



**Sademi**  
Sociedad Andaluza de Medicina Interna

**35º** Congreso Sociedad Andaluza  
de Medicina Interna (SADEMI)

**6º** Encuentro de Enfermería de  
Medicina Interna de Andalucía



**6-7 de Junio 2019**

Campus Docente y Hospital S. Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos, Sevilla

## El proyecto de “NO HACER” en España

**Javier García Alegría**

Director de Area de Medicina  
Hospital Costa del Sol  
Marbella (Málaga)

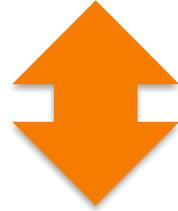


Agencia Sanitaria Costa del Sol  
CONSEJERÍA DE SALUD

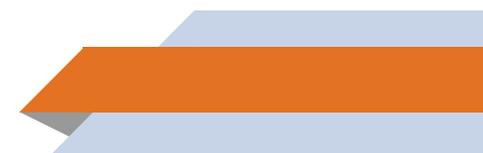
Bormujos 7 de Junio de 2019



Competencias en Medicina Interna



¿Qué clase de profesionales necesitamos?



# COMPETENCIAS EN MEDICINA INTERNA



Rev Clin Esp. 2011;211(6):307-311



Revista Clínica  
Española

www.elsevier.es/rce



ARTÍCULO ESPECIAL

## Competencias básicas de la medicina interna

J.M. Porcel<sup>a,\*</sup>, J. Casademont<sup>b</sup>, P. Conthe<sup>c</sup>, B. Pinilla<sup>c</sup>, R. Pujol<sup>d</sup> y J. García-Alegría<sup>e</sup>,  
en nombre del grupo de trabajo de Competencias del Internista de la Sociedad Española  
de Medicina Interna<sup>◇</sup>

Rev Clin Esp. 2011; 211 (6):307-311.



Contents lists available at [SciVerse ScienceDirect](#)

European Journal of Internal Medicine

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/ejim](http://www.elsevier.com/locate/ejim)



Eur J Intern Med. 2012 ; 23(4):338-41.

Reflections in Internal Medicine

## Core competencies in Internal Medicine

José Manuel Porcel<sup>a,1,2</sup>, Jordi Casademont<sup>b,\*1,2</sup>, Pedro Conthe<sup>c,2</sup>, Blanca Pinilla<sup>c,2</sup>,  
Ramón Pujol<sup>d,2</sup>, Javier García-Alegría<sup>e,2</sup>

# COMPETENCIAS EN MEDICINA INTERNA



- 1) Atención clínica al paciente
- 2) Conocimientos clínicos
- 3) Habilidades técnicas y de interpretación
- 4) Habilidades de comunicación
- 5) Profesionalismo
- 6) Cuidados eficientes
- 7) Actividades académicas

## Cuidados Eficientes

- ✓ El **coste de la atención médica** que se presta
- ✓ La importancia de **evitar las pruebas innecesarias**
- ✓ Las **implicaciones económicas** del uso de la urgencia, de la hospitalización y de los reingresos
- ✓ El **beneficio real** de un nuevo procedimiento terapéutico o fármaco, sobre otro ya existente.
- ✓ El **buen uso** de los recursos

ONLINE FIRST

# Choosing Wisely

## Helping Physicians and Patients Make Smart Decisions About Their Care

---

Christine K. Cassel, MD

---

James A. Guest, JD

ments built to enhance both comfort and personalization of medical care. Patient engagement, as 1 of the 6 major initiatives of the National Priorities Partnership of the Na-

JAMA, Published online April 4, 2012





## Health checkups

When you need them—and when you don't

**L**ike many people, you may schedule a yearly checkup or “annual physical” with your doctor. It usually includes a health history, physical exam and tests.

It is important to have a regular doctor who helps make sure you receive the medical care that is best for your individual needs. But healthy people often don't need annual physicals, and they can even do more harm than good. Here's why:

**Annual physicals usually don't make you healthier.** For your physical, your doctor may order tests, such as blood and urine tests, or an electrocardiogram (EKG).

Sometimes, these tests are ordered for healthy people who have no risk factors.

There have been many studies of the effects of these annual checkups. In general, they probably won't help you stay well and live longer. And usually they don't help you avoid hospital stays or keep you from dying of cancer or heart disease.

**Tests and screenings can cause problems.** Most people should only have a test or screening if they have symptoms or risks factors.



One problem is getting a false-positive result. These false alarms can cause anxiety, and unnecessary follow-up tests and treatments. For example, a false-positive blood test can result in a biopsy. An EKG that is not interpreted correctly may lead to another test that exposes you to radiation. Or you might get a procedure that has a risk of heart attack or death in two patients for every 100 who get the test.

### Advice from Consumer Reports

#### Tests that can help

The recommendations below are for healthy adults. If you have risk factors or a chronic disease, you may need different tests or you may need a test more often. Ask your doctor what schedule is right for you.



**Blood pressure test:** Most people should have the test every one to two years.

**Cervical-cancer tests:** Women ages 21 to 65 should have a Pap smear and HPV test every three years. Starting at age 30, you can wait five years if both tests are done together.

**Cholesterol test:** Men 35 and older, and women 45 and older with heart-disease risk factors should have this test at least once every five years.

**Diabetes test:** People at risk for diabetes should get this test every three to five years.

**Mammogram:** Women ages 50 to 74 should get the test every one-to-two years. Older women and women in their 40's should talk to their doctor about their risk factors.

**Colon cancer tests:** People ages 50 to 75, or younger people with a family history of colon cancer, should get a colonoscopy every 10 years. Or, they should get a stool test every year, or a sigmoidoscopy every five years with a stool test every three years.

**Osteoporosis test:** Women 50 to 65 who have risk factors, and women over 65 should get the test. Men 65 and older should ask their doctor if the test makes sense for them.

**Abdominal aortic aneurysm test:** Any man age 65 to 75 who has ever smoked should have this test once. If the test result is abnormal, you may need regular testing.

This report is for you to use when talking with your health-care provider. It is not a substitute for medical advice and treatment. Use of this report is at your own risk.

© 2014 Consumer Reports. Developed in cooperation with the Society of General Internal Medicine. To learn more about the sources used in this report and terms and conditions of use, please visit [ConsumerHealthChoices.org/about-us/](http://ConsumerHealthChoices.org/about-us/).

## Appropriate Use of Screening and Diagnostic Tests to Foster High-Value, Cost-Conscious Care

Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; Patrick Alguire, MD; Paul Dallas, MD; Lawrence E. Feinberg, MD; Faith T. Fitzgerald, MD; Carrie Horwitch, MD, MPH; Linda Humphrey, MD, MPH; Richard LeBlond, MD; Darlyn Moyer, MD; Jeffrey G. Wiese, MD; and Steven Weinberg, MD

**NICE** National Institute for Health and Care Excellence

Home | News | Get Involved | About NICE

Find guidance | NICE Pathways | Quality standards | **Into practice** | QoI

Home > Into practice > 'Do not do' recommendations > Search the NICE 'do not do' recommendations database

### Into practice

Search the NICE 'do not do' recommendations database

You can search the NICE 'do not do' recommendations database by:

- typing in a specific term in the 'do not do' recommendations box
- selecting an appropriate topic
- selecting the type of source guidance.

To see the full list of all NICE 'do not do' recommendations leave all the fields blank and click the 'Search' button.

**Search 'do not do' recommendations**

'Do not do' recommendation

'Do not do' by topic

'Do not do' by sub-topic

'Do not do' by guidance type

Benefits of implementation

NICE implementation programme

Commissioning guides supporting clinical service redesign

Implementation tools

Help implement NICE guidance

Education

Measuring the use of NICE guidance

Shared learning implementing NICE guidance

- ✓ Filosofía del Proyecto
- ✓ Recomendaciones prácticas de efectividad
- ✓ Reducción de actividades de prevención con bajo valor
- ✓ Uso apropiado de las pruebas radiológicas y analíticas
- ✓ Método para diseñar recomendaciones y medidas de resultados



The JAMA Network

Search The JAMA Network

All Journals

Advanced Search

Home | Journals > | Specialties & Topics | CME | For Authors | Store | Alerts | Mobile | About

Specialties &amp; Topics &gt;

Specialties &amp; Topics

RSS

Email Alerts

**Less Is More**

Most recent content is listed first. The collection includes content published from 1998 forward.

JAMA Internal Medicine | Original Investigation | April 22, 2013

**Dietary and Supplemental Calcium Intake and Cardiovascular Disease Mortality: The National Institutes of Health–AARP Diet and Health Study**

Qian Xiao, PhD; Rachel A. Murphy, PhD; Denise K. Houston, PhD; et al.  
*JAMA Intern Med.* 2013;173(8):639–646. doi:10.1001/jamainternmed.2013.3283.

INCLUDES: Supplemental Content

JAMA Internal Medicine | Original Investigation | April 22, 2013

**Prolonged Antibiotic Treatment in Long-term Care: Role of the Prescriber**

Nick Daneman, MD, MSc; Andrea Gruneir, PhD; Susan E. Bronskill, PhD; et al.  
*JAMA Intern Med.* 2013;173(8):673–682. doi:10.1001/jamainternmed.2013.3029.

JAMA Internal Medicine | Original Investigation | April 22, 2013

From The JAMA Network



JAMA INTERNAL MEDICINE

Original Investigation | February 4, 2013

**Dietary and Supplemental Calcium Intake and Cardiovascular Disease Mortality: The National Institutes of Health–AARP Diet and Health Study**



Qian Xiao, PhD; Rachel A. Murphy, PhD; Denise K.

Houston, PhD; et al.

JAMA INTERNAL MEDICINE

Original Investigation | March 18, 2013

**Prolonged Antibiotic Treatment in Long-**



**Javier García Alegría**  
Presidente

**Dña Sonia García de San José**  
Subdirectora General de Calidad y Cohesión  
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Madrid, a 16 de Octubre de 2012

No podemos ser ajenos a la actual crisis económica de nuestro país, y queremos como profesionales, ofrecer soluciones desde nuestro ámbito de responsabilidad. Por este motivo, y de forma similar a la iniciativa “Choosing wisely” del American Board of Internal Medicine, **proponemos un proyecto “Compromiso por la eficiencia de las Sociedades Científicas en España”, para lo que pedimos el apoyo del Ministerio. En esta iniciativa se pueden ofrecer recomendaciones de reducción de actividades innecesarias, que no aportan valor añadido para el paciente, y que pueden ser evitadas sin merma de la calidad asistencial.**



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA  
LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA



Instituto Aragonés de  
Ciencias de la Salud

# “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”

*Javier García Alegría*

*Ex Presidente Sociedad Española de Medicina Interna*

*Director del Area de Medicina. Hospital Costa del Sol, Marbella*



# “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”

## Objetivo Principal

- ✓ Disminuir la utilización de intervenciones médicas innecesarias.\*

## Objetivos Secundarios

- ✓ Disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- ✓ Contribuir a difundir entre los médicos y los pacientes el compromiso con el uso adecuado de recursos sanitarios.
- ✓ Promover la seguridad clínica evitando la iatrogenia.

\* Aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias.

# “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”

## Coordinación:

- Ministerio
- GuíaSalud
- SEMI

## Informe final:

- 5 recomendaciones
- Descripción sencilla
- Impacto clínico y económico
- Basadas en la evidencia
- Referencias bibliográficas
- Aval de cada sociedad

# “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”

- ✓ Proyecto incluyente
- ✓ Participativo y abierto
- ✓ Orientado a profesionales, pacientes, y organizaciones sanitarias
- ✓ Base científica sólida
- ✓ Distintas etapas de incorporación de sociedades científicas

# “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”

## Objetivo Principal

- ✓ Disminuir la utilización de intervenciones médicas innecesarias.\*

## Objetivos Secundarios

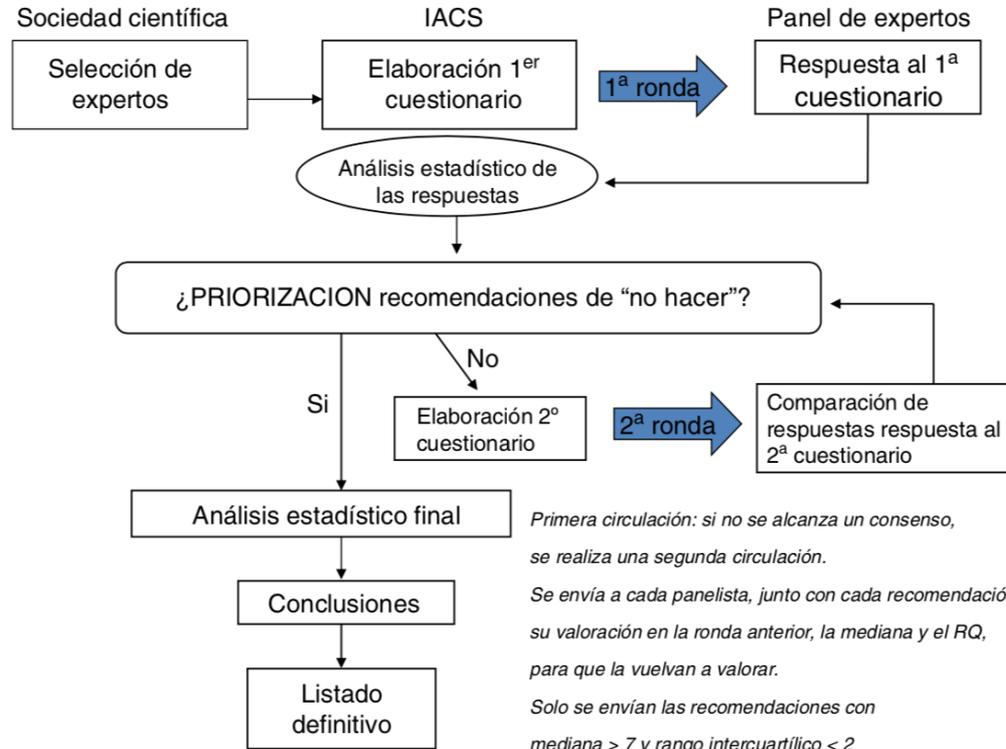
- ✓ Disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- ✓ Contribuir a difundir entre los médicos y los pacientes el compromiso con el uso adecuado de recursos sanitarios.
- ✓ Promover la seguridad clínica evitando la iatrogenia.

# “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”

## Criterios de priorización

1. Impacto económico= coste de la medida x frecuencia
2. Seguridad=riesgo x número de casos
3. Alto coste x baja prevalencia

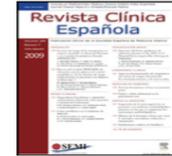
# Metodología para la selección final de las recomendaciones de «No hacer»





## Revista Clínica Española

[www.elsevier.es/rce](http://www.elsevier.es/rce)



### ARTÍCULO ESPECIAL

## Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España



J. García-Alegría<sup>a,\*</sup>, S. Vázquez-Fernández del Pozo<sup>b</sup>, F. Salcedo-Fernández<sup>b</sup>,  
J.M. García-Lechuz Moya<sup>c</sup>, G. Andrés Zaragoza-Gaynor<sup>d</sup>, M. López-Orive<sup>e</sup>,  
S. García-San Jose<sup>f</sup> y P. Casado-Durández<sup>g</sup>

<sup>a</sup> Sociedad Española de Medicina Interna, Agencia Pública Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

<sup>b</sup> Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), Centro de Investigación Biomédica de Aragón (CIBA), Zaragoza, España

<sup>c</sup> Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

<sup>d</sup> GA Zaragoza, Zaragoza, España

<sup>e</sup> Área de Sistemas Clínicos de Información, Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, España

<sup>f</sup> Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

<sup>g</sup> Subdirección General de Calidad y Cohesión, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, España

135 recomendaciones

30 sociedades científicas



SANIDAD

[Ciudadanos](#)

[Profesionales](#)

[Biblioteca y Publicaciones](#)

[Portal Estadístico del SNS](#)

## COMPROMISO POR LA CALIDAD DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS EN ESPAÑA

### COMPROMISO POR LA CALIDAD DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS EN ESPAÑA

El proyecto “**Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España**” se inició en el mes de abril de 2013 con el objetivo principal de disminuir la utilización de intervenciones sanitarias innecesarias, entendiéndose por innecesarias aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias.

Como objetivos secundarios se han marcado los siguientes:

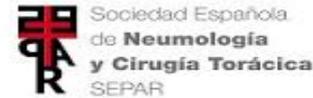
- › Evitar la yatrogenia secundaria a la realización de intervenciones innecesarias.
- › Disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- › Contribuir a difundir entre los profesionales sanitarios el compromiso con la calidad y la eficiencia de los cuidados.
- › Contribuir a difundir entre la población la utilización adecuada de recursos sanitarios.

Este proyecto se puso en marcha por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en coordinación y como respuesta a una propuesta de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) para acordar recomendaciones de “no hacer” basadas en la evidencia científica

## La Sociedad Española de Medicina Interna

### RECOMIENDA:

- 1 No está indicado el cribado ni el tratamiento de la bacteriuria asintomática, incluyendo pacientes con sondaje vesical, salvo en el embarazo o en procedimientos quirúrgicos urológicos.
- 2 No usar ácido acetilsalicílico como prevención primaria en personas sin enfermedad cardiovascular.
- 3 No usar benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirio en personas de edad avanzada.
- 4 La determinación de los péptidos natriuréticos no está indicada para la toma de decisiones terapéuticas en la insuficiencia cardiaca crónica.
- 5 En la mayoría de ocasiones que se detecta una cifra de presión arterial elevada no existe indicación para iniciar tratamiento antihipertensivo de manera inmediata.



Madrid 17 de Diciembre de 2.013  
<http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3140>

12 Sociedades  
50 Recomendaciones

AE de Biopatología Médica

AE de Cirujanos

SE de Alergología e Inmunología Clínica

SE de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor

SE de Hematología y Hemoterapia

SE de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias

SE de Medicina Nuclear e Imagen Molecular

SE de Oncología Médica

SE de Radiología Médica

SE de Rehabilitación y Medicina Física



**2014**  
**10 SSCC**  
**232 panelistas**

Jornada de presentación. Madrid 10 de Diciembre de 2014



AE de Urología

SE de Bioquímica Clínica y Patología Molecular

SE de Calidad Asistencial

SE de Cirugía Oral y Maxilofacial

SE de Cirugía Ortopédica y Traumatología

SE de Geriatria y Gerontología

SE de Medicina Geriátrica

SE de Psiquiatría

Jornada de presentación.

Madrid 31 de Mayo de 2016



Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular



SEMEG

Sociedad Española de Medicina Geriátrica



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA



Sociedad Española de Calidad Asistencial



SECOT

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

2015

8 SSCC

170 panelistas





ASOCIACION  
ESPAÑOLA DE  
FISIOTERAPEUTAS

**SeAP-IAP** Sociedad Española  
de Anatomía Patológica

AE de Fisioterapia

SE de Anatomía Patológica

SE de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene

SE de Medicina de Urgencias y Emergencias

SE de Nutrición Parenteral y Enteral

SE de Oncología Radioterápica



Sociedad Española  
de Medicina Preventiva  
Salud Pública e Higiene



Sociedad Española de  
Medicina de Urgencias  
y Emergencias



**SEOR**  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

Jornada de presentación.

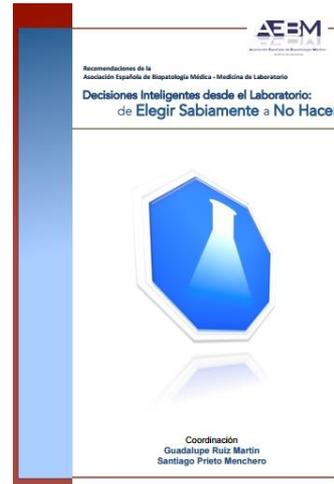
Madrid 8 de Febrero de 2018

2017

7 SSCC

30 Recomendaciones





International Journal of COPD

Dovepress  
open access to scientific and medical research  
ORIGINAL RESEARCH

Open Access Full Text Article

## Do not do in COPD: consensus statement on overuse

This article was published in the following Dove Press journal:  
International Journal of COPD

Felipe Villar-Álvarez,<sup>1</sup>  
Raúl Moreno-Zabaleta,<sup>2</sup>  
Jose Joaquín Mira-Solives,<sup>2</sup>  
Eduardo Calvo-Corbella,<sup>4</sup>  
Salvador Díaz-Lobato,<sup>1</sup>  
Fernando González-Torralba,<sup>5</sup>  
Ascensión Hernando-Sanz,<sup>7</sup>  
Sara Núñez-Palomo,<sup>8</sup> Sergio  
Salgado-Aranda,<sup>9</sup> Beatriz  
Simón-Rodríguez,<sup>10</sup> Paz  
Vaquero-Lozano,<sup>11</sup> Isabel  
María Navarro-Soler<sup>12</sup>

**Background:** To identify practices that do not add value, cause harm, or subject patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) to a level of risk that outweighs possible benefits (overuse).

**Methods:** A qualitative approach was applied. First, a multidisciplinary group of healthcare professionals used the Metaplan technique to draft and rank a list of overused procedures as well as self-care practices in patients with stable and exacerbated COPD. Second, in successive consensus-building rounds, description files were created for each "do not do" (DND) recommendation, consisting of a definition, description, quality of supporting evidence for the recommendation, and the indicator used to measure the degree of overuse. The consensus group comprised 6 pulmonologists, 2 general practitioners, 1 nurse, and 1 physiotherapist.

**Results:** In total, 16 DND recommendations were made for patients with COPD: 6 for stable COPD, 6 for exacerbated COPD, and 4 concerning self-care.



ELSEVIER

# Revista de Calidad Asistencial

[www.elsevier.es/calasis](http://www.elsevier.es/calasis)



ORIGINAL

## Resultados de la aplicabilidad de las «do not do recommendations» del National Institute for Health and Care Excellence en un hospital de alta complejidad

S. Martín<sup>a,\*</sup>, R. Miñarro<sup>a</sup>, P. Cano<sup>b</sup> y J.M. Aranda<sup>c</sup>





ORIGINAL

## Impacto de una intervención de «no hacer» en 12 determinaciones de laboratorio<sup>☆</sup>

J.L. Zambrana-García<sup>a,h</sup>, C. Macías Blanco<sup>b</sup>, A. Fernández-Suárez<sup>c,d</sup>,  
A. Peñacoba Masa<sup>e</sup>, M.J. Olívares Durán<sup>f</sup>, J.M. Aguilar Benítez<sup>g,h</sup>  
y J.L. Zambrana-Luque<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Coordinación Asistencial, Hospital de Montilla, Montilla, Córdoba, España

<sup>b</sup> Línea de Biotecnología, Hospital de Montilla, Montilla, Córdoba, España

<sup>c</sup> Línea de Biotecnología, Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, Jaén, España

<sup>d</sup> Línea de Biotecnología, Hospital Valle del Guadiato, Peñarroya, Córdoba, España

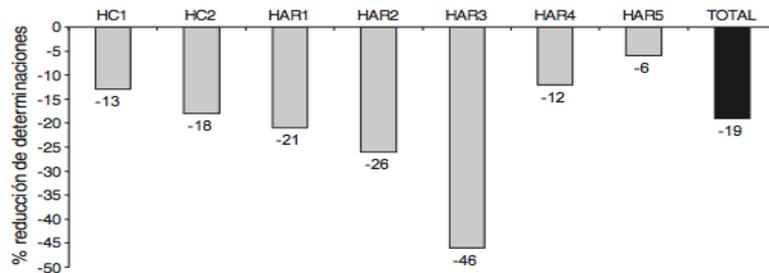
<sup>e</sup> Área de Biotecnología, Hospital de Alta Resolución de Puente Genil, Puente Genil, Córdoba, España

<sup>f</sup> Área de Biotecnología, Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura, Puente Génave, Jaén, España

<sup>g</sup> Área de Biotecnología, Hospital de Alta Resolución Alcalá la Real, Alcalá la Real, Jaén, España

<sup>h</sup> Área de Biotecnología, Hospital de Alta Resolución Alcaudete, Alcaudete, Jaén, España

Recibido el 21 de marzo de 2017; aceptado el 9 de julio de 2017



**Figura 1** Reducción porcentual de las determinaciones analíticas (2015-2016) diferenciadas por hospitales.

HAR: Hospital de Alta Resolución; HC: Hospital comarcal.

# BMJ Open Drivers and strategies for avoiding overuse. A cross-sectional study to explore the experience of Spanish primary care providers handling uncertainty and patients' requests

BMJ Open 2018;**8**:e021339. doi:10.1136/bmjopen-2017-021339

---

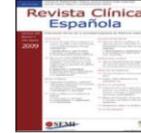
José Joaquín Mira,<sup>1,2,3</sup> Irene Carrillo,<sup>2</sup> Carmen Silvestre,<sup>4</sup> Pastora Pérez-Pérez,<sup>5</sup> Cristina Nebot,<sup>6</sup> Guadalupe Olivera,<sup>7</sup> Javier González de Dios,<sup>8,9</sup> Jesús María Aranz Andrés<sup>10,11</sup>

- In all, 936 general practitioners, 682 paediatricians and 286 nurses replied (response rate 18.6%). **Patient requests (67%) and defensive medicine (40%)** were the most cited causes of overuse.
- **Conclusion** **Satisfying the patient** and **patient uncertainty** about what should be done and defensive medicine practices explains some of the frequent causes of overuse. Safety arguments are useful to dissuade patients from their requests.

# Resumen final

# RETOS PENDIENTES

- ✓ Plantear actualización y ampliación
- ✓ Incorporar recomendaciones en contratos programa de Consejerías, hospitales y servicios clínicos
- ✓ Evaluar impacto a nivel local



EDITORIAL

**El reto de no hacer**

**The challenge of do not do**



- Autorreflexión crítica sobre la propia práctica
- Cambios en :
  - Docencia pre y posgraduada
  - Formación médica continuada
- Herramientas de ayuda a la toma de decisiones en la historia clínica informatizada
- Evaluación de indicadores



No Hacer

*Do not do*

Ineficiencia

Polifarmacia

Riesgos

Choosing Wisely

Medicina de alto valor

SEGURIDAD CLINICA

Compromiso por la calidad

Too much Medicine

Medical reversal

Sostenibilidad del sistema

Medicina minimamente disruptiva

Variabilidad clínica

Desinvertir

Desprescripción

Less is More

Futilidad

Bioética

Cuidados conscientes de los costes

