



**Reinventar la Gestión Sanitaria aplicando modelos de excelencia a la gestión clínica.
Un reto no resuelto**

El valor de la práctica clínica

Decálogo de recomendaciones

Jordi Varela

11 de julio de 2017

W Avoiding overuse—the next quality frontier

Published Online
January 8, 2017
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32570-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32570-3)
See Online/Series
<http://dx.doi.org/10.1016/P11>,
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32379-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32379-0),
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30947-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30947-3), and
<http://dx.doi.org/10.1016/P11>

As nations move toward universal health coverage (UHC), the stakes on quality of care rise. The recent zero sum choices—what public health care gets, public schools and public housing lose. Private sector employers, people care, when health care needs are not met, high-income countries have the political will to increase tax rates, and therefore government investments reflect that meets needs is high quality; health care that does not meet needs is low quality. Four papers in a Series in

Se debe entender la calidad como la provisión de servicios que responden a las necesidades de las personas

Donald Berwick. Institute for Healthcare Improvement

www.thelancet.com



www.gettyimages.com/12388 Stock Photo

From universal health coverage to right care for health



Ach
imp
the
low
hea
hea
and
as d
Ev
and
exp

”Right Care”: es la atención sanitaria que aporta más beneficios que efectos no deseados, que tiene en cuenta las circunstancias de cada paciente, sus valores y su manera de ver las cosas, y que, además, se sustenta en la mejor evidencia disponible y en los estudios de coste-efectividad.

political and economic landscapes are not encouraging most medical services fall into a grey zone where the

.6/PII
.6/
3, and
.6/
9
.6/PII,
.6/
0,
.6/
3, and
.6/PII



Sabine Kleinert
Richard Horton
The Lancet Editors

W Avoiding overuse—the next quality frontier

Published Online
January 8, 2017
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32570-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32570-3)
See Online/Series
<http://dx.doi.org/10.1016/Pii>
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32379-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32379-0),
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30947-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30947-3), and
<http://dx.doi.org/10.1016/Pii>

As nations move toward universal health coverage zero sum choices—what public health care gets, public employers, people in the USA,¹ people care. The healthy harmfu Poor q high-in tax rates, and therefore government investments reflect not meet needs is low quality. Four papers in a Series in

Las prácticas clínicas inapropiadas consumen entre el 25% i el 33% de los presupuestos sanitarios de todos los países del mundo

Donald Berwick. Institute for Healthcare Improvement

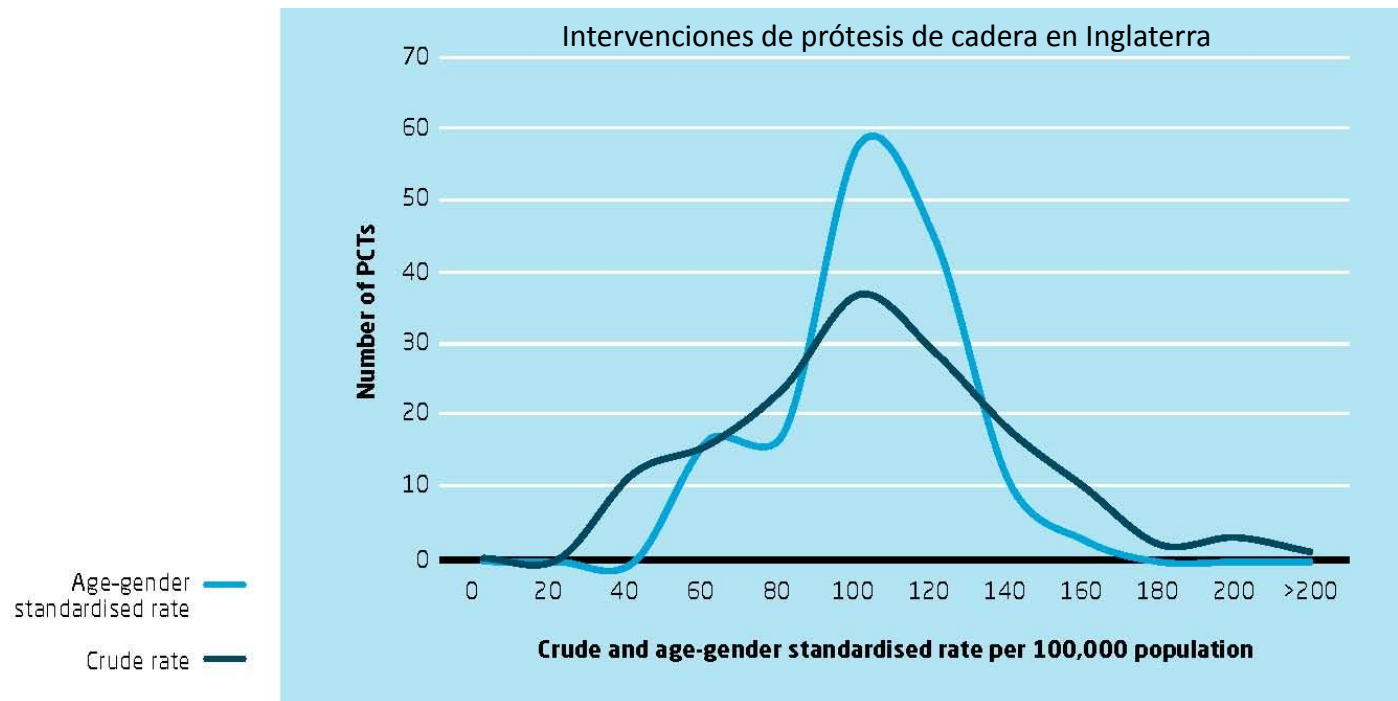
www.thelancet.com



www.bre alme d amicro/12 388 Stock Photo

Las variaciones en las tasas de hospitalización son omnipresentes y persistentes, e incluso afectan a intervenciones comunes de reconocida efectividad

TheKingsFund>



Appleby J, Raleigh V, Frosini F, et al. Variations in Health Care. The good, the bad and the inexplicable. The King's Fund 2011.

UTILIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE DUDOSO VALOR

ISSN: 2529-9255 Vol. 10 Desinversión- Fecha última actualización: Octubre 2016

¿Por qué medimos la utilización de los procedimientos de dudoso valor?

■ **Magnitud de la variación** ■ Evolución temporal ■ Perfil de área ■ Perfil de hospital

OBSTETRICIA > Porcentaje de cesáreas en condiciones de bajo riesgo obstétrico sobre partos de bajo riesgo en mujeres entre 15 y 55 años en 2014

Procedimientos frecuentes/Procedimientos infrecuentes

Datos

Filtros

Interpr

OBSTETRICIA

Porcentaje de cesáreas en condiciones de bajo riesgo obstétrico sobre partos de bajo riesgo en mujeres entre 15 y 55 años en 2014

Exceso de casos de cesáreas en bajo riesgo obstétrico sobre partos de bajo riesgo respecto a la tasa nacional del p25 en 2014

Porcentaje de episiotomías respecto al total de partos vaginales en mujeres entre 15 y 55 años en 2014

Exceso de episiotomías respecto a la tasa nacional del p25 en 2014

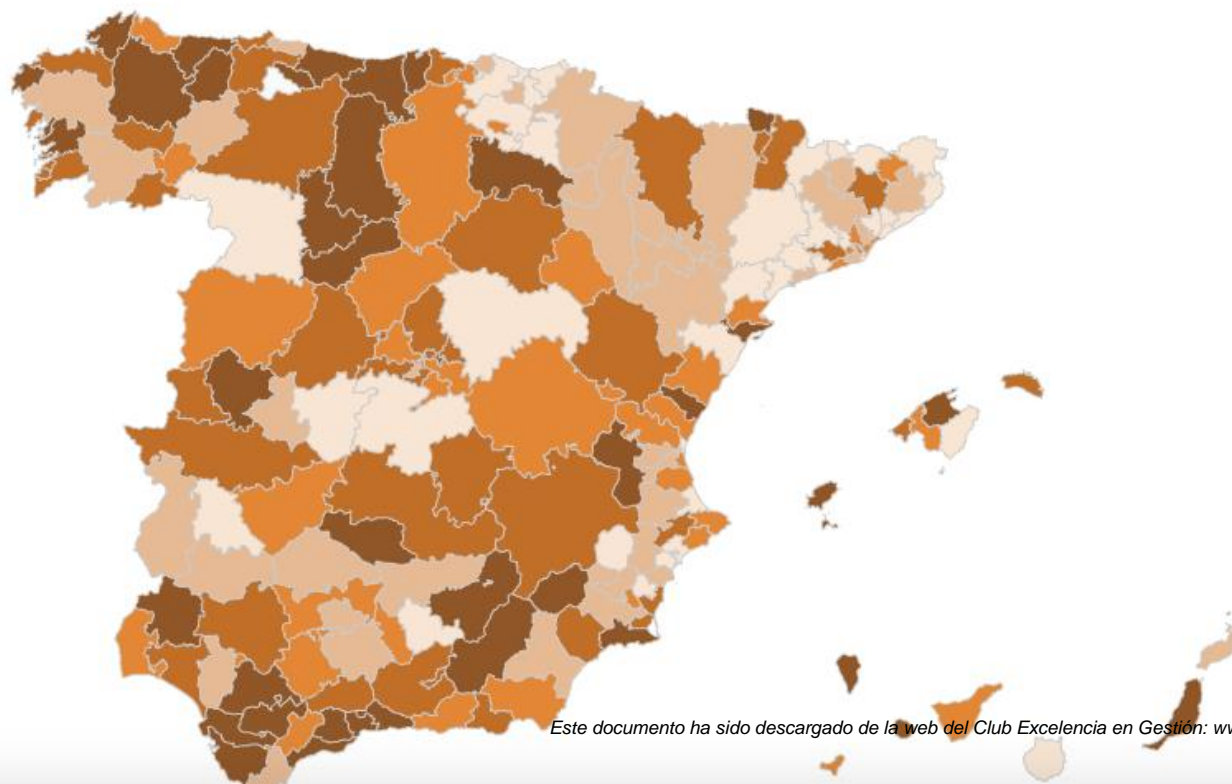
PEDIATRÍA

CIRUGÍA DE LA MANO

GINECOLOGÍA

CIRUGÍA CARDIACA

- Sin casos
- Q1 (2,03-10,08)
- Q2 (10,19-14,48)
- Q3 (14,57-17,70)
- Q4 (17,75-21,95)
- Q5 (22,09-48,51)



The Surgical Signature

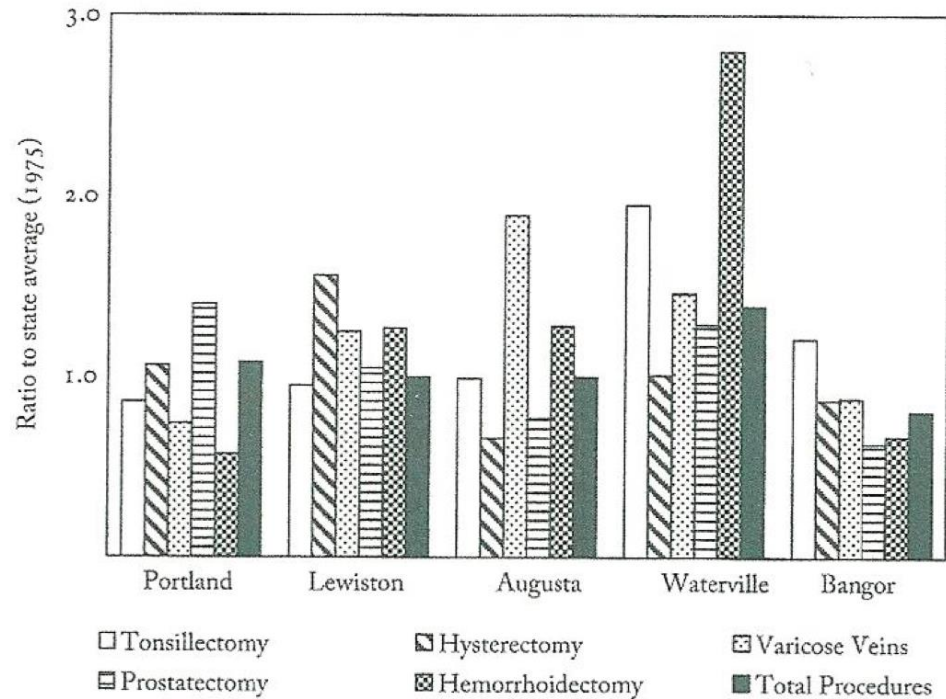
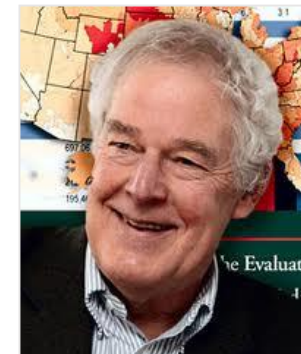
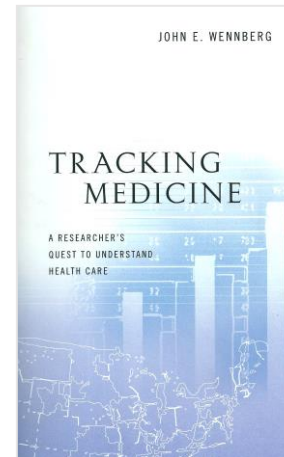
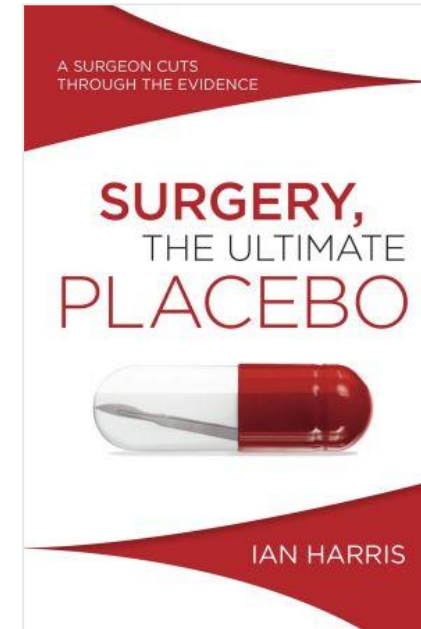


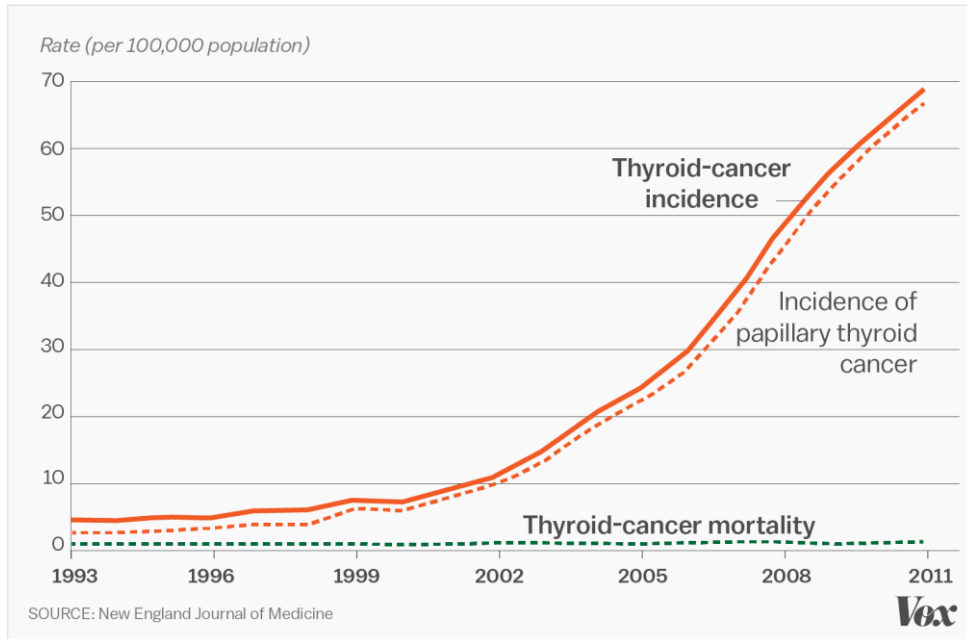
Figure 5.1. The surgical signatures of the five most populous hospital service areas in Maine (1975). For each area, the rate relative to the state average for five surgical procedures is displayed. (Adapted from Wennberg, J. and A. Gittelsohn. 1975. Health Care Delivery in Maine I: Patterns of Use of Common Surgical Procedures. *Journal of the Maine Medical Association* 66:123–130, 149. Used with the permission of the Maine Medical Association.)





De los 9.000 procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo en servicios de ortopedia y traumatología de tres hospitales públicos universitarios del área de Sidney, sólo la mitad están soportados por evidencia científica consistente.

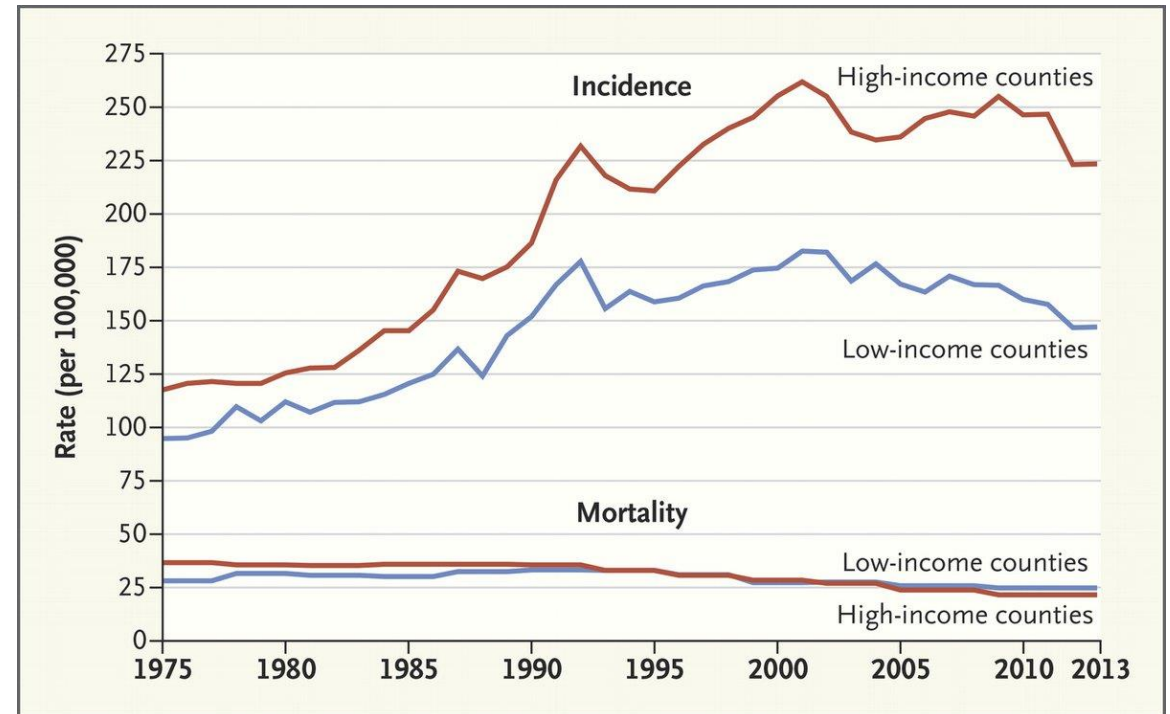
El problema de ser joven en Corea del Sur: el caso del cáncer de tiroides



De los 40.000 casos diagnosticados el año 2011, 30.000 fueron intervenidos de tiroidectomía radical (con tratamiento hormonal sustitutorio de por vida), 3.000 sufren hipoparatiroidismo, mientras que unos 600 han quedado mudos.

11/7/17

El problema de ser rico en EEUU: el caso de los cánceres de mama, tiroides, próstata y melanoma



Reinventar la Gestión Sanitaria aplicando modelos de excelencia a la gestión clínica.
Un reto no resuelto

Decálogo para afrontar los retos del valor de la práctica clínica

1 Focalizar estrategias en la experiencia del paciente



Improving patient experience of cancer care through design thinking

Client: Leaders in Oncology Care (LOC)



¿Y la experiencia del paciente?

Para llevarse a casa

DAVID FONT



CLÍNICA
BARCELONA
Hospital Universitari

Programa del Paciente Experto

Sumario

Justificación, objetivos, destinatarios y contenidos P.1
Metodología, resultados esperados y evaluación P.2
Acciones complementarias P.3



2 Aprender a escuchar, comprender e implicar



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

HOME ARTICLES & MULTIMEDIA ISSUES SPECIALTIES & TOPICS FOR AUTHORS



Perspective

Adding Value by Talking More

Robert S. Kaplan, Ph.D., Derek A. Haas, M.B.A., and Jonathan Warsh, Ph.D.
N Engl J Med 2016; 375:1918-1920 | November 17, 2016 | DOI: 10.1056/NEJMp1607079



¿Qué es la toma de decisiones compartidas (¿ y qué no lo es)?

Victor M. Montori, MD, MSc
Professor of Medicine
KER UNIT
Mayo Clinic

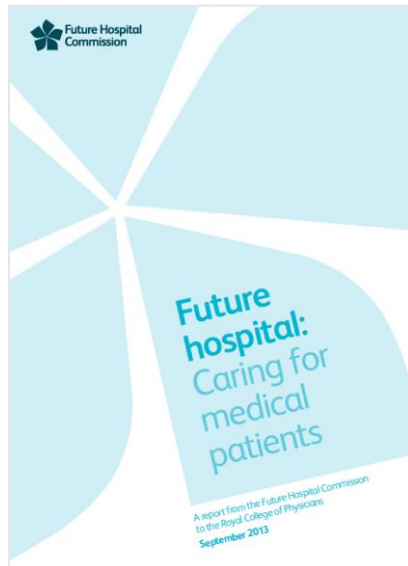
montori.victor@mayo.edu @vmontori



Según Víctor Montori, la decisión compartida es una expresión humana de la atención solidaria y cuidadosa del paciente, en la que ambos protagonistas deberían llegar juntos a una resolución que debe tener sentido intelectual, emocional y práctico. Los materiales de apoyo son una ayuda, no un fin.

La decisión compartida es una forma de ajustar la práctica clínica a la manera de ser de cada persona, pero no es un instrumento pensado específicamente para mejorar la eficiencia y la efectividad, aunque puede ser que esa asociación ocurra.

3 Industrializar los procesos protocolizables



Generalist and specialist care in the future hospital. Generalist care includes acute medicine, internal medicine, enhanced care and intensive care. Specialist components of care will be delivered by a specialist team who may also contribute to generalist care. AHP = allied health professional; SOP = standardised operating procedure.

HOSPITAL PRODUCTIVITY

DOI: 10.1377/hlthaff.2013.1266
HEALTH AFFAIRS 33,
NO. 9 (2014): 1746-1755
©2014 Project HOPE—
The People-to-People Health
Foundation, Inc.

By David Cook, Jeffrey E. Thompson, Elizabeth B. Habermann, Sue L. Visscher, Joseph A. Dearani, Veronique L. Roger, and Bijan J. Borah

From 'Solution Shop' Model To 'Focused Factory' In Hospital Surgery: Increasing Care Value And Predictability

David Cook (cook.david@mayo.edu) is a professor in the Department of Anesthesiology, Division of Cardiovascular Anesthesiology, Center for the Science of Health Care Delivery, Mayo Clinic College of Medicine, in Rochester, Minnesota.

Jeffrey E. Thompson is director of operations management, United Surgical Partners, in Addison, Texas.

Elizabeth B. Habermann is an associate professor of health services research, Center for the Science of Health Care Delivery, Mayo Clinic College of Medicine.

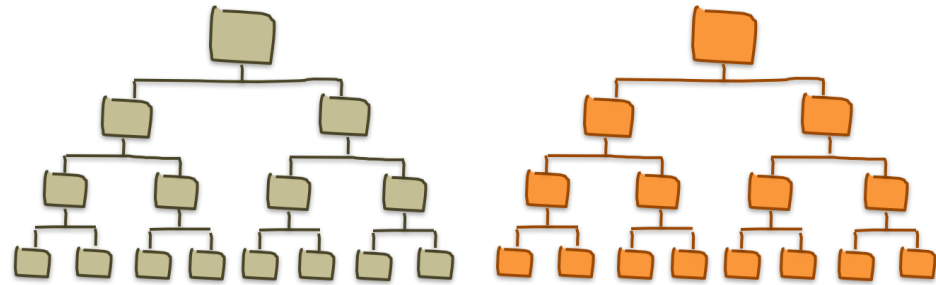
Sue L. Visscher is an assistant professor of health services research, Center for the Science of Health Care Delivery, Mayo Clinic College of Medicine.

Joseph A. Dearani is a professor in the Department of Surgery, Division of Cardiovascular Surgery, Mayo Clinic College of Medicine.

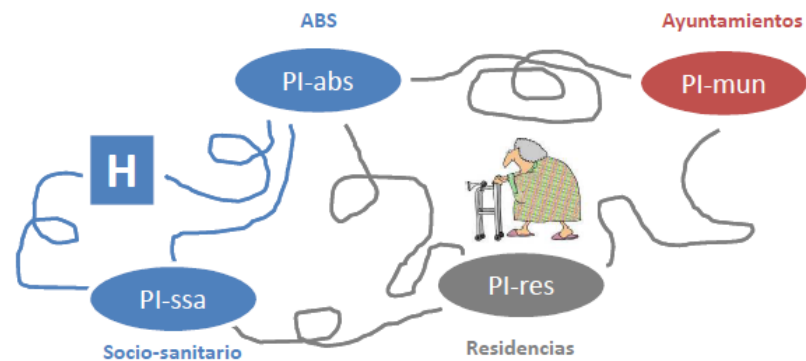
ABSTRACT The full-service US hospital has been described organizationally as a "solution shop," in which medical problems are assumed to be unstructured and to require expert physicians to determine each course of care. If universally applied, this model contributes to unwarranted variation in care, which leads to lower quality and higher costs. We purposely disrupted the adult cardiac surgical practice that we led at Mayo Clinic, in Rochester, Minnesota, by creating a "focused factory" model (characterized by a uniform approach to delivering a limited set of high-quality products) within the practice's solution shop. Key elements of implementing the new model were mapping the care process, segmenting the patient population, using information technology to communicate clearly defined expectations, and empowering nonphysician providers at the bedside. Using a set of criteria, we determined that the focused-factory model was appropriate for 67 percent of cardiac surgical patients. We found that implementation of the model reduced resource use, length-of-stay, and cost. Variation was markedly reduced, and outcomes were improved. Assigning patients to different care models increases care value and the predictability of care process, outcomes, and costs while preserving (in a lesser clinical footprint) the strengths of the solution shop. We conclude that creating a focused-factory model within a solution shop, by applying industrial engineering principles and health information technology tools and changing the model of work, is very effective in both improving quality and reducing costs.



4 Fomentar la colaboración (desfragmentar estructuras)



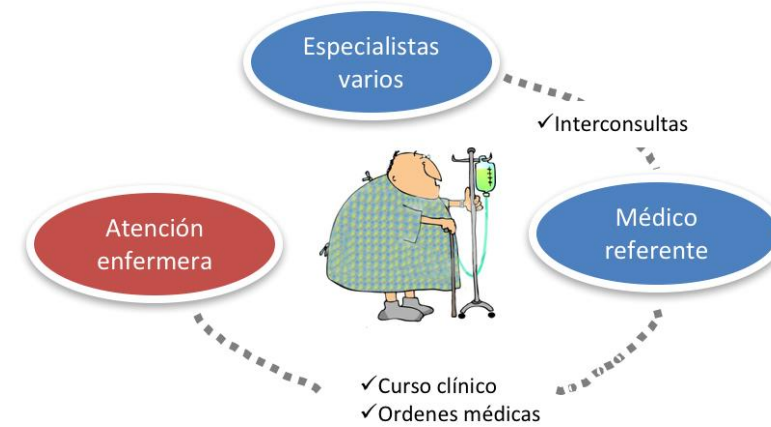
Circuitos actuales para pacientes crónicos complejos



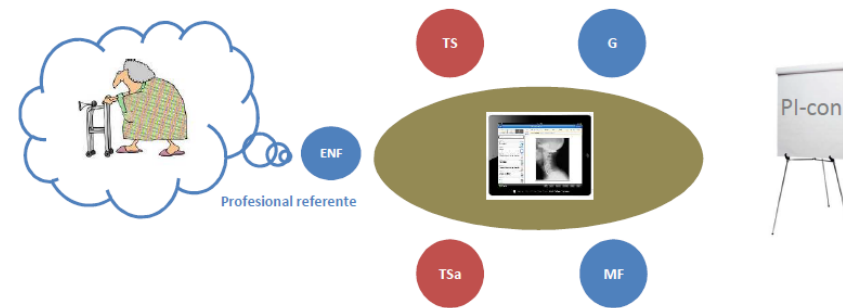
PI-abs: Plan individualizado de la área básica de salud / PI-ssa: Plan individualizado socio-sanitario / PI-mun: Plan individualizado de los servicios sociales municipales / PI-res: Plan individualizado de las residencias geriátricas

gc varella

11/7/17



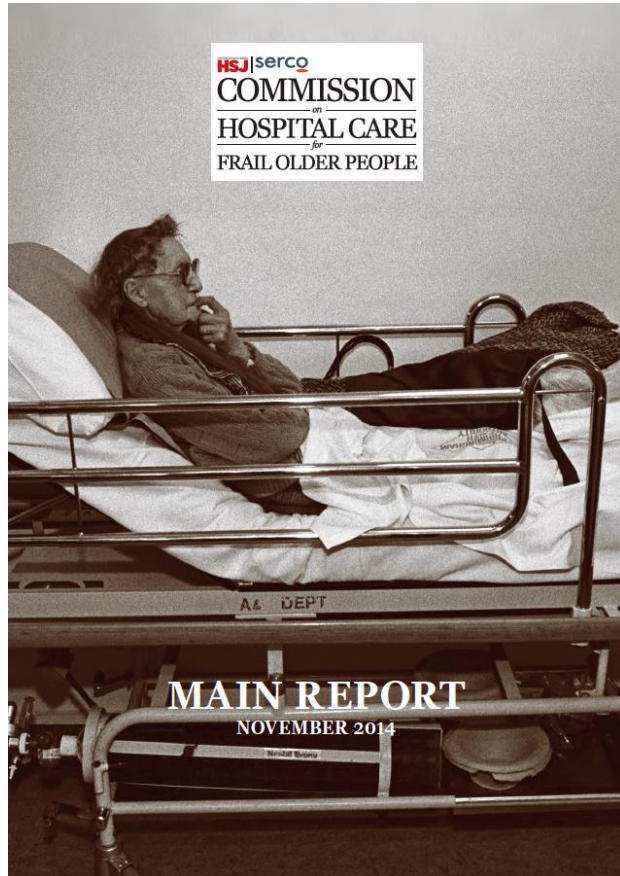
Elaboración conjunta del plan individualizado (PI-con)
Un caso procedente de la atención domiciliaria



ENF: enfermera / TSa: trabajador social ayuntamiento / MF: médico de familia / G: geriatra / TS: trabajador social ABS

gc varella

5 Reorientar servicios a la fragilidad de las personas



IRPP Study

No. 59, February 2016 www.irpp.org

Integrating Long-Term Care into a Community-Based Continuum

Shifting from “Beds” to “Places”

A. Paul Williams, Janet Lum, Frances Morton-Chang, Kerry Kuluski, Allie Peckham, Natalie Warrick, Alvin Ying

To address the growing long-term needs of Canada’s aging population, governments should expand community-based care instead of simply increasing the number of residential care beds.

PubMed Health

Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet].

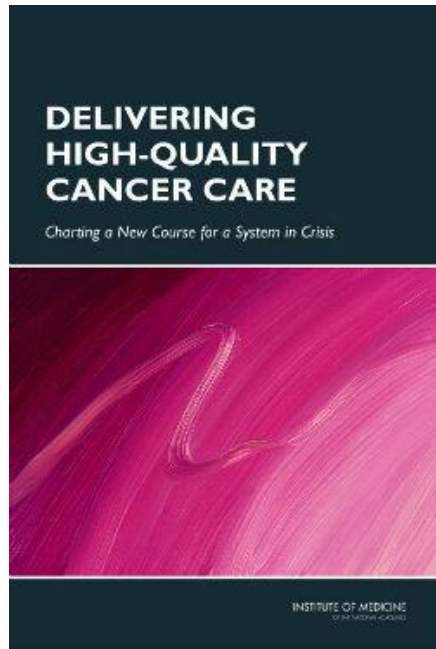
A meta-analysis of "hospital in the home"

GA Caplan, NS Sulaiman, DA Mangin, N Aimonino Ricauda, AD Wilson, and L Barclay.
Review published: 2012.
Link to full article: [\[Journal publisher\]](#)

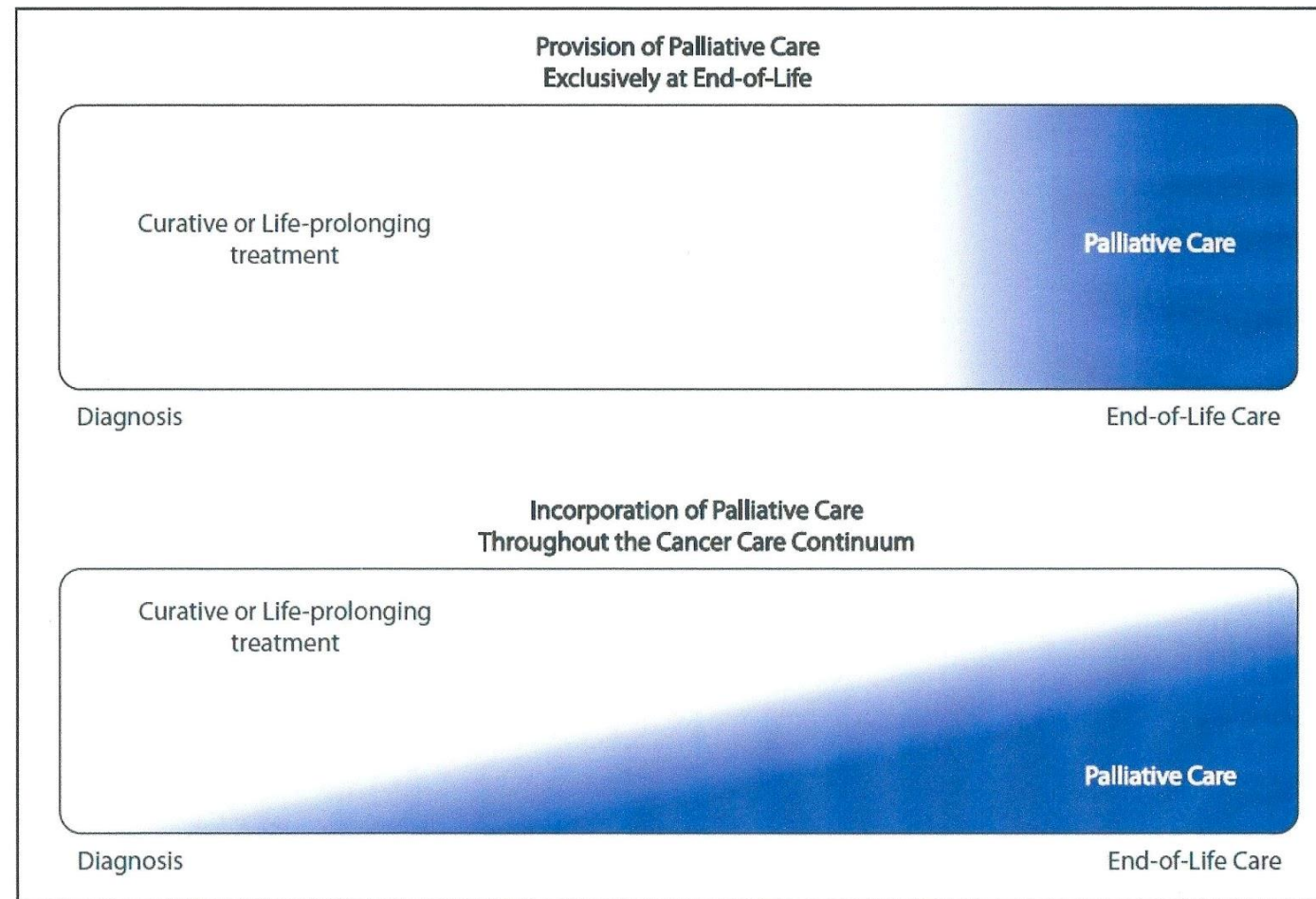
CRD summary

The review concluded that "hospital in the home" was associated with reductions in mortality, readmission rates and cost, and increases in patient and carer satisfaction, but no change in carer burden. The reliability of these conclusions is unclear due to the limited information provided in the report.

6 Responsabilizar a todas las especialidades en el final de vida



Incorporation of palliative care across the care continuum



7 Implicar a los profesionales y promover la autogestión

CHANGE MANAGEMENT

Engaging Doctors in the Health Care Revolution

by Thomas H. Lee, MD and Toby Cosgrove, MD

FROM THE JUNE 2014 ISSUE



Harvard
Business
Review

Reinventar
las organizaciones

Frederic
Laloux

«El libro de respuesta más importante e inspirador que he leído nunca en temas relacionados con organizaciones...»
Tony Schwartz, The New York Times

arpa



Buurtzorg Netherlands: más poder para las enfermeras

 el tweet de la semana



Buurtzorg started in 2007 with one team/four nurses. Today there are nearly 8,000 Buurtzorg nurses in 630 independent teams, caring for 60,000 patients a year.

Nurses in Sweden, Norway, Japan and the United States are adopting the Buurtzorg model.

8 Innovar desde la cotidianidad – Aprender de los errores



INNOVATION

Build an Innovation Engine in 90 Days

by Scott Anthony, David S. Duncan, and Pontus M.A. Siren

FROM THE DECEMBER 2014 ISSUE



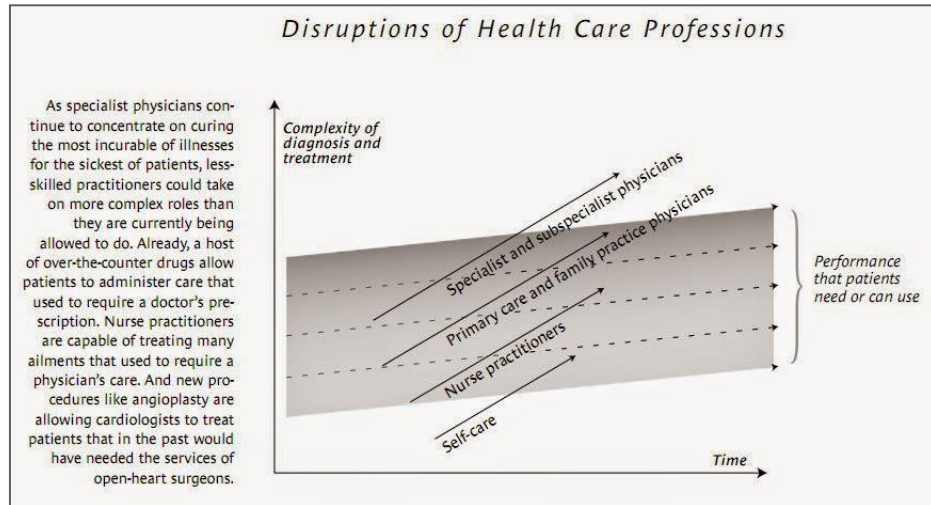
Harvard
Business
Review

Richard Bohmer Unites Medicine and Management to Prescribe New Design for Health Care Delivery

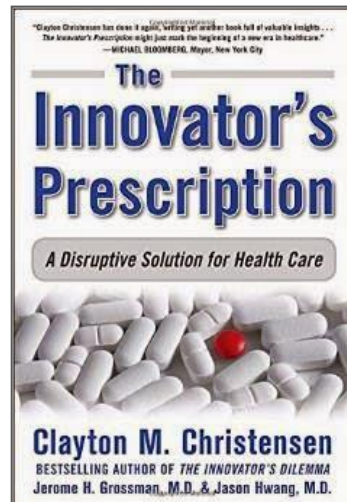
Book Details How Different Management Systems Can Reduce Costs and Effectively Manage Care



9 Aumentar magnetismo y competencias enfermeras



Margaret McClure
New York University Medical Center



11/7/17

10 Financiar los servicios por el valor que aportan



Cuando los modelos de financiación ponen el foco en el valor que aportan los sistemas sanitarios, los resultados clínicos que interesan a las personas van tomando una posición central, mientras que los costes se reducen entre un 20% y un 30%, y lo hacen empujados por el rechazo que los propios clínicos hacen de las prácticas sobrantes.

El pago basado en el valor fomenta la integración de servicios, el trabajo en equipo multidisciplinar y la creación de unidades de gestión clínica, las cuales, amparadas por un marco adecuado de financiación, acentúan el compromiso de los profesionales en la innovación y en la obtención de los mejores resultados clínicos.

Decálogo para afrontar los retos del valor de la práctica clínica

1. Focalizar estrategias en la experiencia del paciente
2. Aprender a escuchar, comprender e implicar
3. Industrializar los procesos protocolizables
4. Fomentar la colaboración (desfragmentar estructuras)
5. Reorientar servicios a la fragilidad de las personas
6. Responsabilizar a todas las especialidades en el final de vida
7. Implicar a los profesionales y promover la autogestión
8. Innovar desde la cotidianidad – Aprender de los errores
9. Aumentar magnetismo y competencias enfermeras
10. Financiar los servicios por el valor que aportan

