

Revisión crítica del proyecto INNOVA Digestivo (SEPD)

Elaborada por ChatGTP 4.0 como respuesta a un *prompt* realizado por Javier Crespo (investigador del Proyecto Innova Digestivo) dirigido a realizar un análisis crítico exhaustivo de la publicación "[Identificación y priorización de problemas y retos en los servicios de aparato digestivo españoles desde la perspectiva de sus responsables como base estratégica para su desarrollo](#)", junto con su [material suplementario](#), y teniendo en cuenta además la publicación "[Objetivos y metodología general del proyecto INNOVA Digestivo de la Sociedad Española de Patología Digestiva \(SEPD\)](#)".

1. Conocimiento actual, hallazgos clave y áreas de incertidumbre. El proyecto parte del reconocimiento de que los servicios de aparato digestivo en España enfrentan desafíos estructurales relevantes: desequilibrios de personal, listas de espera, limitaciones presupuestarias, coordinación deficiente entre niveles asistenciales, falta de integración de tecnologías innovadoras y escasa incorporación de resultados en salud en la evaluación del desempeño. Estas limitaciones se enmarcan en un contexto de creciente complejidad asistencial, presión por cronicidad y envejecimiento de la población, y exigencias de eficiencia organizativa. Como hallazgos clave destacan:

- **Listas de espera prolongadas** (relevancia 4,46) y **plantillas insuficientes** (4,15) como problemas principales.
- En el campo de los retos, la **incorporación de resultados en salud** (4,31) y la **reducción de listas de espera con priorización** (4,23) son considerados prioritarios.
- Se subraya la **interdependencia transversal** de muchos problemas: por ejemplo, los recursos humanos afectan tanto a calidad como a innovación tecnológica.

Entre las áreas de incertidumbre destacan:

- La implementación efectiva de tecnologías como la **inteligencia artificial** (IA), mencionada como aspiración, pero aún sin rutas concretas de integración.
- Falta de indicadores estandarizados para evaluar la **calidad organizativa** o la **relevancia clínica** de los cambios propuestos.

2. Hipótesis principal u objetivo. La pregunta central que guía el proyecto es: *¿Cuáles son los principales problemas y retos organizativos que limitan la eficiencia, calidad e innovación de los servicios de aparato digestivo en España, y cómo pueden abordarse de forma participativa y metodológicamente estructurada?* Este objetivo está formulado de manera clara y se justifica plenamente en base a la literatura previa y a la trayectoria de la SEPD en proyectos de calidad y gestión clínica (RECALAD, EFIC_AD, estándares de cartera de servicios). La iniciativa propone avanzar desde una lógica diagnóstica a una lógica de acción.

3. Metodología. La metodología es sistemática, participativa y progresiva:

- **Panel inicial de 13 jefes de servicio**, ampliado posteriormente a más de 40 expertos.
- Uso de **plataforma REDCap** para recolección de propuestas (problemas y retos) y su evaluación estructurada.

- **Criterios de inclusión:** problemas propuestos como “no resueltos” y retos como “desafíos de futuro”.
- **Evaluación:** pertinencia (escala -1 a +1) y relevancia (Likert 1 a 5). Solo se aceptan ítems con pertinencia media > 0,5 y relevancia > 3,40.
- **Fases adicionales:** clasificación temática, jornadas presenciales, debates estructurados y votaciones con análisis estadístico.

Limitaciones metodológicas:

- Posible **sesgo de selección** al centrarse exclusivamente en jefes de servicio.
- **Representatividad geográfica** solo parcialmente abordada.
- No se incluyen pacientes, gestores externos ni personal de enfermería en esta fase inicial.

4. Resultados principales

Se priorizaron 17 problemas y 25 retos. Algunos destacados:

- **Problemas:** listas de espera, escasez de enfermería, falta de autonomía de gestión, financiación insuficiente, descoordinación entre niveles.
- **Retos:** salud basada en resultados, vanguardia tecnológica, integración IA, formación continuada, modelos colaborativos, endoscopia avanzada.

Avances recientes:

- Inclusión explícita de la **inteligencia artificial** como reto asistencial.
- Referencia explícita a **docencia e investigación como parte del tiempo real de trabajo**, lo cual no había sido abordado en proyectos previos de la SEPD.

5. Análisis crítico de las limitaciones del proyecto INNOVA Digestivo

5a) Limitaciones metodológicas

- **Falta de triangulación de fuentes:** El estudio se basa en la percepción de los jefes de servicio hospitalarios sin incorporar datos cuantitativos (p. ej., indicadores de calidad, tasas de demora, ratios de personal). Esta falta de triangulación compromete la objetividad y puede sobredimensionar o infravalorar ciertas prioridades.
- **Representación incompleta del ecosistema asistencial:** No se incluye a otros actores clave como enfermeras clínicas, técnicos, administrativos, gestores, pacientes, especialistas de otras áreas (cirugía digestiva, oncología, atención primaria), lo que limita la visión holística del funcionamiento de los servicios digestivos.
- **Diseño lineal, no iterativo:** El modelo secuencial (cuestionario abierto → priorización → jornada) no permite ciclos de validación cruzada entre participantes ni reevaluación tras discusiones grupales, lo cual podría haber mejorado la calidad del consenso.
- **Falta de análisis de saturación conceptual:** No se justifica si el número de participantes fue suficiente para agotar la variedad temática (saturación), lo que puede comprometer la exhaustividad del listado de problemas y retos.

5b. Limitaciones epistemológicas y de gobernanza

- **Visión centralizada y médica:** El proyecto refleja una hegemonía del pensamiento clínico-especializado, sin contrastarlo con enfoques organizativos, comunitarios o centrados en el paciente. Esta limitación puede dificultar la transición hacia modelos realmente integradores o interdisciplinarios.
- **Dependencia de expertos institucionales:** La mayoría de participantes son figuras consolidadas en la jerarquía hospitalaria, lo que introduce un sesgo conservador y podría limitar la emergencia de propuestas disruptivas o innovadoras impulsadas desde niveles intermedios o desde el ámbito periférico.
- **Ausencia de mecanismos de rendición de cuentas o revisión externa:** No se ha contemplado la validación por revisores externos, entidades académicas o expertos en gestión sanitaria independientes.

5c. Limitaciones en la aplicabilidad y transferibilidad

- **Ausencia de análisis económico, de viabilidad y escalabilidad:** Aunque se proponen acciones ambiciosas (IA, nuevas unidades, formación continua estructural), no se incluyen análisis de coste, sostenibilidad o recursos necesarios. Esto compromete la capacidad del documento de servir como plan operativo para servicios regionales o estatales.
- **Desconexión con políticas sanitarias existentes:** No se explicita la relación con planes de salud autonómicos, reformas nacionales o marcos normativos (Estrategia de Cronicidad, Estrategia de Salud Digital, Agenda 2030), lo que puede limitar su articulación institucional real.
- **Riesgo de priorización sin implementación:** Al no establecer indicadores de impacto ni responsables operativos, el proyecto corre el riesgo de quedarse en un marco conceptual sin traducción práctica.

5d. Limitaciones comunicativas y de transparencia

- **Sesgo de publicación:** Solo se publican los problemas y retos seleccionados. No se reporta el conjunto completo de propuestas, ni sus puntuaciones. Esto impide un análisis completo del grado de consenso/disenso y de propuestas descartadas potencialmente relevantes.
- **Ambigüedad en el proceso deliberativo:** No se documenta cómo se desarrollaron las discusiones en las jornadas presenciales, ni si se utilizaron mecanismos para evitar sesgos de dominancia (votación anónima, facilitación externa, grupos nominales). Esto compromete la transparencia del proceso.

5e. Limitaciones en el enfoque de innovación

- **Uso genérico de términos como “inteligencia artificial”:** Se menciona la IA como necesidad, pero sin especificaciones concretas de casos de uso, tecnologías maduras o posibles modelos de implementación en el contexto hospitalario español.
- **Desconexión con agendas de innovación clínica reales:** No se establece ninguna relación explícita con líneas estratégicas de innovación clínica ya en marcha (por ejemplo, el PERTE de salud de precisión o las convocatorias del ISCIII en innovación organizativa).

Conclusión. El proyecto INNOVA Digestivo representa un esfuerzo notable y pionero para estructurar los retos del aparato digestivo en España, pero su validez y utilidad pueden verse limitadas por carencias metodológicas, epistemológicas, organizativas y comunicativas. Para

que sus resultados sean realmente influyentes y transformadores, sería necesario: **1)** Ampliar la participación a perfiles interdisciplinarios y no médicos. **2)** Incorporar análisis económico, organizativo y de impacto social. **3)** Adoptar mecanismos de gobernanza abiertos y transparentes. **4)** Establecer una agenda de implementación con indicadores de seguimiento. Esta reflexión crítica no invalida el valor del trabajo, pero sí sugiere que su impacto será limitado si no se corrigen estas limitaciones en las fases posteriores del proyecto.

6. Implicaciones clínicas y contribuciones al campo

El proyecto INNOVA sienta una base estructural para futuras estrategias nacionales de reorganización de servicios digestivos. Las recomendaciones pueden facilitar:

- Planificación más eficaz de **recursos humanos y tecnológicos**.
- Desarrollo de **modelos organizativos adaptados a la cronicidad**.
- Incorporación de **indicadores basados en resultados en salud** como nueva métrica de calidad.
- Reconocimiento formal del **tiempo dedicado a investigación y docencia**.

Estas contribuciones están sólidamente fundamentadas en el proceso metodológico empleado y reflejan un consenso amplio entre líderes clínicos.

7. Puntos clave discutidos en el artículo

- Necesidad de **gestión descentralizada y profesionalizada**.
- Importancia de **alinear los objetivos clínicos y de gestión**.
- **Desigualdades territoriales** como barrera crítica.
- **Capacitación y motivación del personal** como eje estratégico.
- Urgencia de **integración de nuevas tecnologías e IA**.
- **Transversalidad temática** como principio organizativo.

8. Temas omitidos relevantes

8a. No se aborda la participación del paciente en la definición de prioridades. La voz del paciente es esencial para diseñar servicios centrados en las necesidades reales. El documento no contempla en ningún momento la inclusión de pacientes, asociaciones de pacientes ni datos derivados de experiencia reportada (PREMs/PROMs), lo que representa una carencia importante. La exclusión de esta perspectiva puede generar un sesgo tecnocrático y clínico en la priorización, invisibilizando dimensiones como el trato humano, la información recibida, el impacto emocional del proceso diagnóstico o terapéutico, o los determinantes sociales que afectan la adherencia. La inclusión de pacientes podría haberse abordado mediante:

- Encuestas paralelas a usuarios de servicios.
- Participación de representantes en las jornadas presenciales.
- Integración de indicadores de experiencia en la evaluación de calidad asistencial.

8b. Ausencia de estrategias específicas para la equidad en salud. El documento no contempla ningún análisis ni propuesta para reducir las desigualdades en salud por sexo, nivel socioeconómico, territorio o condición de vulnerabilidad. Dado que España presenta claras desigualdades en el acceso a pruebas diagnósticas, atención especializada y resultados en salud (especialmente entre zonas rurales y urbanas, o entre CCAA), este vacío es crítico. Más aún

cuando el documento sí menciona desigualdades en accesibilidad y plantillas, pero no articula medidas para abordarlas desde un enfoque de equidad estructural. Se echa en falta:

- Mapeo de desigualdades geográficas en la oferta de servicios digestivos.
- Propuestas de discriminación positiva para hospitales periféricos.
- Estrategias de equidad interseccional (género, migración, pobreza).

8c. No se discuten modelos de financiación alternativos. El documento asume implícitamente que la solución a muchos retos (plantillas, tecnología, IA) pasa por una mayor inversión, pero no analiza **cómo financiar** dichas mejoras. No se discuten modelos de:

- Financiación basada en resultados (p.ej., value-based healthcare).
- Financiación capitolativa ajustada al riesgo.
- Incentivos para mejora de calidad o eficiencia.
- Redistribución de fondos entre niveles asistenciales.

Esta omisión impide plantear escenarios realistas y sostenibles, y limita el documento a una lista de deseos sin anclaje en el marco presupuestario del SNS o de los servicios autonómicos.

8d. Falta de mención a la evaluación externa independiente. El proyecto no contempla mecanismos de revisión externa por parte de expertos independientes, universidades o instituciones evaluadoras. Toda la construcción de prioridades y validación se produce desde dentro del mismo grupo de expertos clínicos, lo cual puede introducir sesgos de autoafirmación. Esta limitación afecta la credibilidad del trabajo como propuesta política o científica. Se recomienda:

- Auditorías metodológicas externas.
- Involucrar a evaluadores sanitarios (IACS, AQuAS, SEDISA).
- Publicación con revisión por pares en revistas de gestión sanitaria.

8e. No se explora el papel de las alianzas público-privadas o de las universidades. Aunque el documento menciona retos relacionados con formación, tecnología y endoscopia avanzada, **no se plantean colaboraciones con universidades, centros tecnológicos o empresas privadas** como parte de la solución. Esta omisión reduce la capacidad de generar sinergias y recursos externos. Podrían haberse abordado:

- Convenios con universidades para programas de formación dual e investigación aplicada.
- Colaboración con empresas tecnológicas para co-desarrollar soluciones de IA o telemedicina.
- Fórmulas de partenariado para modernización de equipamiento sin comprometer la titularidad pública.

La exclusión de estos actores limita el potencial innovador del documento y lo aleja de los marcos actuales de transformación sanitaria, que promueven una lógica colaborativa e intersectorial.

9. Futuro de la investigación del proyecto INNOVA Digestivo

9a. Desarrollo de propuestas concretas por bloques temáticos. Esta es la línea evolutiva natural de la fase actual: cada uno de los bloques identificados (Recursos Humanos,

Accesibilidad/Demanda, Calidad y Seguridad, Innovación-Tecnología) debe transformarse en un **paquete operativo de reformas o intervenciones evaluables**. Este desarrollo debe incluir:

- Objetivos operativos específicos por bloque.
- Medidas propuestas a corto, medio y largo plazo.
- Responsables institucionales y clínicos asignados.
- Indicadores de proceso, resultado e impacto.
- Cronograma y recursos necesarios.

Cada bloque temático podría generar un documento técnico derivado que incorpore evidencia científica, benchmarking internacional y experiencias nacionales previas (ej. modelo EFIC_AD, RECALAD).

9b. Validación formal y publicación de recomendaciones. El documento menciona como paso siguiente la validación formal de los resultados y la difusión de recomendaciones. Esto requiere:

- Una **fase Delphi estructurada**, con participación ampliada (incluyendo atención primaria, enfermería, gestión sanitaria, pacientes).
- **Publicación en revistas indexadas** de gestión clínica, salud pública o servicios sanitarios (p. ej., *Revista Española de Salud Pública*, *Journal of Healthcare Quality*).
- Presentación institucional en foros de la SEPD, sociedades colaboradoras (SEDISA, FACME) y autoridades sanitarias (MSSSI, CCAA).

9c. Evaluación de impacto tras implementación. Una de las principales carencias de proyectos organizativos en salud es la falta de seguimiento post-implementación. El futuro del proyecto INNOVA debería incluir estudios prospectivos de impacto que analicen:

- Cambios en indicadores asistenciales (tiempos de espera, adecuación de pruebas, eventos adversos).
- Efectos sobre el clima laboral, motivación, rotación del personal.
- Grado de adopción de tecnologías (IA, telemedicina).
- Resultados clínicos intermedios y finales.

Estas evaluaciones deben diseñarse con controles o líneas de base y considerar variables contextuales (territorio, tipo de hospital, dotación previa).

9d. Incorporación de PROMs y PREMs como métricas centrales. La próxima fase investigadora debe incorporar instrumentos estandarizados de **medición de la experiencia y resultados reportados por los pacientes**, alineándose con el enfoque centrado en el paciente. Esto implica:

- Validación y adaptación de escalas PROMs y PREMs al contexto digestivo (ej. síntomas funcionales, satisfacción, comprensión de su patología).
- Integración en la historia clínica electrónica.
- Análisis longitudinal pre y post implementación de cambios.

El uso de PROMs/PREMs permitiría valorar si las propuestas realmente impactan en lo que más importa a los pacientes, más allá de métricas estructurales.

9e. Diseño de ensayos organizativos pragmáticos. Para validar las propuestas más innovadoras (p. ej., modelos de colaboración primaria-especializada, integración de IA en flujos de trabajo,

automatización de revisión de crónicos), se deben diseñar **ensayos organizativos pragmáticos**, con metodología cuasi-experimental o experimental:

- Diseño por clusters (hospitales o unidades).
- Comparación entre intervención y control (habitual).
- Medición de eficacia organizativa, calidad percibida, eficiencia.

Estos ensayos pueden ser desarrollados en colaboración con institutos de investigación sanitaria (ej. IDIVAL, IIS Galicia Sur, ISCIII), con apoyo metodológico y acceso a plataformas de datos.

9f. Evaluación coste-efectividad de las soluciones propuestas. Cualquier recomendación que implique recursos (más personal, tecnología, formación) debe someterse a una evaluación económica rigurosa:

- Análisis coste-efectividad incremental.
- Análisis de impacto presupuestario para hospitales o CCAA.
- Modelos de retorno de inversión para intervenciones organizativas.
- Evaluación de escenarios con distintas dotaciones y contextos.

Este enfoque permitiría priorizar intervenciones no solo por relevancia clínica, sino también por sostenibilidad financiera.

10. Conclusiones principales

1. El proyecto INNOVA Digestivo ha identificado de forma sistemática y participativa una arquitectura de problemas y retos altamente representativa de la situación actual de los servicios digestivos en España. Esta arquitectura, organizada en bloques temáticos estratégicos, aporta un marco común de referencia que puede orientar reformas estructurales en múltiples contextos sanitarios.
2. La metodología utilizada —basada en cuestionarios REDCap, priorización estructurada y jornadas presenciales— representa una buena práctica en procesos de consenso clínico-gestor, aunque su impacto final dependerá de la calidad de su implementación futura. Se ha conseguido un equilibrio entre diversidad territorial y homogeneidad profesional, aunque con limitaciones significativas en términos de inclusión interdisciplinar.
3. El proyecto establece una hoja de ruta clara, pero todavía parcial, para el rediseño de los servicios digestivos: las propuestas deben evolucionar hacia intervenciones específicas, evaluables, sostenibles y centradas en el valor. La falta de análisis económico, de impacto o de viabilidad operativa limita por ahora su capacidad de ser adoptadas como políticas públicas o planes asistenciales en cascada.
4. Las limitaciones del proyecto —incluyendo la ausencia de perspectiva del paciente, de evaluación externa y de enfoque sobre equidad en salud— comprometen la legitimidad global del documento como herramienta de reforma sistémica. Para alcanzar un mayor nivel de madurez, el proyecto deberá abrirse a otros actores, otras métricas y otras disciplinas, incorporando, entre otras, a enfermería, atención primaria, pacientes, gestores hospitalarios y universidades.
5. INNOVA Digestivo ha creado las condiciones necesarias para el lanzamiento de una segunda fase de investigación aplicada, orientada a la validación formal, la evaluación de impacto y la medición en términos de resultados clínicos, económicos y experienciales. Esta segunda fase será determinante para que el proyecto pase del diagnóstico compartido a la implementación transformadora.

6. La iniciativa marca un precedente institucional dentro de la SEPD, que asume un rol de liderazgo no solo científico, sino también organizativo y estratégico. Esta posición debe consolidarse mediante alianzas con sociedades científicas afines, agencias evaluadoras, estructuras de salud pública, gestores sanitarios y responsables políticos.
7. **INNOVA Digestivo** tiene el potencial de generar un modelo replicable para otras especialidades médicas que enfrentan retos similares de cronicidad, complejidad organizativa, demanda creciente e innovación insuficiente. Su valor como prototipo de planificación participativa del cambio asistencial es una de sus contribuciones más relevantes al Sistema Nacional de Salud.

Conclusión integradora final. El proyecto INNOVA Digestivo ha logrado articular una visión compartida de los principales problemas y desafíos de los servicios de aparato digestivo en España, con una metodología sólida y una estructura temática coherente. Sin embargo, su impacto dependerá críticamente de su capacidad para transformarse en un programa operativo basado en evidencia, con inclusión social, validación externa, evaluación económica y resultados en salud medidos. Su continuidad y evolución determinarán si pasa de ser un ejercicio de diagnóstico colectivo a una herramienta real de reforma sanitaria.