



# Revista de Calidad Asistencial

[www.elsevier.es/calasis](http://www.elsevier.es/calasis)



## EDITORIAL

### Reducir actividades que no aportan valor: la reforma estructural pendiente



CrossMark

### Reducing activities that do not give value: the pending structural reform

Jordi Varela Dr.

Consultor colaborador de lasist y colaborador docente de ESADE

Recibido el 14 de agosto de 2013; aceptado el 3 de octubre de 2013

Según varios autores, se podría estimar que las actividades sanitarias que no aportan valor a la salud de las personas podrían representar una cifra alrededor de 25% en los presupuestos de los sistemas sanitarios<sup>1,2,3</sup>. Parece obvio que en época de restricciones, políticos, gestores y profesionales deberían ponerse de acuerdo para averiguar dónde se esconden las lagunas de efectividad clínica, porque lo que es evidente es que los recortes transversales y las reducciones salariales no producen reformas estructurales, ya que sólo sirven para cuadrar presupuestos complicados.

En este número de la *Revista de Calidad Asistencial* se presentan dos trabajos que utilizan la metodología LEAN (en farmacia<sup>4</sup> y en logística sanitaria<sup>5</sup>) para detectar focos de mejora y conseguir ahorros con criterio organizativo. Es decir, si se sabe dónde se derrocha se debería poder actuar allí mismo para reducir dicha actividad. LEAN es un instrumento que procede de la industria de producción de bienes y, debido a sus buenos resultados, se está tratando de trasplantar a la producción de servicios. Este corrimiento de sector parece de entrada razonable, sobretodo porque en la base del modelo está la implicación profesional. ¿Quién mejor que el experto sabrá cómo reducir costes y mejorar calidades al mismo tiempo? Creo, por tanto, que la introducción de LEAN en el sector sanitario es absolutamente aconsejable a pesar de que, hay que admitir, el meollo del derroche específico de dicho sector subyace en la decisión clínica, y ahí es donde LEAN no llega. ¿Se trata de obtener el mejor TAC de

cráneo al menor coste posible? Desde luego, pero ahora la pregunta oportuna es: ¿Debería haberse indicado dicho TAC?

Faltados como estamos de metodologías contrastadas para abordar el derroche clínico, quiero citar algunas iniciativas que, desde distintas posiciones, pretenden aportar sentido común a los excesos diagnósticos y terapéuticos de la medicina moderna:

La implicación de los pacientes en las tomas de decisiones clínicas que van a afectar su salud. Pongamos por ejemplo una mujer de 50 años que recibe una carta en su casa comunicándole que acaba de entrar en un programa de cribaje de cáncer de mama y que, por ello, debe acudir a realizarse una mamografía con finalidades preventivas. ¿Eso debe ser así? ¿Son las autoridades las que deben decidir sobre lo que nos conviene? ¿No sería mejor que la mujer del caso recibiera toda la información sobre ventajas e inconvenientes vinculadas a dicha prueba y, al final, fuera ella quién tomara la decisión bajo su propia responsabilidad? En una revisión Cochrane<sup>6</sup> se ha demostrado que si los pacientes disponen de informaciones contrastadas, tienen tendencia a elegir opciones terapéuticas más conservadoras, dentro de las posibilidades que se les ofrecen para su diagnóstico. Y, según parece, con ello se puede conseguir hasta un 20% de reducción en algunas intervenciones.

La implicación de los pacientes en el manejo y el conocimiento de síntomas de sus propias enfermedades crónicas. Valga como muestra el programa español de atención a la diabetes tipo II, programa que tiene su base de operaciones casi en exclusiva en la atención primaria de salud. Veamos, pues, qué le ocurre a una persona cuando, en un momento

Correo electrónico: [jordi@gcvarela.com](mailto:jordi@gcvarela.com)

dado, su páncreas da signos de agotamiento. Si es así, la primera manifestación de la enfermedad será una hiperglucemia que se detectará por su médico de familia y, lejos de ir a parar a las consultas de un endocrinólogo de hospital, este nuevo diabético entrará en un programa en el que la enfermera de atención primaria va a jugar un papel decisivo, tanto en la formación como en el control del paciente diabético. Fruto de ello, España es hoy el país de la OCDE con menor tasa de ingresos hospitalarios por descompensaciones y complicaciones de la diabetes<sup>6,7</sup>.

La implicación de los profesionales y de las instituciones científicas. En este ámbito, la preocupación detectada consiste en averiguar cómo se puede trasladar el conocimiento de la evidencia a la práctica cotidiana, y por ello muchas agencias y sociedades científicas están alimentando listas de prácticas clínicas que sería conveniente dejar de realizar<sup>6,7,8,9</sup>. Recientemente *Mayo Clinic Proceedings* ha publicado un estudio en el que ha revisado todos los trabajos originales publicados en *New England Journal of Medicine* durante un período de 10 años, y ha averiguado que, de todos ellos, había 146 que demostraban que había prácticas clínicas que no tenía ningún sentido continuar con ellas. Es decir que se deberían dejar de hacer. Esta lista es consultable y se trata de un instrumento más para superar la tendencia del *statu quo* de no cambiar nada<sup>6</sup>.

La implicación de algunas publicaciones de prestigio en fomentar el valor salud de las actividades clínicas. Existen varias iniciativas en el mundo editorial científico que ya llevan años promocionando los estudios que aportan valor. De todas ellas, me gustaría destacar la campaña "Too much Medicine" (*British Medical Journal*)<sup>6</sup>, "Less is more" (*JAMA*)<sup>6</sup> o la más reciente *joint venture* entre *New England Journal of Medicine* y *Harvard Business Review* para promover un blog especializado en artículos sobre prácticas clínicas de alto valor<sup>6</sup>.

La fuerza del *benchmarking*. Este instrumento viene del mundo del análisis estadístico. Se trata de una metodología que tiene el rigor de la estadística comparativa, aunque la limitación de que, como tal, no puede, ni debe, penetrar en el núcleo de la gestión clínica. Es, pues, un método muy adecuado en las situaciones en que las desviaciones son muy claras, pero se detecta una posición contraria a admitirlas por parte de los profesionales. Existe un informe, *Milliman*

*Research Report*, que demuestra que si los hospitales norteamericanos más derrochadores acreditaran los resultados clínicos de los más contenidos, sólo por ello, se debería esperar una disminución de los gastos sanitarios entre un 12% y un 16%<sup>6</sup>.

A modo de conclusión:

LEAN es un método útil, pero al ser transportado desde otros sectores industriales, tiene una indicación ceñida a servicios generales y centrales, lo cual limita, y mucho, el impacto de la aplicación de LEAN a los costes de producción en el sector sanitario, puesto que la clave de la contención en la provisión de servicios de salud está más en la decisión clínica que en los costes de producción (sin menospreciarlos). Por todo ello, creo que las cinco aproximaciones que propongo en este editorial deben abordarse al unísono: pacientes implicados, profesionales (y sociedades científicas) comprometidos, modelos de trabajo en equipo planteados en función de los ciclos de las enfermedades y, finalmente, benchmarking de resultados clínicos.

## Bibliografía

1. Varela J. Sobre el derroche en gestión clínica y cómo abordarlo. *Medical Economics*. 22 de febrero de 2013. 16-17.
2. Berwick DM, Hackbart AD. Eliminating waste in US Health Care. *JAMA*. 2012;307:1513-6.
3. Halvorson G. *Health Care will not reform itself*. CRC Press. New York 2009.
4. Font Noguera I, et al. Mejora del proceso farmacoterapéutico del paciente hoCsApLitla3l3iz9a1d-o11 mediante la metodología Lean Seis Sigma. *Rev Calid Asist*. 2013;28:370-80.
5. Aguilar-Escobar VG, et al. Mejorando la cadena de suministro en un hospital mediante la gestión Lean. *Rev Calid Asist*. 2013;28:337-44.
6. Revisión de 2011 basada en 86 ensayos clínicos (Stacey D, Bennett CL, Barry MJ et al. (2011). "Decision aids for people facing health treatment or screening decisions". *Cochrane Database Syst Rev*(3).
7. Health at a Glance 2011. *OECD Indicators*.
8. Varela J. La atención a los diabéticos. ¿Es suficientemente bueno el modelo local? Blog "Avances en Gestión Clínica".
9. Varela J. Prácticas clínicas que aportan poco valor. Blog "Avances en Gestión Clínica".