

White Paper

# Gestión Clínica en España: Innovación, Colaboración y Sostenibilidad

**LAIA AGUILAR SUGRAÑES**, Thought Leadership Director  
**JUAN CARLOS ÁLVAREZ**, Principal, Healthcare Consulting  
**JORDI DOMÍNGUEZ**, Engagement Manager, Market Access  
**INÉS JAUMOT MARCHANTE**, Senior Consultant, Consulting Services  
**DEBORAH KUKIELKA**, Principal, Consulting Services  
**AIDA PINO**, Engagement Manager, Consulting Services



# Tabla de contenidos

<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>1. Contexto actual del sistema sanitario en España</b>	<b>2</b>
<b>2. Principales tendencias destacadas y líneas de actuación derivadas de la situación</b>	<b>4</b>
<b>3. Retos en la implementación</b>	<b>9</b>
<b>4. Factores de éxito para conseguir la implantación de iniciativas innovadoras a largo plazo</b>	<b>13</b>
<b>5. Papel de la industria farmacéutica</b>	<b>15</b>
<b>6. Conclusiones</b>	<b>16</b>
<b>7. Anexo</b>	<b>17</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>18</b>

# Introducción

Las definiciones de gestión clínica han ido evolucionando a lo largo del tiempo, siempre ligadas a los conceptos de eficacia, seguridad y eficiencia, que son la base para la mejora continua y el empoderamiento de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones en torno al paciente.<sup>1,2</sup> Una de las definiciones más citadas en la bibliografía para el término *gestión clínica* es **“la estrategia que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de profesionales en la gestión para la toma de decisiones en torno al paciente. Las decisiones clínicas serán de calidad si generan eficiencia económica y no mero control del gasto.”**<sup>3</sup>

La gestión clínica se da en distintos ámbitos competenciales<sup>4</sup>, desde la política sanitaria hasta la consulta del profesional sanitario. A nivel macro, los próximos años estarán muy marcados por las medidas de contención del gasto que conforman las políticas sanitarias a nivel global. Por ejemplo, en el ámbito de los medicamentos, algunos países<sup>5</sup> están implementando reformas en las políticas de acceso y de obtención de precio y reembolso<sup>6,7</sup>, medidas que a su vez impactarán en el lanzamiento de nuevos fármacos y, en algunos casos, fármacos ya comercializados, reduciendo por una parte el retorno de las inversiones de la industria farmacéutica a nivel global.

En este contexto, la mejora de los procesos asistenciales es una prioridad crítica tanto para pagadores y prestadores de servicios de salud como para las compañías farmacéuticas para garantizar que los pacientes pueden beneficiarse de los desarrollos e innovación. Este enfoque se centra en la optimización de la eficiencia operativa y la calidad de los servicios de salud, garantizando que los pacientes reciban el mejor cuidado posible con la óptima utilización de recursos.

A través de distintas iniciativas centradas en la implementación de nuevas tecnologías, la personalización de tratamientos, el fomento de prácticas basadas en evidencia y la educación y capacitación continua de distintos *stakeholders* entre otras; actores como los hospitales y las compañías farmacéuticas están transformando la prestación de cuidados de salud, asegurando que los pacientes reciban atención de manera eficiente y efectiva. Esta sinergia no solo mejora los resultados clínicos, sino que también optimiza los recursos y reduce los costes, beneficiando a todo el sistema de salud.

Dada la relevancia actual de estos cambios, desde IQVIA hemos realizado un informe que incluye la visión de distintos *stakeholders*, tanto clínicos y gestores de hospitales públicos y privados como de la industria farmacéutica, a través de entrevistas y búsqueda de información y cuyo principal objetivo es identificar las necesidades en su práctica diaria en relación con la asistencia sanitaria y optimización de procesos asistenciales, así como el tipo de iniciativas relacionadas con esta área que están desarrollándose, los factores críticos de éxito y barreras o limitaciones para su implementación.

**“Las decisiones clínicas serán de calidad si generan eficiencia económica y no mero control del gasto”**

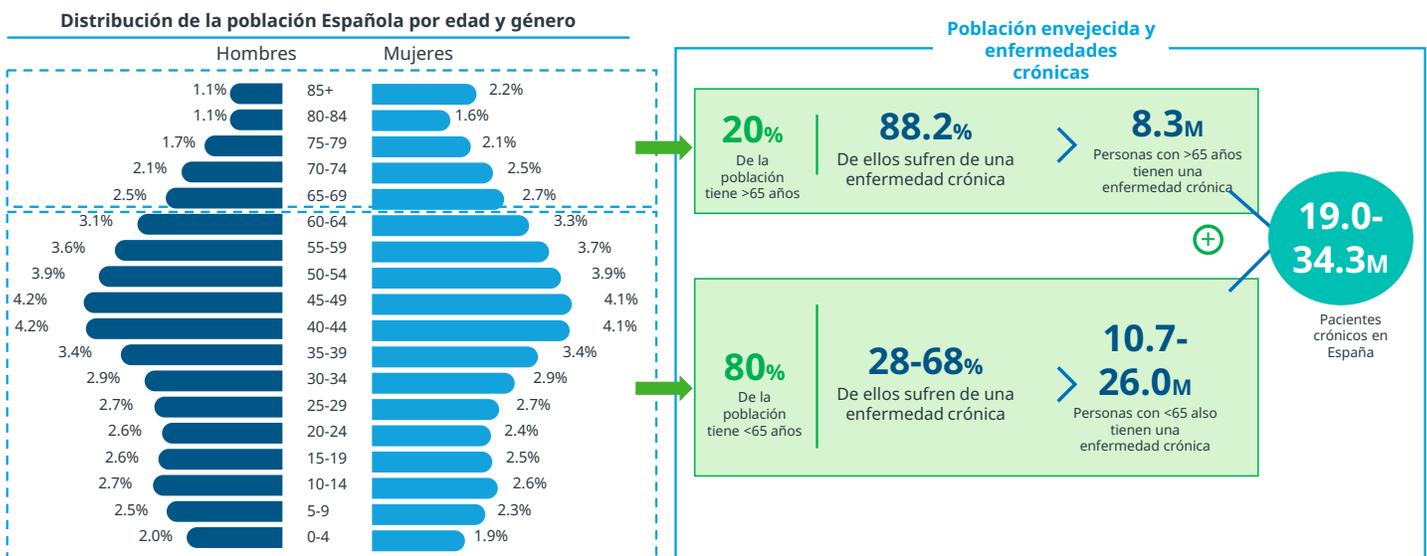
# 1. Contexto actual del sistema sanitario en España

El **Sistema Nacional de Salud (SNS)** en España se enfrenta a varios desafíos, que se vieron intensificados en los últimos años debido a factores como la crisis económica y la pandemia de la COVID-19:

**1. Envejecimiento de la población:** España tiene una de las poblaciones más envejecidas de Europa<sup>8,9</sup>, lo que repercute en una mayor demanda de servicios de salud, especialmente en enfermedades crónicas<sup>10</sup> (Figura 1), y de cuidados a largo plazo relacionados,

además, con el aumento de la dependencia en personas mayores.<sup>11,12</sup> Por otra parte, los propios avances de la medicina han llevado a la mayor supervivencia en condiciones de salud de alta mortalidad como el cáncer o las enfermedades infecciosas<sup>13</sup>. Todo ello tensiona el abanico de recursos disponibles en el sistema sanitario, en un espectro amplio que abarca desde los recursos financieros hasta los humanos.

**Figura 1. Pirámide de población en España y estimación de pacientes crónicos<sup>14</sup>**



Fuente: Búsqueda y revisión de bibliografía, análisis IQVIA

\*Plataforma de Organización de Pacientes (POP); Observatorio de la atención al paciente (OAP), Informe 2021. Disponible en: [https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe2021\\_oap\\_vf\\_2.pdf](https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe2021_oap_vf_2.pdf)

**2. Sostenibilidad del sistema sanitario:** la combinación de un mayor gasto en salud<sup>15</sup> debido, entre otros factores, al envejecimiento<sup>16</sup>, junto con la elevada deuda pública<sup>17</sup>, etc., hace que sea cada vez más difícil mantener un sistema de salud que ofrezca

una cobertura integral, universal y de calidad en perfecto equilibrio. Un panorama donde, además, la introducción de medicamentos de alto coste y técnicas diagnósticas más específicas y complejas afecta también a la sostenibilidad del sistema sanitario.

### **3. Relevo generacional del personal sanitario:**

actualmente hay un déficit notable de profesionales de la salud, especialmente en el ámbito de atención primaria y en ciertas especialidades médicas. Según el **Informe de necesidad de médicos en España 2023-2035**<sup>18</sup> publicado por el Ministerio de Salud, se calcula que el sistema sanitario tiene un déficit de 4.502 médicos de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y un déficit de 5.874 especialistas. Un escenario que se espera revertir a partir de 2029 en MFyC y desde 2031 en el conjunto de todos los especialistas. Además, se espera un elevado número de jubilaciones en los próximos años, que no será posible cubrir sin formar más médicos o atraer talento de otros países<sup>19</sup>. Esto repercute negativamente tanto en el personal sanitario por la sobrecarga de trabajo como en la salud y experiencia del paciente debido al aumento de las listas y tiempos de espera para consultas, procedimientos quirúrgicos, pruebas diagnósticas, entre otros.

**4. Elevada prevalencia en condiciones de salud que requieren recursos amplios:** condiciones de salud como las enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, enfermedades respiratorias y problemas de salud mental representan una alta carga de morbilidad en España. Particularmente en salud mental, el 34% de la población padece algún problema de esta índole, superando el 40% en personas de 50 años o más. En este contexto, por ejemplo, el aumento de problemas de salud mental, ha puesto de manifiesto la falta de recursos y atención en este ámbito. Hay una creciente demanda de servicios de salud mental ligado a un aumento del diagnóstico, pero la infraestructura y los recursos actuales son insuficientes para satisfacer la adecuadamente.<sup>20,21,22</sup>

**5. Brecha digital:** aunque se han hecho avances significativos, la implantación de nuevas tecnologías, como la telemedicina y los sistemas de historia clínica electrónica, es desigual en todo el territorio. La transformación digital es esencial para mejorar la eficiencia y la accesibilidad, pero requiere inversión

y capacitación tanto de pacientes como del personal sanitario<sup>23</sup>. A su vez, los profesionales sanitarios también se enfrentan al reto de decidir qué pacientes atender en persona y cuáles en remoto o el uso de nuevas plataformas digitales.

**6. Desigualdades territoriales asistenciales y de accesibilidad del paciente al SNS:** existen diferencias en el acceso y la calidad de los servicios de salud entre las distintas comunidades autónomas (CCAA)<sup>24</sup> e incluso dentro de una misma CCAA, debido a factores como la dispersión y la accesibilidad geográfica o la falta / escasez de recursos asistenciales respecto a la demanda<sup>25</sup>, lo que se traduce en variabilidad clínico asistencial e inequidades en el acceso a pruebas y tratamientos. Como ejemplo de análisis de la variabilidad territorial, encontramos el Atlas VPM<sup>26</sup>, una iniciativa que analiza la variación injustificada de la asistencia sanitaria en distintas áreas del SNS español y pone a disposición de los profesionales sanitarios los resultados de su investigación. Además de la variabilidad territorial, en el último informe del Observatorio Europeo<sup>27</sup>, se destaca la accesibilidad como un área de mejora del SNS español, debido a barreras como las listas de espera para cirugías y para visitas de especialistas o cribajes poblacionales desiguales.

## 2. Principales tendencias destacadas y líneas de actuación derivadas de la situación

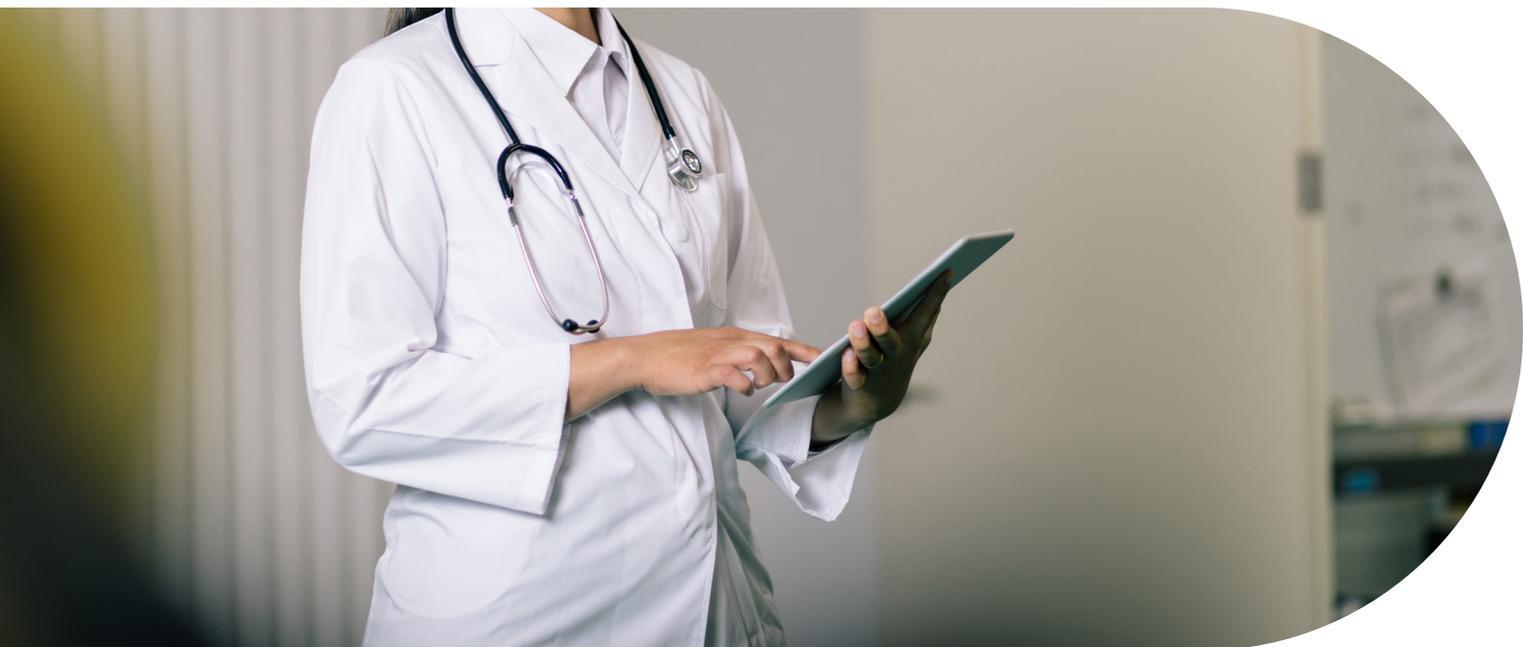
En respuesta a todos estos desafíos, hay numerosos ejemplos de adopción de nuevas tendencias y estrategias clave tanto en España como a nivel internacional por parte de los sistemas de salud. Entre estas iniciativas, en las cuales la colaboración público-privada es un factor relevante, destacan las siguientes líneas de actuación:

**Implementación de Tecnologías Avanzadas:** la apuesta creciente por la Integración, interoperabilidad y accesibilidad de la información, junto a la adopción de tecnologías como la inteligencia artificial (IA), el aprendizaje automático (ML) y en general el avance de la transformación digital en los sistemas de salud, permite una mejor gestión, tratamiento y análisis de la ingente cantidad de datos generados a diario en relación con los pacientes en los servicios de salud, con aplicaciones que van desde diagnósticos más rápidos y precisos y tratamientos personalizados, hasta la implementación de medidas de atención centradas en el cuidado y fortalecimiento de la salud poblacional sea de forma específica para determinados segmentos o cohortes, o de forma transversal y general. Por ejemplo, los

algoritmos de IA pueden analizar grandes volúmenes de datos clínicos para identificar patrones y predecir resultados, mejorando así la toma de decisiones clínicas.

IQVIA y el *Servei de Salut de les Illes Balears* han colaborado en un proyecto destinado a obtener indicadores que permiten identificar intervenciones no necesarias a través del procesamiento mayoritariamente de datos no estructurados<sup>28</sup>. En este proyecto, con un objetivo asentado dentro de las bases de *Right Care*, la utilización de tecnologías avanzadas para el procesamiento de datos ha sido la clave para el éxito.

A corto y medio plazo, los entrevistados mencionan la **inteligencia artificial** como una de las herramientas clave para la digitalización, automatización y mejora de la eficiencia del sistema sanitario. Entre sus aplicaciones, destacan la **facilitación de la interacción entre profesionales y pacientes**, como en procesos de **cribado poblacional** o la identificación de factores de mal pronóstico en la evolución de un paciente.



**Personalización de Tratamientos:** la medicina personalizada, impulsada por avances en la genómica y la biotecnología, permite a pacientes con diversas condiciones de salud de alta complejidad (i.e. enfermedades raras, cáncer, etc.) beneficiarse del diseño de tratamientos específicos y “a medida”. Un terreno donde la convergencia de esfuerzos de actores que incluyen a científicos y profesionales de la salud, a las compañías farmacéuticas, que están desarrollando terapias dirigidas, y a compañías tecnológicas especializadas aportando avances en secuenciación y plataformas bioinformáticas, entre otros, está consiguiendo aumentar la eficacia del tratamiento, reducir los efectos secundarios, y alcanzar resultados inéditos en supervivencia o mejora de la calidad de vida.

A pesar del creciente interés en la adopción de enfoques de medicina personalizada y basada en datos, su implementación aún está en etapas iniciales. Estos enfoques requieren una **sólida infraestructura de datos** y un cambio en la forma en que se mide y evalúa la atención sanitaria. Un primer paso hacia la personalización de tratamientos en España ha sido la elaboración del Catálogo Común de Pruebas Genéticas y Genómicas del Sistema Nacional de Salud (SNS), presentado el pasado 23 de enero de 2024<sup>29</sup>. Más recientemente, el Ministerio de Sanidad ha licitado el proyecto SiGenEs (nodo genómico del SNS) para crear una red nacional de compartición de información genómica<sup>30</sup>. El proyecto engloba tanto el desarrollo de aplicaciones como la arquitectura de sistemas de información con el fin de garantizar la operatividad en todo el territorio nacional y potenciar la medicina personalizada, apoyando al despliegue de la cartera de servicios de medicina de precisión.

**Generación de *Real World Evidence* (evidencia en práctica clínica real):** otra tendencia que ha experimentado una aceleración en los últimos años es la generación de evidencia en práctica clínica real debido especialmente a su impacto inmediato en la toma de decisiones.

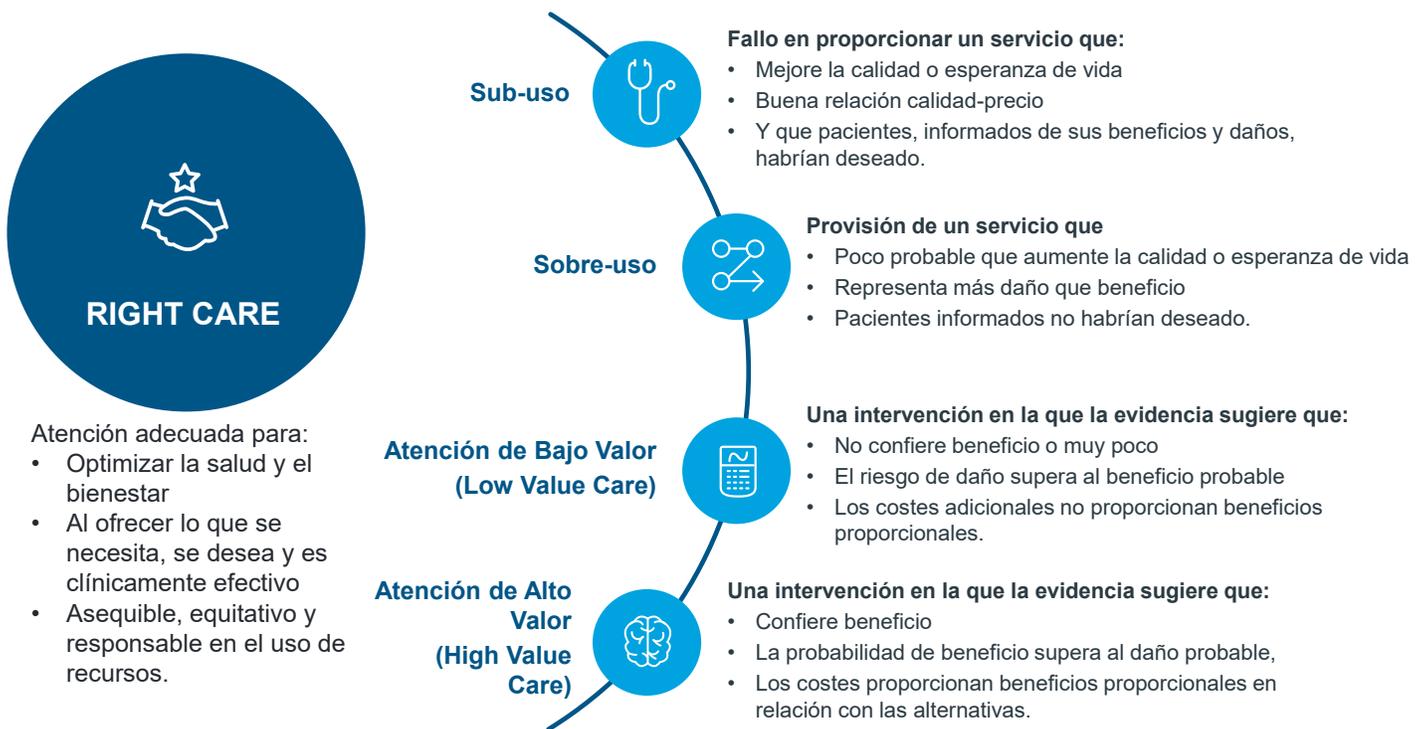
Destacamos el proyecto CamON<sup>31</sup>, una iniciativa centrada en cáncer de mama cuyo objetivo es el de ayudar a las organizaciones sanitarias y a los líderes clínicos a medir, evaluar, comparar y mejorar la práctica clínica y sus resultados con relación a esta patología. El proyecto tiene como objetivo la construcción de una **herramienta de gestión y benchmarking para los hospitales** sobre la que se anida una estrategia de generación de evidencia del mundo real. De esta forma, la iniciativa permite generar evidencia que trasciende al sector con un impacto inmediato de retorno en los siete hospitales que la generan.

La implementación de estos proyectos y de otros de índole similar que ponen el foco en el valor, se traduce en unos **mejores resultados en indicadores de salud**, como por ejemplo de eficiencia y calidad como son Estancias, Mortalidad y Cirugía Mayor Ambulatoria. Así, los hospitales con menor número de acciones de mejora en la gestión de recursos, optimización del flujo del paciente y menor orientación hacia el valor ven incrementadas las estancias de sus pacientes un 44% respecto a lo esperado para sus características y ajustado por patología, así como en un 10% de incremento en el número de cirugías mayores ambulatorias que requerían un ingreso del paciente. Por otra parte, la tasa de mortalidad del paciente ajustada por riesgo de la patología y edad fue un 34% inferior en los hospitales con más foco en valor (ver anexo 1).

**Prácticas Basadas en la Evidencia:** la adopción de prácticas basadas en la evidencia es fundamental para mejorar los resultados clínicos. Esto implica el uso de datos y estudios clínicos para guiar las decisiones de tratamiento. En este ámbito encontramos colaboraciones tanto en ensayos clínicos como estudios de investigación para generar evidencia robusta que respalde nuevas terapias y protocolos de tratamiento.

En relación con estas líneas de actuación y de mejora de procesos asistenciales, así como de optimización de recursos, surge el concepto *Right Care*<sup>32</sup> (Figura 2).

Figura 2. Breve resumen de las bases Right Care.



Este fenómeno ha estado en auge en los últimos años, especialmente en países anglosajones, lo que refleja el interés que generan este tipo de estrategias. Un primer ejemplo son las recomendaciones *Do not do* del NICE<sup>33</sup>, que consisten en la revisión de prácticas clínicas que no deberían seguir realizándose por falta de evidencia o por un balance riesgo-beneficio insuficiente. Otro ejemplo que se ha extendido a muchos países es la campaña *Choosing wisely*, creada por el *Advisory Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation*<sup>34</sup>.

Empezó en 2012 con la colaboración de 9 sociedades médicas norteamericanas que identificaron cinco prácticas clínicas de dudosa utilidad/necesidad para que tanto médicos como pacientes se cuestionaran si realizarla o no. Actualmente más de 80 sociedades médicas participan en la campaña.

En el primer caso, las recomendaciones *Do not do* del NICE surgen de grupos de trabajo independientes, mientras que en *Choosing wisely* se busca la participación

activa y ratificación de las sociedades científicas, lo que ha ayudado a ganar seguidores y extenderse a muchos países. Desde IQVIA hemos observado una creciente demanda en proyectos tanto en la adecuación en la prescripción de pruebas diagnósticas, medicamentos, procedimientos, etc. (recomendaciones “NO-HACER”), como en la adecuación de los procesos asistenciales como en el cumplimiento de guías / vías clínicas.

En revistas científicas internacionales han surgido líneas editoriales enfocadas a la publicación de artículos de orientación *Right Care*. La línea editorial *Too much medicine* de la revista *British Medical Journal (BMJ)*<sup>35</sup>, que arrancó en 2002, se enfoca en la publicación de artículos que tratan el sobrediagnóstico y el sobreuso de recursos innecesarios. En la misma línea de orientación *Right Care*, el grupo de revistas JAMA desarrolla desde 2015 la colección *Less is more*<sup>36</sup>, enfocada en documentar cómo el sobreuso de tratamientos médicos carece de una mejora de resultados en salud.

Estas tendencias hace años que llegaron también en España, donde encontramos cada vez más ejemplos de adopción de nuevas formas de trabajar a todos los niveles (estatal, autonómico y local). Una de las iniciativas pioneras en el ámbito estatal es el proyecto *Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España*<sup>37</sup>, que se inició en 2013 inspirado en *Choosing wisely*. Según se describe en la web del propio Ministerio de Sanidad, el objetivo principal es disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, entendiendo por innecesarias aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias. A este proyecto se han adherido más de 50 sociedades científicas.

En el ámbito regional, encontramos el proyecto *Essencial*<sup>38</sup>, nacido también en 2013, que consiste en una iniciativa liderada por la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS) para promover prácticas clínicas que eviten la realización de intervenciones

que no aportan valor al paciente en atención primaria. Para la identificación de estas prácticas de poco valor se colabora con sociedades científicas. Además, para la correcta implementación del proyecto, AQuAS ha elaborado una guía para ayudar a la desadopción de estas prácticas. Como mencionan en un artículo publicado en 2022<sup>39</sup>, el éxito radica en que cada equipo local puede adaptar y customizar las recomendaciones y AQuAS actúa como un facilitador externo a las instituciones gubernamentales. Destacan también en el artículo la necesidad de realizar evaluaciones de impacto rigurosas.

**Mejora de procesos de salud desde la prevención hasta la atención clínica y la investigación:** la mejora de procesos, tanto administrativos como asistenciales, no solo busca aumentar la eficiencia o reducir costos, sino que se enfoca en proporcionar una mejor atención al paciente. Esto beneficia tanto al paciente como al sistema de salud en general, ayudando a construir un sistema de salud más eficiente.





En esta línea de mejora de procesos, y más concretamente en el ámbito de **arquitectura de datos** destacamos Innovatrial,<sup>40,41</sup> financiado *en su totalidad por los fondos Next Generation EU del Mecanismo de Recuperación, Transformación y Resiliencia a través del CDTI (Centro para el Desarrollo Tecnológico Industrial)*, que cuenta con la participación de IQVIA. Este proyecto consiste en el desarrollo de una plataforma de integración de la investigación clínica con la actividad asistencial que se realiza en Galicia para facilitar la realización de los ensayos clínicos y garantizar el cumplimiento de la normativa.

Otro ámbito en gran auge es la digitalización de la atención en salud, donde destacamos el proyecto Hospital Líquido en Sant Joan de Déu<sup>42</sup>. Gracias a este proyecto, se ha facilitado la atención a distancia, permeabilizando el modelo asistencial más allá de las paredes del hospital.

A su vez, las sociedades científicas también se están implicando e involucrando en iniciativas. Por ejemplo, la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) es muy activa en la realización de proyectos colaborando con la industria<sup>43</sup>. Un proyecto relevante ha sido la elaboración

del Libro Blanco de la Hidradenitis Supurativa en España<sup>44</sup>, documento elaborado por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) en colaboración con Novartis. Se basa en un estudio realizado en 2023 con el objetivo de obtener una **visión multidisciplinar del proceso asistencial** de pacientes con Hidradenitis Supurativa (proyecto HechoS).

Según la opinión de los entrevistados, a futuro cabe esperar que sigan apareciendo nuevos proyectos enmarcados en la mejora de los procesos asistenciales. Los expertos entrevistados coinciden en que el foco debería de estar, por un lado, en patologías crónicas de alta prevalencia por el impacto en mayor población y, por el otro, patologías donde haya mayor variabilidad, como en oncología. En ambos casos, una de las áreas de mejora identificadas ha sido la **falta de integración de la atención primaria con la atención especializada** e incluso entre las distintas especialidades que manejan a un mismo paciente. Esto conlleva un alargamiento de los tiempos de espera y duplicidades de pruebas. Para conseguir una mejora en este sentido, se requiere de la incorporación de nuevos roles, como gestores de caso, gestores de datos o personal de enfermería especializado.

### 3. Retos en la implementación

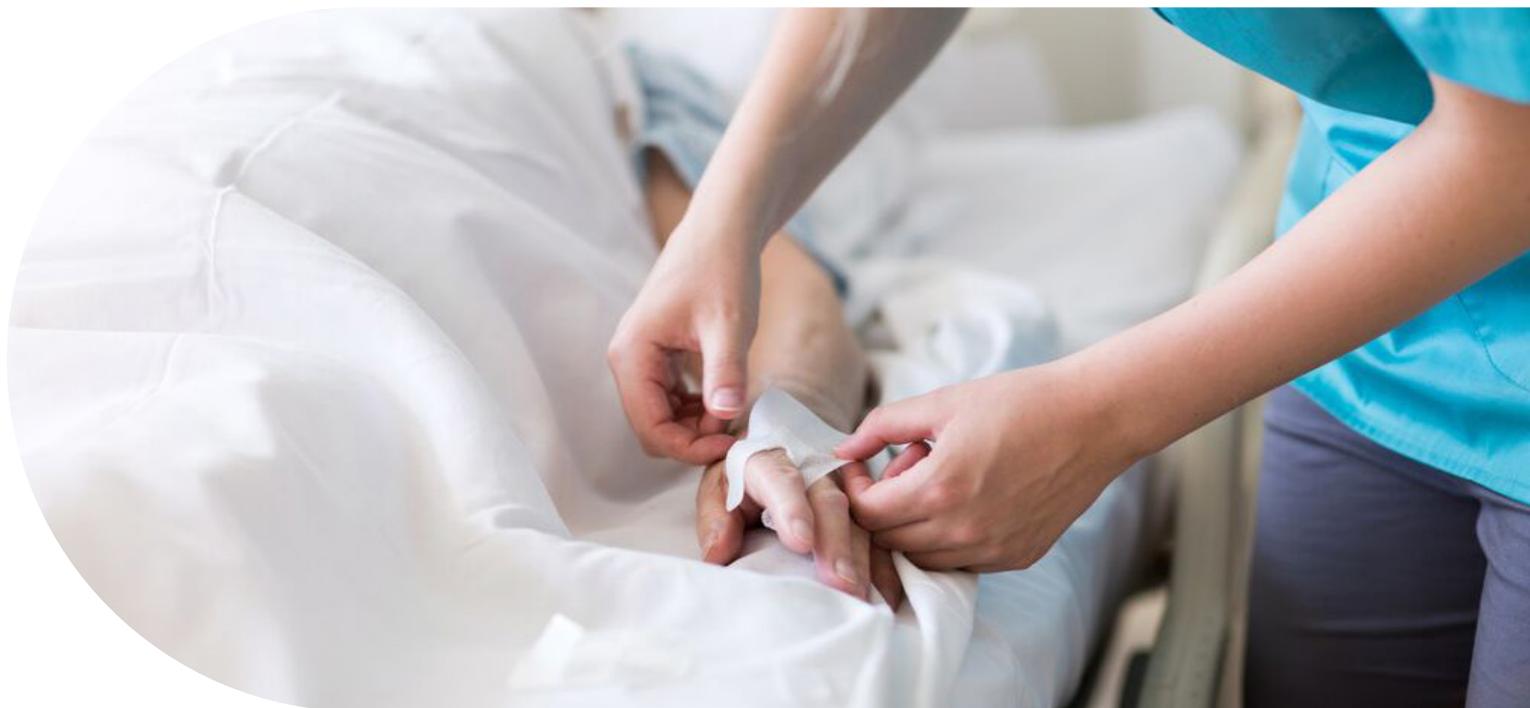
Como hemos visto, hay numerosos ejemplos de iniciativas enfocados en la mejora de la gestión asistencial, impulsados a distintos niveles (estatal, autonómico o local). Todos ellos persiguen la mejora de las prácticas clínicas o procesos vigentes, con el objetivo final de mejorar los resultados en salud y la experiencia del paciente. Sin embargo, el camino nunca es fácil y se enfrentan varias problemáticas en las distintas etapas de los proyectos que obstaculizan su eficiencia y efectividad:

#### 1. Gestión del cambio

Por una parte, la transición hacia un enfoque de *Right Care/ VBHC (Value-Based Health Care* o Atención Sanitaria Basada en el Valor) requiere un cambio en la mentalidad por parte de algunos de los profesionales de la salud, que tradicionalmente han trabajado bajo un modelo centrado en el volumen de servicios/actividad prestados más que en los resultados obtenidos. Por otra parte, no es extraño que los cambios en los modelos de atención y financiación encuentren resistencia entre los profesionales sanitarios, gestores e incluso

pacientes. En ocasiones, los **profesionales de la salud están saturados y poco involucrados** en los proyectos debido a su elevada carga de trabajo asistencial. Así que las limitaciones de disponibilidad y/o la necesidad de más personal se convierten en barreras para la implementación de proyectos innovadores. Además, la **falta de incentivos** para motivar y retener a los médicos agrava esta situación.

A menudo, los proyectos no reciben el **acompañamiento necesario** quedando en un plano teórico sin una implementación efectiva. Por ejemplo, en el caso de la utilización de la inteligencia artificial adquiere para diversos casos especial importancia conseguir el **aval de una sociedad científica para darle credibilidad** clínica y que tengan una buena acogida entre profesionales sanitarios. Igualmente, es recomendable **incorporar representantes de pacientes desde la gestación del proyecto**, ya que la visión es distinta a la que aporta el clínico. La participación activa del paciente también es crucial para conseguir la mejora de su salud, percepción y experiencia.



## 2. Falta de medición y evaluación de resultados

La falta de medición de resultados de estas iniciativas es uno de los problemas más destacados por todos los entrevistados. Las causas pueden ser múltiples según el tipo de proyecto, desde la **excesiva variabilidad de procesos asistenciales** hasta la **falta de tecnología o capacidades** para medirlo. En su opinión, los profesionales sanitarios suelen poner énfasis en el trabajo y la gestión sobre el proceso (el cómo) siendo esa la línea de acción habitual con la aspiración de que el resultado sea positivo, basándose para su seguimiento en un **indicador de proceso o de actividad**. Este hecho hace necesario concienciar que **debemos medir resultados** para el paciente, el clínico y el sistema sanitario (resultados en salud, costes y eficiencia), dado que esta falta de seguimiento puede poner en riesgo la continuidad del proyecto a largo plazo.

Años después del inicio de la campaña *Choosing wisely*, cabe destacar la falta de estudios de alta calidad para poder sacar resultados concluyentes sobre acciones concretas<sup>45</sup>. Así y todo, en una revisión sistemática de 131 artículos<sup>46</sup>, se observa que tienen más éxito las iniciativas dirigidas a médicos que a pacientes y también aquellas que se hayan apalancado en más de una acción.

Es también relevante que los **procesos asistenciales sean consensuados**, para que todos los integrantes lo acojan y sea lo más homogéneo posible en todo el ámbito de aplicación a nivel de la organización de salud y su perímetro de actuación. De hecho, los indicadores de salud deberían ser comparables en todo el territorio. Para ello, es importante que los pacientes seleccionados para los proyectos representen adecuadamente la realidad de la práctica clínica, generando resultados realistas y aplicables, **evitando la selección sesgada de pacientes**.



### 3. Complejidad de integración de sistemas de información

El estado de avance de interoperabilidad entre los diferentes sistemas de información sanitaria en las comunidades autónomas dificulta la recopilación y el análisis de datos a nivel nacional. Esta fragmentación que todavía está por resolver, dificulta entre otros, tener una visión holística y la evaluación del impacto de las intervenciones sanitarias. Los entrevistados destacan que la recopilación de datos útiles para el análisis y la toma de decisiones informadas en los proyectos innovadores supone un importante reto raramente alcanzable. Esto conlleva una **falta de visión conjunta del flujo completo**, costes y carga de trabajo asociada al paciente.

“Habitualmente los **datos recopilados son insuficientes y desorganizados**”, “la falta de conjuntos de datos limpios y organizados dificulta el análisis y la toma de decisiones informadas” y “hay una **falta de visión conjunta del flujo completo**, costes y carga de trabajo asociada al paciente”.

En este punto, la **falta de recursos humanos y de incentivos** vuelve a ser un tema relevante para los profesionales sanitarios. Para la obtención de registros completos y útiles se requiere cumplimentar y explotar la información y, para ello, el tiempo del personal involucrado o recursos adicionales que colaboren en el proyecto. Los gestores clínicos participantes en las entrevistas destacan que actualmente no se suelen medir adecuadamente las iniciativas por falta de recursos en el centro. Esto lleva a medir la actividad realizada y no los resultados en salud del paciente.

### 4. Sostenibilidad financiera y modelos de financiación

Los entrevistados consideran que el modelo de pago por actividad no está alineado con el objetivo de conseguir mejores resultados en salud<sup>47</sup>. De todas formas, la transición de un modelo de financiación basado en servicios prestados (*fee-for-service*) hacia uno basado en resultados (*pay-for-performance*) es compleja<sup>48</sup>.

Requiere rediseñar los incentivos financieros para que los proveedores se centren en la calidad y los resultados en salud, en lugar de la cantidad de servicios.

Según los gestores sanitarios entrevistados, “el modelo actual resulta paradójico ya que, si una iniciativa tuviera éxito en un hospital, y consiguen reducir la actividad realizada junto con mejores resultados en salud, se reduciría el presupuesto asignado al hospital por la reducción de la actividad. Esto es de nuevo un claro ejemplo de la falta de incentivos para los participantes del proyecto. Las necesidades del sistema no se alinean adecuadamente con la forma en que se distribuyen los presupuestos anuales, que se basan más en la actividad que en la eficiencia”.

“En hospitales ingleses vemos un cambio de tendencia ya que los hospitales actúan como centros de beneficio y no de coste. Admiten pactar una inversión inicial y luego conseguir presupuesto en función de los resultados. Sin embargo, en España los presupuestos son anuales, así que se suelen hacer inversiones cortoplacistas, buscando un rápido retorno.”

En este sentido, la **sostenibilidad financiera** aparece como un problema para la mayor parte de iniciativas. En base a la experiencia de los participantes en las entrevistas, las iniciativas innovadoras resultan muy costosas de mantener y se suelen abandonar una vez ha finalizado la inversión inicial, quedándose en el piloto. Sería necesario **adaptar el marco regulatorio** para facilitar la implementación de modelos de pago y de atención más basados en resultados, lo que puede requerir cambios legislativos y normativos. Por otro lado, es importante también **planificar proyectos con un enfoque en la sostenibilidad a largo plazo**, asegurando que continúen más allá de la financiación inicial. Proyectos de bajo coste de mantenimiento y baja carga de trabajo asociada es más viable que perduren en el tiempo.

Durante las entrevistas se han mencionado también que la innovación en sí misma es también una barrera

a la sostenibilidad del proyecto porque hay que volver a cambiar el protocolo. Si durante la vigencia del procedimiento aparece **innovación relevante, requiere revisar el procedimiento**. Por ejemplo, el proceso asistencial integrado (PAI) en diabetes fue publicado en 2016<sup>49</sup> con el objetivo de reducir la variabilidad en la práctica clínica y homogeneizar procedimientos entre Comunidades Autónomas; y con los nuevos fármacos para la diabetes se ha requerido una revisión<sup>50</sup>.

## 5. Necesidad de figuras específicas y nuevas capacidades

Implementar este tipo de proyectos innovadores requiere una formación significativa de los profesionales de la salud en nuevas formas de trabajar, en el uso de tecnología y en la interpretación de datos de resultados. Hay que ser conscientes que existe una brecha tecnológica por parte del médico y del paciente. La formación se destaca como muy importante, especialmente vinculada al uso efectiva de uso de procesos asistenciales para maximizar el uso de los recursos disponibles. En general, hay una **carencia de personal especializado y capacidades específicas** en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de determinados perfiles que cada vez están siendo más necesarios, tales como expertos en tecnología de la información, codificadores y consultores de procesos.

Desde la perspectiva del paciente, ellos demandan una participación más activa en la gestión de su enfermedad y tratamiento, buscando mayor autonomía y conocimiento sobre su salud. El **empoderamiento del paciente** pasa también por la formación y capacitación<sup>51</sup>.

## 6. Coordinación institucional y variabilidad

La implementación también requiere una fuerte coordinación entre las diferentes instituciones del SNS, incluidas las administraciones centrales y autonómicas, lo que ya es un reto debido a la **descentralización del sistema sanitario** en España. Además, los entrevistados comentan que existe un área de mejora en la comunicación y coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y departamentos, lo que genera

inconsistencias y duplicidades en los esfuerzos. Incluso dentro de un mismo hospital, se llegan a encontrar una falta de coordinación entre equipos. Por otro lado, muchos proyectos se llevan a cabo de manera aislada y paralela, sin una integración que permita una **visión global y coherente del sistema**.

Según la experiencia de los entrevistados, para el éxito de las iniciativas, los equipos deben gozar de cierta **autonomía** para poder gestionar. Cuando los equipos deben pedir permiso para cada acción, el proyecto puede terminar cayendo en una vía muerta porque no se puede avanzar al ritmo deseado.

Otra área de mejora a nivel nacional que se han mencionado los expertos es la **variabilidad en práctica clínica no justificada**. Esta variabilidad dificulta que los medicamentos asociados a una patología puedan ser financiados ajustándose al valor que aportan y no al coste. Para ello, habría que medir resultados en salud que permitan hacer compra pública basada en valor. Los procesos asistenciales integrados (PAI) son herramientas que pueden ayudar a resolver esta variabilidad. A colación del PAI para hipoglucemias en DM2, sus autores explican que, para que un PAI tenga éxito, deben diseñarse en base a una revisión bibliográfica explícita y reproducible, y tener en cuenta criterios de efectividad clínica y de uso racional de los medicamentos<sup>52</sup>.

Según la experiencia de los expertos, la mayoría de las necesidades para la mejora de los procesos asistenciales son comunes en todas las patologías, y destacan las siguientes: falta de herramientas de diagnóstico y seguimiento, mejor organización y uso de la historia clínica, y mejora de la comunicación bidireccional entre primaria y especializada.

## 4. Factores de éxito para conseguir la implantación de iniciativas innovadoras a largo plazo

En el sector sanitario hay una importante tasa de fracaso en la implementación de proyectos innovadores de tipo digital, de mejora de la calidad o de mejora de la eficiencia de trabajo. Algunas referencias internacionales sitúan esta tasa de fracaso entre el 30 y el 90%<sup>53</sup>.

Distintos autores citan que el éxito de la implementación de la innovación está influenciado por varios factores como el tiempo transcurrido, la forma de comunicación y las personas receptoras de la innovación<sup>54,55</sup>. Además, la teoría de *Difusión de Innovaciones*<sup>56</sup> plantea cinco características que los primeros adoptadores valoran para incorporar la innovación: ventaja relativa, compatibilidad, complejidad, facilidad de prueba y facilidad de observación del impacto.

La bibliografía publicada destaca que la difusión/ implementación de la innovación está facilitada por la

motivación de los adoptadores, la tecnología amigable (*user-friendly*) y las formaciones centradas en el alumno (*learner-centric*)<sup>57,58,59,60</sup>. Por otro lado, las barreras destacadas son: baja accesibilidad de la innovación, dificultad para recibir formación y soporte, configuración estática, baja inversión y sostenibilidad económica, baja integración en la organización y lentitud para conseguir resultados.<sup>61,62,63,64,65,66,67</sup>

Desde el punto de vista de sostenibilidad a largo plazo, en la bibliografía se describen algunos factores que actúan solamente como barreras (hay que evitarlos), factores que pueden actuar de palancas y barreras (hay que aprovecharlos) y factores que solamente actúan como palancas (*nice-to-have*, preferibles pero no indispensables para el éxito). En una revisión sistemática de la literatura, los autores<sup>68</sup> clasifican estos factores según el origen en: internos de la organización, del



proceso y del personal. En el mismo artículo, los autores mencionan como **palancas internas de la organización**: el compromiso del equipo directivo, la cultura de premio y reconocimiento del trabajo y la disponibilidad de presupuesto. Como **barreras internas** citan: la rotación del personal, la falta de responsabilidades claras, la resistencia institucional y la falta de recursos (humanos y materiales). En relación con el proceso, destacan las siguientes palancas: proporcionar formaciones regulares, sistemas de evaluación y *feedback* regulares, comunicación periódica de resultados positivos de la innovación incorporada, afianzar colaboraciones entre los *stakeholders* implicados, definición de roles y responsabilidades claras, confianza mutua y comunicación entre los *stakeholders*. Como **barreras del proceso** mencionan la falta de formación y la falta de comunicación entre los *stakeholders* implicados en la innovación.

Respecto al personal, explican en el artículo que la motivación es un factor clave, que puede conducir tanto al éxito como al fracaso. Unas expectativas realistas ayudan a esta motivación, incluyendo calendarios realistas, recursos adecuados y buena relación con el personal que recibe la innovación. Sin embargo, actitudes negativas como miedo al cambio, percepción de pérdida de autonomía o de aumento de carga de trabajo actuarán como una barrera para la implementación de la innovación.

En las entrevistas realizadas, los expertos han citado algunos factores adicionales más concretos que, en base a su experiencia, son clave también para conseguir la implantación de iniciativas innovadoras a largo plazo. Destacamos los siguientes:

- Contar con el apoyo de profesionales sanitarios, sociedades científicas y pacientes desde el inicio, a través de la co-creación de las iniciativas
- Planificar proyectos con bajo coste y baja carga laboral de mantenimiento para facilitar la sostenibilidad a largo plazo
- Definir indicadores de resultados en salud y no solamente de proceso
- Disponer de una base bibliográfica sólida y reproducible donde se fundamenta la innovación a implementar

Asimismo, coincidiendo con la bibliografía, los gestores sanitarios entrevistados también coinciden que es clave conseguir la implicación de los profesionales sanitarios participantes en el proceso innovador a través de los incentivos adecuados y proporcionando los recursos necesarios hasta garantizar la adecuada gestión del cambio.

**Tan importante como implantar nuevas iniciativas es desimplantar aquellas prácticas de bajo valor** que podemos englobar en el concepto *low-value care* (LVC). Se estima que un 12-15% de pacientes reciben anualmente por lo menos una práctica de salud inapropiada.<sup>69,70</sup> Reducir estas prácticas ayudará al uso más eficiente de recursos sanitarios.<sup>71</sup> De la misma manera que en el caso de la implementación de nuevas iniciativas, también hay que garantizar la sostenibilidad de la *desimplantación* de estas prácticas de bajo valor.<sup>72,73,74</sup>

## 5. Papel de la industria farmacéutica

Dentro de la industria farmacéutica encontramos dos grandes tendencias. En primer lugar, **la financiación** del desarrollo de iniciativas, que es el papel más habitual principalmente entre laboratorios líderes, y, por otro lado, los **proveedores de servicios**.

La aspiración de los laboratorios farmacéuticos entrevistados es poder involucrarse en los proyectos de forma transversal. A futuro, esperan colaborar y formar parte del equipo de proyecto y de la transformación de forma global siendo un socio del sistema sanitario para contribuir proactivamente a asegurar el éxito de los proyectos a largo plazo, es importante que la industria siga impulsando líneas de colaboración con el sistema sanitario, teniendo presente la irremplazable responsabilidad que tiene el sistema sanitario en el resultado último de estos proyectos.

Según la visión de los expertos entrevistados, la industria debería ser un socio colaborador y participar en la creación del proyecto, no únicamente definiendo el marco del proyecto, sino también participando de la ejecución, seguimiento y toma de decisiones en el día a día. Por su parte, el reto para la industria como *partner* consiste en adaptar capacidades y competencias y dejar de ser únicamente suministradores de productos para co-crear soluciones que den respuestas reales a las necesidades de los sistemas sanitarios.

Sin embargo, en la actualidad es difícil plantear un modelo en el que la industria pueda involucrarse más, principalmente por barreras regulatorias. Aunque se consiga una mayor implicación de la industria, el SNS requiere igualmente de nuevos roles capaces de manejar las nuevas tecnologías, como bioingenieros, bioinformáticos e informáticos médicos<sup>75</sup>.

Los gestores sanitarios entrevistados anhelan que la mentalidad anglosajona de estrecha colaboración entre industria y sistema sanitario vaya calando también

en España. Les gustaría que ellos pudieran proponer áreas de mejora a la industria y no esperar a que la industria proponga los proyectos. En este sentido encontramos una segunda tendencia dentro de la industria farmacéutica como **proveedores de servicios**. En este caso, el presupuesto procede de fondos públicos, sean el propio sistema sanitario o ayudas puntuales al desarrollo. Un ejemplo es el proyecto Harmonics<sup>76</sup>, de alcance europeo, con el objetivo de crear un ecosistema de atención al ictus que persigue armonizar la captura de datos sanitarios para ayudar a optimizar el manejo de la enfermedad.

En cualquiera de ambas formas de trabajar, para conseguir una mayor involucración de la industria farmacéutica hay que favorecer la **transparencia en la comunicación entre el sistema sanitario y la industria farmacéutica**<sup>77</sup>. Los entrevistados destacan que en otros países como Francia<sup>78</sup>, Alemania<sup>79</sup>, Austria o Canadá<sup>80</sup> existen comités de transparencia para facilitar esta comunicación.

Asimismo, la sostenibilidad del sistema pasa por tener un paciente más responsable y empoderado<sup>81</sup>. El **paciente debe ser dueño y corresponsable** de su propio cuidado, en el proceso, en usar las herramientas digitales, en acudir a citas y revisiones, etc. En este punto la industria podría ejercer un papel clave en ayudar al paciente, como corresponsable del tratamiento, siempre que se pueda garantizar el cumplimiento de la regulación legal y *compliance*.

## 6. Conclusiones

En resumen, el sistema sanitario español se encuentra en medio del desafío continuo de armonizar sostenibilidad y calidad asistencial, en un momento crítico en el cual se enfrenta a la necesidad de adaptarse a cambios demográficos, económicos y tecnológicos, al mismo tiempo que busca mantener su carácter universal y equitativo centrado en los pacientes.

Las reformas y la inversión en áreas clave como las que se han descrito en este documento, serán cruciales para asegurar su sostenibilidad, capacidad de respuesta y resiliencia en el futuro, habiéndose demostrado el impacto positivo en indicadores de actividad y resultados en salud como estancias, mortalidad o reingresos. La adopción de este tipo de proyectos en España es un proceso complejo que requiere un

enfoque integral, involucrando tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes y las autoridades, para superar estos desafíos y transformar el sistema sanitario hacia un modelo más eficiente y centrado en el valor y donde, además, la colaboración entre hospitales y compañías farmacéuticas es esencial.

Actualmente no parece viable que la industria farmacéutica se involucre más en la co-creación de soluciones como un auténtico *partner*, sino más bien en la financiación de iniciativas a través de terceros, o directamente como proveedores de servicio. Poco a poco la industria debe ir encontrando su hueco para llegar a convertirse en un socio estratégico del sistema sanitario en España.

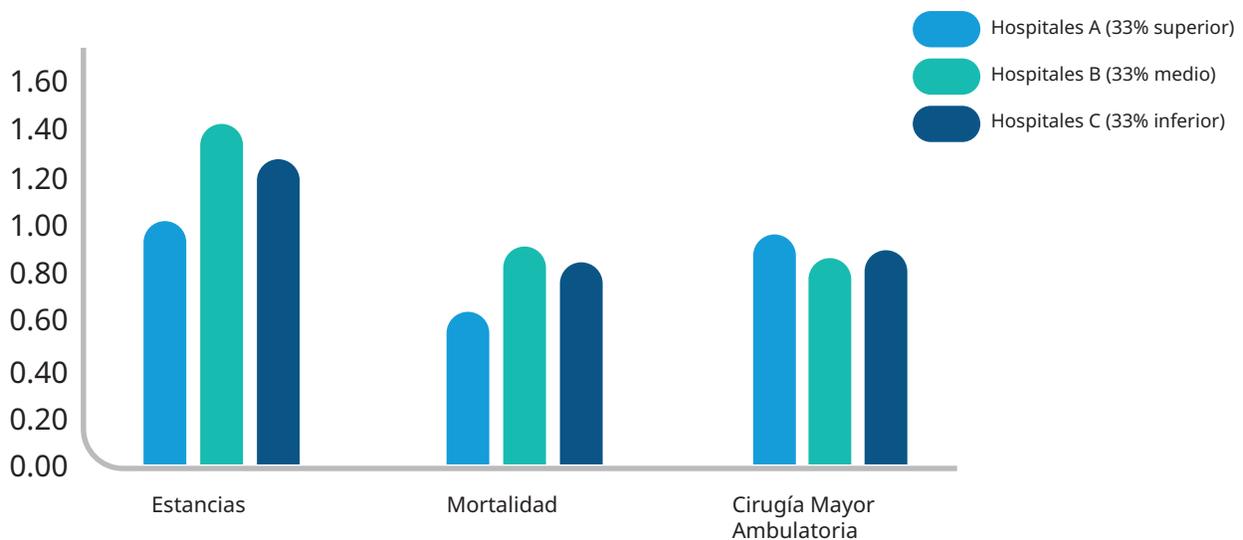


## 7. Anexo

Con el fin de evaluar de manera cuantitativa si el hecho de que un hospital esté orientado al valor realmente tiene impacto en indicadores de calidad asistencial (Estancias, Mortalidad y Cirugía Mayor Ambulatoria) se analizó en una muestra de hospitales españoles con distinta orientación al valor.

Los centros fueron divididos en tres grupos de igual tamaño (A, B y C) de mayor a menor grado de orientación al valor atendiendo a su posición en el IQVIA Top Value obteniéndose como conclusión que un mayor grado de enfoque al valor reduce significativamente las estancias de los pacientes así como la Mortalidad y la Cirugía Mayor Ambulatoria (Figura 3).

**Figura 3. Indicadores de calidad asistencial para Estancias, Mortalidad y Cirugía Mayor Ambulatoria**



- **Índice de estancias:** Este índice compara la duración de la estancia hospitalaria de un grupo de pacientes con la estancia esperada, ajustando por el riesgo clínico. Un valor menor a 1 sugiere que los pacientes estuvieron hospitalizados menos tiempo del esperado.
- **Índice de Mortalidad:** Este índice compara la tasa de mortalidad observada con la tasa de mortalidad esperada, considerando el riesgo de mortalidad basado en factores como la edad, las comorbilidades, y la gravedad de la enfermedad. Un valor menor a 1 indica una tasa de mortalidad

inferior a la esperada, lo cual generalmente es positivo y sugiere un buen desempeño

- **Índice de Cirugía Mayor Ambulatoria:** Un valor menor a 1 indica que se realizan menos cirugías sin ingreso de lo esperado, lo que puede indicar una mayor complejidad de los casos o un enfoque más conservador. Este índice evalúa la proporción de cirugías que se realizan sin que el paciente necesite ser ingresado al hospital, es decir, las cirugías ambulatorias. Se ajusta según el riesgo para comparar esta proporción con la que sería esperada en función del tipo de pacientes atendidos.

# Bibliografía

1. D. Baulena Parellada. Introducción a la gestión clínica. UOC, 2017. Disponible en: [https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/139608/1/Introducci%C3%B3n%20a%20la%20gesti%C3%B3n%20cl%C3%ADnica\\_M%C3%B3dulo%201\\_Introducci%C3%B3n%20a%20la%20gesti%C3%B3n%20cl%C3%ADnica.pdf](https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/139608/1/Introducci%C3%B3n%20a%20la%20gesti%C3%B3n%20cl%C3%ADnica_M%C3%B3dulo%201_Introducci%C3%B3n%20a%20la%20gesti%C3%B3n%20cl%C3%ADnica.pdf)
2. V. Soria-Aledo, A. Colina Alonso. La gestión clínica en tiempos difíciles. Cirugía Española, Vol. 93, Issue 4, 2015, Pages 211-212. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.09.007>
3. Peiró S. del Llano J., Quecedo K. Villar N., Raigada F. Ruiz J. Diccionario de gestión sanitaria para médicos. Los 100 términos más utilizados. Fundación Gaspar Casal. Ed. DGMM, Madrid 2010.
4. N. M. Brennan, M. A. Flynn. Differentiating Clinical Governance, Clinical Management and Clinical Practice. Clinical Governance: An International Journal, vol. 18, núm. 2, págs 114-131. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/14777271311317909>
5. IQVIA Market Prognosis
6. Lin, Jeremias. Alemania. La nueva Ley de Investigación Médica de Alemania permitirá que las farmacéuticas mantengan la confidencialidad de los precios. Euractiv, 5 de julio de 2024. Traducido por Salud y Fármacos, publicado en Boletín Fármacos: Economía, Acceso y Precios 2024; 27 (3). Disponible en: [https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/ago202402/29\\_al/](https://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/ago202402/29_al/)
7. IQVIA Market Prognosis Q3 2024
8. Eurostat, disponible en: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Estructura demogr%C3%A1fica\\_y\\_envejecimiento\\_de\\_la\\_poblaci%C3%B3n&oldid=510186#:~:text=En%202019%2C%20m%C3%A1s%20de%20una,%25%20al%2014%2C6%20%25.](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Estructura_demogr%C3%A1fica_y_envejecimiento_de_la_poblaci%C3%B3n&oldid=510186#:~:text=En%202019%2C%20m%C3%A1s%20de%20una,%25%20al%2014%2C6%20%25.)
9. Eurostat 2023. Disponible en: <https://www.cde.ual.es/eurostat-espana-registro-en-2023-la-esperanza-de-vida-mas-alta-de-toda-la-union-europea/>
10. The Conversation. Nov. 2022. Disponible en: <https://theconversation.com/si-el-numero-de-enfermos-cronicos-se-duplica-en-2030-colapsara-la-sanidad-193728>
11. La dependencia en España: retos y desafíos en la era de la longevidad. Cinco Días. Agosto 2023. Disponible en: [https://cincodias.elpais.com/cincodias/2023/08/16/abante\\_asesores/1692179815\\_438988.html](https://cincodias.elpais.com/cincodias/2023/08/16/abante_asesores/1692179815_438988.html)
12. Jiménez, S. y Viola, A. (2022). "Observatorio de la dependencia: Cuarto informe." Fedea, Estudios sobre la Economía Española no. 2022-16. Madrid
13. Tercera era de la medicina: la cronificación de la enfermedad. La Razón, noviembre 2023. Disponible en: <https://www.larazon.es/sociedad/salud/tercera-era-de-la-medicina-la-cronificacion-de-la-enfermedad-CB4425949/>
14. Plataforma de Organización de Pacientes (POP); Observatorio de la atención al paciente (OAP), Informe 2021. Disponible en: [https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe2021\\_oap\\_vf\\_2.pdf](https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe2021_oap_vf_2.pdf)

15. Gasto público en Salud - España. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/espana>
16. Informe sobre el sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro. Consejo Económico y Social España. Colección Informes nº 01/2024, marzo de 2024. Disponible en: [https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF\\_012024.pdf](https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF_012024.pdf)
17. Banco de España. Evolución de la deuda pública en 2023. Junio, 2024. Disponible en: <https://doi.org/10.53479/36757>
18. Informe de necesidad de médicos especialistas en España 2023-2035. Abril 2024. Ministerio de Sanidad. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/necesidadEspecialistas/docs/Oferta\\_y\\_necesidad\\_de\\_medicos\\_especialistas\\_en\\_Espana\\_2023-2035.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/necesidadEspecialistas/docs/Oferta_y_necesidad_de_medicos_especialistas_en_Espana_2023-2035.pdf)
19. JUBILACIÓN DE MEDICOS DE FAMILIA Y MIR EN SNS Y CCAA 2023-2038. Fundación Centro de Estudios SIMEG. Disponible en: <https://simeg.org/wp/wp-content/uploads/2024/10/MFyC-MIR-edad-2023.pdf>
20. Sánchez Bayle, M. Los retos del Sistema Nacional de Salud. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI. Vol. 1 Núm. 3 pags. 471-486 (julio 2003). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-los-retos-del-sistema-nacional-13051689>
21. ConSalud, diciembre 2024. Disponible en: [https://www.consalud.es/pacientes/salud-mental-en-mayores-problema-olvidado-en-auge-crecen-diagnosticos-57\\_152581\\_102.html](https://www.consalud.es/pacientes/salud-mental-en-mayores-problema-olvidado-en-auge-crecen-diagnosticos-57_152581_102.html)
22. La salud mental: el reto invisible. IQVIA, 2022. Disponible en: <https://www.iqvia.com/es-es/locations/spain/library/brochures/la-salud-menta-el-reto-invisible>
23. Cronicidad y estrategias de e-salud. La importancia del perfil digital. IQVIA-POP (Plataforma de Organizaciones de Pacientes). Disponible en: [https://plataformadepacientes.org/sites/default/files/cronicidad\\_estrategias\\_e-salud.pdf](https://plataformadepacientes.org/sites/default/files/cronicidad_estrategias_e-salud.pdf)
24. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. Ministerio de Sanidad. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME\\_ANUAL\\_2023.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf)
25. Listas de Espera por CCAA. Sistema de Información de listas de espera del SNS (SISLE-SNS). Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/ListaEsperaInfAntCCAA.htm>
26. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Atlas de Variaciones en la Práctica Médica (Atlas VPM). Disponible en: <https://cienciadedatosysalud.org/atlas-vpm/>
27. European Observatory on Health Systems and Policies, Bernal-Delgado E, Angulo-Pueyo E, Ridao-López M, Urbanos-Garrido RM, Oliva-Moreno J, García-Abiétar D, Hernández-Quevedo C. Spain: Health system review. Health Systems in Transition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024, 26(3): i-187. Disponible en: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/spain-health-system-review-2024>

28. LinkedIn, 2023. Disponible en: [https://www.linkedin.com/posts/borja-marabini-vega\\_iqvia-nlp-atenci%C3%B3nprimaria-activity-7071440834067349504--zks/](https://www.linkedin.com/posts/borja-marabini-vega_iqvia-nlp-atenci%C3%B3nprimaria-activity-7071440834067349504--zks/)
29. Ministerio de Sanidad. Jornada de Presentación del Catálogo Común de Pruebas Genéticas. 23 de enero de 2024. Disponible en: <https://catalogopruebasgeneticas2024.com/presentacion.php>
30. Redacción Médica. Sanidad impulsa la arquitectura para activar el Nodo Genómico del SNS. Sep, 2024. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/ministerio-sanidad/sanidad-impulsa-la-arquitectura-para-activar-el-nodo-genomico-del-sns-8127>
31. Proyecto CamON. Disponible en: <https://es.linkedin.com/pulse/proyecto-camon-un-salto-en-medici%C3%B3n-para-los-procesos-y-resultados>
32. Elshaug, A., et al. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. The Lancet, SERIES|RIGHT CARE| VOLUME 390, ISSUE 10090, P191-202, JULY 08, 2017. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32586-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32586-7/fulltext)
33. Do not do recommendations. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2006. Disponible en: [https://www.nice.org.uk/media/default/sharedlearning/716\\_716donotdobookletfinal.pdf](https://www.nice.org.uk/media/default/sharedlearning/716_716donotdobookletfinal.pdf)
34. Choosing Wisely. Advisory Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation. Disponible en: <https://www.choosingwisely.org/>
35. Too much medicine. British Medicine Journal (BMJ). Disponible en: <https://www.bmj.com/too-much-medicine>
36. Less is more. JAMA Network. Disponible en: <https://jamanetwork.com/collections/44045/less-is-more>
37. Proyecto Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/colaboracionSSCC/compromisoCalidad.htm>
38. Proyecto Essencial. Disponible en: <https://essentialsalut.gencat.cat/ca/inici/>
39. Almazán C, Caro-Mendivelso JM, Mias M, et al. Catalan experience of deadoption of low-value practices in primary careBMJ Open Quality 2022;11:e001065. doi: 10.1136/bmjopen-2020-001065. Disponible en: <https://bmjopenquality.bmj.com/content/bmjopen/11/1/e001065.full.pdf>
40. IQVIA gana la construcción de Innovatrial, el concurso público creado para construir en Galicia la plataforma tecnológica de aceleración de Ensayos Cl. LinkedIn, Junio 2023. Disponible en: [https://es.linkedin.com/pulse/iqvia-gana-la-construcción-de-innovatrial-el-concurso-público?trk=article-ssr-frontend-pulse\\_more-articles\\_related-content-card](https://es.linkedin.com/pulse/iqvia-gana-la-construcción-de-innovatrial-el-concurso-público?trk=article-ssr-frontend-pulse_more-articles_related-content-card)
41. Iqvia construirá la plataforma tecnológica de aceleración de Ensayos Clínicos Innovatrial. Pharmatech, Junio 2023. Disponible en: <https://www.pharmatech.es/noticias/20230627/iqvia-construira-plataforma-tecnologica-aceleracion-ensayos-clinicos-innovatrial>

42. Proyecto Hospital Líquido. Hospital Sant Joan de Déu. Disponible en: <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/hospital/proyectos-estrategicos/hospital-liquido>
43. Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). Disponible en: <https://calidadasistencial.es/proyectos/>
44. Libro Blanco de la Hidradenitis Supurativa en España. SECA, Mayo 2024. Disponible en: <https://calidadasistencial.es/libro-blanco-de-la-hidradenitis-supurativa-en-espana/>
45. Blog Gestion Clinica Varela, Mayo 2022. Disponible en: <https://gestionclinicavarela.blogspot.com/2022/05/choosing-wisely-cumple-diez-anos-con.html>
46. Cliff BQ, Avanceña ALV, Hirth RA, Lee SD. The Impact of Choosing Wisely Interventions on Low-Value Medical Services: A Systematic Review. *Milbank Q.* 2021 Dec;99(4):1024-1058. doi: 10.1111/1468-0009.12531. Epub 2021 Aug 17. PMID: 34402553; PMCID: PMC8718584. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402553/>
47. Sacristan, J.A., Oliva, J., et. al. ¿Qué es una intervención sanitaria eficiente en España en 2020? *Gac. Sanit.* 2020;34(2):189–193. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.007>
48. Retos de la contratación pública en el ámbito de la salud: Hacia un nuevo modelo de valor y eficiencia que pivote sobre el paciente. Observatorio de Contratación Pública (ObCP). Sep-2020. Disponible en: <https://www.obcp.es/opiniones/retos-de-la-contratacion-publica-en-el-ambito-de-la-salud-hacia-un-nuevo-modelo-de-valor>
49. Gomis R, Mauricio D, Mata-Cases M, Artola-Menendez S, Ena J, Mediavilla-Bravo J, et al. Proceso asistencial integrado (PAI) para hipoglucemias en personas con diabetes tipo 2. Documento de recomendaciones. Barcelona: Ferrer Internacional, S.A.; 2016. Disponible en: [https://www.redgdps.org/gestor/upload/PAI\\_hipoglucemias.pdf](https://www.redgdps.org/gestor/upload/PAI_hipoglucemias.pdf)
50. [https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/620/PAI%20DM2%20\\_CASTELLANO\\_DEF.pdf](https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/620/PAI%20DM2%20_CASTELLANO_DEF.pdf)
51. Empoderamiento del Paciente: Cómo la Participación Activa y la Salud Digital Mejoran los Resultados en Salud. PyDeSalud, octubre 2024. Disponible en: <https://pydesalud.com/empoderamiento-del-paciente-como-la-participacion-activa-y-la-salud-digital-mejoran-los-resultados-en-salud/>
52. Gomis R, Mata-Cases M, Mauricio D, Artola-Menendez S, Ena J, Mediavilla-Bravo J, et al. Aspectos metodológicos de los procesos asistenciales integrados (PAI). *Revista de Calidad Asistencial* 32(4) 234-239; 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.12.003>
53. Jacobs SR, Weiner BJ, Reeve BB, Hofmann DA, Christian M, Weinberger M. Determining the predictors of innovation implementation in healthcare: a quantitative analysis of implementation effectiveness. *BMC Health Serv Res.* 2015;15(1):6.
54. Stephenson R, Phelps A, Colburn J. Diffusion of innovations and Program Implementation in Areas of Health Behavior/Education/Promotion, Physical Activity, and Physical Education. *The ICHPER-SD journal of research in health, physical education, recreation. Sport Dance.* 2018;10(1):3–11.
55. Drury DH, Farhoomand A. Innovation Diffusion and implementation. *Int J Innov Manag.* 1999;03(02):133–57.

56. Rogers EM, Singhal A, Quinlan MM. Diffusion of innovations. In: Stacks DW, Salwen MB, editors. An integrated approach to communication theory and research. 2nd ed. London; New York: Routledge; 2008. pp. 418–34
57. Oderanti FO, Li F. Commercialization of eHealth innovations in the market of the UK healthcare sector: a framework for a sustainable business model. *Psychol Mark*. 2018;35(2):120–37
58. Alderson H, Smart D, Kerridge G, Currie G, Johnson R, Kaner E, et al. Moving from ‘what we know works’ to ‘what we do in practice’: an evidence overview of implementation and diffusion of innovation in transition to adulthood for care experienced young people. *Child Family Social work*. 2023;28(3):869–96
59. Alhammadi K, Marashdeh H, Hussain M. Assessing the effect of innovation diffusion and technology readiness theories on attitude, behavioral intention and implementation of smart learning. *Cross Cult Strategic Manage*. 2023;30(4):657–75
60. von Graevenitz G, Graham SJH, Myers AF. Distance (still) hampers diffusion of innovations. *Reg Stud*. 2021:1–15
61. Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations. Literature review and Delphi study. *Int J Qual Health Care*. 2004;16(2):107–23
62. Hwang J, Christensen CM, Grossman JH. *The Innovator’s Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*. 1st edition. ed. New York, N.Y: McGraw-Hill Education LLC; 2017
63. Morilla MDR, Sans M, Casasa A, Giménez N. Implementing technology in healthcare: insights from physicians. *BMC Med Inf Decis Mak*. 2017;17(1):92
64. Kahn KB, Barczak G, Nicholas J, Ledwith A, Perks H. An examination of New Product Development Best Practice. *J Prod Innov Manage*. 2012;29(2):180–92
65. Minkman M, Vermeulen R, Ahaus K, Huijsman R. The implementation of integrated care: the empirical validation of the development model for integrated care. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):177
66. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, Measurement challenges, and Research Agenda. *Adm Policy Ment Health*. 2010;38(2):65–76
67. Troshani I, Doolin B. Innovation diffusion: a stakeholder and social network view. *Eur J Innov Manage*. 2007;10(2):176–200
68. Zurynski, Y.; et al. Built to last? Barriers and facilitators of healthcare program sustainability: a systematic integrative review. *Implementation Science*, 2023. 18. 10.1186/s13012-023-01315-x
69. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. 2017;390(10090):156–68. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)32585-5)
70. Charlesworth CJ, Meath THA, Schwartz AL, McConnell KJ. Comparison of low-value care in Medicaid vs commercially insured populations. *JAMA Intern Med*. 2016;176(7):998–1004. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.2086>

71. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. Health Aff. 2008;27(3):759–69. Disponible en: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
72. Kien, C., Daxenbichler, J., Titscher, V. et al. Effectiveness of de-implementation of low-value healthcare practices: an overview of systematic reviews. Implementation Sci 19, 56 (2024). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13012-024-01384-6>
73. Norton WE, Chambers DA. Unpacking the complexities of de-implementing inappropriate health interventions. Implement Sci. 2020;15(1):2. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0960-9>
74. Ingvarsson S, Hasson H, von Thiele Schwarz U, Nilsen P, Powell BJ, Lindberg C, et al. Strategies for de-implementation of low-value care-a scoping review. Implement Sci. 2022;17(1):73. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01247-y>
75. Diario Medico. Portada marzo 2024. Disponible en: <https://www.diariomedico.com/medicina/profesion/cambios-necesita-vendra-bata-blanca.html>
76. Harmonics Project. Disponible en: <https://harmonicsproject.eu/>
77. Anna García-Altés, Josep M. Argimon. La transparencia en la toma de decisiones de salud pública. Gaceta Sanitaria, Volume 30, Supplement 1, 2016, Pages 9-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.005>
78. Haute Autorité de Santé (HAS). Transparency Committee. Disponible en: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1729421/en/transparency-committee](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1729421/en/transparency-committee)
79. Institute for Quality and Efficiency in Health Care. Disponible en: <https://www.iqwig.de/en/>
80. Zahava R.S. Rosenberg-Yunger, Ahmed M. Bayoumi. Transparency in Canadian public drug advisory committees. Health Policy, Volume 118, Issue 2, 2014, Pages 255-263. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.08.010>
81. Plataforma de Organizaciones de Pacientes. El sector sanitario ve necesario impulsar la participación efectiva del paciente. Disponible en: <https://plataformadepacientes.org/el-sector-sanitario-ve-necesario-impulsar-la-participacion-efectiva-del-paciente/>



---

**CONTACT US**  
[iqvia.com](https://iqvia.com)

