

¿De dónde nace el concepto?

La atención sanitaria basada en valor se puede replicar en los servicios de Fisioterapia recogiendo bajo el mismo concepto los principales temas e indicadores propuestos por los expertos durante la entrevista en el estudio cualitativo de FISIO-Q. Estos indicadores de calidad eran:

- 1) Resultados en capacidad funcional y clínicos.
- 2) Sostenibilidad ajustada por los resultados clínicos.
- 3) Cuestionarios de satisfacción.

Además de estos indicadores, según los expertos, la calidad asistencial debe estar informada por temas como:

- ✓ Tiempo y ratios: Tiempo por paciente (en ámbito público y en ámbito privado, así como el ratio de fisioterapeuta por paciente.
- ✓ Seguridad y Ética: Englobando procesos éticos, alianza terapéutica, corresponsabilidad, seguridad clínica e inventario de efectos adversos.
- ✓ Tocar, escuchar y asesorar: Tocar durante el procedimiento (tanto en la valoración como en el tratamiento), tener en cuenta las expectativas, y tanto ejercicio como educación centrado en la persona.

¿Qué es?

FbV es (Auto)evaluación sobre un servicio de fisioterapia como estándar de calidad. Esto es posible a través de un índice de costo-efectividad sobre dicho servicio. Es decir, es posible crear una variable continua que permita evaluar los servicios de fisioterapia.

Este índice de FvB constituye un **sistema recomendador**, es decir:

- ✗ NO es un sistema de acreditación. Todos los requisitos legales y la propia normativa de centro sanitario debe ser cumplido de manera previa al acceso al sistema recomendador.
- ✓ ES una (auto)evaluación que permite al fisioterapeuta mejorar de forma continua incorporando aquellas cosas que mejoran la calidad asistencial del servicio de fisioterapia.



ÍNDICE FVB

Este índice consta de la siguiente fórmula:

$$FvB = \frac{[(Resultados - Adversos) \times 0,8] \times (Calidad Percibida \times 0,2)}{Costes (directos + indirectos) \times Alianza Terapéutica}$$

Cada uno de los componentes o factores de la fórmula debe estar basado en los datos aportados por un grupo de pacientes, es decir, lo que estadísticamente se denomina *tamaño muestral*, ya que no se puede valorar el servicio de fisioterapia con un único caso. Concretamente, los componentes de este índice serán calculados en un tamaño

muestral de sujetos que representen al menos un 51% (más de la mitad) de los casos nuevos de pacientes en una semana aleatoria del año de trabajo. En aquellos casos en los que se cuente con 2 unidades de fisioterapia bien diferenciadas (por ejemplo, suelo pélvico y tratamiento musculoesquelético) habrá que hacer el procedimiento en cada tipo de servicio por separado.

A continuación, se pasa a describir cada uno de los componentes del índice y su cálculo.

Resultados

- **Definición:** Son los cambios clínicos y funcionales tras la intervención de fisioterapia, evaluados con alguna medida de error conocido (objetiva, subjetiva o mixta).

En el índice, sería estadísticamente conocido como el *tamaño del efecto*, expresado como la diferencia de medias antes y después del servicio de fisioterapia de la variable clínica o funcional que deseamos mejorar. Es decir, cómo ha variado la media de nuestro grupo de pacientes antes y después de la intervención.

- **Cálculo:** Se obtiene a través de la *d de Cohen* (1), una medida del tamaño del efecto como diferencia de medias estandarizada. Se expresa mediante la siguiente fórmula:

$$d = \frac{x_1 - x_2}{s_1 + s_2}$$

Donde $d = d \text{ de Cohen}$ $x_1 =$ media pre; $x_2 =$ media post; $s_1 =$ SD pre; $s_2 =$ SD post

**Consultar abreviaturas al final del manual*

El resultado de dicha fórmula va desde 0 a infinito, sin embargo, estadísticamente se establecen los siguientes puntos de corte para determinar el tamaño del efecto de nuestra intervención:

- <0,2: Efecto pequeño
- 0,2-0,8: efecto medio
- >0,8: gran efecto
 - Como los resultados de la intervención son de gran importancia, el número obtenido del cálculo será multiplicado 0,8 (expresado en la fórmula).
- **Instrumentos de medida:** Las variables y escalas que queremos cuantificar para poder introducir en la fórmula la obtenemos a partir test, escalas e índices. Uno de los instrumentos de medida más útiles, fiables y validados científicamente son los resultados autoinformados por el paciente (Patient-Reported Outcomes, PRO, en inglés).

** En la web encontrarás PRO validados científicamente para distintos ámbitos.*

- **Ejemplos:** El cuestionario ULFI para medir la funcionalidad de la extremidad superior.
En X pacientes, la media de funcionalidad de la extremidad medida con ULFI era de 20 ±5 puntos, y después del tratamiento, la media es de 50±10 puntos.

$$d = \frac{50 - 20}{5 + 10} = 2$$

Adversos

En el numerador de la fórmula a los Resultados se le restan los adversos. Mediante esta resta se tiene en cuenta la posible aparición de adversos. En este apartado, se detalla cómo tenerlos en cuenta.

- **Definición:** Los efectos adversos se refiere a la interrupción o modificación del tratamiento por la aparición de nuevos signos clínicos o incremento de síntomas. En este índice, se tiene en cuenta la tasa de abandono clínico.
- **Cálculo:** Se incorpora a la hora de calcular los resultados (apartado anterior), que se expresarán según *intención a tratar*. Estadísticamente, los resultados pueden expresarse de dos formas:

- Por protocolo, en el que se analiza los datos de los pacientes que han completado un plan de tratamiento (por ejemplo: si inician un tratamiento 50 sujetos y lo terminan 40, tendré en cuenta los resultados de los 40)
- Por intención a tratar. En este caso, se tendrán en cuenta todos los pacientes, adversos que requirió modificar el tratamiento. De esta forma, se penaliza mediante los “no cambios” con respecto a la situación basal. Este tipo de análisis será el empleado en la fórmula de FvB al incluir los resultados.

Se contemplarán como adversos:

- Aquellas cancelaciones a citas relacionadas con el efecto del tratamiento, no contabilizando aquellas debidas a problemas técnicos. Por ejemplo, no acudir por aumento de síntomas no es lo mismo que no acudir por no disponer de medio de transporte para el desplazamiento.
- Aquellos casos de abandono en el que el paciente no completa el tratamiento.
- **Ejemplos:** En 10 pacientes a los que inicialmente mido la funcionalidad de la extremidad superior, 1 de ellos deja de asistir a consulta y otro de ellos presenta cambios y requiere otro tratamiento. Por tanto, sólo 8 pacientes han variado su media de la puntuación ULFI antes y después de mi servicio. En lugar de incluir la media de mis 8 pacientes en la fórmula, incluiré la media de los 10 pacientes, contabilizando como valor 0 estos 2 casos de pérdidas u abandono.

Calidad Percibida

- **Definición:** Evaluación de la satisfacción del paciente en base a las expectativas previas.
- **Instrumentos de medida:** Cuestionario de Satisfacción con la Atención en Fisioterapia- MedRisk (2).
- **Cálculo:** Puntuación del cuestionario Medrisk. Este cuestionario consta de 14 ítems que puntúan de 1 a 5, pudiendo obtener una puntuación que oscila entre los 14 y los 70 puntos.

** En la web encontrarás la versión española del cuestionario MedRisk .*

- Como la calidad percibida tiene menor importancia o peso que los resultados en la mayoría de los casos, el número obtenido del cálculo será multiplicado 0,2 (expresado en la fórmula).

Costes

- **Definición:** Es la suma los costes directos e indirectos.
 - Los costes directos están relacionado con el tiempo de tratamiento, ratio de fisio:paciente, material fungible y todo lo que se multiplica por el número de servicios prestados. Este coste es el que está asociado al número de sesiones. Por lo tanto, es variable. Los costes directos podríamos subdividirlos en 2:
 - a) Recursos humanos: El coste que al fisioterapeuta le supone su sesión (el propio profesional y su tiempo de trabajo). En fisioterapia, este coste directo constituye aproximadamente un 90% del coste directo.
 - b) Fungible y otros.
 - Por otro lado, los costes indirectos son los imprescindibles para mantener el servicio abierto independiente del número de servicios prestados. Este tipo de coste variará mucho dependiendo de quién oferta el servicio. No es lo mismo el coste indirecto del mantenimiento de un hospital que acudir a domicilio con una camilla. Por tanto, este coste indirecto es un fijo que cada profesional mantiene de manera constante.
- **Cálculo:** Se calcula como coste mensual en euros.
 - Coste directo: $(\text{Coste de la sesión} \times 0,9) + (\text{Fungibles y otros} \times 0,1)$.
 - Coste indirecto: Suma del conjunto de costes indirectos. Éste coste siempre será fijo en la fórmula.
- **Ejemplos:**
 - Coste directo: El coste de una sesión (la hora del trabajo del fisioterapeuta $\times 0,9$) + el coste de los fungibles y otros (gel de ultrasonidos, papel de camilla, gasolina en desplazamientos) = X € mensuales.

- Coste indirecto: Pago mensual de alquiler + cuota de autónomo + Gastos de agua, luz e internet + Servicio de asesoría = X € mensuales.

Alianza Terapéutica

- **Definición:** Es una evaluación del grado de corresponsabilidad del cliente interno (fisioterapeuta) y externo (pacientes, familias y entorno) para el buen fin del tratamiento
- **Cálculo:** Este componente constituye una variable dicotómica. De manera que sólo será incluida en la fórmula en aquellos casos en los que el paciente participa de manera voluntaria en el proceso de tratamiento y quiere formar parte del mismo.

Por tanto, no se incorporarían en aquellos casos en los que el propio paciente no quiere curarse ni mejorar ni en aquellos casos en los que el paciente no se encuentra en estado de consciencia o de toma de decisiones.

- **Instrumentos de medida:** Cuestionario Working Alliance Inventory (WAI). Este cuestionario consta de 36 ítems que puntúan de 1 a 7 (3). La versión corta, que consta de 12 ítems, ha sido validada al español (4).

** En la web encontrarás la versión española del cuestionario, con los ítems de la versión corta en negrita.*

- Ejemplos:
 - A) Paciente crónico que sufre secuelas de accidente cerebro-vascular. Ha asistido a 12 sesiones de fisioterapia y valora su satisfacción con una puntuación de X en el WAI. Este número se multiplicará por los costes en el denominador de la fórmula.
 - B) Paciente ingresado en UCI que recibe sesiones de fisioterapia pasiva para frenar el deterioro, manteniendo la movilidad articular y previniendo la aparición de escaras. En este caso, la Alianza Terapéutica no formará parte de la fórmula.

Modificaciones de la formula

$$FvB = \frac{(Resultados - Adversos) \times Calidad Percibida}{Costes (directos + indirectos) \times Alianza Terapéutica}$$

Limitaciones

- A la hora de tener en cuenta los efectos adversos:
 - Se cuentan los abandonos debidos a consecuencia del tratamiento, pero nunca se podrá identificar aquellos casos que son consecuencia de la intervención pero que el paciente no informa.
 - Tampoco es posible diferenciar si la aparición de determinados síntomas son consecuencia del curso natural de ciertas enfermedades o patologías o si se debe a la intervención.
- A la hora de computar el índice, el peso o importancia de los resultados y de la calidad percibida variará en función del servicio. Aunque los resultados en la fórmula consta como un 80% del numerador, mientras que la calidad percibida reporta un 20% del numerador, hay casos particulares en la que esta proporción podría variar. Por ejemplo, en pacientes crónicos es muy importante la satisfacción del paciente y la familia, ya que apenas se moverán los resultados (en algunos casos la intervención consistirá en frenar el deterioro).

Resueltos todos los requisitos legales y sanitarios como servicio de salud...

...FbV como estándar de calidad me permite:

- 1) Obtener un **punto de referencia** de mis resultados clínicos obtenido a través del índice. Esto a su vez permite una mejora continua de mis resultados clínicos y no empeorar el servicio.
El obtener este punto de referencia de nuevos casos en una semana aleatoria permite detectar si el perfil de los pacientes ha cambiado, o si los resultados de mis tratamientos no son tan buenos como el año anterior. Así, me autoevalúo año a año en función de mis resultados ajustado por los costes y las expectativas, y no por los servicios prestados.
- 2) **Redireccionar la cartera de servicios de fisioterapia** hacia aquellos servicios con más valor, y abandonar o reconceptualizar aquellos de poco valor (tratamientos que generan cambio, placebos, etc). De esta forma, puedo poner más énfasis en los servicios que aportan más valor, ampliando dicho servicio o

haciendo ofertas comerciales para poder acoger a más pacientes con los mismos recursos.

- 3) **Formación** continuada para consolidar los servicios que ofrecen más valor. Si conozco mis resultados, puedo detectar aquellos en los que necesito mejorar.
- 4) **Monitorización de efectos adversos**. En el numerador del índice, en los resultados se tienen en cuenta los efectos adversos.

Ejemplo práctico.

Una fisioterapeuta de 33 años de edad, atiende en su consulta una media de 20 pacientes nuevos por semana. Una vez al año, la primera semana de octubre, se autoevalúa con 11 pacientes. Cuenta con 2 unidades: Tratamiento de suelo pélvico y músculo-esquelético.

A continuación se muestran 2 ejemplos de casos de la unidad de músculo-esquelético.

- En los casos de lumbalgia mecánica inespecífica produce una mejora del 20% en un paciente con unas expectativas altas y bajo coste. Al año siguiente cuando se evalúe, no debería alejarse mucho del valor obtenido en la fórmula.
- En los casos de omalgia, los porcentajes de mejora son más bajos (10%) y heterogéneos o dispersos. Con respecto a las lumbalgias, hace pensar que tiene porcentaje de mejora. Por tanto, la formación debe ir más enfocada hacia la presentación de síntomas y el ejercicio, que ha demostrado ser más efectiva que la terapia pasiva que usa actualmente para los casos de hombro.

Abreviaciones

FbV: Fisioterapia Basada en Valor

PRO: Resultados autoinformados por el paciente (del inglés “Patient-Reported Outcomes”)

SD: Desviación típica (del inglés, “standard deviation”).

ULFI: Upper limb functional Index

WAI: Working Alliance Inventory

X: Media

Bibliografía

1. Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas.* 1960;20:37–46.
2. Osuna-Pérez M-C. Información terapéutica, satisfacción y confianza en fisioterapia: instrumentos de medida y estudio correlacional en centros de fisioterapia de Andalucía Oriental [Internet]. Jaén : Universidad de Jaén; 2012 [cited 2018 Sep 8]. Available from: <http://ruja.ujaen.es/jspui/handle/10953/387>
3. Andrade-González N, Fernández-Liria A. Adaptación española del Working Alliance Inventory (WAI): propiedades psicométricas de las versiones del paciente y del terapeuta (WAI-P y WAI-T). *An Psicol.* 2015 May;31(2):524–33.
4. Andrade-González N, Fernández-Liria A. Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Curr Psychol.* 2016 Mar 1;35(1):169–77.