

Original

Modelo de excelencia en el Hospital de Día de Reumatología en España: proyecto HD-Reumatolex

José Andrés Román Ivorra^{a,*}, Raimon Sanmarti^b, Eduardo Collantes-Estévez^c, Luis Carreño Pérez^d y Lourdes Betegón^e

^a Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia, Valencia, España

^b Unidad de Artritis, Servicio de Reumatología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

^c Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Reina Sofía, IMIBIC, Universidad de Córdoba, Córdoba, España

^d Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^e Bristol-Myers Squibb, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de mayo de 2012

Aceptado el 26 de julio de 2012

On-line el 11 de octubre de 2012

Palabras clave:

Artritis reumatoide

Hospital de Día

Tratamiento biológico

R E S U M E N

Objetivos: Los tratamientos biológicos han superado en eficacia a los tratamientos tradicionales de la artritis reumatoide, aunque algunos no pueden administrarse de forma ambulatoria. La hospitalización de día supone la asistencia hospitalaria durante unas horas para aquellos tratamientos que no pueden realizarse en la consulta externa ni justifican el ingreso del paciente. Existen pocos estudios que analicen la situación de los Hospitales de Día de Reumatología (HDR) en España. El proyecto HD-Reumatolex tiene como objeto evaluar la situación de distintos HDR españoles desde una óptica estratégica, formativa, de gestión y de calidad asistencial.

Material y métodos: Se diseñó un «Modelo de excelencia en HDR» que sirvió como base para realizar un análisis comparativo y anónimo (*benchmarking*) entre 21 Servicios de Reumatología. Se valoraron 19 criterios, clasificados en 3 categorías: Procesos estratégicos, Procesos clave y Procesos de soporte.

Resultados: Los aspectos con peor puntuación media fueron los de seguimiento de guías de práctica clínica y existencia de un plan de calidad (Procesos estratégicos), formación de los profesionales del HDR (Procesos de soporte), y admisión de pacientes y procedimiento de alta (Procesos clave). Cinco HDR alcanzaron el *benchmark* al representar gráficamente su posición en los Procesos clave frente a los estratégicos y a los de soporte. Un HDR se posicionó como líder indiscutible en el análisis comparativo.

Conclusiones: Ninguno de los HDR consiguió la puntuación máxima total, ni a nivel de categoría ni de resultados totales. Esto significa que existen oportunidades de mejora hacia la excelencia para todos los HDR participantes.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Model of excellence in Rheumatology Day Hospitals in Spain: The HD-Reumatolex project

A B S T R A C T

Keywords:

Rheumatoid arthritis

Day Hospital

Biologics

Objectives: Biologics have shown greater efficacy than traditional treatments in patients with rheumatoid arthritis, although some cannot be administered on an outpatient basis. Day hospitalization requires the patient to attend the hospital for a few hours to receive those treatments that cannot be administered on an outpatient basis or that do not justify admission to hospital. Few studies have analyzed the situation of Rheumatology Day Hospitals (RDH) in Spain. The HD-Reumatolex project aims to evaluate the situation of Spanish RDHs in terms of strategy, training, management, and quality of care.

Material and methods: The project was based on a “model of excellence in RDH” design, which made it possible to perform a comparative analysis (*benchmarking*) of 21 Rheumatology Departments. The 19 criteria evaluated were divided into 3 categories: Strategic processes, Key processes, and Support processes.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: roman.jan@gva.es (J.A. Román Ivorra).

Results: The lowest mean scores were recorded for follow-up of clinical practice guidelines/recommendations and existence of a quality plan (Strategic processes), criteria for training among RDH professionals (Support processes), and admission and discharge (Key processes). Five RDH achieved the benchmark when the position obtained by the RDH in Key processes was plotted against the one obtained in Strategic processes and Support processes. One RDH emerged as a clear leader in the comparison.

Conclusions: None of the RDH obtained the total maximum score at the category level or at the total results level, thus revealing room for improvement in the attainment of excellence for all the participating centers.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La aparición de los fármacos biológicos ha supuesto un avance terapéutico importante y una mejoría notable en el pronóstico de enfermedades reumáticas inflamatorias como la artritis reumatoide (AR), la artritis psoriásica y las espondiloartropatías, así como una mejora en la calidad de vida de los pacientes que las padecen¹. Estos fármacos han superado en eficacia clínica a los tratamientos tradicionales y en el caso de la AR han permitido retrasar el daño estructural². Al ser de uso parenteral, tanto de administración subcutánea como intravenosa, algunos de ellos no pueden administrarse de forma ambulatoria.

Se entiende como «hospitalización de día» (HD) la asistencia hospitalaria durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas, exploraciones múltiples o para tratamientos que no pueden realizarse en la consulta externa ni justifican el ingreso hospitalario^{3,4}. Así, el paciente en tratamiento con fármacos biológicos recibe el mismo servicio que tendría si fuera hospitalizado, pero sin necesidad de ingreso, con la consiguiente reducción de los riesgos y los costes asociados⁴. Por este motivo, en los últimos años ha ido creciendo el número de Hospitales de Día en España, ya sean dedicados a una sola especialidad o bien polivalentes, es decir, que atienden de forma conjunta a enfermos de distintas especialidades^{3,4}. Asimismo, los Hospitales de Día de Reumatología (HDR) pueden dar cabida a otros servicios tales como informar y educar al paciente, darle apoyo psicosocial o realizar ensayos clínicos⁴, favoreciendo con ello la producción científica del Servicio de Reumatología.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Grupo de Trabajo para la elaboración de «Estándares y recomendaciones de Hospitales de Día», ha publicado en el año 2009 unos estándares y recomendaciones para la HD³. Estos no tienen un carácter normativo, sino que pretenden poner a disposición de las Administraciones Públicas, de los gestores y del profesional sanitario criterios comunes a este tipo de unidades, contribuyendo a mejorar sus condiciones de seguridad y la calidad de su práctica. Estas recomendaciones incluyen aspectos relativos a los derechos y garantías del paciente, a su seguridad, a la organización y gestión del Hospital de Día, a su estructura, recursos materiales y humanos, así como a la calidad asistencial prestada.

Tal y como otras publicaciones han puesto de manifiesto^{3,4}, existen pocos estudios que analicen la situación de los Hospitales de Día en España. Algunos de ellos han descrito la situación de los HDR en determinadas Comunidades Autónomas⁵, con resultados de interés que podrían servir de punto de comparación a los de otras regiones. Se necesitan por tanto nuevos análisis que permitan planificar estrategias para optimizar el uso de los HDR en nuestro país.

Objetivos

El proyecto HD-Reumatolex tiene como objeto evaluar la situación actual de distintos HDR españoles desde una óptica estratégica, formativa, de gestión y de calidad asistencial, con el fin de poder

Tabla 1

Servicios de Reumatología participantes en el proyecto HD-Reumatolex, listados en orden alfabético

Corporació Sanitària Clínic, Barcelona
Hospital General Universitario de Alicante
Hospital de Basurto, Bilbao
Hospital Universitario Bellvitge, Barcelona
Hospital Universitario de Canarias, Tenerife
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid
Hospital Doctor Peset, Valencia
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid
Hospital Universitario Juan Canalejo, La Coruña
Hospital Universitario La Paz, Madrid
Hospital Universitario La Princesa, Madrid
Hospital del Mar, Barcelona
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona
Hospital Universitario Clínico de Santiago de Compostela
Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia
Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

diseñar planes de acción que tengan por objetivo poner en valor el HDR y el rol del reumatólogo dentro del mismo.

Material y métodos

El proyecto HD-Reumatolex se llevó a cabo entre 2008 y 2009 e implicó el diseño de un «Modelo de excelencia en HDR» que sirvió como base para realizar un análisis comparativo y anónimo (*benchmarking*) entre los 21 Servicios de Reumatología españoles que se detallan en la tabla 1. Estos 21 centros, que disponían de HDR y que aceptaron adherirse a la iniciativa, correspondieron a 8 Comunidades Autónomas. De los hospitales participantes, un 86% (n = 18) fueron grandes hospitales (> 601 camas) y un 43% (n = 9) contaron con más de 10 reumatólogos en el Servicio. La mayor parte de los HDR (66%, n = 14) presentaron un modelo de HD polivalente, un 29% (n = 6) respondió a un modelo de HD de Reumatología y un 5% (n = 1) a un modelo de HD de terapias biológicas. A cada HDR participante se le asignó aleatoriamente un número de HDR con el fin de realizar el análisis comparativo de forma anónima.

El proyecto constó de las siguientes fases: 1) diseño del cuestionario de autoevaluación «Modelo de excelencia en HDR». Este no está basado en ningún modelo previo. En su definición participaron 3 reumatólogos de referencia y se validó posteriormente con otros 18 reumatólogos utilizando la metodología de procesos IDEFO; 2) adhesión a la iniciativa y cumplimentación del cuestionario, y 3) análisis de los resultados del *benchmarking*. El cuestionario de autoevaluación, basado en el mapa de procesos que se detalla en la figura 1, fue cumplimentado por los HDR participantes con el fin de conocer en detalle su situación en dicho contexto.

Con el fin de definir las bases del proyecto y los cuestionarios, previamente se realizó una reunión con 3 reumatólogos clínicos de

Procesos estratégicos	Guías de práctica clínica y recomendaciones		Protocolos y pautas de actuación	Plan de calidad		I + D + I
	Tratamiento intravenoso en el HDR					
Procesos clave	Discusión y selección de pacientes	Screening de pacientes	Admisión de pacientes	Evaluación de pacientes	Preparación de la medicación	Informe y próxima cita
	Información y formación al paciente y sus familiares				Infusión	Altas
		Otros procedimientos				
Procesos de soporte	Formación	Gestión del conocimiento	Gestión administrativa		Sistemas de información	
	Aprovisionamiento		Gestión de materiales e instalaciones			

Figura 1. Mapa de procesos utilizado para elaborar el cuestionario de autoevaluación del proyecto HD-Reumatolex.

referencia en la que se evaluó de forma preliminar la administración de biológicos en los HDR.

Criterios evaluados

Se valoraron un total de 19 criterios, clasificados en 3 categorías: «Procesos estratégicos», «Procesos clave» y «Procesos de soporte», a las que se asignó distinto peso en función de su grado de importancia (tabla 2). Así, la categoría «Procesos clave» tuvo mayor peso debido a que su papel en la atención del paciente es fundamental para obtener resultados clínicos.

Dentro de la categoría de «Procesos estratégicos» se evaluaron criterios como el seguimiento de guías de práctica clínica y recomendaciones, la existencia de protocolos/pautas de actuación, de un plan de calidad, o la investigación, desarrollo e innovación (I+D+i) realizada en el HDR. Los criterios analizados en la categoría «Procesos clave» fueron la selección de pacientes, la información/formación proporcionada a pacientes y familiares, el cribado de pacientes, su admisión y evaluación, la preparación de la medicación, los procedimientos de infusión u otros procedimientos diagnóstico-terapéuticos, el proceso de informe y próxima cita, así como las altas de tratamiento intravenoso en el HDR. Por último, en la categoría «Procesos de soporte» se evaluaron criterios como la formación del personal del HDR, la gestión del conocimiento, la gestión administrativa, los sistemas de información, el aprovisionamiento, o la gestión de materiales e instalaciones.

Análisis de los resultados

Para analizar los resultados obtenidos se tuvieron en cuenta la máxima puntuación alcanzable por criterio o por categoría y la puntuación media total para cada criterio o categoría. Se

consideraron asimismo los HDR que presentaron las mejores puntuaciones del grupo (denominados «centros que marcaron el *benchmark*») y aquellos, excluidos los que marcaron el *benchmark*, con una puntuación $\geq 75\%$ de la puntuación total del criterio o la categoría (≥ 3 en «Procesos estratégicos» y «Procesos de soporte» y ≥ 6 en «Procesos clave»), del grupo *top*. Para ello, se calculó la puntuación media de cada grupo de HDR por criterio y por categoría.

Por último, se tuvieron en cuenta aquellos HDR con puntuaciones $\leq 25\%$ de la puntuación total del criterio o la categoría (≤ 1 en «Procesos estratégicos» y «Procesos de soporte» y ≥ 2 en «Procesos clave»), calculándose para ello la puntuación media de cada grupo de HDR por criterio y por categoría (grupo *bottom*).

Resultados

Resultados por categoría

Los resultados obtenidos en cada una de las categorías se muestran en las tablas 3–5, en la que se detalla, para cada criterio, la puntuación media y el porcentaje de HDR que quedaron englobados en los grupos *benchmark*, *top* y *bottom*, respectivamente. Para cada uno de estos parámetros se muestra la clasificación obtenida por cada criterio.

Dentro de la categoría «Procesos estratégicos», las mejores puntuaciones medias fueron para el criterio de I+D+i y para el de protocolos y pautas de actuación. En cambio, las peores puntuaciones medias fueron para el criterio de seguimiento de guías de práctica clínica/recomendaciones y el de existencia de un plan de calidad. Así, aunque se seguían las guías de la GUIPCAR y los consensos de la SER y el EULAR, el 70% de los HDR no realizaba una revisión y actualización sistemática de estos, y más del 50% no disponían de un plan de calidad.

Tabla 2

Número de criterios evaluados en cada categoría y grado de importancia relativo para cada una de ellas

Categorías	N.º de criterios	Nivel de importancia	Puntuación máxima por criterio	Puntuación máxima por categoría
Procesos estratégicos	4	1	4	16
Procesos clave	9	2	8	72
Procesos de soporte	6	1	4	24
Total	19			112

Tabla 3

Resultados obtenidos en función de los procesos estratégicos

Procesos estratégicos	Puntuación media total		Benchmark		Grupo top		Grupo bottom	
	Media	Ranking	% HDR	Ranking	% HDR	Ranking	% HDR	Ranking
Guías de práctica clínica y recomendaciones	2	3	19	3	9,5	3	23,8	3
Protocolos y pautas de actuación	3	2	9,5	4	38,1	2	0	1
Plan de calidad	2	4	33,3	1	0	4	52,4	4
I+D+i	3	1	23,8	2	61,9	1	0	1

Se consideraron los Hospitales de Día de Reumatología que presentaron las mejores puntuaciones del grupo (*benchmark*), aquellos con una puntuación $\geq 75\%$ de la puntuación total del criterio/categoría (grupo *top*) y aquellos con puntuaciones $\leq 25\%$ de la puntuación total del criterio/categoría (grupo *bottom*).

I+D+i: investigación, desarrollo e innovación.

Tabla 4

Resultados obtenidos en función de los procesos de soporte

Procesos de soporte	Puntuación media total		Benchmark		Grupo top		Grupo bottom	
	Media	Ranking	N.º HDR	Ranking	N.º HDR	Ranking	N.º HDR	Ranking
Formación	2	6	3	6	3	6	8	5
Gestión conocimiento	2,6	5	7	5	7	5	1	2
Gestión administrativa	3,3	1	18	1	18	1	0	1
Sistemas información	2,9	3	13	3	13	3	3	4
Aprovisionamiento	3,2	2	16	2	16	2	2	3
Gestión materiales e instalaciones	2,8	4	12	4	12	4	1	2

Se consideraron los Hospitales de Día de Reumatología que presentaron las mejores puntuaciones del grupo (*benchmark*), aquellos con una puntuación $\geq 75\%$ de la puntuación total del criterio/categoría (grupo *top*) y aquellos con puntuaciones $\leq 25\%$ de la puntuación total del criterio/categoría (grupo *bottom*).

Tabla 5

Resultados obtenidos en función de los procesos clave

Procesos clave	Puntuación media total		Benchmark		Grupo top		Grupo bottom	
	Media	Ranking	N.º HDR	Ranking	N.º HDR	Ranking	N.º HDR	Ranking
Discusión y selección pacientes	6,76	2	17	2	17	2	0	1
Información y formación pacientes	5,62	7	13	5	13	5	1	2
Cribado pacientes	6,86	1	18	1	18	1	0	1
Admisión pacientes	4,10	9	8	7	8	7	11	4
Evaluación pacientes	6,43	4	15	4	15	4	0	1
Preparación medicación	6,38	5	18	1	18	1	1	2
Infusión/otros procedimientos	6,62	3	17	2	17	2	0	1
Informe y próxima cita	6,10	6	16	3	16	3	1	2
Altas tratamiento iv	5,52	8	12	6	12	6	3	3

Se consideraron los Hospitales de Día de Reumatología que presentaron las mejores puntuaciones del grupo (*benchmark*), aquellos con una puntuación $\geq 75\%$ de la puntuación total del criterio/categoría (grupo *top*) y aquellos con puntuaciones $\leq 25\%$ de la puntuación total del criterio/categoría (grupo *bottom*). iv: intravenoso.

En lo relativo a los «Procesos de soporte», las mejores puntuaciones medias de la categoría fueron para los criterios de gestión administrativa y el de aprovisionamiento. Por otra parte, las peores puntuaciones medias fueron para los criterios de formación y de gestión del conocimiento de los profesionales del HDR. Un 85 y un 70% de los HDR, respectivamente, presentaron oportunidades de mejora en este sentido.

Por último, respecto a la categoría «Procesos clave», que son los que definen las funciones y actividades esenciales del HDR y del reumatólogo clínico con relación a sus pacientes, los criterios de cribado de pacientes, discusión y selección de pacientes e infusión/otros procedimientos presentaron las 3 mejores puntuaciones medias de la categoría. En el 86% de los HDR se garantizaba la disponibilidad de tratamientos en tiempo adecuado gracias a una buena coordinación con el Servicio de Farmacia. Las peores puntuaciones medias, en cambio, fueron para los criterios de admisión

de pacientes y el procedimiento de alta. Así, aunque el cribado de pacientes se realizaba según los criterios de las guías en la práctica totalidad de los HDR, en el 42% de ellos no se hacía de forma sistemática y de acuerdo a un procedimiento normalizado, ni se disponía de un informe específico para las altas de tratamiento intravenoso en el HDR.

Resultados totales

Los resultados globales del cuestionario de autoevaluación del «Modelo de excelencia en HDR» se representan en la figura 2, donde se confronta la categoría principal (procesos clave) a cada una de las otras 2 categorías. Tal y como se observa, 5 HDR marcaron el *benchmark* con la mayor puntuación (extremo superior derecho; puntuaciones más elevadas en 2 categorías). Estos HDR fueron los mismos tanto al representar la posición obtenida para los

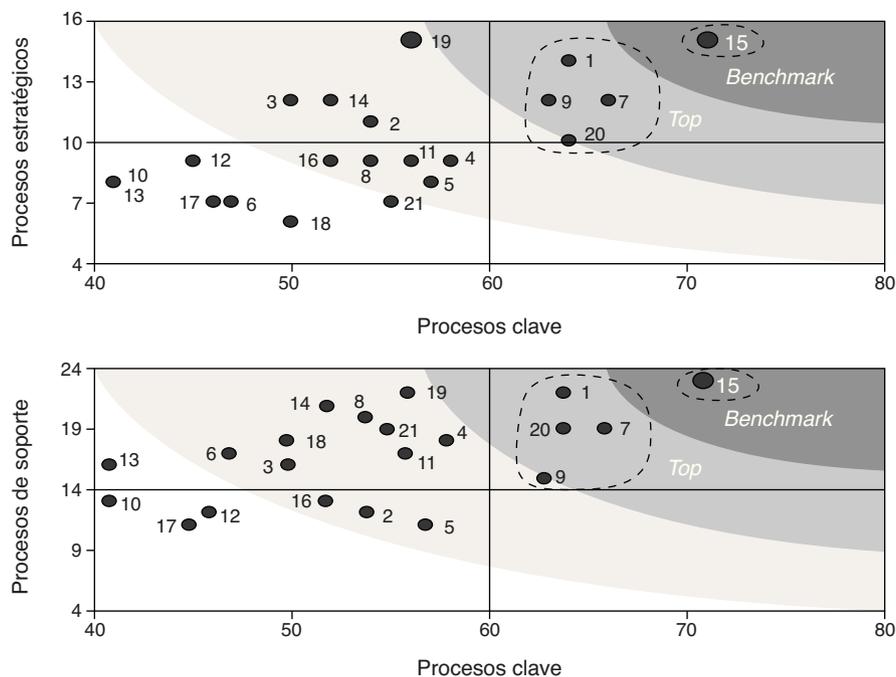


Figura 2. Resultados globales del cuestionario de autoevaluación para los 15 HDR analizados. Se enfrenta la categoría «Procesos clave» (eje de abscisas) a las de «Procesos estratégicos» (a) y «Procesos de soporte» (b) (eje de ordenadas). Se señalan los 5 HDR que alcanzaron el *benchmark* y el HDR que lo lideró.

procesos clave frente a la conseguida con los estratégicos, como al hacerlo frente a los de soporte. En cualquier caso, la calidad en los procesos de soporte pareció ser más determinante para alcanzar la excelencia en los procesos clave. El objetivo de la figura 2 es realizar una estimación global sobre en qué categoría de procesos existe mayor margen de mejora (calculado como la diferencia porcentual entre los puntos obtenidos y el máximo de puntuación posible).

Discusión

El Hospital de Día, como modalidad asistencial, ha tenido un considerable desarrollo durante los últimos años y ha incrementado notablemente la eficiencia en la atención al paciente. En 2004 se realizaron en España alrededor de 1.500.000 sesiones de HD médico, con 1,1 sesiones de esta modalidad por cada 10 estancias médicas en hospitalización convencional³. Distintos estudios han corroborado las ventajas que aporta la HD en términos de disminución de la presión en el área de hospitalización, reducción del gasto de atención hospitalaria, minimización del aislamiento socio-familiar asociado a la hospitalización, y compatibilización con la vida laboral del paciente⁴. Estas ventajas se aplican igualmente al contexto del HDR.

Como conclusión principal del proyecto HD-Reumatolex puede decirse que las mejores puntuaciones se obtuvieron en la categoría «Procesos clave», lo que refleja una buena situación general de los 21 HDR adheridos a la iniciativa. A pesar de que en 11 de los 19 criterios analizados hubo al menos un HDR en el grupo *bottom*, en los resultados totales ninguno de ellos apareció en este grupo, debido fundamentalmente a que las buenas puntuaciones obtenidas en la categoría «Procesos clave» compensaron las carencias de otros criterios o categorías.

Por otra parte, ningún HDR consiguió la puntuación máxima total, ni a nivel de categoría ni de resultados totales. Esto significa que existen oportunidades de mejora para todos los participantes. Incluso el HDR posicionado como líder indiscutible (HDR 15) podría mejorar un punto por categoría para alcanzar la excelencia.

Para todos los demás, y en función de sus puntuaciones, existen oportunidades de mejora.

En términos comparativos entre los distintos HDR analizados, del proyecto HD-Reumatolex se puede concluir que en la categoría «Procesos estratégicos» existieron 2 claros líderes de excelencia (HDR 15 y HDR 19) que marcaron el *benchmark* en los 4 criterios. El HDR 1 también se posicionó como un fuerte líder, al ser *benchmark* en 3 de los 4 criterios de esta categoría. Por otra parte, en la categoría «Procesos clave» el líder indiscutible de excelencia fue el HDR 15, que marcó el *benchmark* en 8 de los 9 criterios de esta categoría. El HDR 1 y el HDR 7 también se posicionaron como fuertes líderes, al marcar el *benchmark* en 7 de los 9 criterios. Finalmente, en la categoría «Procesos de soporte» se identificaron 2 claros líderes de excelencia, el HDR 15 y el HDR 1, que marcaron el *benchmark* en 5 de los 6 criterios de la categoría.

Aquellos aspectos en los que existieron mayores posibilidades de mejora (es decir, aquellos con peores puntuaciones medias) fueron los de seguimiento de guías de práctica clínica/recomendaciones y existencia de un plan de calidad (Procesos estratégicos), los criterios de formación del personal del HDR y gestión del conocimiento (Procesos de soporte), y los de admisión de pacientes y procedimiento de alta (Procesos clave). Varios de ellos han sido descritos previamente como áreas de mejora^{4,6}; en concreto, se ha recomendado establecer, en los HDR, grupos de trabajo multidisciplinares para la creación, divulgación, revisión y actualización de protocolos⁶. Con respecto a la accesibilidad del paciente a los tratamientos, se han señalado factores que podrían influir negativamente, como la escasez de recursos disponibles (materiales o personales) o el horario parcial, frecuente en los HDR españoles. También se ha propuesto realizar pruebas complementarias en el propio HDR, excluidas analíticas, con el fin de optimizar el proceso asistencial⁶. Finalmente, la elaboración y entrega de informes al alta y el uso de cuestionarios de satisfacción y calidad de vida se han descrito como medidas que podrían mejorar la atención al paciente, al igual que la educación sanitaria o un teléfono para atender consultas⁶.

En el terreno formativo, las carencias detectadas confirman observaciones ya publicadas^{4,6}. Así, estudios previos han incluido

entre sus recomendaciones la especialización del personal de Enfermería en Reumatología o el aumento en el número de sesiones clínicas, tanto de tipo multidisciplinar como sobre tratamientos biológicos, en las que participa el personal del HDR. Además, desde el Ministerio se propone un plan de implantación de las recomendaciones y el establecimiento de indicadores que permitan evaluar las mejoras introducidas³.

Cabe reseñar que este estudio presentó 2 limitaciones importantes. Por una parte, aunque los HDR seleccionados correspondieron a 8 Comunidades Autónomas, no necesariamente fueron representativos del total de centros españoles. Por otra parte, en cada HDR fue un médico del propio Servicio el que evaluó el cuestionario, lo que pudo dar lugar a un sesgo en la puntuación de los diferentes ítems.

En conclusión, el proyecto HD-Reumatolex proporciona un análisis panorámico de los HDR españoles desde una óptica estratégica, formativa, de gestión y de calidad asistencial. Los datos obtenidos permitirán establecer procesos de mejora que los conviertan en ejemplo de excelencia a través de planes de acción específicos que tienen como objetivo poner en valor el HDR (en las áreas de calidad, procesos, pacientes, gestión del conocimiento, recursos y estructuras) y el rol del reumatólogo dentro del mismo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

El proyecto HD-Reumatolex se realizó a través de una colaboración económica entre Bristol-Myers Squibb y Antares Consulting (código de proyecto «BMS España, Implantación del Modelo de Excelencia en Hospital de Día Reumatológico, 08-50-00073-P»). Una agencia ha proporcionado asistencia editorial, financiada por Bristol-Myers Squibb.

Agradecimientos

Se agradece la colaboración de todos los centros participantes en el proyecto HD-Reumatolex. Todos los firmantes han contribuido a la revisión del artículo.

Bibliografía

1. Curtis JR, Singh JA. Use of biologics in rheumatoid arthritis: current and emerging paradigms of care. *Clin Ther.* 2011;33:679–707.
2. Keystone E. Recent concepts in the inhibition of radiographic progression with biologics. *Curr Opin Rheumatol.* 2009;21:231–7.
3. Grupo de Trabajo para la elaboración de «Estándares y recomendaciones de HdD». Unidad de Hospital de Día. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009 [consultado Abr 2012]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UnidadHospitalDia.pdf>
4. Román JA, Chalmeta C, Salvador G. Estado actual de los hospitales de día de reumatología en España. *Rev Esp Reumatol.* 2004;31:87–94.
5. Román Ivorra JA, Gómez-Salazar JR, Calvo Catalá J, Grupo para el estudio de los hospitales de día de Reumatología de la Sociedad Valenciana de Reumatología. Estado actual de los hospitales de día donde se administran los tratamientos de reumatología en la Comunidad Valenciana. *Reumatol Clin.* 2010;6:244–9.
6. Román Ivorra JA, Rosas Gómez-Salazar J, Calvo Catalá J, Grupo para el estudio de los hospitales de día de Reumatología de la Sociedad Valenciana de Reumatología. [Introduction of a day-care hospital model: proposals for measures that guarantee the specific needs of rheumatology services in the Community of Valencia (Spain)]. *Reumatol Clin.* 2011;7:421–2.