



FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DE CALIDAD ASISTENCIAL

Journal of Healthcare Quality Research

www.elsevier.es/jhqr



EDITORIAL

La adecuación como dimensión de calidad y las prácticas que generan valor



Appropriateness as a quality dimension and practices that generate value

D. Álamo-Junquera^{a,b,c,*} y A. Urrutia^{b,d}

^a Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^b Comité MAPAC, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^c Departamento de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^d Medicina Interna, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 26 de octubre de 2021; aceptado el 5 de noviembre de 2021

Disponible en Internet el 10 de diciembre de 2021

La adecuación, es decir, el balance positivo entre el beneficio y el riesgo de cualquier prestación médica (sea diagnóstica o terapéutica), no solo en el contexto clínico, sino también en el económico, es un dominio más de la calidad.

Para conseguir una elevada calidad, a la propia bondad con que se realice cualquier procedimiento se debería añadir un buen balance beneficio/riesgo para el enfermo, cuya valoración se debería establecer atendiendo al mayor nivel de evidencia científica disponible.

Si además fuéramos capaces de añadir la participación del enfermo en las decisiones que le afectan, podríamos alcanzar una medicina aún de mayor calidad.

La preocupación de ofrecer los recursos más adecuados a cada paciente es motivo de interés para un sector cada vez más importante del colectivo de profesionales sanitarios: 3 de cada 4 médicos encuestados en nuestro país afirmaron que las pruebas innecesarias representan un problema serio o muy serio¹, y se estima que alrededor del 20 al 25% de las prácticas asistenciales son inadecuadas y pueden llegar a suponer el 20% de los costes en salud². Además, las prácticas

de poco valor se asocian a variabilidad clínica y a efectos secundarios innecesarios³.

Por todo ello, se han desarrollado proyectos como el *Right Care* (que puede definirse como los cuidados centrados en el paciente –considerando sus circunstancias individuales, valores y deseos– en los que el beneficio supera los riesgos)⁴ o como la iniciativa *Choosing Wisely*, auspiciada por la *ABIM Foundation*, con la intención de proporcionar al médico y al paciente una respuesta basada en la evidencia a preguntas concretas sobre la adecuación de ciertos procedimientos⁵. Los principios de *Choosing Wisely* son el liderazgo clínico, la atención centrada en el paciente, el trabajo multiprofesional y la transparencia. Nació en 2012 y ha sido seguida por otras iniciativas similares en más de 20 países, incluida España. Estas suelen contar con el apoyo de la administración, caso de la iniciativa Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España, coordinada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Sociedad Española de Medicina Interna y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, del Essencial, coordinado por la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña, del portal Diana Salud (www.dianasalud.com), desarrollado por el Hospital de Sant Pau y el Centro Cochrane Iberoamérica, con el apoyo del Programa de Epidemiología Clínica del Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dalamoju.germanstrias@gencat.cat
(D. Álamo-Junquera).

y Salud Pública⁶ y otras estrategias en diversas comunidades autónomas.

A pesar de la rápida difusión nacional e internacional de estas iniciativas, su conocimiento por parte de los profesionales sanitarios es escaso, no alcanzando en algunos estudios al 40% de ellos⁷. Diversos proyectos de ámbito hospitalario o más transversal han venido a intentar llenar este vacío, como son las comisiones o comités para la mejora de la adecuación de la práctica asistencial, con diferente nombre en cada centro, pero con una misma finalidad: reconocer las prácticas de poco valor, consensuar recomendaciones basadas en la evidencia científica y realizar propuestas de acción. De esta manera se contribuye a difundir entre los profesionales el compromiso con la calidad y la eficiencia y a disminuir la iatrogenia y la variabilidad clínica².

Resulta relativamente sencillo identificar las prácticas de poco valor y recomendar las alternativas que aportan valor. No es tan fácil hacerlas llegar a los servicios profesionales y, sobre todo, conseguir su cambio conductual, para finalmente cerrar el círculo y evaluar el impacto de estas acciones y su mantenimiento a lo largo del tiempo.

Para promover las prácticas de valor es importante interrogarnos sobre nuestro propio trabajo, fomentar el pensamiento crítico con el fin de combatir la sobreutilización y la infrautilización, centrar la actividad asistencial fundamentalmente en la atención a la persona y priorizar el análisis de los errores⁸.

Los acuerdos de gestión constituyen uno de los motores que pueden llevar al cambio de conducta. Pueden resultar efectivos especialmente cuando se centran en el beneficio de los pacientes, ya sea para reducir las prácticas de escaso valor (sondaje vesical inadecuado) o para disminuir la infrautilización, caso de la anticoagulación en ciertas situaciones con clara indicación.

Además, las organizaciones sanitarias también pueden mejorar el valor de la asistencia ofrecida aprendiendo de las que cuentan con los mejores hábitos: planificación y especificación, diseño de la infraestructura (incluyendo *staff*, espacios físicos y procedimientos), medición y supervisión (sistemas de información) y, finalmente, valoración de los propios planes de cuidados y sus resultados, tratando el conocimiento médico como una propiedad de la organización más que del profesional individual⁹.

Varela propone 5 puntos para aumentar las prácticas de valor: mejorar las habilidades en la entrevista clínica, buscar el razonamiento clínico perdido, fomentar las decisiones

clínicas compartidas, revertir las prácticas de poco valor y fomentar el trabajo multidisciplinar¹⁰.

En nuestra formación sanitaria se enseña fundamentalmente a hacer, pero se valora poco lo complicado que resulta no hacer cuando no existe suficiente evidencia científica, o dejar de hacer cuando alguna práctica deja de tener valor. Parece que si no realizamos ninguna actuación nuestra actividad es incompleta, sobreponiendo la acción a la atención y cuidado del paciente.

Podemos enfocar la mejora de la calidad y la adecuación desde cualquiera de las caras del prisma, pero lo fundamental es cuestionarse continuamente si lo que hacemos aporta valor al paciente. Afortunadamente, gran parte de los profesionales sanitarios comparte esta preocupación y trabaja con la visión de la mejora continua de la práctica asistencial y clínica.

Bibliografía

1. Mira JJ, Carrillo I, Pérez-Pérez P, Olivera G, Silvestre C, Nebot C, et al. Grado de conocimiento de la campaña *Comprosimos por la Calidad* y de las recomendaciones *no hacer* entre médicos de familia, pediatras y enfermería de Atención Primaria. An Sist Sanit Navar. 2018;41:47–55.
2. Bonfill X, Salas-Gama K, Requeijo C, Merchán-Galvis A, Sánchez A, Medarde E, et al. A survey to assess awareness and opinion of initiatives and recommendations on low-value diagnostic practices. BMC Health Serv Res. 2020;20:5055110.
3. Badgerly-Parker T, Pearson SA, Dunn S, Elshaug AG. Measuring hospital-acquired complications associated with low-value care. JAMA Intern Med [Internet]. 2019;179:499–505, <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2725081>.
4. Kleinert S, Horton R. From universal health coverage to right care for health. Lancet. 2017;390:101–2.
5. Born KB, Levinson W. Choosing Wisely campaigns globally: A shared approach to tackling the problem of overuse in healthcare. J Gen Fam Med. 2019;20:9–12.
6. Osorio D, Bonfill X. Las iniciativas de *No hacer* y el portal DianaSalud.com. Aten Primaria. 2016;48:501.
7. Tudela P, Ezcurra G, Gaona C, Urrutia A. Hospital health personnel's knowledge of initiatives on the appropriateness of clinical practice. Rev Clin Esp (Barc). 2021; S2254-8874(21)00143-0, En prensa.
8. Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, Paris V, Elshaug AG, Brownlee S, et al. Drivers of poor medical care. Lancet. 2017;390:178–90.
9. Bohmer RMJ. The four habits of high-value health care organizations. N Engl J Med. 2011;365:2045–7.
10. Varela J. Five recommendations to increase the value of clinical practice. Med Clin (Barc) [Internet]. 2021;156:187–90, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2020.04.020>.