFQM) es un modelo industrial que permite a las organizaciones autoevaluarse y que fomenta la comunicación intrínseca con el objetivo de integrar iniciativas.
- ✓ La gestión por procesos incluye el conjunto de actividades que se interrelacionan mientras se presta un servicio: es típico de modelos de gestión modernos, multidisciplinares y transversales como las unidades de gestión clínica.

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "

Bibliografía

- Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Mira JJ (dirs). *Gestión sanitaria: calidad y seguridad de los pacientes.* Madrid. Díaz de Santos, 2014.
- Donabedian A. *La calidad de la atención médica.* Ediciones científicas. La Prensa Médica Mexicana, S.A. México DF, 1984.
- Grupo CTO. *Manual CTO. Planificación y gestión,* 10.ª ed. Madrid. CTO Editorial, 2017.
- *Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010.* Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
- Jiménez Jiménez J (coord.). *Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos,* 2.ª ed. Díaz de Santos, 2000.
- Piédrola Gil G, *et al. Medicina Preventiva y Salud Pública,* 11.ª ed. Elsevier-Masson, 2008.
- Ribera J, Gutiérrez Fuentes JA, Rosenmöller M. *Gestión en el sector de la Salud. Elementos de Gestión en las Instituciones.* Pearson Educación S.A., 2006.
- San Martín H, Pastor V. *Salud comunitaria: teoría y práctica.* Díaz de Santos, 1984.
- Simón P, Hernando P, Martínez S, Rivas F, de los Reyes M, Sainz A, González J, Márquez F. *Estándares éticos para una organización sanitaria excelente. Revista Calidad Asistencial* 2003; 18(6): 379-404.
- Varo J. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria.* Díaz de Santos, 1994.

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "

ISBN: 978-84-17861-58-2

ISBN: 978-84-17861-61-2

ISBN: 978-84-17861-53-7

ISBN: 978-84-17861-76-6

Para más contenido ir a “ www.BMpdf.com ”

Para más contenido ir a “ www.BMpdf.com ”