

Número coordinado por Jaume Puig i Junoy

Elementos para un debate informado	
La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI	3
La necesaria Atención Primaria en España	8
Organización de la atención sanitaria, intervenciones para mejorar la práctica clínica	
La integración socio-sanitaria para atender a los ancianos dependientes funciona... a medias	14
Motivados, listos, ya: a innovar	15
Efectividad: tratamiento, prevención, diagnóstico, efectos adversos	
Más allá de la renta en las desigualdades en salud: los comportamientos saludables	16
Más personas mayores enfermas... pero menos dependientes	17
¿Sabemos el origen del dolor de espalda?: ¡Pues no!	18
Calidad y adecuación de la atención sanitaria	
Descentralización de competencias y estructuras formales: nosotros bien, gracias	19
El retraso en la desfibrilación en pacientes hospitalizados es más frecuente de lo esperado, tiene consecuencias y se podría mejorar	20
Innovando en los procesos también se contribuye a mejorar la calidad de la prestación sanitaria	21
Evaluación económica, eficiencia, costes	
El valor de los avances médicos en el tratamiento de las enfermedades isquémicas del corazón en España supera ampliamente su coste	22
El valor estadístico de la vida: un concepto útil en la planificación sanitaria	23
Evaluación económica de un tratamiento quirúrgico para la enfermedad de Parkinson avanzada	24
Utilización de servicios sanitarios	
Ceremonia de confusión evitable	26
La capacidad de elección en los servicios públicos también se puede (y se debe) redistribuir entre todos los usuarios ..	27
Gestión: instrumentos y métodos	
Alcance de los partenariados público-privados en el ámbito hospitalario	28
Nueva evidencia a favor de la paradoja de los genéricos	29
En el límite del bien y del mal: los "genéricos de marca"	30
¿Es posible medir lo que produce nuestro sistema sanitario?	32
La exclusión de mucolíticos y expectorantes no reduce el gasto en medicamentos	33
Política sanitaria	
¿Es mejor el sistema sanitario que la selección de fútbol? La mortalidad evitable como mecanismo de comparación entre países. Últimos resultados	34
La política de restringir el número de farmacias en entredicho	35
Políticas de salud y salud pública	
Impuestos sobre las grasas (<i>Fat Taxes</i>). ¿Matar moscas a cañonazos?	37
La percepción de consumo de tabaco en los centros educativos tiene una mayor repercusión en la decisión de fumar entre los chicos que entre las chicas	38
La ciencia sobre el papel	
No disparen sobre el pianista	39

Editor

Ricard Meneu de Guillerna, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia.

Editores asociados

Enrique Bernal Delgado, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Zaragoza.

Juan del Llano Señarís, Fundación Gaspar Casal, Madrid.

Soledad Márquez Calderón, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Granada.

Jaume Puig i Junoy, Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Consejo de redacción

Joan Josep Artells (Madrid)
 Xavier Bonfill (Barcelona)
 Alberto Cobos Carbó (Barcelona)
 José Cuervo Argudín (Barcelona)
 Cristina Espinosa (Barcelona)
 Jordi Gol (Madrid)
 Beatriz González López-Valcárcel (Las Palmas)
 Ildefonso Hernández (Alacant)
 Albert Jovell (Barcelona)
 Jaime Latour (Alacant)
 Félix Lobo Aleu (Madrid)
 José J. Martín Martín (Granada)
 Vicente Ortún Rubio (Barcelona)
 Salvador Peiró (València)
 Laura Pellisé (Barcelona)
 María José Rabanaque (Zaragoza)
 José Ramón Repullo (Madrid)
 Fernando Rodríguez Artalejo (Madrid)
 Rosa Urbanos Garrido (Madrid)

Consejo editorial

Ricard Abizanda (Castellón)
 Javier Aguiló (Valencia)
 Jordi Alonso (Barcelona)
 Paloma Alonso (Madrid)
 Alejandro Arana (Barcelona)
 Andoni Arcelay (Vitoria)
 Manuel Arranz (Valencia)
 Pilar Astier Peña (Zaragoza)
 José Asua (Bilbao)
 Adolfo Benages (Valencia)
 Juan Bigorra Llosas (Barcelona)
 Lluís Bohigas (Barcelona)
 Bonaventura Bolívar (Barcelona)
 Francisco Bolumar (Alcalá)
 Eduardo Briones (Sevilla)
 Marisa Buglioli (Montevideo, Uruguay)
 Juan Cabasés Hita (Pamplona)
 Carlos Campillo (Mallorca)
 Jesús Caramés (Santiago)
 David Casado Marín (Barcelona)
 Eusebi Castaño Riera (Mallorca)
 Enrique Castellón (Madrid)
 Xavier Castells (Barcelona)
 Jordi Colomer (Barcelona)
 Indalecio Corugedo (Madrid)
 José Expósito Hernández (Granada)
 Lena Ferrús (Barcelona)
 Anna García Altés (Barcelona)
 Fernando García Benavides (Barcelona)
 Joan Gené Badía (Barcelona)
 Juan Gérvas (Madrid)
 Luis Gómez (Zaragoza)
 Álvaro Hidalgo (Madrid)

Pere Ibern Regás (Barcelona)
 Jokín de Irala Estévez (Pamplona)
 Puerto López del Amo (Granada)
 Guillem López i Casanovas (Barcelona)
 Susana Lorenzo (Madrid)
 Manuel Marín Gómez (Valencia)
 Javier Marión (Zaragoza)
 Juan Antonio Marqués (Elx)
 José Joaquín Mira (Alacant)
 Pere Monrás (Barcelona)
 Jaume Monteis (Barcelona)
 Carles Murillo (Barcelona)
 Juan Oliva (Madrid)
 Silvia Ondategui Parra (Barcelona)
 Olga Pané (Barcelona)
 Pedro Parra (Murcia)
 Josep Manel Pomar (Mallorca)
 Eduard Portella (Barcelona)
 Félix Pradas Arnal (Zaragoza)
 Octavi Quintana (Bruselas)
 Enrique Regidor (Madrid)
 Marisol Rodríguez (Barcelona)
 Pere Roura (Barcelona)
 Montse Rué (Cambridge, EE.UU.)
 Ramón Sabés Figuera (Londres)
 Ana Sainz (Madrid)
 Pedro Saturno (Murcia)
 Pedro Serrano (Las Palmas)
 Serapio Severiano (Madrid)
 Ramón Sopena (Valencia)
 Bernardo Valdivieso (Valencia)
 Juan Ventura (Asturias)
 Albert Verdaguer Munujos (Barcelona)

Revistas revisadas sistemáticamente

American Journal of Public Health
 Annals of Internal Medicine
 Atención Primaria
 Australian Medical Journal
 British Medical Journal (BMJ)
 Canadian Medical Association Journal
 Cochrane Library
 Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención
 Primaria
 Epidemiology
 European Journal of Public Health
 Gaceta Sanitaria
 Health Affairs
 Health Economics

Health Services Research
 International Journal on Quality in Health Care
 Joint Commission Journal on Quality Improvement
 Journal of American Medical Association (JAMA)
 Journal of Clinical Epidemiology
 Journal of Clinical Governance
 Journal of Epidemiology & Community Health
 Journal of General Internal Medicine
 Journal of Health Economics
 Journal of Public Health Medicine
 Lancet
 Medical Care
 Medical Care Review
 Medical Decision Making

Medicina Clínica (Barcelona)
 New England Journal of Medicine
 Quality and Safety in Health Care
 Revista de Administración Sanitaria
 Revista de Calidad Asistencial
 Revista Española de Salud Pública
 Revue Prescrire
 Social Science & Medicine

Otras revistas, fundamentalmente de especialidades médicas y de enfermería, son revisadas de forma no sistemática.

GCS es una publicación especializada, de periodicidad trimestral, que se distribuye exclusivamente a personal de los servicios de salud. GCS está especialmente dirigida a responsables de centros y servicios sanitarios y de unidades asistenciales, tanto a nivel hospitalario, como de atención primaria y de salud pública.

Depósito legal: V. 3.643 - 1999
 ISSN: 1575-7811

Oficina editorial

Fundación IISS
 C/ San Vicente 112 - 3
 46007 - VALENCIA
 Tel. 609153318
 email: iiss_mr@arrakis.es

Imprime

Artes Gráficas Soler, S. L.
 www.graficas-soler.com

Diseño gráfico

Rosa Rodríguez / Paz Talens

La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI

Francesc Borrell Carrió

Médico de Familia, ICS, Profesor Departament Ciències clíniques, Universitat de Barcelona

Joan Gené Badía

Médico de Familia, CAPSE, Profesor Departament Salut Pública, Universitat de Barcelona

Los políticos de la UCD que en los años 70 apostaban por reformas de calado en la Sanidad Española, tomaron por excusa la Conferencia de Alma Ata para legitimar y lanzar la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Con ello empezaron la casa por la ventana. Mucho más lógico hubiera sido remozar los vetustos ambulatorios e inyectar autoestima a unos profesionales sin vinculación psicológica con la tarea que desempeñaban. En aquellos años nadie se declaraba "médico de cabecera"; quien más quien menos era "especialista en algo", y *echaba* sus horas en los ambulatorios, a los que acudían los pacientes por "banalidades", pues "lo importante" era atendido en los hospitales. La ocurrencia de crear una especialidad de MFC conectaba con una generación de jóvenes médicos izquierdosos, *a los que repugnaba el adjetivo de médico "de familia", pero veían con agrado lo de "comunitaria"*. La Organización Médica Colegial acogió la especialidad con escepticismo –"acabarán por desaparecer"–, y algo más tarde franca irritación. En un escenario de superávit de médicos, estos "especialistas de lo general" dejaban al pariro a interinos "de toda la vida", *instaurándose una mala fractura entre "nuevos y viejos" médicos*.

Pero la nueva generación de médicos de cabecera no tenía por qué justificarse de lo que fue un alumbramiento con pecado original. No es lugar aquí para escribir la épica de aquellos años, pero sí quisiéramos señalar dos aspectos relevantes. Por un lado, la abertura *a lo de afuera*, en especial hacia el pragmatismo anglosajón. Y por otro lado, cierto rigor metodológico, en ocasiones rayando en el dogmatismo "del protocolo", pero que permitieron programas de mejora de la calidad, líneas de investigación clínica, y una potente oferta en formación continuada.

Es innegable que hemos pasado de ambulatorios desvencijados a Centros de Salud donde existe vida inteligente. Sin embargo esta vida inteligente reclama condiciones de subsistencia.

Dónde estamos

Existen casi 900 trabajos evaluando la APS (1). Un apretado resumen de los variados Informes de Instituciones y expertos (1-17) nos daría la siguiente fotografía:

a) Análisis económico. En global tenemos un SNS de los más eficientes de nuestro entorno. Ahora bien, la Reforma de la Atención Primaria de Salud no se acompañó de un aumento proporcional del presupuesto. En

conjunto el porcentaje de presupuesto atribuido a Atención Primaria de Salud sigue siendo uno de los más bajos de Europa (3).

b) Eficiencia. La evaluación internacional de Starfield (7, 8, 9) mostraba que los modelos basados en centros de salud tienen un buen nivel de eficiencia, aunque superado por aquellos que conceden un mayor nivel de autonomía (como el británico, el holandés o el danés). Otros estudios señalan mayor eficacia del sistema reformado en morbilidad (10) y costes (11), incluyendo el gasto farmacéutico (12). Con escasísimos medios podemos hablar de investigación aplicada (2.753 artículos publicados en 134 revistas nacionales e internacionales entre 1990-9 [13]) y una línea editorial potente (14).

c) Satisfacción. Puede observarse con nitidez el impacto de la Reforma de la Atención Primaria en la evolución de la satisfacción (15), con cierto estancamiento posterior (16).

d) Comparación de modelos. En los años noventa nacieron en Cataluña las Entidades de Base Asociativa (EBAs), y otros centros de salud dependientes de Consorcios Hospitalarios. Se han realizado dos evaluaciones comparando el Institut Català de la Salut (ICS) con estos otros modelos de gestión (19,20), mostrando que la diversificación promovió la mejora, sin que ninguna de las diferentes titularidades de los equipos fuera llamativamente superior. Las entidades de base asociativa, propiedad de los profesionales, destacan por una mayor satisfacción de los profesionales, accesibilidad y menor consumo de recursos, mientras que las diferentes empresas públicas tienen resultados parecidos al hegemónico ICS, que lidera los aspectos de trabajo multidisciplinar y programas de atención domiciliaria. A pesar de la falta de datos objetivos, se intuye que la atomización de la gestión habrá aumentado los costos de transacción, (¿hemos cambiado médicos y enfermeras por gerentes?).

Las claves de un éxito relativo

¿A qué se debe este éxito relativo de la Reforma de la Atención Primaria, reconocido incluso por voces inicialmente muy críticas (21)? Los aspectos "fuertes" de la Reforma fueron a nuestro entender:

1) Hacer gravitar la reforma sobre equipos pluridisciplinares de concepción muy "horizontal".

Se apuesta por jefaturas funcionales y una participación directa de todos los profesionales ("coordinadoras de centro", similares a "asambleas" de todos los traba-

jadores del Centro). Por otro lado el Coordinador/Director mantiene sus responsabilidades asistenciales. Esta manera de funcionar conlleva una fuerte rotación directiva. *Es difícil que un director pueda sobrevivir en un equipo que no le acepte*, pero incluso gozando de su apoyo es improbable que aguante más allá de 4 años. Los interinos asumen un alto porcentaje de direcciones de los centros, lo que supone un bajo nivel técnico y priorizar la fidelidad a la eficacia, lo que favorece políticas destinadas a atender a los intereses electorales. *Esta carencia general de participación también se plasma a nivel de cada equipo*, donde no existe un Consejo de Dirección, o similar, que reparta responsabilidades (retribuidas) entre los miembros del equipo. Otro aspecto destacable es que los equipos docentes presentan mejores indicadores de calidad (19, 20).

2) Una disposición intelectual muy abierta a las experiencias de otros países, con una transmisión horizontal de conocimientos y habilidades, y un predominio del pragmatismo sobre el dogmatismo.

Vivimos una eclosión de cursos y ofertas formativas, pero escasa planificación y ajuste a las necesidades de cada profesional. Las sociedades científicas y la Industria han tenido papeles estelares, lo que ha suscitado interesantes consideraciones éticas (22).

3) Un esfuerzo por incorporar desde el primer momento rigor metodológico en la acción clínica: protocolos y guías clínicas, indicadores para evaluar la calidad asistencial, y todo ello confluyendo en una metodología de gestión (Dirección clínica, Unidades Clínicas). Definición de objetivos de salud, junto a medidas de mesogestión, tales como dirección por objetivos, incentivos económicos, formación congruente con estos objetivos y carrera profesional, cierran un interesante círculo que ha demostrado ser eficaz, a condición de que estos instrumentos sean consistentes, y *ajustados a las normas deontológicas*.

4) Incorporación de novedades tecnológicas y, de manera notoria, informatización de la Historia Clínica (HC). *La HC electrónica ha sido la novedad más importante*, dando lugar a un flujo de información entre profesionales del mismo centro y, cuando la HC es compartida con especialistas, con el nivel Hospitalario. Ello ha supuesto un ahorro en exploraciones redundantes, y un auxilio en la toma de decisiones. Poco se ha usado aún para estudios epidemiológicos y para definición de poblaciones a riesgo. En general es urgente que estas HHCC ganen en ergonomía cognitiva (*entendida como la presentación amigable y jerarquizada según importancia de los datos clínicos*) y seguridad clínica (23).

Los retos actuales

No pretendemos en ningún momento ofrecer un paisaje idílico de nuestra realidad. Existen unas tensiones que mueven el sistema hacia cambios, y que brevemente son:

A) Un paciente cada día más autónomo y con más voluntad de decidir, junto a unos servicios de orientación clientelar en todas las esferas de la sociedad, en contraste con unos servicios sanitarios masificados.

El crecimiento de la medicina privada en nuestro país no sólo traduce la mejora en la calidad de vida de las clases medias, sino la voluntad de tomar decisiones sobre su salud, y ser atendido con prontitud. Los medios han insistido hasta la saciedad en un modelo paternalista en que el ciudadano "tiene que acudir en cuanto note los primeros síntomas" al médico... ¿Podemos quejarnos de que los ciudadanos hayan aprendido la lección? A lo que debemos sumar el efecto natural del envejecimiento, y una población inmigrante con notables problemas de salud. En la medida en que el médico se adapta a la falta de tiempo *adquiere patologías de la prisa*: olvida maniobras clínicas, deja de ejercitarse en técnicas sofisticadas y, sobre, todo toma decisiones poco reflexivas. Todo ello le causa irritación y frustración, a la que responde con diferentes construcciones ideológicas: *una de tinte conspirativo explica que los problemas actuales son fruto de una medicalización exagerada, promovida por la Industria, a la que habría que responder con medidas de educación e intervención en la comunidad, e incrementos en las dotaciones de personal; otra de tinte más reivindicativo propone que solo el incremento del precio-hora del médico despertará la epidermis del gestor, obligándole a articular medidas que frenen la masificación, como pudiera ser el ticket moderador; otra de cariz liberal apostaría por el médico empresario, capaz de configurar su propio entorno de trabajo antes que adaptarse a la burocracia inane de las administraciones públicas*. Estas diferentes ofertas ideológicas actúan sobre unos profesionales cansados incluso de protestar, y que solo se movilizan cuando ya no hay más remedio (aunque es perceptible un incremento de la afiliación sindical).

B) Cambios del mercado médico. De una situación en que "sobraban" médicos hemos pasado a otra en la que "faltan"; por otro lado tenemos que hablar cada vez más de "doctoras", con cambios sutiles en las prioridades del colectivo (conciliación de la vida familiar).

Pensamos que la carestía de médicos sería menos notoria si se cualificara más el trabajo que efectúan, con un buen soporte administrativo y de enfermería. Si queremos que los jóvenes licenciados apuesten por la APS, no sólo han de cambiar las condiciones retributivas, sino sobre todo la actividad que realizan, centrándola en los aspectos de atención clínica (con un filtrado de pacientes). Una masificación del Centro de Salud conlleva mayor presión para solicitar exploraciones complementarias y paso al especialista y a las urgencias hospitalarias (16, 24, 25). El éxito de la plataforma 10 minutos evoca hasta qué punto el profesional se siente azorado por una demanda que no para de crecer, y *del que le culpan siendo en realidad su gran perjudicado*. Una última consecuencia de todo ello es que los jóvenes estudiantes comparan calidad de vida profesional entre

AP/Hospital y no dudan en su elección. Pero no todo es negativo. Una feminización de la profesión nos dará un perfil de mayor empatía (26), a la vez que obligará a los gestores a flexibilizar los contratos laborales a favor de la conciliación de la vida familiar.

C) Mayor exigencia sobre las gerencias en términos de resultados, presión que se traslada al clínico, quien tiene la impresión de que importa más el resultado económico que la calidad.

La dinámica del SNS introduce un doble discurso que daña su credibilidad: *economicismo de fondo, con discurso humanista de superficie*. La dinámica de los principales servicios de salud autonómicos se ha visto enormemente influenciada por la cuenta de resultados. Algunos de estos servicios, técnicamente en quiebra, han repercutido las *tensiones de caja a tensiones en el área de la asistencia directa al paciente*, usando a tal efecto el complemento retributivo variable (incentivos). Véase como ejemplo la impugnación realizada por la plataforma 10 minutos a los incentivos económicos sobre la práctica clínica del ICS del año 2007 (27). Una evaluación de la experiencia catalana revela que los incentivos económicos logran cambiar la práctica de médicos hasta la fecha inmunes a intervenciones educativas, pero a costa de aumentar la percepción de demanda (28).

No será tarea fácil restañar el desencuentro entre valores formales y valores reales del SNS. En ocasiones hemos tenido la impresión de que determinados responsables de la sanidad tenían como objetivo fundamental salir en los medios cada semana con alguna "buena noticia" que dar. ¡Curiosa paradoja!, una sanidad politizada pero sin grandes políticas. Y, lo más curioso, obsérvese la similitud de problemas en comunidades autónomas de diferente signo político.

D) Competitividad antes que cooperación, entre CCAA. Dificultad para agregar datos y ausencia de políticas comunes, sobre todo en el área de Salud Pública y Medicina Comunitaria.

La falta de cooperación entre CCAA impide orquestar políticas con impacto general, dándose situaciones inexplicables como la disparidad de indicadores usados, que tan difícil hace la agregación de datos, o la emisión de tarjetas sanitarias que solo pueden usarse en la propia comunidad autónoma. Ello conduce a un inusitado poder de las sociedades científicas, sobre las que recae buena parte de las iniciativas más enjundiosas, aunque hay que felicitar la receptividad de muchas administraciones.

Uno de los esfuerzos de los políticos es trasladar a los profesionales las decisiones desagradables inherentes a una sanidad racionada. Una estrategia ha sido crear equipos de base asociativa (EBAS), con la esperanza de atomizar el poder corporativo de los médicos y con el tiempo marcar metas cada vez más ambiciosas en el plano de la eficiencia (factura farmacéutica, bajas laborales y exploraciones complementarias). Estas EBAS tienen la ventaja de seleccionar a los profesionales más idóneos, mejorar los niveles de responsabilidad y moti-

vación y repartir en algunos casos beneficios, sobre un sueldo algo mayor que el del resto del SNS. Tras una etapa de expansión predomina en la Administración –y en los partidos mayoritarios– el criterio de una moratoria para "valorar bien" estas experiencias, sobre todo en su faceta de "negocio" (por ejemplo el "reparto de beneficios", que se ve con recelo), y la complejidad del proceso contractual y de seguimiento equipo por equipo de dichos contratos. Por parte de los médicos les da miedo el frágil soporte legal de estas empresas, un contrato que al expirar puede renovarse bajo condiciones draconianas. ¿Por qué surgieron entonces, y por qué subsisten? En realidad ya se sabía que este modelo no podría generalizarse, pero se daba salida a un sector de médicos emprendedores, que difícilmente se acomodaban a una administración casposa, y a su vez era el revulsivo necesario para su modernización. *Algo así como un cártico que se administraba el propio sistema.*

Hacia dónde vamos

Entonces, si las EBAs no son la respuesta... ¿por dónde podemos mejorar el sistema? ¿O debemos aceptar una Atención Primaria, incapaz de atraer a los mejores profesionales que acaben la carrera de Medicina? Se han propuesto agendas exhaustivas (29), que simplificamos en la conjunción de las siguientes políticas:

– Consolidar los equipos de AP como empresas. Mayor cualificación en la calidad y seguridad de los servicios clínicos, con mayor flexibilidad en la contratación de profesionales y certificación de calidad de los centros. Los equipos asistenciales gozarán de autonomía para contratar y diferenciarse unos de otros.

Los centros tienen que dotarse de mecanismos de recepción de nuevos profesionales, manuales de procedimiento, períodos tutorizados, coaching en escenario real, y otras técnicas apenas introducidas en el sector. El ciudadano tiene que saber los niveles de calidad y seguridad clínica del centro que ha escogido, gracias a *sistemas de certificación* que de voluntarios pasen progresivamente a ser obligatorios. Por otro lado, los equipos de atención primaria no solo no se diluirán en redes asistenciales, sino que *se consolidarán como empresas, adquiriendo responsabilidades en la contratación de profesionales*. Pensamos que también deberían poder ofrecer carteras de servicio diferenciadas, aunque no deberían entrar en competición entre ellos ni tener, a medio plazo, incentivos para ganar pacientes.

– Renovar los perfiles profesionales. Mayores responsabilidades asistenciales de enfermería y mayor exigencia técnica de un médico que tendrá igual o más pacientes, pero menos visitas y más cualificadas. Receta electrónica. Incorporación a los equipos de AP de nuevos perfiles profesionales.

Algunas medidas que ayudarían a ordenar la demanda serían: una enfermería con un abanico competencial

más amplio, con suficiente prestigio como para que los pacientes confíen en ella como primer filtro para muchas consultas espontáneas; la definición de un perfil de auxiliar médico que diera soporte y dinamizara las consultas de los médicos; la receta electrónica debería gravitar sobre el médico de familia, obligando a todas las Historias clínicas electrónicas a tener alertas de incompatibilidades medicamentosas; las bajas laborales deberían simplificarse, con servicios de inspección ajenos a los equipos, pero coordinados con ellos (¿por qué en bajas de solo algunos días de duración el paciente tiene que regresar al centro en busca del alta?); agendas inteligentes que asignaran tiempos de consulta en función del perfil de cada paciente; una relación cada vez más personalizada con los usuarios del centro, con detección de la población con alta frecuentación y medidas de tipo social (soledad, trastornos cognitivos, falta de red social de apoyo). No creemos que ni a corto ni a medio plazo el sistema evolucione al modelo MUFACE ni al sistema francés, *pues en ambos casos los costes se dispararían.*

– Mayor integración entre niveles asistenciales y entre CCAA en la gestión de servicios. Historia Clínica compartida, enfermera gestora de casos, redes sociosanitarias, vías clínicas. Sesiones clínicas compartidas entre diferentes servicios. Ofertas formativas también más transversales y personalizadas.

– El sistema sanitario tiene que ser capaz de acomodar a un ciudadano cada día más informado y con mayor deseo de implicarse en las decisiones clínicas que le afectan.

– Profesionalización definitiva de los agentes de Salud Pública.

Los agentes de Salud Pública no compartirán sus actividades con la clínica (al estilo de los médicos APD), pero sí tendrán un renovado papel en la articulación de los niveles asistenciales e incluso en los flujos de pacientes, sin desaprovechar la *ventana* que le ofrece la APS para contactar con la realidad de cada territorio (30). Deberían formarse Comités Locales de Salud Pública, abarcando áreas de unos 100.000 habitantes, desarrollando las políticas medio ambientales y salubristas. La informatización masiva de las Historias Clínicas debería permitir un uso preventivo de la información que contienen, derogando el actual sistema obsoleto de Declaración Obligatoria de Enfermedades. No debería alimentarse por más tiempo el viejo sueño de un profesional de AP que tras realizar su consulta se dirige a las fábricas de su barrio, o a inspeccionar las piscinas y bares de su zona. Al médico de familia debemos exigirle expertise en la clínica, y una actitud de colaboración con el especialista en Salud Pública de su territorio (al igual que debiera tenerla el médico de Hospital).

– Una Medicina Comunitaria cuyo eje central se situará en la promoción de la salud y la actuación selectiva sobre poblaciones concretas.

Una Medicina Comunitaria cuyo eje central se situará en la promoción de la salud mediante el uso persuasivo

de los medios de difusión de masas (paternalismo asimétrico) (31), promocionando cambios en el estilo de vida, autocuidado y uso responsable de los servicios sanitarios (32). A nivel de prevención, delegará en los profesionales de Atención Primaria, incentivando las prácticas preventivas basadas en evidencias, como viene realizando el PAPPs desde su inicio (33), y soportadas en la Historia Clínica electrónica, (avisos automatizados, recordatorios al paciente y al profesional, ayudas a la decisión del clínico, etc.).

– Integración horizontal de servicios. Se crearán empresas de atención primaria que gestionen toda la gama de servicios básicos de salud en la comunidad que hoy están distribuidos en distintos programas del ámbito de los servicios sociales y de la salud (desde la atención del médico de familia, domiciliaria, residencias asistidas...), en territorios de 100 a 150 habitantes.

Conclusión

Los objetivos más importantes que nos habíamos planteado hace 25 años, se han alcanzado. Tenemos una APS universal y equitativa, pero aparecen nuevos problemas. Este periodo actual de cierta indefinición es una oportunidad para –sin ideas preconcebidas–, acercarnos a las necesidades de los ciudadanos y profesionales. Aventuramos cambios en la línea de empresarizar los equipos de salud, mejorar el trabajo entre niveles asistenciales y los servicios sociales, cambiar algunos perfiles profesionales, ampliar la capacidad de decisión del paciente y potenciar el papel de especialistas en Salud Pública/Medicina Comunitaria.

Referencias bibliográficas

- (1) Lorenzo-Casares A, Otero A. Publicaciones sobre evaluación de la atención primaria en España tras veinte años de reforma (1984-2004): Análisis temático y bibliométrico. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2007;81(2):131-145.
- (2) Minué Lorenzo S, de Manuel Keenoy E, Solas Gaspar O. Cap 4. Situación y futuro de la Atención Primaria. Informe SESPAS 2001. Escuela Andaluza de Salud Pública. http://www.sespas.aragob.es/informe/sespas4_1.pdf
- (3) Gérvas J, Pérez-Fernández M, Palomo-Cobos L, Pastor-Sánchez R. Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto / error. Madrid: Ministerio Sanidad y Consumo; 2005. www.msc.es
- (4) Simó J, Martín P. El efecto riqueza, ¿un mal para nuestra atención primaria? *El Médico*, 2007; 14 Septiembre: 14-8.
- (5) Simó Miñana J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. *La Atención Primaria, Cencienta del Sistema Nacional de Salud.* *Aten Primaria* 2007;39:127-132.
- (6) European Observatory on Health Care Systems. WHO Regional Office for Europe. Health Care Systems in Transition. Spain. AMS 5012667 (SPA) Target 19 2000. <http://www.who.dk/document/e70504.pdf>
- (7) Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 8930 (1994):1129-33.
- (8) Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Editorial Masson, S.A. Barcelona, 2001.

- (9) Larizgoitia I, Starfield B. Reform of primary health care: the case of Spain. *Health Policy* 1997;41:121-137.
- (10) Villalbí JR, Guarga A. Evaluación del impacto de la reforma de atención primaria sobre la salud. *Aten Primaria* 1999;24:468-74.
- (11) Durán J et al. Reforma de la atención primaria de salud: resultados económicos, asistenciales y de satisfacción. *Aten Primaria* 1999;23: 474-8.
- (12) Simó Miñana J, Gervas Camacho J. Gasto farmacéutico en España y en Europa (1995-2002): el “despilfarro” español, un mito sin fundamento. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 2007; 5(1):1-15.
- (13) Caballero FJ. Análisis bibliométrico de la producción científica en atención primaria de salud (años 1990-1999). Tesis Doctoral. Universidad de Córdoba, 2003.
- (14) Borrell F. 15 años de medicina familiar: 15 años de la revista *Aten Primaria* 1992;23 (Supl 1):37-50.
- (15) Rico A. La opinión de los ciudadanos sobre el Sistema Nacional de Salud, 1994-2003. En: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud; 2004, 537-59.
- (16) CatSalut. Pla d'enquestes de satisfacció dels assegurats 2006-2007. Regió Sanitària Barcelona, Departament de Salut, Barna 2007.
- (17) Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Barómetro sanitario 2003. Madrid: MSC, 2004. Disponible en: http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm
- (18) Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Barómetro sanitario 2004. Madrid: MSC, 2005 mayo 5. Disponible en: http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm
- (19) Fundació Avedis Donabedian. Avaluació de la reforma de l'Atenció Primària i de la diversificació de la provisió de serveis. Informe 2002. FAD, Departament de Salut, Barna, 2002. Accesible en: <http://www.academia.cat/pages/academ/vidaacad/publica/annals/2003/A4/debat7.htm>
- (20) Corbella A, Jiménez J, Martín Zurro A, Plaza A; Ponsà A, Roma J, Segura A, Zara C. Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària. Institut D'Estudis de la Salut 2007.
- (21) Gervas J. Análisis crítico y personal de la reforma socialista de la atención primaria en España. *Cuadernos Gestión*. 1996;2:173-6.
- (22) Delgado MT, Altisent R., Galán S. Análisis de la relación entre el médico de atención primaria y la industria farmacéutica. *Aten Primaria*, 2004;34(5):231-7.
- (23) Borrell F. Ética de la seguridad clínica: contribuciones desde la práctica médica. *Med Clinica* 2007;129(5):176-183.
- (24) Quesada F, Castro JA, Hernán M. et al. Aproximación a las creencias de salud de dos zonas básicas de salud. *Aten Primaria* 1995; 15(2):109-112.
- (25) Iglesias Asenjo E. Acceso al especialista libre o mediante el médico de cabecera. *Centro de Salud* 2000; Nov: 653-6.
- (26) van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, De-veugele M, Gask L, Mead N, Leiva-Fernandez F, Perez A, Messerli V, Oppizzi L, Peltenburg M. Communication in general practice: differences between European countries. *Family Practice* Vol. 20, No. 4, 478-485.
- (27) Plataforma 10 minutos - Cataluña. Complement retributiu variable de l'Institut Català de la Salut. - Any 2007) Document presentat per la plataforma 10 minuts de Catalunya a les Comissions Deontològiques Colegials. Barcelona, 2007. Accesible en: <http://www.camfic.org/arxius/10minuts.html>
- (28) Gené-Badia J, Escaramis-Babiano G, Sans-Corrales M, Sampietro-Colom I, Aguado-Menguy F, Cabezas-Peña C, Gallo de Puelles P. Impact of economic incentives on quality of professional life and on end-user satisfaction in primary care. *Health Policy* Jan;2007;80(1):2-10.
- (29) Melguizo M, Cámara C, Martínez JA, et al. Proyecto AP21: Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España. Agenda AP XXI. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 2007.
- (30) Aranda Regules JM. Medicina Familiar y Comunitaria y Salud Pública: ¿una oportunidad perdida? *Rev Esp Salud Pública* 2007;81:1-6.
- (31) Loewenstein G., Brennan T, Volpp KG. Asymmetric Paternalism to Improve Health Behaviors *JAMA*. 2007;298(20):2415-2417.
- (32) Heath I. In defence of a National Sickness Service. *BMJ*. 2007 January 6; 334(7583):19.

(33) PAPPS. - Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud. Accesible en: <http://www.papps.org/recomendaciones/suplemento.html>

COMENTARIO SOBRE “LA ATENCIÓN PRIMARIA ESPAÑOLA EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI”

Más de lo mismo

Reconocemos en el texto de nuestros buenos compañeros los argumentos del proyecto “Siglo XXI” del Ministerio de Sanidad y Consumo (1). Como en 1984, los políticos miran, miopes, al pasado.

Se ofrece “más de lo mismo”. Más centros de salud, más equipos, más informatización de gestión, más prevención, más promoción, más comunidad, más totum revolutum. Se acepta que “lo de 1984” no ha funcionado, pero que puede funcionar, que es el ideal. En lugar de “coger el toro por los cuernos” prefieren seguirlo “to-reando”. Sostienen una reforma que careció y carece de objetivos mensurables, llena de buenas intenciones pero vacía de ciencia, de clínica y de conciencia.

Nuestra propuesta es de cambio radical. No creemos que las propuestas catalanas comentadas (EBA y demás) sean un cambio, pues vuelven a basarse en el centro de salud y en el equipo. Es hora de que el médico general/de familia se destrabe de los equipos de los centros de salud y que se parezca al de los países desarrollados (de Alemania a Suiza, de Australia al Reino Unido, de Austria a Nueva Zelanda, de Dinamarca a Japón). Necesitamos un “médico personal”, profesional independiente, responsable de su efectividad, que contrate sus servicios con un sistema sanitario público que ofrezca servicios gratuitos en el punto de atención.

Necesitamos una Atención Primaria fuerte que potencie la longitudinalidad, con médicos que se enfrenten con éxito a la co-morbilidad. Necesitamos un médico polivalente y capacitado, que ofrezca cuidados clínicos sólidos en todos los campos (pediatría, gine-tocología, geriatría y terminales incluidos) (2).

Sobre todo ello hemos hecho propuestas a lo largo de más de dos décadas, con eco profesional pero no político. No es extraño, si el objetivo práctico político es potenciar los hospitales y mantener a la Atención Primaria en España como Cenicienta del Sistema Sanitario de Salud.

Juan Gervas

Mercedes Pérez Fernández M

Médicos generales. Equipo CESCA, Madrid

(1) Melguizo M, Cámara C, Martínez JA et al. Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España. Agenda AP21. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

(2) Gervas J, Simó J. 2015, el día a día de un médico de cabecera. *SEMERGEN*. 2005;31:478-85.

La necesaria Atención Primaria en España

Juan Gérvas y Mercedes Pérez Fernández M

Médicos generales. Equipo CESCA, Madrid

Presupuesto insuficiente

En política, las verdades no van en las palabras, sino en los presupuestos anuales. En teoría, según las palabras resonantes, convertidas casi en logotipo y emblema, la Atención Primaria en España es el eje del sistema sanitario.

Sin embargo, en la práctica, a lo largo de las últimas décadas, el presupuesto público sanitario dedicado a la Atención Primaria se ha mantenido en torno al 16%, con gobiernos estatales "de uno y otro signo" (1). De hecho, el porcentaje ha disminuido con la reforma de la Atención Primaria, pues antes de 1984 era del 21%. En la realidad sanitaria española la base se contrae y el sistema se verticaliza (menos primaria y más hospitalaria).

Mientras ya en 1995 nos igualamos en el gasto sanitario público hospitalario a la media de los países europeos de la OCDE, en gasto sanitario público ambulatorio seguimos bien lejos. España es más rica, pero la riqueza en el sector sanitario se ha empleado básicamente en los hospitales. Es más, las CCAA que pueden, las más ricas, tienen un gasto orientado todavía más a los hospitales (2). Parece que la opción por la Atención Primaria es cuestión de CCAA pobres, envejecidas y/o gobernadas por la izquierda (2-5). Esta orientación positiva hacia la Atención Primaria se traduce en más presupuesto, más personal, más puntos de atención, más acceso a pruebas diagnósticas y mayor satisfacción de la población con los servicios de primaria. Por ello, las CCAA que han sido/son gobernadas por la derecha (especialmente Baleares, Canarias, Comunidad Valenciana, Galicia y Madrid) se alejan todavía más de una Atención Primaria "europea".

Querriamos una Atención Primaria en España que, además de ser el eje retórico del sistema sanitario, contase con un presupuesto creciente, hasta quizá el 25% del total del gasto sanitario. Querriamos una Atención Primaria en España que no dependiese tanto del color político del partido gobernante en cada Comunidad Autónoma. La reforma de 1984 no lo ha logrado, lamentablemente.

Un doble sistema (*a two tier system*)

En teoría, existe en España un sistema sanitario único, público y universal, que cubre al 100% de la población. Es un enorme desprestigio para lo público que incluso quienes administran el sistema sanitario (los funcionarios) "escapen" en más del 90% del sistema público, a través de mutualidades como MUFACE y similares (6,7).

En este "escape" no ha tenido el menor impacto la reforma de 1984, que no moderó el rechazo a la Atención Primaria a lo largo de los años. Por supuesto, también escapan los políticos con sus privilegios y pólizas privadas. Y estos mismos promueven el abandono por los profesionales y trabajadores a través del incentivo fiscal de desgravaciones en beneficios o ingresos para empresas y personas con doble cobertura (6,8). Claramente, el sistema se descrema. Es un doble sistema, "*a two tier system*".

La Atención Primaria queda para "la gente" (viejos, inmigrantes, marginados y pobres) y la clase media y alta esquiva los inconvenientes de una organización defectuosa (9). Pero entre la "gente" tampoco se incluyen los "insignificantes" (putas, drogadictos, vagabundos y otros) que reciben sus cuidados de ONG y de urgencias hospitalarias. Irónicamente, la Atención Primaria, rechazada por las clases media y alta, rechaza a quienes tenía que ofrecer acceso preferente.

A lo largo de las últimas décadas nunca se han intentado modificar las "válvulas de escape" citadas, para las clases media y alta, e incluso se han potenciado, con el incentivo fiscal comentado, implantado y mantenido con independencia de la opción política de los gobernantes estatales (8). Así pues, los pacientes que pueden "huyen" de la Atención Primaria pública y, en un círculo vicioso, contribuyen al descrédito de la misma, pues son las clases sociales altas las que atribuyen prestigio social a los especialistas, las clases que pueden pagar por duplicado la cobertura sanitaria (6,8).

Todo ello justifica, quizá, el abandono presupuestario de lo ambulatorio público, y su suplemento con dinero privado. Así, el escaso gasto público ambulatorio en España se compensa con un mayor porcentaje de gasto ambulatorio privado (57%), muy por encima de la media de los países europeos de la OCDE (32%) (1). Naturalmente, una consecuencia esperable es el mayor acceso a los especialistas por las clases altas españolas (10,11), puesto que lo que evitan es, justamente, la Atención Primaria pública. Por supuesto, el uso de los especialistas en el sector privado, con acceso directo, es mucho más incorrecto que en el sistema público, con acceso a través del filtro del médico general (10), pero esa es cuestión que no se analiza (9).

Incluso los médicos rechazan la Atención Primaria. Bien lo demuestran los cientos de plazas vacantes de Medicina de Familia y Comunitaria en las convocatorias MIR. Rechazan la especialidad los mejores (eligen otras) y los peores (dejan vacías las plazas).

Querriamos en España una Atención Primaria pública fuerte que, además de ser alabada por políticos y teóri-

cos, tuviera la calidad suficiente como para atraer a las clases medias y altas, funcionarios y médicos incluidos. Querriamos una Atención Primaria en España que cubriera la prestación de servicios de forma que el gasto privado se acercara a la media en Europa. Lamentablemente, la reforma de 1984 no lo ha logrado.

Puerta de salida

La correcta concatenación del trabajo de médicos generalistas y especialistas conlleva el mejor uso y disfrute del sistema sanitario. En términos estadísticos, lo prudente es concatenar el alto valor predictivo negativo de los médicos generales/de familia con el alto valor predictivo positivo de los especialistas (12,13).

En la práctica, un sistema de filtro de la Atención Primaria logra el aumento de la prevalencia, gravedad y complejidad de problemas de salud en los pacientes derivados a los especialistas, y ello se consigue en muchos casos muy eficientemente, por el buen uso de la información global que acumulan sobre los pacientes los generalistas, fundamentada en la longitudinalidad (la atención a lo largo de los años a todos los problemas) (14). Por ello, lo lógico es que la Atención Primaria sea la puerta de entrada al sistema sanitario. Sin embargo, en la práctica española, la Atención Primaria se convierte en la puerta de salida, con los médicos de cabecera actuando de amanuenses al servicio de los médicos especialistas, que "anclan" indefinidamente a los pacientes y prescriben medicamentos, bajas y procedimientos cuya rutina se añade, muchas veces, a la burocracia diaria que anula a los generalistas (6).

Los especialistas no trabajan como consultores de los médicos generales/de familia, pues ofrecen una suerte de continuidad innecesaria, sólo justificada por sus necesidades de agenda (los pacientes se convierte en "el combustible del sistema sanitario"). Son lógicas estas prácticas, y es lógica esta organización absurda pues la reforma española de 1984 fue una simple reforma pro-contenido, sin el mínimo contenido de reforma pro-coordinación (15-17). Es decir, se buscó en 1984 la mejora en la dotación y formación de la Atención Primaria, y se abandonó por completo la mejora de la capacidad de coordinación de los médicos de cabecera. Décadas después, el error se paga ante una morbilidad crónica y múltiple, característica prevalente en los pacientes del siglo XXI, que exige la figura de un médico general con autonomía, autoridad y responsabilidad, polivalente, capacitado para controlar científicamente y serenamente la incertidumbre, reconocido social y profesionalmente, y efectivo en la coordinación de los cuidados sanitarios y sociales que precisan los pacientes (9, 13). Este médico es, en casi el 100% de los países desarrollados, un médico de cabecera, un "médico personal", un profesional independiente, que trabaja por su cuenta, en equipos funcionales, bien lejos de la rigidez de los equipos de los centros de salud españoles en centros de salud públicos (9, 13, 17).

Contribuyen al papel de puerta de salida los problemas de accesibilidad, que llevan a los pacientes a urgencias (18), cuyas prescripciones y recomendaciones se ve obligado a cumplir posteriormente el médico de cabecera.

Las Consultas Hospitalarias de Alta Resolución (CHAR) son la mejor expresión del rechazo a la Atención Primaria por el propio sistema sanitario público, incluso por los gerentes y políticos que tendrían que potenciarla. Así, se crean consultas hospitalarias muy accesibles y resolutivas, las CHAR, para salvar las dificultades que conllevan los presupuestos ambulatorios insuficientes, y la ausencia de una Atención Primaria fuerte. El problema es que con ello se vuelven a restar oportunidades y posibilidades a la Atención Primaria, que de nuevo deviene en puerta de salida de las CHAR. Las CHAR probablemente ofrecen "excesiva" más que "alta" resolución, pues nada sabemos sobre su contenido y uso apropiado, pero son enormemente populares al ofrecer ese rápido y fácil acceso a los especialistas tan caro a los políticos y pacientes (y tan "caro" para la salud y el presupuesto, por su sobre-utilización) (13, 19,20).

La Ley de Dependencia (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia) hace evidente la posición periférica de la Atención Primaria, que también en este aspecto médico-social es y será "puerta de salida", en lugar de eje de la coordinación entre servicios sanitarios y sociales. Querriamos en España una Atención Primaria que fuera puerta de entrada, a través de la cual se tuviera acceso ordenado a cuidados apropiados sanitarios y sociales, escalonados según necesidad. Querriamos una Atención Primaria en la que los especialistas trabajasen de consultores para médicos generales/de familias capacitados, polivalentes, con autoridad y prestigio, capaces de coordinar todos los servicios que necesitan los pacientes, especialmente los crónicos con enfermedades varias. Querriamos un médico general/de familia profesional independiente, un "médico personal" que rompiera las trabas del trabajo en el equipo de los centros de salud. Querriamos en España una reforma pro-coordinación, de aumento del poder del médico de cabecera para ser responsable del acceso y uso ordenado de todos los servicios que precisan los pacientes. Querriamos una Atención Primaria en España que fuera también eje coordinador de los servicios sociales complementarios de los sanitarios. La reforma de 1984 no lo ha logrado, lamentablemente.

Mediatras

Es médico general/de familia el que presta servicios muy accesibles a toda la población, utilizados como primer contacto, sin distinción por problema de salud, ni por sexo ni por edad. El médico generalista atiende "desde la cuna hasta la tumba". Su campo de trabajo

se organiza por razones de eficiencia, según la prevalencia de las enfermedades (las raras e infrecuentes precisan de la asesoría del especialista) y el coste de los servicios (aquellos servicios costosos que sólo se justifican para grandes números deben agruparse apropiadamente en los hospitales) (13, 14, 21).

En España los pediatras han trabajado en el sistema público como una especie de "médicos generales de la infancia", algo insólito en los países con Atención Primaria fuerte, como Dinamarca, Holanda y el Reino Unido (8). La reforma de 1984 incrementó la "edad pediátrica" desde los siete a los catorce años. Posteriormente, incluso alguna Comunidad Autónoma la ha aumentado hasta los 18 años, y esa es la tendencia general. Con ello se limita por edad el campo de trabajo de los médicos generales/de familia, y los niños y adolescentes pasan a depender de un especialista que ni siquiera ha tenido el menor roce con la Atención Primaria en su formación. Los pediatras deberían estar recluidos en los hospitales, y trabajar como consultores de los generalistas, pero en España han invadido la Atención Primaria. Así, los generalistas devienen "mediatras", pues se les niega la atención a la población desde la cuna hasta la juventud. No existen razones científicas que justifiquen esta mutilación, y son intereses profesionales los que explican la anomalía.

Por razones varias también la atención toco-ginecológica suele quedar fuera del ámbito de la Atención Primaria en España, en vivo contraste con el trabajo de otros médicos generales de países desarrollados. Por ejemplo, la citología de cuello de útero es actividad rutinaria en la consulta del médico general inglés, los médicos generales portugueses son los que ponen los DIU, y los médicos generales australianos, canadienses y estadounidenses todavía atienden partos. Como "la costumbre hace ley", los médicos generales/de familia españoles han perdido el crédito social (y muchas veces las habilidades y conocimientos) para la atención toco-ginecológica. Es insólito el parto programado atendido por el generalista, y también es infrecuente, con las excepciones de rigor, la prestación por el mismo de servicios incluso elementales, como el seguimiento del embarazo-parto normal o la implantación de pesarios. Así, los generalistas españoles devienen "mediatras", pues se les niega la atención a pacientes por razón de sexo. No hay razones científicas para ello. Al contrario, por ejemplo, los embarazos y partos normales tienen mejor resultado en salud cuando son atendidos por matronas y médicos generales. La falta de atención generalista explica, en parte, el encarnizamiento diagnóstico y terapéutico toco-ginecológico con las mujeres, bien evidente en los ejemplos del abuso de la episiotomía y de la terapia hormonal en la menopausia (22).

Las deficiencias en la atención a domicilio de los pacientes terminales han llevado al desarrollo de una su-

perestructura, complementaria a la Atención Primaria, los Equipos de Soporte de Atención a Domicilio (ESAD). Se han introducido los ESAD en lugar de re-formar el ejercicio de los médicos generales/de familia para exigir una prestación de atención de calidad "antes de la tumba". Se entra con ello en un círculo negativo, pues así se confirma al médico de cabecera que los terminales no son "suyos" (no será porque la muerte sea infrecuente, evidentemente). Los generalistas españoles devienen "mediatras" y abandonan la atención de sus pacientes justo en un momento crucial de la vida. Morir con dignidad en casa se convierte casi en un imposible (23).

Querriamos en España una Atención Primaria con médicos que prestasen atención "desde la cuna hasta la muerte" a pacientes sin distinción de problemas, ni edad, ni sexo. Querriamos médicos generales/de familia que se hiciesen cargo de los niños, y para los que trabajasen los pediatras como especialistas consultores. Querriamos una Atención Primaria prestigiada socialmente, de forma que fuera el lugar de la prestación de servicios de toco-ginecología básicos por médicos generales/de familia competentes también en ese campo. Querriamos que morir con dignidad en casa no fuera *rara avis*, sino algo siempre posible, con los servicios de una Atención Primaria científica, fuerte y humana. Lamentablemente, la reforma de 1984 no lo ha logrado.

Totum revolutum

Los servicios clínicos sanitarios en Atención Primaria son básicamente servicios médicos personales, las figuras centrales son el paciente y el médico, y el acto clave es el encuentro (la relación profesional en la consulta o el domicilio del paciente). Estos tres hechos fueron ignorados en la Declaración de Alma Ata, de 1978, que planteó una Atención Primaria pobre y confusa (9, 13, 24). En un revoltijo teórico se mezcló sin orden ni acierto comunidad, prevención, promoción, salud, integralidad, atención, participación y demás (13). Al seguir esa Declaración, siquiera teóricamente, sumada a la influencia cubana del momento, no fue extraño que el inicio de la reforma de 1984 en España conllevara la pérdida de cientos de miles de horas de trabajo de médicos y enfermeras de Atención Primaria en los "diagnósticos comunitarios de salud", ejercicios vanos que se llevaron las ilusiones de muy buenos profesionales. En la estela de aquellos "diagnósticos comunitarios" abandonados colgaban la promoción y la prevención, dos actividades que se quedaron para siempre, por más que carecieran y carezcan en general de fundamento científico.

Se quedó la prevención, convertida en un dogma, "más vale prevenir que curar", falso muchas veces (25). Por consecuencia de la introducción acrítica de la

prevención y de la promoción de la salud en la práctica clínica diaria, las consultas médicas de Atención Primaria se han llenado de "naderías", con abandono relativo de la clínica (6). Es decir, el médico atiende problemas, menores y mayores, que debería seguir la enfermera (que no tiene tiempo, "okupada" en el cumplimiento de protocolos con actividades preventivas y de promoción de la salud múltiples para un pequeño grupo de población cumplidor de sus citas), sufre una burocracia casi infinita, y cumple pautas preventivas que en su mayoría carecen de fundamento científico (6, 26). La atención a todas estas cuestiones irrelevantes (el control de pacientes "hipertensos", o la atención al "colesterol", como ejemplos) conlleva la plena ocupación del tiempo profesional, por lo que se requieren 10 minutos y más por encuentro. Se forman así "colas" en Atención Primaria, y ya es raro el paciente que pide cita y puede ser visto en 24 horas (las colas llegan a ser de hasta 15 días, para ver al propio médico de cabecera). Los médicos generales/de familia devienen por este proceso en "mediatras" que prestan atención sólo a los pacientes crónicos estabilizados que pueden cumplir con las citas y "okupan" las agendas con poca justificación científica (los demás pacientes, agudos y crónicos desestabilizados, terminan en algún servicio de "urgencias", bien médicos generales a turnos para los "sin cita", bien servicio de urgencia propiamente dicho).

Las nuevas tecnologías potencian las actividades preventivas irrelevantes y terminan de ofuscar al médico general/de familia, que confunde, por ejemplo, tablas de riesgo con tablas de decisión (grave error) (27), y se aplica enconadamente al control de los "factores de riesgo cardiovascular", en lugar de, por ejemplo, centrarse en manejar adecuadamente la insuficiencia cardíaca. Todo ello "crece" con incentivos que fomentan estos mismos procesos, justificados por "la carga de trabajo", y no por su impacto en la salud de la población (28, 29). Los médicos generales/de familia, sutil pero no inocentemente manipulados por la industria, terminan creyendo que los factores de riesgo son enfermedades, y que las "pre-enfermedades" tienen existencia real, lo que lleva la medicalización de la vida diaria (30).

En prevención, falta la más mínima priorización (31), por lo que el *totum revolutum* preventivo es mayúsculo, y arrastra a una práctica clínica pobre y confusa.

Querriamos una Atención Primaria en España centrada en la clínica, con una enfermería potente en el seguimiento de todo tipo de pacientes. Querriamos que la Atención Primaria ofreciera sólo actividades preventivas priorizadas, con impacto importante en la salud; sobre todo que ofrecieran prevención cuaternaria (la que limita los efectos perniciosos de la propia intervención sanitaria). Querriamos que las consultas médicas de Atención Primaria no tuvieran lista de espera. La reforma de 1984 no lo ha logrado, lamentablemente.

Conclusión

La reforma de 1984 de la Atención Primaria española ha sido evaluada desde distintos puntos de vista, y obtiene una puntuación notable (5,7,32,33). Sin embargo, fue una reforma "mirando al pasado", anclada en el modelo franquista, sin fundamento científico, sin presupuesto suficiente, con médicos generales/de familias funcionarios, mediatras, sin poder de coordinación, convertidos en "puerta de salida" en un sistema sanitario "doble", del que escapan los funcionarios y las clases media y alta.

La Atención Primaria ha descuidado la clínica, dedicada en exceso a una prevención no priorizada y a unos pacientes crónicos estabilizados que precisan en realidad de pocos cuidados. La necesaria Atención Primaria en España debería mirar al futuro, y resolver los problemas que ha dejado/creado la reforma de 1984 (5-8,13-16,32). Precisamos de un "médico personal" autónomo, profesional independiente, polivalente, científico y humano, libre de las ataduras de los equipos de centros de salud.

Bibliografía

- (1) Simó J, Gervas J, Seguí M, de Pablo R, Domínguez J. El gasto sanitario en España en comparación con la Europa desarrollada, 1985-2001. La Atención Primaria española *Cenicienta* europea. *Aten Primaria*. 2004;34:472-81.
- (2) Simó J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La Atención Primaria, *Cenicienta* del Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria*. 2007;39:127-32.
- (3) FADSP. Informe: Evaluación de la Atención Primaria en las CCAA. Madrid: FADSP; 2007. En www.fadsp.org/pdf/APCCAA07.doc
- (4) Martín M, Sánchez-Bayle M, Palomo L. El desarrollo de la Atención Primaria en relación a la orientación política de los Gobiernos Autonómicos. *Aten Primaria*. 2008 [en prensa].
- (5) Gervas J. La práctica clínica (acceso y proceso). En: Navarro V y Martín Zurro A (coordinadores). *La Atención Primaria de Salud en España y CCAA*. Barcelona: Generalitat de Catalunya-IAPS; 2008 [en prensa].
- (6) Gervas J, Starfield B, Minué S, Violán C, Seminario Innovación Atención Primaria 2007. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la Medicina General/de Familia. *Contra el descrédito del héroe*. *Aten Primaria*. 2007;39:615-8.
- (7) Rico A, Freire JM, Gervas J. El sistema sanitario español (1976-2006): factores de éxito en perspectiva internacional comparada. En: Espina A (coordinador). *Estado de bienestar y competitividad. La experiencia europea*. Madrid: Fundación Carolina-Siglo XXI; 2007, pp. 401-44.
- (8) Navarro V. La sanidad española. En: *La situación social en España II*. Navarro V (coordinador). Madrid: F. Largo Caballero-E. Biblioteca Nueva; 2007, pp. 293-316.
- (9) Gervas J. Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata. *SEMERGEN*. 2004;30:245-57.
- (10) Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance on the choice of GP/specialists and public/private provider in Spain. *Health Econ*. 2004;13:689-703.
- (11) van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*. 2006;174:177-83.
- (12) Gervas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los na-

vegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria*. 2005;35:87-90.

(13) Gervas J, Pérez Fernández M. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9:384-400.

(14) Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clín (Barc)*. 1996;106:97-102.

(15) Rico A, Saltman RB, Boerma WGW. Organizational restructuring in European health care systems: the role of primary care. *Social Policy Adm*. 2003;37:592-608.

(16) Freire JM, Gervas J. La atención primaria en el sistema nacional de salud español. En: *La medicina de familiar en los albores del siglo XXI*. García Peña C, Muñoz O, Durán L, Vázquez F (editores). México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2006, pp. 477-503.

(17) Gervas J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la atención primaria. *SEMERGEN* 2005;31:418-23.

(18) Oterino D, Baños JF, Fernández B, Rodríguez A, Peiró S. Urgencias hospitalarias y de atención primaria en Asturias: variaciones entre áreas sanitarias y evolución desde 1994 hasta 2001. *Gac Sanit*. 2007;21:316-20.

(19) Gervas J, Palomo L. ¿Alta o excesiva resolución? *Med Clín (Barc)*. 2002;119:315.

(20) García Encabo M. Entre los deseos y los pronósticos en atención primaria. *El Médico*. 2007;1015:8-15.

(21) Gervas J, Ortún V. Caracterización del trabajo del médico general/de familia. *Aten Primaria*. 1995;16:501-6.

(22) Pérez Fernández M, Gervas J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. *SEMERGEN*. 1997;25:239-48.

(23) Gervas J. Morir en casa con dignidad. *Acta Sanitaria*, 1 diciembre 2007. En: http://www.actasanitaria.com:80/actasanitaria/frontend/desarrollo_noticia.jsp?idCanal=10&idContenido=5901

(24) OMS/UNICEF. *Alma Ata 1978. Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS; 1978.

(25) Gervas J, Pérez Fernández M, González de Dios J. Problemas prácticos y éticos de la prevención secundaria. A propósito de dos ejemplos en pediatría. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:345-52.

(26) Gervas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 1):127-34.

(27) Raily B, Evans AT. Translating clinical research into clinical practice: impact of using prediction rules to make diagnosis. *Ann Intern Med*. 2006;144:201-9.

(28) Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payment in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gain? *J Health Serv Res Policy*. 2006;11:27-31.

(29) Gervas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA. Seminario Innovación Atención Primaria 2007. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:589-96.

(30) Gervas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 3):66-71.

(31) Satcher D. Priorities among effective clinical preventive services. A commentary. *Am J Prev Med*. 2006;31:97-8.

(32) Gervas J, Pérez Fernández M, Palomo Cobos L, Pastor Sánchez R. Veinte años de reforma de la atención primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. En www.diezminutos.org].

(33) Lorenzo-Cáceres A, Otero A. Publicaciones españolas sobre evaluación de la atención en España tras veinte años de reforma (1984-2004). Análisis temático y bibliométrico. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:131-45.

COMENTARIO SOBRE "LA NECESARIA ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA"

Construyamos sobre los efectos positivos de la reforma

Los dos escritos tienen coincidencias (bajos presupuestos, necesidad de potenciar la clínica, papel enfermería), pero también desavenencias: el papel del médico de familia, la incursión de otros profesionales en la APS. Coincidimos con nuestros amigos Gervas/Pérez que la reforma de la atención primaria de los ochenta supuso un gran paso adelante (1), e incluso compartimos con ellos la nostalgia por un médico de familia que hiciera el seguimiento del individuo a lo largo de toda su vida, las 24 horas del día, actuando de referente para todo nuevo problema de salud. Esta decepción la han experimentado la mayoría de países desarrollados que tampoco han podido desarrollar este perfil (2). La experiencia nos muestra que un sistema de trabajo excesivamente fiel a estos principios favorece las deserciones profesionales (3, 4). Recordemos en nuestro caso la experiencia de los médicos de APD, o la crisis actual con la Atención Continuada. Un médico de familia contratado directamente por el SNS implicaría "mutualizarlo", acentuando estas dificultades, aislándolo y degradando su calidad de vida profesional.

La forma de proveer servicios cambia atendiendo a las variaciones en las necesidades de salud, las demandas ciudadanas y las oportunidades que brindan las tecnologías. Por ello no nos sorprende que surjan nuevas "puertas de entrada". El reto de la nueva atención primaria consiste en gestionarlas, no eliminarlas. El sueño de Gervas/Pérez en el sentido de hacerlas desaparecer, también crearía sus monstruos (peores). Nuestra posición es más flexible: veamos qué aportan, evaluémoslos, y tengamos al ciudadano como mejor juez de nuestros aciertos y errores.

Francesc Borrell Carrió

Médico de Familia, ICS, Profesor Departament Ciències clíniques, Universitat de Barcelona

Joan Gené Badia

Médico de Familia, CAPSE, Profesor Departament Salut Pública, Universitat de Barcelona

(1) Borrell F. La reforma de la atención primaria supuso un gran paso adelante en la dirección correcta. *Cuadernos de Gestión*. 1996;2(4):225-231.

(2) Showstack J, Rothman AA, Hassmiller S. Primary care at a crossroads. *Ann Intern Med*. 2003 Feb 4;138(3):242-3.

(3) Whitcomb ME, Cohen JJ. The future of primary care medicine. *N Engl J Med*. 2004 Aug 12;351(7):710-2.

(4) Lambert TW, Evans J, Goldacre MJ. Recruitment of UK-trained doctors into general practice: findings from national cohort studies. *Br J Gen Pract*. 2002 May;52(478):364-7:369-72.



XXVIII Jornadas de **Economía de la Salud**

Economía, comportamiento y salud

Salamanca, 28 al 30 de mayo de 2008

www.aes.es/jornadas

FECHAS IMPORTANTES

10 de abril de 2008 Fecha límite para inscripción a precio reducido
15 de mayo de 2008 Fecha límite para formalizar la inscripción

MESAS DE PONENCIAS

- La dependencia y sus implicaciones para los sistemas sanitario y social
- Regulación y política farmacéutica
- Measurement of health and work disability with self-reports.
- Elección en políticas de Salud Pública ¿efectividad, eficiencia y sostenibilidad?
- Obesidad, comportamiento y economía
- El valor social del Año de Vida Ajustado por la Calidad y su aplicación a la política sanitaria
- Investigación en servicios sanitarios
- Aplicación de la Cartera de Servicios, el papel de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias y su aplicación práctica en la sanidad española
- Financiación de proveedores de servicios sanitarios

CONFERENCIANTES INVITADOS A LAS SESIONES PLENARIAS

Jeff Harris, *Massachusetts Institute of Technology*
Julian Le Grand, *London School of Economics*
Carol Proper, *University of Bristol*

SEDE

Hospedería Fonseca
C/ Fonseca, 2
37002 Salamanca

ORGANIZA



ASOCIACION
DE ECONOMIA
DE LA SALUD

www.aes.es
Tel.: 932017571
E-mail: secretaria@aes.es

SECRETARÍA TÉCNICA

Información e inscripciones

AES

SupportServicios

Calvet, 30
08021 Barcelona
Tel.: 932017571 - Fax: 932019789
E-mail: aes2008@aes.es
www.aes.es/jornadas

La integración socio-sanitaria para atender a los ancianos dependientes funciona... a medias

Béland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP, Dallaire L.

A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2006;61(4):367-373.

Contexto

En muchos casos, la falta de autonomía de las personas mayores viene motivada por el padecimiento de enfermedades crónicas y, por ello, las necesidades de atención de este colectivo son tanto sanitarias como sociales. A pesar de la concurrencia de ambos tipos de necesidades, la respuesta asistencial que proporcionan los sistemas sanitario y social suele llevarse a cabo sin ningún tipo de coordinación entre ambos.

Objetivo

Evaluar en qué medida un sistema integrado de atención que proporcionara tanto servicios sanitarios como sociales permitiría mejorar la salud de las personas mayores dependientes, aumentar la satisfacción de sus cuidadores y reducir los costes asistenciales totales.

Tipo de estudio e intervención

La evaluación del nuevo modelo integrado de atención, denominado SIPA por sus siglas en francés, se llevó a cabo mediante un ensayo aleatorizado con grupo control. Los pacientes asignados al grupo de tratamiento (606) pasaron a ser atendidos por equipos multidisciplinares que no sólo proveían directamente los servicios comunitarios tanto sanitarios como sociales, sino que coordinaban la atención hospitalaria y la institucionalización social (residencias de asistidos) de los pacientes. Por su parte, el grupo de control (624) siguió siendo atendido del modo habitual, esto es, mediante la acción descoordinada de los sistemas sanitario y social de la provincia canadiense de Québec.

VARIABLES DE RESULTADO

A lo largo de 22 meses, se obtuvo información de registro sobre todos los servicios sanitarios y sociales utilizados por los pacientes asignados a ambos grupos, teniendo en cuenta los costes de dicha utilización. Adicionalmente, en el momento de empezar el estudio y pasados doce meses, se obtuvo información mediante encuesta de la salud de la persona cuidada, de la satisfacción y la carga soportada por los cuidadores, así como de los gastos privados asumidos por la familia.

Análisis estadístico

Se estimaron modelos de regresión multivariante para analizar el efecto de recibir atención integrada sobre la utilización de servicios y los costes asistenciales. En todos los modelos se controló por las diferencias en la situación basal con respecto a las características socio-económicas de los pacientes y su estado de salud.

Resultados

Los pacientes atendidos mediante el modelo SIPA realizaron una mayor utilización de los servicios sanitarios y sociales de carácter comunitario, y tuvieron menor probabilidad de convertirse "bed-blockers". Sin embargo, con respecto al resto de servicios sanitarios y sociales considerados, no se detectó diferencia alguna entre ambos grupos de pacientes: utilizaron de igual modo las urgencias hospitalarias, fueron ingresados en hospitales con la misma frecuencia, y utilizaron las residencias con la misma intensidad. En términos de costes, si bien los pacientes del modelo SIPA realizaron un menor gasto medio en servicios que implican la institucionalización del sujeto (hospitalización, residencia de asistidos), éste fue totalmente compensado por un incremento del gasto medio en servicios comunitarios, siendo por tanto idéntico el coste total medio en ambos grupos. Asimismo, aunque la satisfacción de los cuidadores de los "pacientes SIPA" aumentó, no se produjeron diferencias significativas en cuanto a la carga soportada por éstos. No hubo tampoco diferencias en-

tre ambos grupos en cuanto a la evolución del estado de salud de los pacientes tratados en cada caso.

Conclusiones

Un sistema integrado de atención social y sanitaria a las personas mayores dependientes puede, sin incrementar los costes totales, ayudar a reducir el problema del bed-blocking hospitalario y aumentar la satisfacción de los cuidadores informales.

Fuentes de financiación: Health Transition Fund (Health Canada), Canadian Institutes of Health Research y Canadian Health Services Research Foundation.

Correspondencia: howard.bergman@mcgill.ca

COMENTARIO

No es habitual encontrar trabajos en los que se evalúen, de manera rigurosa, los efectos de una determinada reforma organizativa, máxime cuando ésta supone un cambio en el modo de proveer los servicios que afecta tanto al sistema sanitario como al social. La primera enseñanza que cabe extraer del estudio comentado es que, aun siendo una tarea complicada, resulta posible desarrollar políticas (organizativas) basadas en la evidencia. Cualquier cambio organizativo que se pueda concebir siempre va a ir acompañado de conjeturas acerca de los efectos beneficiosos que éste puede generar, pero sólo la evaluación experimental de dichas propuestas permite evaluar la validez de tales hipótesis. Una evaluación de estas características, por costosa que sea, siempre será más barata que implementar a escala nacional un programa (no evaluado) que acabe, en el mejor de los casos, no sirviendo para nada.

De hecho, lejos de constituir la panacea que a veces se supone, los resultados del estudio ponen de manifiesto que la integración socio-sanitaria puede tener efectos positivos en algunas dimensiones, como reducir el bedblocking, y resultar inocua en otras (p.e. reducción de costes). Sin embargo, a juicio de los investigadores, la propia evaluación da pistas sobre el porqué de los resultados menos positivos: por un lado, las dificultades para cambiar la forma de funcionar de los profesionales sanitarios y, por otro lado, la ausencia de mecanismos de financiación capitativos que incentiven una provisión coste-efectiva de los servicios.

En nuestro país, aunque la reciente aprobación de la Ley de Dependencia ha supuesto la universalización de los servicios sociales de atención a la dependencia, las posibilidades que de ello se derivan para la integración (o coordinación) socio-sanitaria no parecen constituir una prioridad. Ambos sistemas andan ocupados en otros menesteres: el sanitario, esperando a ver en qué se acaba traduciendo el nuevo sistema público de atención a la dependencia, y valorando hasta qué punto les va a permitir centrifugar costes; y el social, adaptándose al cambio que supone jugar en la primera división del Estado del Bienestar (el famoso cuarto pilar), lo que parece que les está costando, a juzgar por el retraso acumulado en la tramitación de solicitudes.

David Casado

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)
Universitat Pompeu Fabra. Barcelona

Motivados, listos, ya: a innovar

García-Goñi M, Maroto A, Rubalcaba L.

Innovation and motivation in public health professionals. Health Policy. 2007;84:344-358.

Contexto y objetivo

El efecto de la innovación (tecnológica y organizativa) sobre la provisión de servicios sanitarios, y por ende, sobre la salud de la población, es positivo. El artículo explora la relación entre la actitud de gestores y personal de primera línea (enfermeras, auxiliares y personal administrativo) en instituciones sanitarias públicas frente a las innovaciones y la adopción de las mismas.

Metodología

Los datos utilizados provienen de encuestas realizadas en 2005 bajo el proyecto PUBLIN a 515 profesionales sanitarios de seis países europeos, incluyendo España. Para contrastar diferencias en actitud entre los dos tipos de profesionales sanitarios, se realiza un análisis de componentes principales y un análisis de varianza. En una segunda fase se analiza, mediante un modelo probit ordenado multinomial, si existe alguna relación entre motivación y posición en la organización de los profesionales sanitarios, y distintos factores de innovación. En el modelo se incorporan también variables sociodemográficas y dummies relativas al país.

Resultados

El análisis muestra que la actitud frente a la innovación difiere de forma significativa según el tipo de ocupación laboral. La percepción de los ges-

tores, más involucrados y motivados en el proceso de cambio, depende más del perfil innovador y organizativo de la empresa (espacio a la creatividad, proactividad, espíritu de equipo, conectividad, satisfacción laboral, etc.), mientras que la de los empleados de primera línea depende más del rendimiento global de la empresa (grado de difusión informativa, grado de cumplimiento sobre lo planeado y sobre las expectativas políticas y de los usuarios, cambios en el entorno, etc.). El modelo corrobora que existe relación entre la motivación de los dos grupos de profesionales sanitarios, su actitud frente a la innovación y su implicación en la gestión del proceso innovador. De él se desprende también que las mujeres están en media más motivadas que los varones, mientras que la edad y el nivel educativo no son significativos. La motivación de los profesionales sanitarios en España es inferior a la del Reino Unido, Holanda o Irlanda.

Conclusiones

Para maximizar los beneficios de la innovación en la provisión de servicios sanitarios, resulta crucial motivar y hacer partícipes a los trabajadores involucrados.

Financiación: Comisión Europea.

Conflicto de intereses: No consta.

Correspondencia: mgoni@ccee.ucm.es

COMENTARIO

Que la innovación en el ámbito sanitario es beneficiosa para la salud es un hecho (1). Las mejoras benefician la esperanza y/o calidad de vida, de forma directa o indirecta. Aunque todas tengan que someterse a evaluación coste-efectividad, no todas las innovaciones son iguales. Por un lado, las disruptivas son costosas de generar e implementar, y más escasas, pero suponen cambios radicales. Normalmente se aplican a un medicamento (p.e. vacuna), a una técnica quirúrgica (p.e. no invasiva) o a un equipamiento (p.e. radiología digital), aunque en ocasiones puede tratarse de un proceso más general (p.e. uso de las TIC en la práctica médica y administrativa). Por otro lado, las innovaciones incrementales, más comunes, tienen una repercusión menor en los servicios y la prestación sanitaria.

Las prioridades fijadas a nivel macro deben concretarse a nivel meso para resolver problemas detectados a través de una mejor utilización de las competencias individuales y colectivas de los profesionales. Sin embargo, adoptar una innovación requiere algo más que una Administración o gestor convencido de su conveniencia. El profesional instado a innovar puede no saber cómo (cualificación insuficiente), no poder (falta de tiempo), no querer (desidia o inercia) o alguna combinación de estas tres causas: no saber que debe (falta de comunicación), no saber que puede (falta de información) o no querer saber-poder (falta de predisposición o de motivación).

Intuitivamente, profesionales más motivados estarán más predispuestos a innovar que otros menos satisfechos con su trabajo, compañeros, jefe o salario. Lo contrario también se cumple. Además de otros factores, ambientes más proclives a la innovación mejorarán con mayor probabilidad la motivación de los empleados sanitarios, sobre todo de aquellos más cualificados. La mayor parte de los estudios que analizan la relación entre motivación e innovación optan por una visión horizontal (2). Es decir, analizan si hay diferentes grados de innovación entre centros sanitarios públicos y privados (y la encuentran, a favor de

los segundos). En este sentido, la innovación incremental de este trabajo es que analiza diferencias de actitud entre gestores y empleados de primera línea en centros sanitarios públicos. Concluye que los gestores tienen más motivación y una actitud más positiva frente a la innovación que el otro grupo.

Resulta llamativo que la motivación de los profesionales sanitarios sea sistemáticamente menor en España que en el resto de países analizados. La explicación al respecto no es fácil y requeriría de un estudio específico que identificara todas las causas, testando además si el problema de motivación es genérico para España o si se produce particularmente en el sector sanitario (por ejemplo por la falta de carrera profesional). La brecha de motivación entre profesionales sanitarios sería por tanto responsable, al menos en alguna medida, del retraso innovador público con respecto al privado. Aunque sería deseable disponer de más evidencia al respecto y ampliar el análisis a los médicos no gestores, esta conclusión puede ser muy relevante para la gestión sanitaria. Saber que las creencias, valores, bases creativas y cultura social de los centros y profesionales sanitarios influyen sobre la innovación puede cambiar el diseño de la gestión. Un enfoque más comprensivo incluiría medidas que, además de combinar incentivos financieros con no financieros, aumenten la motivación de profesionales poco involucrados, así como la interacción y coproducción de actividades innovadoras. La clave es hacer partícipes a todos para maximizar el beneficio de los avances tecnológicos y organizativos en la provisión de servicios sanitarios. ¡A su salud!

Néboa Zozaya

Oficina Económica del Presidente del Gobierno

(1) OECD. The OECD Health Project. Health Technologies and Decision Making 2005.
(2) Koch P, Hauknes J. On Innovation in the Public Sector. PUBLIN Report, D20, NIFU STEP; Oslo. 2005.

Más allá de la renta en las desigualdades en salud: los comportamientos saludables

Balia S, Jones AM.

Mortality, lifestyle and socioeconomic status. *J Health Econ.* 2008;27:1-26.

Contexto y objetivos

El conocimiento de los mecanismos a través de los cuales las características de los individuos influyen sobre sus decisiones de consumo de hábitos saludables, así como estos se trasladan en un mejor o peor estado de salud es uno de los puntos de partida principales para la elaboración de políticas sanitarias. Aún más, en la medida que seamos capaces de aislar los canales causales será posible diseñar políticas dirigidas a disminuir las observadas desigualdades en salud. El objetivo del artículo comentado es precisamente evaluar si las decisiones sobre los estilos de vida tienen un efecto directo sobre el riesgo de mortalidad, así como analizar cuál es la contribución de los mismos al gradiente socioeconómico observado en el riesgo de mortalidad.

Metodología

Los autores utilizan los datos de la primera oleada de la Encuesta de Salud y Hábitos de Vida, llevada a cabo entre 1984 y 1985 en el Reino Unido, para relacionar el riesgo de mortalidad con factores observables y no observables. Entre los factores observables los autores incluyen el estado de salud autopercebido, características socioeconómicas y demográficas, y hábitos de vida (no-fumador, desayuna, duerme bien, consume alcohol prudentemente, no-obeso, realiza actividad física), entre otros. Dado que existen variables no observables como las características genéticas y biológicas de los individuos que pueden influir tanto sobre el estado de salud como sobre los hábitos de vida escogidos, los autores estiman de forma conjunta las

ecuaciones de mortalidad, estado de salud y hábitos de vida. En último lugar, los autores calculan la desigualdad en el riesgo de mortalidad, y descomponen la misma con el objetivo de analizar en qué medida la inclusión de hábitos de vida modula el efecto del estatus socioeconómico sobre dicha desigualdad.

Resultados y conclusiones

Los hábitos de vida tienen efectos directos e indirectos sobre el riesgo de mortalidad. Por un lado, los no-obesos, así como los que realizan ejercicio físico presentan una mayor probabilidad de reportar un estado de salud bueno o excelente. Por otro lado, el riesgo de mortalidad es menor para los individuos que no fuman, que duermen bien, y los no-obesos, mientras que el efecto es positivo para los que desayunan, resultado sorprendente pero encontrado previamente en la literatura. Aún más, dada la asociación entre las características no observables, los estilos de vida y la mortalidad, el no controlar por la misma disminuye la magnitud de la relación entre hábitos saludables y mortalidad. En relación a la contribución de las diferentes variables sobre la desigualdad, los autores encuentran que los estilos de vida, y en especial los hábitos tabáquicos y los patrones de descanso, contribuyen notoriamente en la desigualdad en la mortalidad predicha, reduciendo la contribución relativa de los factores socioeconómicos en más de un 70%, y la de la edad en un 25%.

Correspondencia: silvia.balia@unica.it; amj1@york.ac.uk

COMENTARIO

Si bien los costes económicos asociados a las desigualdades en estado de salud relacionadas con la renta son considerables en Europa, las políticas necesarias para la erradicación de las mismas necesitan de grandes inversiones y, por lo tanto, pueden no ser eficientes desde una perspectiva macroeconómica (1). En este sentido, conocer en qué medida el nivel socioeconómico influye sobre el estado de salud (mecanismos directos e indirectos, así como la relación inversa de estado de salud sobre la renta) puede ayudar a diseñar políticas que siendo coste-efectivas consigan reducir las desigualdades en salud relacionadas con la renta.

El análisis propuesto en el artículo nos permite discernir por un lado entre los mecanismos de transmisión directa e indirecta entre comportamientos saludables y estado de salud actual y futuro, así como la influencia de diferentes características individuales tanto observables (características sociodemográficas) como no observables (genética). Entender la importancia de cada uno de estos mecanismos es crucial a la hora de diseñar políticas públicas, dado que si bien puede resultar costoso reducir el efecto que los hábitos de vida tienen sobre el estado de salud o la mortalidad (nuevos tratamientos posiblemente cada vez más caros), los costes de modificar la relación entre variables no observables o socioeconómicas sobre los hábitos de vida pueden ser en algunos casos menores, pudiendo conseguir la misma mejora en términos de salud, que modificando la magnitud del efecto de los hábitos de vida sobre el estado de salud. Por otro lado, en la medida que los comportamientos de vida saludables se distribuyan de forma desigual, y que influyan sobre el estado de salud, las desigualdades se transmitirán al estado de salud.

tamientos de vida saludables se distribuyan de forma desigual, y que influyan sobre el estado de salud, las desigualdades se transmitirán al estado de salud.

En relación con los resultados del artículo, y en clave de ejemplo a lo comentado anteriormente, si bien puede resultar difícil, y por tanto costoso, reducir el efecto que el nivel socioeconómico tiene sobre la mortalidad, en la medida que los hábitos como el consumo de tabaco dependan del nivel socioeconómico de los individuos, al mismo tiempo que influyen sobre la mortalidad, será posible disminuir las desigualdades socioeconómicas en mortalidad con políticas "anti-tabaco" dirigidas a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. En este sentido, resulta crucial conocer cuáles son los hábitos que median en dichas relaciones en el contexto de cada país o región, dado que sin lugar a dudas las diferencias culturales juegan un papel determinante a la hora de explicar la existencia o no de diferencias socioeconómicas en distintos comportamientos saludables, y la medida en que éstas se transmiten al nivel de salud.

Pilar García Gómez

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)
Universitat Pompeu Fabra. Barcelona

(1) Mackenbach J, Meerding WJ, Kunst A. Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. Health and Consumer Protection Directorate-General. European Communities. Luxembourg; 2007.

Más personas mayores enfermas... pero menos dependientes

Freedman VA, Schoeni RF, Martin LG, and Cornman J.

Chronic Conditions and the Decline in Late-Life Disability. *Demography*. 2007;44(3):459-477.

Objetivos

Analizar la evolución durante los últimos años de la prevalencia de problemas de dependencia entre la población mayor de EEUU, relacionándola con los cambios acontecidos a nivel socio-demográfico y con la evolución de la prevalencia de las principales enfermedades invalidantes.

Fuente de información y variables incluidas

Se utilizan las 8 oleadas de la National Health Interview Survey (NHIS) realizadas entre 1997 y 2004. La dependencia se mide a través de una variable dicotómica que recoge si el individuo necesita o no ayuda en la realización de alguna de las actividades básicas o instrumentales contempladas en la NHIS. El padecimiento de enfermedades queda recogido a través de siete variables dicotómicas definidas sobre otros tantos grupos de enfermedades: cáncer, enfermedades cardio-vasculares, pulmonares, mentales, metabólicas, musculo-esqueléticas y sensoriales. Las variables socio-demográficas incluyen el sexo, la edad, el nivel educativo, la etnia y el estado civil.

Análisis estadístico

A través de modelos lineales de probabilidad estimados para los distintos años, en los que se incluye como regresores a las variables socio-demográficas y a las enfermedades antes mencionadas, se realiza una descomposición de la influencia de todas ellas sobre la evolución de la dependencia que distingue dos tipos de efectos: por un lado, los cambios en la prevalencia poblacional de cada uno de estos factores a lo largo del tiempo (efectos composición, EC) y, por otro lado, los cambios a lo largo del tiempo en la intensidad de la dependencia que estos factores originan (efectos tasa, ET).

Resultados

La prevalencia de los problemas de dependencia entre la población mayor estadounidense disminuyó en 1,45 puntos porcentuales entre 1997 y 2004; asimismo, durante ese período, la prevalencia aumentó para todas las enfermedades consideradas, a excepción de los trastornos mentales severos y de las limitaciones visuales. Globalmente, tanto en el caso de los factores socio-demográficos como en el de las enfermedades analizadas, los EC tuvieron signo positivo, esto es, hicieron aumentar la prevalencia de la dependencia a lo largo del período; por el contrario, con respecto a los ET, éstos fueron negativos tanto para las variables socio-demográficas como para las enfermedades, y de una magnitud global 1,45 puntos superiores a los EC. Los mayores ET se registraron en el caso de las enfermedades cardiovasculares (-0,92 p.p.) y en las limitaciones sensoriales (-0,59 p.p.), lo cual significa que las consecuencias invalidantes de ambos tipos de condiciones se redujeron durante el período analizado. En el otro lado de la balanza, contrarrestando la disminución observada en la prevalencia de la dependencia, cabe destacar la mayor invalidez generada por los aumentos registrados en la prevalencia de la obesidad.

Conclusiones

A pesar de que la prevalencia de enfermedades ha aumentado en los últimos años, la prevalencia de la dependencia entre la población mayor ha disminuido notablemente, gracias a una reducción en el ca-

rácter invalidante de las enfermedades cardio-vasculares y de las limitaciones sensoriales.

Financiación: National Institute on Aging.
Correspondencia: vfreedman@umdj.edu

COMENTARIO

Existe abundante evidencia de que la prevalencia de los problemas de dependencia entre la población mayor ha disminuido durante los últimos años en la mayoría de países desarrollados (1), incluido España (2). Por otro lado, durante ese mismo período, se han observado incrementos en la prevalencia de buena parte de las enfermedades asociadas al desarrollo de problemas de falta de autonomía (enfermedades cardio-vasculares, demencias, artritis, diabetes, etc.). El principal valor añadido del trabajo de Freedman y colaboradores es que, al menos para el caso estadounidense, sus resultados permiten conciliar estas dos tendencias aparentemente contradictorias.

La clave es que la menor prevalencia de la dependencia se ha producido porque los efectos invalidantes de los problemas cardio-vasculares –cardiopatía isquémica, infarto, ictus, angina, etc.– son ahora mucho menores que hace diez años. Los autores sugieren tres tipos de factores explicativos al respecto: i) los avances acontecidos en el tratamiento farmacológico de este tipo de enfermedades (betabloqueantes, inhibidores de la ECA y agentes anti-colesterol), ii) la expansión de ciertas técnicas quirúrgicas, como puedan ser la introducción de “stents” o la angioplastia, y iii) el aumento en la utilización de los servicios de rehabilitación.

Los resultados anteriores constituyen buenas noticias para el sistema sanitario, pues está claro que reducir la invalidez que producen las enfermedades está entre los objetivos que persigue la atención sanitaria. No obstante, el estudio también pone de manifiesto que existen tendencias que actúan en sentido contrario, como puedan ser el incremento de la obesidad y la diabetes, cuya reversión exigiría políticas preventivas más decididas que las actuales. Así pues, si se pretende que la prevalencia de la dependencia siga disminuyendo en los próximos años, y no queremos jugarlo todo a la carta de la innovación terapéutica, habrá que empezar a pensar en políticas preventivas capaces de mejorar el estado de salud y el grado de autonomía de la población mayor.

David Casado Marín

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)
Universitat Pompeu Fabra. Barcelona

(1) OCDE. Trends in severe disability among elderly people: Assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. OECD Working Paper, March 2007. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/13/8/38343783.pdf>

(2) Casado D. Análisis de la evolución de la dependencia en la tercera edad en España. Papeles de Trabajo de la Fundación BBVA 2007, nº 7/2007.

¿Sabemos el origen del dolor de espalda?: ¡Pues no!

Hancock MJ, Maher CG, Latimer J, Spindler MF, McAuley JH, Laslett M, Bogduk N.

Systematic review of tests to identify the disc, SIJ or facet joint as the source of low back pain. Eur Spine J. 2007;16:1539-1550.

Objetivo

Determinar la precisión de las pruebas disponibles para identificar si el disco, las articulaciones interfacetarias o las sacroiliacas como origen de lumbalgia.

Material y métodos

Revisión de las publicaciones en Medline, Embase y CINAHL hasta febrero 2006. Los criterios de inclusión eran trabajos que comparaban las pruebas objeto de estudio (Resonancia magnética, vibración, ecografía, tomografía computarizada, radiografía, medicina nuclear y exploración clínica) con pruebas de referencias (discografía, bloqueos de las articulaciones interfacetarias o de la sacroiliacas) en pacientes con lumbalgia. Las razones de verosimilitud positivas (+LR) >2 o negativas (-LR) <0,5 se consideraron informativas. De los 353 estudios potencialmente elegibles, tras revisión independiente por dos de los autores quedaron 41 de moderada calidad según el sistema QUADAS. Finalmente quedaron 28 que investigaron el disco, 8 la articulación interfacetaria y 7 las articulaciones sacroiliacas.

Resultados

Varios hallazgos produjeron resultados informativos +LR (>2) incrementado la probabilidad del que un disco concreto fuera el responsa-

ble del dolor. El disco hipointenso la RM fue el único signo que redujo la probabilidad del disco como fuente del dolor -LR=0,21; (IC95%: 0,12-0,35). Ninguna de las exploraciones manuales individuales para las articulaciones sacroiliacas fueron informativas, sin embargo su uso combinado fue informativo con +LR=3,2 (IC95%: 2,3-4,4). También su uso combinado dio información para disminuir la probabilidad de que esta articulación fuera el origen de la lumbalgia -LR=0,29 (IC95%: 0,09-0,049). No se encontró prueba alguna para la articulación interfacetaria que fuera informativa.

Conclusiones

Los resultados de esta revisión muestran que existen pruebas para cambiar la probabilidad de que el disco o la articulación sacroiliaca (pero no las interfacetarias) sea la razón de la lumbalgia. Sin embargo, los cambios de esta probabilidad son generalmente pequeños y, como mucho, moderados. La utilidad de estas pruebas en la práctica clínica, especialmente para guiar la selección del tratamiento, permanece sin definir.

Financiación: Australia's National Health and Medical Research Council (NHMRC).

Correspondencia: hans-joachim.wilke@medizin.uni-ulm.de

COMENTARIO

Las guías clínicas recomiendan el uso del término lumbalgia no específica en base a que no es posible establecer el origen de este dolor. Sin embargo, la mayoría no se refieren a ninguna publicación primaria para avalar esta aseveración y actualmente no existe bibliografía que indique que el conocimiento del origen del dolor lleve a un mejor resultado (*outcome*) del paciente. Por eso son necesarios trabajos como el presente, bien a partir de fuentes primarias o por metaanálisis. No existe una definición aceptada para el dolor discogénico y, aunque el presente trabajo ha utilizado la discografía como patrón de referencia, no es una prueba definida ni consensuada ampliamente para su verificación (1). Otra de las limitaciones del presente trabajo es que los pacientes probablemente no sean representativos de los que requieren atención por lumbalgia. De hecho, básicamente eran los más adecuados para las inyecciones que se utilizaron como patrón de referencia. Por eso se necesitan más estudios (con y sin pruebas invasivas) en población no tan seleccionada para comprobar la prevalencia de la lumbalgia. De este trabajo también se sacan algunas consecuencias prácticas: la bajísima sensibilidad de la medicina nuclear para el dolor de articulaciones sacroiliacas. Esto merece reseñarse porque todavía es una de las pruebas más solicitadas en caso de sospecha de sacroileitis (la mayoría de los pacientes con lumbalgia debido a esta articulación tendrán una rastreo óseo negativo). La otra consecuencia: la RM de lumbares aporta mucha información, pero escasamente útil. Lo mejor: la utilidad de un disco hipointenso que indica que probablemente *no* es el origen de la lumbalgia. Y esto es más importante que todos los demás signos que podrían dar información *positiva*: alta intensidad de señal periférica del disco, cambios en las mesetas vertebrales y centralización. La explicación de que todos estos hallazgos "potencialmente positivos para patología" no ayuden es que son muy heterogéneos tanto en su observación como en su clasificación.

El uso no adecuado de las pruebas radiográficas aumenta la probabilidad de un resultado falso positivo y de un potencial error de diagnóstico (2). Así, la imagen diagnóstica sólo se debería pedir cuando existen los "signos de alarma": posible fractura, neoplasia, infección y síndrome de cauda equina (síndrome neurológico agudo de las raíces nerviosas sacro-pélvicas). Recordemos que el 75% de radiografías no proporcionan información útil en caso de lumbalgia. Además, los riesgos y costes de esta exploración no justifican el escaso potencial beneficioso de las mismas. Existen guías clínicas, modernas y validadas, que explican cómo se deben utilizar (3). La adscripción de las mismas por parte de la administración sanitaria y las sociedades científicas reforzaría su implantación, reduciendo la demanda de pruebas diagnósticas innecesarias. Después de la radiografía, la RM es la prueba idónea dada su ausencia de radiación y detalle anatómico. Sin embargo entre las técnicas de imagen presentes, existen escasos trabajos que hayan comprobado el acuerdo intra- e interobservador (4). Aun así, como acabamos de ver, no existe correlación entre la degeneración morfológica (p.ej. de las articulaciones interfacetarias) y su impacto funcional. Es necesario que los estudios que tratan de esta patología empleen cuestionarios validados de impacto funcional y sistemas de gradación por imagen con demostrada validez (4).

Estanislao Arana

Servicio de Radiología
Hospital Quirón. Valencia

(1) Wichman HJ. Discography: over 50 years of controversy. *WMJ*. 2007;106:27-9.

(2) Russo RB. Diagnosis of low back pain: role of imaging studies. *Clin Occup Environ Med*. 2006;5:571-89.

(3) Guía de Práctica Clínica para la lumbalgia inespecífica. Grupo Español de Trabajo del Programa Europeo COST B13. 2005. URL:www.reide.org, visitado 31/01/2008.

(4) Kettler A, Wilke HJ. Review of existing grading systems for cervical or lumbar disc and facet joint degeneration. *Eur Spine J*. 2006;15: 705-18.

Descentralización de competencias y estructuras formales: nosotros bien, gracias

Meirovich G, Brender-Ilan Y, Meirovich A.

Quality of hospital service: the impact of formalization and decentralization. *Int J Health Care Qual Assur.* 2007;20(3):240-252.

Objetivos

Investigar las relaciones existentes entre dos dimensiones estructurales (la formalización y la descentralización de competencias) y dos dimensiones de la calidad en la prestación de los servicios: forma en que un producto o servicio se adapta a las necesidades del demandante (quality of design) y oportunidad y adecuación en su administración, entendida como la relación entre las características del producto o servicio y su especificación (conformance quality).

Método

Especificación de hipótesis que se exploran mediante el uso de análisis de la correlación y de la regresión a partir de las variables generadas en un cuestionario de evaluación de la actividad. Muestra de 758 individuos: 244 son miembros del staff directivo y 514 son pacientes. La muestra corresponde a cinco hospitales en Israel. El cuestionario contiene 8 ítems. Las respuestas se recogen mediante una escala de Lickert de 5 puntos.

Resultados

El trabajo de los investigadores permite enfatizar la necesidad de contemplar la descentralización y la formalización de los pautas de trabajo en la práctica asistencial como dos elementos complementarios y no contrapuestos. El modelo teórico de referencia está basado en los principios de la calidad total. El análisis de la información recogida permite probar satisfactoriamente la mayor parte de los su-

puestos establecidos. Cinco de las seis hipótesis planteadas por los autores no resultan rechazadas por las opiniones de los encuestados: mayores niveles de descentralización y formalización se corresponden, respectivamente, con mayores valoraciones de adaptación a las necesidades y de adecuación de la prescripción. Más énfasis en el diseño se asocia con mejores respuestas de los pacientes en términos de la satisfacción percibida, mientras que el establecimiento de elementos facilitadores de la formalización están asociados positivamente también con el nivel de adecuación. Los datos no confirman el supuesto que los elementos facilitadores de la formalización sobre la adecuación de la prescripción o administración del servicio sean mayores que los observados en situaciones de formalización común.

La aproximación empírica proporciona evidencia a favor de la existencia de una relación entre la descentralización y formalización y las dimensiones de la calidad total (design quality y conformity quality) utilizadas en el modelo. El distinto grado de incertidumbre en que se desenvuelve la actividad asistencial resulta determinante de la fuerza de la asociación y, en definitiva, de la justificación de patrones de comportamiento organizacional más cercanos a la descentralización de los centros de decisión o, por el contrario, al sometimiento rígido a los protocolos cerrados.

Financiación: No consta.

Correspondencia: gabi@mail.sapir.ac.il

COMENTARIO

El debate acerca de los beneficios finales de la descentralización de competencias y el reforzamiento de las estructuras formales tiene una amplia trayectoria que proviene de la industria manufacturera (1). En el sector de los servicios, y en el de la prestación de servicios de salud, el tema también tiene ya una amplia experiencia acumulada. El tratamiento de estos dos aspectos de forma relacionada con dimensiones de la calidad es una de las novedades abordadas por los autores de este trabajo. El diseño se entiende como el grado por el que un servicio responde a las necesidades y expectativas de los consumidores. La adecuación se entiende como el grado de asociación entre las especificaciones del servicio y su implementación práctica, es decir su precisión y consistencia.

La evidencia empírica señala que mayores niveles de formalización y concentración de las decisiones suelen redundar en una mejora de los resultados en entornos con pocas dosis de incertidumbre (2,3). Esta mejora en la eficiencia suele acompañarse de menor cintura ante situaciones cambiantes o, dicho de otro modo, en ámbitos en donde la incertidumbre es mayor, la descentralización y la menor formalización en los protocolos de la práctica se asimilan a mejoras en la calidad de las prestaciones. El establecimiento de esquemas organizativos innovadores (grupos de trabajo flexibles, *empowerment*, reducción de niveles jerárquicos) favorece la descentralización de competencias (4).

Las posiciones extremas, (des)centralización y/o estructuras (no) formalizadas, resultan convenientes para asegurar el alcance de objetivos concretos sean estos, respectivamente, relativos a la satisfacción de las necesidades de los pacientes o a la adecuación de los procedimientos. El grado de incertidumbre, la aparición de situa-

ciones novedosas, exige por su parte mayor flexibilidad y capacidad de adaptación al cambio. Estructuras rígidas difícilmente pueden responder a situaciones nuevas como, por ejemplo, las impulsadas por los fenómenos migratorios y las exigencias que los individuos formulan acerca de los servicios de salud. También se exige de las organizaciones una mayor capacidad de respuesta en situaciones límite. La crónica de la epidemia de gripe siempre anunciada pero raramente prevista con exactitud temporal o, por otra parte, imponderables –por desgracia cada vez más frecuentes– como incendios, apagones de luz, etc., no son más que algunas referencias cercanas de lo que genéricamente definen la incertidumbre. El manejo simultáneo del conflicto estructural entre descentralización y formalización es una de las posibilidades para asegurar la mejora de la calidad de la prestación y, en definitiva, de los resultados.

Carles Murillo

CRES. Departament de Ciències Experimentals i de la Salut
Universitat Pompeu Fabra

(1) Sureshchandar GS, Chandrasekharan Rajendran, Anantharaman RN. The relationship between management's perception of total quality service and customer perceptions of service quality. *Total Quality Management and Business Excellence.* 2002; 13(1):69-88.

(2) Damanpour F. Organizational innovation: a meta-analysis of effects determinants and moderators. *Acad Manage J.* 1991;34(3):555-90.

(3) Palmer I, Dunford R. Out with the old and in with the new? The relationship between traditional and new organizational practices. *The International Journal of Organizational Analysis.* 2002;10(3):209-25.

(4) Douglas TJ, Judge WQ. Total quality management implementation and competitive advantage: the role of structural control and exploration. *Acad Manage J.* 2001; 44(1):158-69.

El retraso en la desfibrilación en pacientes hospitalizados es más frecuente de lo esperado, tiene consecuencias y se podría mejorar

Chan PS, Krumholz HM, Nichol G, Nallamothu BK, and the American Heart Association National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation Investigators.

Delayed time to defibrillation after in-hospital cardiac arrest. N Engl J Med. 2008;358:9-17.

Problema

En Estados Unidos se producen entre 370.000 y 750.000 paradas cardíacas al año en pacientes ingresados en un hospital. La supervivencia, si la causa es una fibrilación ventricular o una taquicardia ventricular sin pulso, aumenta si se realiza rápidamente una desfibrilación. Las recomendaciones son que esta resincronización comience en menos de 2 minutos desde que se detecta la parada. Por encima de ese tiempo se consideraría una desfibrilación retrasada.

Objetivos

Examinar la frecuencia de la desfibrilación retrasada en pacientes hospitalizados que presenten una parada cardíaca, e investigar la asociación entre retraso y supervivencia.

Metodología

Análisis de un registro nacional (multicéntrico) prospectivo de paradas cardíacas en pacientes hospitalizados. Existe un proceso de certificación y recertificación para entrar y permanecer en el registro, en el que se evalúa la calidad de los datos aportados.

Se recogieron datos de 369 hospitales durante 5 años. Se detectaron 14.190 casos de paradas cardíacas en pacientes hospitalizados. Solo se incluyeron pacientes que sufrieran la parada estando en camas de cuidados intensivos o en planta. Se excluyeron las que sucedieron en quirófanos, en salas de procedimientos (como hemodinámica), o en salas de urgencias. También se excluyeron datos de diferentes paradas en el mismo paciente, durante el mismo ingreso, los pacientes con desfibriladores implantables o con medicación intravenosa relacionada con las arritmias ventriculares.

Se midió el tiempo desde la detección de la parada hasta el comienzo de la primera atención usando los registros de la historia clínica. El resultado principal fue la supervivencia al alta; también se midieron la supervivencia a las 24 horas y el estado neurológico y funcional al alta.

Resultados

De los 14.190 casos de paradas, se incluyeron en el análisis 6.789. El tiempo medio hasta la desfibrilación fue de 1 minuto. Un 30% de los casos superó los 2 minutos (se consideraron retrasos). Respecto a la supervivencia al alta, comparando el grupo sin retraso frente al grupo con retraso, se obtuvo una OR ajustada (por características del paciente y del hospital) de 0,48 (IC 95%: 0,42 - 0,54). Entre los que sobrevivieron, el retraso en la desfibrilación se asoció a una mayor probabilidad de problemas neurológicos (OR 0,74, IC 95%: 0,57 - 0,95) y a un peor estado funcional (OR 0,74, IC 95%: 0,56 - 0,96).

Las variables que se asociaron al retraso en la desfibrilación fueron: el grupo étnico (solo fue significativo el grupo de afroamericanos), motivo de ingreso no cardíaco, hospitales de menos de 250 camas, ingreso en camas no monitorizadas y el momento en que ocurrió la parada (fuera del horario de trabajo o en fines de semana).

Conclusiones

El retraso en la desfibrilación después de una parada cardíaca en pacientes ingresados es común, se asocia con menores tasas de supervivencia, y podría tener causas modificables.

Financiación: National Institutes of Health y del Ruth I. Kirchstein Service.
Correspondencia: pchan@cc-pc.com

COMENTARIO

Los desfibriladores automáticos externos son dispositivos que se están instalando en lugares donde se producen grandes aglomeraciones de público, como aeropuertos, estaciones o grandes centros comerciales. Esta medida está encaminada a disminuir el tiempo hasta la desfibrilación en pacientes que tengan una parada cardíaca. Sin embargo, y como parece lógico, la mayoría de las paradas cardíacas se producen en pacientes que están hospitalizados. Uno podría pensar que estos casos están bien atendidos, pero la realidad es que no lo sabemos.

Este estudio presenta varios aspectos muy interesantes. En primer lugar, la concepción del mismo. Ante unas evidentes lagunas de conocimiento (sobre la incidencia de paradas cardíacas en pacientes hospitalizados, la frecuencia del retraso en la desfibrilación y sus consecuencias), se pone en marcha un estudio multicéntrico basado en un registro. Está claro que hay cuestiones en las que no se puede plantear un ensayo clínico, pero entonces hay que recurrir a diseños alternativos. Lo que no es tolerable es el desconocimiento.

En segundo lugar, los resultados. Aunque el criterio de más de 2 minutos para calificar como retrasada a una desfibrilación pueda parecer algo estricto, en el estudio se apreció un gradiente en los resultados con el que se puede concluir que cuanto antes, mejor. Teniendo en cuenta que la entrada de los hospitales en el registro es voluntaria y que está muy controlada, estos son los mejores resultados obtenibles y plantea dudas sobre la situación de otros hospitales no incluidos. Un 30% de desfibrilaciones retrasadas en pacientes hospitalizados también es poco tolerable.

En tercer lugar, los factores asociados. No entraremos en esta ocasión sobre los aspectos de desigualdades (el retraso en el grupo de afroamericanos podría dar para bastante discusión, incluyendo la metodológica). Claro, si te han ingresado por un infarto seguro que estás más pendientes de que tengas una parada cardíaca, y si encima estás en una cama con monitorización, seguro que se detecta antes. Pero no es eso lo que se midió, sino el tiempo que se tardó en iniciar la atención, después de la detección. Y entonces ya no se ve tan claro. De lo más llamativo es que el retraso se asocie al momento en que sucede la parada ("fuera de horas" y en fines de semana).

¿Qué pasa en el Sistema Nacional de Salud español? Como suele ser habitual, no se sabe. Yo ya les he dicho a mis familiares que acudan al hospital en horario de oficina, pero ahora les tendré que decir que si se paran, lo hagan también entre las 8:00 y las 17:00. Por si acaso.

Román Villegas

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía

Innovando en los procesos también se contribuye a mejorar la calidad de la prestación sanitaria

Ovretveit J, Scott T, Rundall TG, Shortell SM, Brommels M.

Improving quality through effective implementation of information technology in healthcare. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(5):259-266.

Objetivos

Describir la implementación de un nuevo sistema de registro médico electrónico (RME) en un hospital. Evaluar los efectos que dicho sistema tiene sobre la organización y los factores que facilitaron y dificultaron el éxito del mismo.

Tipo de estudio

Estudio de caso cualitativo donde se han replicado los métodos y cuestiones de un estudio relevante realizado en EEUU (1) sobre la implementación de un sistema de RME. Este trabajo se realizó mediante encuestas semi-estructuradas y documentación complementaria.

Contexto

La aplicación del sistema RME se realizó en un gran hospital de Suecia antes, durante y después de la fusión de dos hospitales para conformarlo.

Muestra de pacientes

En la muestra de conveniencia (n=30) se incluyeron informantes conocedores del método de elección, diseño e implementación del sistema de RME. La muestra definitiva estaba compuesta por: el jefe del proyecto, cuatro jefes de proyecto a tiempo parcial, tres personas del grupo de supervisión, cuatro jefes de división, siete directivos de servicio, un instructor, cinco enfermeras, cuatro doctores y un/a secretario/a de doctor.

Descripción de la intervención

Desarrollo y aplicación de un sistema de registro médico electrónico en un gran hospital de Suecia con necesidades especiales de comunicación. El sistema de información se desarrolló de forma consensuada con los departamentos y servicios del mismo.

Resultados

La aplicación en Suecia se consiguió en un año y por debajo de la mitad del presupuesto, mediante un sistema RME del que se percibió que ahorra tiempo e incrementaba la calidad del cuidado del paciente. La implementación del sistema de información en este caso recibió un claro apoyo tanto del personal administrativo como médico (incremento de la calidad/cantidad de información, mejora de la seguridad médica, potencial desarrollo futuro del sistema). Sin embargo, este sistema no estuvo exento de detractores que se apoyaban en argumentos relacionados con el tiempo de aprendizaje del mismo.

Conclusión

El éxito a la hora de aplicar un sistema de RME es tanto mayor si este es: simple, intuitivo (requiere poca formación), ha sido desarrollado conjuntamente con el personal médico y permite flexibilidad para futuros desarrollos. Asimismo, el calendario de implementación ha de ser realista y estar adaptado al cambio de las capacidades de la organización. Por último, y una vez un sistema ha sido escogido, la aplicación del mismo ha de ser dirigida desde la dirección hospitalaria, apoyada por los jefes de departamento, y asistidos por los componentes de los equipos de investigación.

Conflicto de interés: Declaran que no existe.

Correspondencia: jowret@aol.com

COMENTARIO

Los avances tecnológicos han impactado fundamentalmente en las tecnologías sanitarias más cercanas a la práctica asistencial. Esto, sin embargo, no es óbice para que también se produzcan avances importantes en los procesos administrativos de apoyo a las decisiones gerenciales.

La implementación de las nuevas tecnologías de la información a la gestión organizativa y empresarial ha sido un tema de especial relevancia desde principios de los años noventa hasta la actualidad. La paulatina incorporación de estos avances ha permitido incrementar tanto el nivel de eficiencia como los niveles de calidad de los sectores donde se han implementado (2). Sin embargo, y a pesar de los potenciales beneficios que estas nuevas tecnologías pueden generar en el sector sanitario, pocas son las investigaciones que analizan la implementación y los efectos de las mismas en el sector sanitario (1, 3).

De esta forma, la aplicación de un sistema de registro médico electrónico unificado puede mejorar tanto la calidad del servicio ofrecido al paciente como aspectos organizacionales del propio hospital. Así, por ejemplo, es posible mejorar los flujos de información entre los diferentes servicios de un hospital, así como disponer de información sobre el paciente en tiempo real. La fiabilidad que emana del procedimiento permite, a su vez, un ahorro de costes en el control y supervisión de la información. Además, este procedimiento es un paso más en la convergencia definitiva de los sistemas de información clínica y administrativa. Las mejoras en la comunicación interna (4) son evidentes con un sistema como el propuesto por los autores. Además, se pueden generar elementos positivos para mejorar los instrumentos informativos entre niveles asistenciales.

Sin embargo, el nivel de aplicabilidad de los diferentes avances tecnológicos está condicionado a las características concretas de la innovación y al contexto donde se intenta implementar. En esta línea, aspectos como la percepción por parte de los usuarios de la utilidad del sistema, la compatibilidad del mismo con los ya existentes o el nivel de complejidad del mismo pueden ser elementos claves para su éxito o fracaso. A diferencia de lo que sucede en otras propuestas de cambios en los procedimientos, la aplicación del RME no supone, en general, grandes problemas de adopción por parte de los clínicos que pueden evaluar positivamente los efectos de la medida y sus consecuencias en el mejor funcionamiento de los servicios. Por último, cabe destacar la importancia que tiene el consenso y participación, por parte de los futuros usuarios, en las diferentes etapas tanto en el diseño como en la implementación de un nuevo sistema de información.

Franco Sancho Esper

Dpto. Economía y Empresa, Universitat Pompeu Fabra

(1) Scott T, Rundall T, Vogt T, Hsu J. Kaiser Permanente's experience of implementing an electronic medical record: a qualitative study. *BMJ.* 2005;331:1313-1316.

(2) Mahajan V, Wind Y. Innovation diffusion models of new product acceptance. Cambridge Massachusetts: Ballinger Publishing Company. 1986.

(3) Meneu R, Ortún V, Rodríguez F. Innovaciones en gestión clínica y sanitaria. Barcelona: Masson cop. 2005.

(4) Walker J, Pan E, Johnston D, Adler-Milstein J, Bates DW, Middleton B. The value of health care information exchange and interoperability. *Health Aff.* 2005; Jan 19.

El valor de los avances médicos en el tratamiento de las enfermedades isquémicas del corazón en España supera ampliamente su coste

González López-Varcárcel B, Pinilla J.

The impact of medical technology on health: a longitudinal analysis of ischemic heart disease? *Value Health*. 2008;11(1):88-96.

Nota editorial: En anteriores números de GCS se han publicado varios comentarios de un mismo artículo. Ante las discrepancias con la visión aportada en el comentario sobre este trabajo aparecido en GCS 33 –ya señaladas por el defensor del lector– se retoma dicha práctica, aunque en esta ocasión de modo diacrónico.

Contexto

Las enfermedades isquémicas del corazón son una de las principales causas de muerte en los países desarrollados. Los Análisis Coste Beneficio Generalizados realizados en Estados Unidos (EEUU) han señalado que la aplicación de los avances médicos en este campo producidos en las últimas décadas han incrementado notablemente el gasto sanitario, pero el resultado obtenido ha compensado con creces el esfuerzo.

Objetivo

El objetivo del trabajo es estimar los costes y beneficios de los cambios en el manejo clínico de las enfermedades isquémicas del corazón en España durante el periodo 1980-2003.

Diseño y método

Empleo de técnicas de regresiones de jointpoint para identificar tendencias en las tasas de mortalidad y hospitalizaciones estandarizadas para enfermedades isquémicas del corazón más modelos de regresión logística para estimar dichas reducciones ajustadas por características de pacientes y tipo de ingreso. Las bases de datos consultadas fueron la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, el Conjunto Mínimo Básico de Datos hospitalarios (CMBD), para hospitalizaciones y fallecimientos, y datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, tarifas de consumos hospitalarios pu-

blicadas en el Boletín Oficial del Estado y registros de la Sociedad Española de Cardiología.

Resultados

Las tasas de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón se han reducido sustancialmente en España en los últimos 25 años. Los avances médicos han tenido gran influencia en ello. Concretamente, los autores señalan que si los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio (IAM) ingresados en 2003 hubieran sido tratados con las técnicas de 1980, la tasa de mortalidad hospitalaria se habría doblado (es decir, 5.326 personas no habrían sobrevivido). Si bien los costes por ingreso (IAM) se han doblado en términos reales, el coste incremental por vida adicional salvada asciende a 26.140 euros.

Conclusiones

Pese a que España es un país con tasas de mortalidad cardiovascular muy inferiores a las de EEUU y, si bien no se obtiene una cifra de coste por año de vida salvado (con o sin ajuste de calidad), los resultados obtenidos indican que también en España el valor de los avances médicos aplicados al campo de las enfermedades isquémicas del corazón supera holgadamente a su coste.

Financiación: Trabajo perteneciente al proyecto coordinado por V. Ortún, "Impacto de la atención sanitaria en la salud. Implicaciones para la conciliación entre innovación tecnológica y sostenibilidad del Estado del Bienestar en Europa", financiado por la Fundación BBVA.

Correspondencia: bvarcarcel@dmc.ulpgc.es

COMENTARIO

Este trabajo representa la incursión más brillante realizada por investigadores españoles en el campo del Análisis Coste Beneficio Generalizado, protagonizado por David Cutler y colegas, aunque, si se me permite decirlo, con una metodología más robusta que la de muchos de los trabajos del propio Cutler (1).

Para no incurrir en la adulación podríamos decir lo siguiente. Posiblemente los costes sanitarios estimados por los autores están infraestimados. La razón es que no se tiene en cuenta los costes de seguimiento de los pacientes supervivientes al IAM. No sería correcto suponer que la vida se salva únicamente por la intervención hospitalaria. Existen unos costes de rehabilitación, seguimiento y medicación que habría que tener en cuenta y que serían más elevados en 2003 que en 1980. Posiblemente esta es una de las principales causas de la discrepancia entre los costes indicados por los autores y el referido por el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica (2). La inclusión de dichos costes no hospitalarios no alteraría las conclusiones del trabajo pero sí serían relevantes a la hora de plantear un análisis donde los años de vida ganados fueran la medida de resultado.

Asimismo, aun a costa de reducir el periodo de observación, se puede invitar a los autores a repetir su análisis en un medio plazo utilizando datos hospitalarios más homogéneos (CMBD), lo cual, unido a la mejora de los registros de mortalidad, incrementaría la solidez de los datos empleados.

Sin restar un ápice a la brillantez e interés del análisis, los ACB gene-

ralizados son análisis casi macro, los cuales nos indican si ha merecido o no la pena la aplicación de un conjunto de innovaciones tecnológicas a un grupo de problemas de salud concreto. Sin embargo, su carácter agregado no permite análisis más micro para llegar a identificar bolsas de ineficiencia sobre quién recibe o no una determinada tecnología de las señaladas, desde las técnicas de revascularización cardíaca a la atención urgente (3). Por ello, quedaría abierto el campo a la realización de otros análisis complementarios sobre prevención secundaria de cardiopatía isquémica y mejoras en los servicios de atención urgente (¿cuántos más llegan vivos al hospital respecto a 1980?). Finalmente, recomendar a los lectores que no pasen por alto el apartado de discusión, donde los autores nos plantean cuestiones tan sugerentes como si los estilos de vida son endógenos a los cambios en las tecnologías sanitarias. Es decir, no sólo nos regalan su artículo sino que nos invitan a abrir nuevas agendas de investigación.

Juan Oliva

Universidad de Castilla La Mancha y FEDEA

(1) Cutler D, Richardson E. The Value of Health, 1970-1990. *Am Econ Rev*. 1998;88(2):97-100.

(2) Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Integral de Cardiopatía Isquémica. 2004-2207. 2003.

(3) Márquez-Calderón S, Jiménez A, Perea-Milla E et al. Variaciones en la hospitalización por problemas y procedimientos cardiovasculares en el Sistema Nacional de Salud. *Atlas de Variaciones de la Práctica Médica*. 2006;2(2).

El valor estadístico de la vida: un concepto útil en la planificación sanitaria

Riera Font A, Ripio Penalva A, Mateu Sbert J.

Estimación del valor estadístico de la vida en España: una aplicación del método de los salarios hedónicos. Hacienda Páb Esp. 2007;181:29-48.

Objetivo

El estudio tiene como objetivo estimar el valor estadístico de la vida humana (VEV) o valor de evitar una muerte estadística.

Concepto

El concepto de VEV se basa en la disposición a pagar por reducir riesgo de muerte o la disposición a ser compensado por aceptar un aumento en dicho riesgo. Por ejemplo, si cada miembro de un grupo de 10.000 personas está dispuesto a pagar 100 € por reducir su riesgo de muerte en un 1 por 10.000 anual, entre todas pagarían 1.000.000 € para reducir ese riesgo y se evitaría una muerte cada año. En este caso, el VEV sería de 1 millón de euros.

Métodos

Los métodos que se utilizan para estimar el VEV se dividen en métodos de preferencias declaradas o en métodos de preferencias reveladas. El presente trabajo utiliza el método de las preferencias reveladas. En este método, el VEV se deduce de las decisiones que los sujetos toman en el mercado. En este caso, los autores utilizan el método denominado de los Salarios Hedónicos, esto es, se basa en la observación de las decisiones en el mercado de trabajo. Se supone que los trabajadores que aceptan trabajos con mayor riesgo han de ser compensados con un salario mayor y eso permite calcular el VEV.

Datos

Los autores utilizan dos conocidas bases de datos –el Panel de Hogares de la Unión Europea y la Estadística de Accidentes de Trabajo del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales– que les permiten disponer de información sobre salarios, características del individuo y características del puesto de trabajo. Entre dichas variables explicativas del salario, incluyen el riesgo de tener un accidente mortal en función de la ocupación del individuo y de la rama de actividad. En total, la muestra que utilizan es de 11.257 individuos.

Resultados

Los autores realizan un análisis multivariado que les permite aislar el efecto de la variable “riesgo mortal” del resto. Dicha variable es estadísticamente significativa y con signo positivo, esto es, a mayor riesgo de muerte, mayor salario. Este signo positivo permite ratificar la hipótesis de que existe una diferencia salarial que compensa el mayor riesgo de muerte. El coeficiente permite cuantificar dicha compensación y, por tanto, el VEV entre 2 y 2,7 millones de euros, a precios de 2000.

Correspondencia: antoni.riera@uib.es

COMENTARIO

Este es el segundo trabajo publicado en España sobre el VEV a partir de la metodología de los Salarios Hedónicos. El primero es el de Albert y Malo (1995) (1) que cuantificaron el VEV en 360 millones de pesetas a precios de 1991 (unos 3 millones de euros a precios de 2000). También se dispone en nuestro país de estimaciones del VEV basadas en el método de preferencias declaradas (Martínez Pérez et al, 2008 (2)). En este estudio se preguntó la disposición a pagar por reducir el riesgo de muerte en un accidente de tráfico. Los resultados arrojan, en este caso, un VEV que oscila entre los 2,7 y los 4,5 millones de euros.

En este comentario se van a omitir diversos problemas metodológicos que están presentes en estas estimaciones. Nos centraremos, brevemente, en responder a la pregunta: ¿es útil el concepto de VEV para la planificación sanitaria? Dado que algunas instituciones regulatorias ya lo han utilizado, parece que la respuesta es obvia: sí que es útil. Por ejemplo, la Food and Drug Administration (3) estimó que con la nueva regulación sobre la calidad de las mamografías se evitarían 75 muertes de mujeres al año. Utilizaron un VEV de 5 millones de dólares y estimaron que el beneficio de la nueva regulación superaba los costes. De la misma forma, a partir del VEV se han derivado valores monetarios para mejoras en años de vida o años de vida ajustados por calidad. Dichos valores monetarios podrían utilizarse para decidir si los beneficios de una tecnología médica superan o no los costes. Además, no hay que olvidar que el VEV es un concepto que se utiliza por diversas agencias regulatorias en áreas tales como transporte o medio ambiente, que tienen un claro impacto sobre la salud de las personas. Parece lógico

que los valores que se utilizan para tomar decisiones sobre la salud en un ámbito (transporte) puedan extrapolarse –posiblemente de forma no directa– a otros (sanidad).

No obstante, hay que señalar que aplicar el concepto de VEV a la sanidad supone aceptar que la planificación sanitaria se tiene que basar en las preferencias y valores individuales. Esto puede chocar con la práctica de basar decisiones en ratios tales como el coste por año de vida ganado o el coste por Año de Vida Ajustado por Calidad (o en métodos mucho menos formalizados). Las dos perspectivas pueden entrar en conflicto en la medida en que la sociedad no valore los riesgos de pérdida de la salud de forma proporcional a las medidas de resultado normalmente utilizadas, tales como los años de vida ganados (ajustados o no por calidad). Si se está de acuerdo en que es deseable basar las decisiones sanitarias públicas en las preferencias de quienes financian el sistema sanitario, sería deseable aumentar el número de estudios que valoran la salud con dinero.

José Luis Pinto

Universidad Pablo de Olavide
Fundación Centro de Estudios Andaluces

(1) Albert C, Malo MA. Diferencias salariales y valoración de la vida humana en España. *Moneda y Crédito*. 1995;20:87-125.

(2) Martínez Pérez E, Abellán Perpinán JM, Pinto Prades JL. El Valor Monetario de la Vida Estadística en España a través de las Preferencias Declaradas. *Hacienda Pública Española* 2008 (en prensa).

(3) Department of Health and Human Services, Public Health Service, Food and Drug Administration. *Quality Mammography Standards*, 62 Fed. Reg. 55,852. 1997.

Evaluación económica de un tratamiento quirúrgico para la enfermedad de Parkinson avanzada

Valldeoriola F, Morsi O, Tolosa E, Rumià J, Martí MJ, Martínez-Martín P.

Prospective comparative study on cost-effectiveness of subthalamic stimulation and best medical treatment in advanced Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2007;22(15):2183-91.

Contexto y objetivo

La enfermedad neurológica de Parkinson actualmente no tiene curación, así que todos los tratamientos existentes sirven para retrasar y controlar sus síntomas. En su inicio, el tratamiento más efectivo es la Levodopa pero su consumo continuado, sin embargo, tiene efectos adversos como discinesias (movimientos involuntarios) y estados "off" (la reaparición de los síntomas de forma brusca e incontrolada al disminuir las dosis en sangre). Así pues, cuando la enfermedad se encuentra en este estado avanzado es recomendable iniciar un nuevo tratamiento, siendo el tratamiento quirúrgico de la Estimulación Cerebral Profunda (ECP) una de las alternativas a considerar. El objetivo de este estudio prospectivo es realizar un análisis coste-utilidad de dicha tecnología sanitaria ECP respecto a la alternativa de mejor tratamiento médico (BMT, best medical treatment).

Intervención

Se lleva a cabo un ensayo clínico abierto y no aleatorio con 29 pacientes candidatos a la ECP en la unidad de Neurología del Hospital Clínic de Barcelona. Del total, 15 pacientes se someten a la ECP (treatment group) y los otros 14 (control group) reciben la alternativa BMT, mientras aguardan durante un año en la lista de espera para la ECP. Se incluyen pacientes menores de 75 años que sufren la enfermedad en su estado avanzado durante un periodo mínimo de siete años y se excluyen aquellos con problemas cognitivos severos, como la demencia, con lesiones neuronales o atrofia cerebral. El seguimiento de ambos grupos se efectúa un mes previo a la operación y durante los 12 meses posteriores a ésta.

Costes

Se adopta una perspectiva social y se consideran los costes directos sanitarios y no sanitarios, omitiendo los indirectos. Entre los costes sanitarios están la medicación antiparkinsoniana, visitas a especialistas, días de hospitalización, pruebas, y complicaciones. Los costes del procedimiento ECP (la operación y el dispositivo) se determinan mediante la tarifa con la que el Institut Català de la Salut (ICS) reembolsa al Hospital Clínic. Como costes directos no sanitarios se registran el transporte, fisioterapia, logopeda, psicoterapia, asistencia de los servicios sociales y material ortopédico. Los costes se expresan en euros 2005 y no se utiliza ninguna tasa de descuento. También se realiza un análisis de sensibilidad excluyendo los costes más elevados dentro del grupo control.

Resultados y conclusiones

El ratio incremental de coste-efectividad indica que una mejora de un punto en la escala UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale) tiene un coste de 240 € mientras que el segundo estima que el coste adicional de año adicional de vida ajustado por calidad es 34.389 €. Dos determinantes son básicos en la magnitud de dicho ratio: la elevada eficacia de la ECP y la considerable reducción de los costes farmacológicos asociados a ésta. Dados estos resultados, la ECP podría considerarse un tratamiento coste-efectivo al situarse alrededor del umbral extraoficial utilizado en España de 30.000 € por AVAC adicional. Sin embargo, en el análisis de sensibilidad dicho ratio llega a 62.148 € por AVAC.

Financiación: Sociedad Española de Neurología.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Correspondencia: fvallde@clinic.ub.es

COMENTARIO

Estudios realizados en España sitúan la tasa de prevalencia de la enfermedad de Parkinson alrededor del 1,5% (1) entre la población mayor de 65 años, unas 112.000 personas en 2007, aunque también se observan considerables diferencias entre Comunidades Autónomas (2) (desde La Rioja con un 3,18% a Andalucía con 1,3%).

El presente trabajo constituye el primer estudio coste-efectividad realizado en España para la terapia ECP, representando una significativa contribución en el área de la evaluación económica en general, y en el estudio de la enfermedad de Parkinson en particular, de nuestro país. Este hecho, sin embargo, no impide que los resultados deban tomarse con cautela dadas algunas de sus limitaciones metodológicas. Primero, el reducido tamaño de pacientes de un mismo centro hospitalario complica la extrapolación de los resultados más allá de este estudio. Segundo, el horizonte temporal omite información sobre costes y efectividad de la ECP más allá del año considerado. En cuanto a la efectividad, existe evidencia (3) de que ésta disminuye con el tiempo hasta nivelarse con la obtenida por la terapia farmacológica mientras que los costes aumentan por una segunda operación (3) (reemplazo de la batería del neuroestimulador) que se precisa aproximadamente 5 años después del inicio del tratamiento. Finalmente, los costes de la operación y del dispositivo de la ECP los determina en este caso el ICS, así que éstos pueden variar según centros o CC.AA. La inclusión de costes directos no sanitarios es un hecho apreciable del estudio y que muchas evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias tienden a obviar. La enfermedad de Parkinson conlleva limitaciones funcionales, en algunos casos severas, que impiden a los enfermos gozar de completa autonomía. Es por ello que muchos precisen de algún tipo de ayuda, formal o informal, que conlleva costes monetarios y que deben contemplarse desde la perspectiva social.

En una futura evaluación sería interesante el ejercicio donde se comparara la ECP con el tratamiento con Duodopa (4) dado que ambos han demostrado, aunque por separado, una mayor eficacia respecto a la alternativa farmacológica convencional.

Ruth Puig

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)

Universitat Pompeu Fabra. Barcelona

(1) Benito-Leon J, Bermejo-Pareja F, Rodriguez J, Molina JA, Gabriel R, Morales JM; Neurological Disorders in Central Spain (NEDICES) Study Group. Prevalence of PD and other types of parkinsonism in three elderly populations of central Spain. *Mov Disord.* 2003;18:267-74.

(2) Abasolo-Osionaga E, Abecia-Inchaurregui LC, Fernández-Díaz E, Barcenilla-Laguna A, Bañares-Onraita T. Prevalencia y coste farmacológico de la enfermedad del Parkinson en España. *Rev Neurol.* 2006;43(11):641-645.

(3) Tomaszewski KJ, Holloway RG. Deep brain stimulation in the treatment of Parkinson's disease: a cost-effectiveness analysis. *Neurology.* 2001;57(4):663-671.

(4) Nyholm D. Enteral levodopa/carbidopa gel infusion for the treatment of motor fluctuations and dyskinesias in advanced Parkinson's disease. *Expert Rev Neurotherapeutics.* 2006;6(10):1403-1411.



IV. SEMINARIO CRES DE ECONOMÍA DE LA SALUD Y DEL MEDICAMENTO: AJUSTE DE RIESGOS: MODELOS Y APLICACIONES PARA LA FINANCIACIÓN SANITARIA Y LA GESTIÓN CLÍNICA

Barcelona, 16 y 17 de octubre de 2008

Coordinadores: Pere Ibern y Manuel García Goñi

Programa

Jueves 16 de octubre, de 10.00 a 18.00 horas.

- Bienvenida y presentación del Seminario CRES.
- El ajuste de riesgos: Introducción, evolución y aplicación en distintos países. Modelos alternativos de medición de la morbilidad y ajuste de riesgos.
- Aplicaciones clínicas del ajuste de riesgos. Morbilidad, utilización, costes y resultados en salud en una organización sanitaria integrada.
- Aplicaciones financieras del ajuste de riesgos. Pago capitolativo e incentivos en atención primaria y en organizaciones sanitarias integradas.

Viernes 17 de octubre, de 9.00 a 17.15 horas.

- El ajuste de riesgos como herramienta de predicción del gasto sanitario y farmacéutico.
- Ejercicio práctico: Ajustando el riesgo con DCGs y CRGs.
- Implicaciones en política sanitaria de la utilización del ajuste de riesgos.
- Clausura.

Ponentes

Pere Ibern Regás. Profesor asociado. Departamento de Economía y Empresa. Universidad Pompeu Fabra. Investigador del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES).

Manuel García Goñi. Profesor de Economía. Departamento de Economía Aplicada II. Universidad Complutense de Madrid. Investigador del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES).

José M Inoriza Belzunce. Médico. Departament d'Avaluació, Informació i Recerca.

Vicente Ortún. Profesor del Departamento de Economía y Empresa. Universidad Pompeu Fabra. Director del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES).

Ceremonia de confusión evitable

Antioch KM, Ellis RP, Gillett S, Borovnicar D, Marshall RP.

Risk adjustment policy options for casemix funding: international lessons in financing reform. Eur J Health Econ. 2007;8(3):195-212.

Objetivo

Encontrar un sistema que mejore las medidas de casuística utilizadas en Victoria, Australia, y a partir de su aplicación al sistema de pago reduzca las desviaciones incurridas por hospitales docentes.

Contexto

Australia y en especial Victoria han aplicado desde hace casi 15 años los sistemas de medida de casuística, en especial los *Diagnosis Related Groups (DRGs)*, en la financiación de los hospitales. Sin embargo la dificultad de predicción de costes entre hospitales docentes y no docentes se mantiene. En parte puede deberse a mayor complejidad de los pacientes referidos. Por ello se estableció una comisión gubernamental para analizar tal impacto y considerar ajustes de riesgo en los DRGs.

Métodos

Se identificaron aquellos DRGs que provocaban mayores desviaciones presupuestarias en hospitales docentes. Se utilizaron modelos de regresión lineal que incluían variables independientes tales como diagnósticos para capturar gravedad y datos habituales del conjunto

mínimo básico de datos. La variable dependiente eran los costes por paciente y se ensayaron distintos modelos de pago posibles: gravedad, subsidio ajustado por riesgo, subsidio por docencia, subsidio parcial ajustado por riesgo.

Resultados y conclusiones

El estudio muestra el detalle de las tablas con los resultados de las regresiones para cada modelo. Al mismo tiempo se realizan las simulaciones de su aplicación para los 23 hospitales y para los 59 DRGs problemáticos. Se analizan los ganadores y perdedores de cada asignación alternativa. En realidad los déficits acaban reduciéndose un 10% únicamente. Los autores muestran las limitaciones de su aproximación y de haber escogido tan sólo 59 categorías y proponen considerar el modelo de *Diagnostic Cost Groups* sobre el de los DRGs para resolver tal situación e indican el trabajo en curso.

Financiación: No declarada.

Conflicto de intereses: No declarado.

Correspondencia: kantioch@yahoo.com.au

COMENTARIO

Rubén Bladés popularizó la frase "si naciste pa' martillo, del cielo te caen los clavos". Y precisamente la orientación de este artículo encaja plenamente con ella. Se ha tratado de utilizar la regresión lineal con un conjunto de variables para convencer de que es posible resolver el sistema de pago de los hospitales docentes. Al final los mismos autores confirman que todo su viaje no les ha llevado a ninguna parte y que necesitarán empezar de nuevo con otra aproximación. En este sentido se trata de una investigación que es capaz de mostrar un resultado no convincente y visto el sesgo de publicación habitual, resulta loable.

Ahora bien, resulta que la aproximación alternativa que proponen previsiblemente les va a situar en un nuevo resultado incierto. El motivo es sencillo, la medida de la casuística busca significación clínica y significación económica al mismo tiempo. Mientras que la casuística se refiere a la actividad realizada (ingreso hospitalario), las medidas de ajuste de riesgos o morbilidad se refieren a un conjunto de episodios-actividades ante una enfermedad. La confluencia de medidas de casuística con medidas de morbilidad puede dar lugar a sorpresas mayúsculas porque las bases de partida son diametralmente distintas. Si a ello le añadimos que mientras los DRGs son una clasificación categórica, a cada paciente corresponde una categoría, y los DCGs admiten que cada paciente esté en más de una categoría, la confusión puede ser máxima (dejando aparte los requisitos de costes individuales de hospitalización necesarios para aplicar los DCGs).

Cualquier sistema de pago tiene que tratar de aprovechar el máximo de información disponible y al mismo tiempo necesita poder enviar las señales correctas a los que toman decisiones. Todo exceso y complejidad innecesaria se va a cobrar en dificultades de aplicación y distorsiones. Lo mejor puede ser enemigo de lo bueno. Y en este caso resulta que olvidaron que ya existen alternativas para resolver el problema que se plantean. Los DRGs han tenido desde su origen una crítica fundada que se reflejó en un estudio de los

propios creadores del sistema (1). En la actualidad ya se dispone de metodologías que incorporan la gravedad y comorbilidad en las categorías de DRGs. Fundamentalmente los dos modelos más desarrollados son el *International Refined DRG-IRDRG* y el *MSDRG* (2), si bien los autores se centraron en la versión australiana que justamente está desfasada. Aun así, la medida de la casuística resulta insuficiente para poder explicar la variabilidad de costes entre hospitales docentes y no docentes. Los costes dependen de otros factores que la gravedad o comorbilidad. Los sistemas de pago necesitan ir más allá de explicar los costes, necesitan diseñar los incentivos adecuados para que se revele información y para que se motive el esfuerzo para conseguir resultados de salud. En este sentido los autores olvidaron la referencia clave (3).

Si hay dos lecciones que podemos aprender de la lectura del artículo es en primer lugar que el esfuerzo investigador requiere ante todo una dosis de amplia perspectiva. El microcosmos en el que nos movemos actuará necesariamente de factor de confusión si no somos capaces de revisar el estado de la cuestión desde un inicio. El acceso a información está disponible, sólo hace falta utilizarla adecuadamente. Y en segundo lugar, cualquier propuesta de regulación y financiación de hospitales requiere un diseño desde los fundamentos de la economía, del diseño de incentivos. Si algo sabemos es que pagar por caso, poner un precio por DRG, introduce distorsiones que pueden evitarse y existen alternativas factibles para ello.

Pere Ibern

Universitat Pompeu Fabra, Centre de Recerca en Economia i Salut

(1) Averill RF, McGuire TE, Manning BE, Fowler DA, Horn SD, Dickson PS et al. A study of the relationship between severity of illness and hospital cost in New Jersey hospitals. *Health Serv Res.* 1992 Dec;27(5):587-606; discussion 607-12.

(2) Wynn B, Scott M. Evaluation of Severity-Adjusted DRG Systems. 2007; Rand Working Paper WR434/1-CMS.

(3) Newhouse JP. Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production versus Selection. *J Econ Lit.* 1996 09;34:1236-1263.

La capacidad de elección en los servicios públicos también se puede (y se debe) redistribuir entre todos los usuarios

Le Grand J.

The Politics of Choice and Competition in Public Services. *Polit Q.* 2007;87(2):207-213.

Objetivo

Describir y analizar las ventajas e inconvenientes de cuatro modelos básicos de provisión de servicios públicos, especialmente educación y sanidad, en el contexto del Reino Unido: el modelo basado en la confianza en los profesionales con la menor interferencia pública (*Trust model*), el modelo basado en objetivos y resultados controlados de forma centralizada (*Targets and Performance model*), el modelo basado en la satisfacción de los usuarios (*Voice model*) y el modelo basado en la capacidad de elección y la competencia entre proveedores (*Choice and Competition model*).

Método

Artículo de carácter literario y descriptivo analizando los pros y contras de los cuatro modelos de provisión de servicios públicos desde la perspectiva de los dos grandes grupos políticos (izquierda socialdemócrata y derecha conservadora) y desde la perspectiva de la oferta y la demanda de servicios (proveedores y usuarios).

Resultados

La izquierda socialdemócrata. Existe una hostilidad ideológica de muchos socialdemócratas en contra de la capacidad de elección y la competencia en la medida que este modelo se relaciona con una opción de mercado (casi-mercados). Esto les acerca al "trust" model: que los empleados públicos, supuestamente siempre altruistas, gestionen los servicios públicos sin interferencia de los políticos. No es extraño que éste sea también el modelo preferido de los empleados públicos (y de sus sindicatos). Es falso que los empleados públicos trabajen sólo por el interés público sino que lo hacen en su propio interés: entonces, la respuesta socialdemócrata es aceptar que se pueden establecer incentivos y medidas de objetivos y resultados alcanzados para controlar a los profesionales públicos de forma centralizada. Las quejas sobre este modelo también arrecian desde la izquierda: interferencias y autoritarismo político, siendo la opción preferida la de dar voz a los usuarios, que manifiesten su satisfacción o sus quejas, y los directivos públicos tratarán de arreglarlo ("voice" model). Las clases medias son las que mejor saben hacer oír su voz, pero al mismo son las que tienen siempre capacidad de elección: si no están contentos con la oferta pública, tienen la elección de utilizar la sanidad y la escuela privadas, lo cual entra en claro conflicto con los objetivos de equidad.

La derecha conservadora. La derecha está más dispuesta a favorecer la elección y la competencia en el sector público. Pero su objetivo no es el casi-mercado sino el mercado puro: que decidan con su propio dinero cuánta educación o atención sanitaria quieren pagar. Aquellos con mayor capacidad económica serán los que tengan acceso a mejor sanidad y educación. Nada más lejos de los objetivos de equidad.

Los proveedores. La hostilidad de los profesionales y empleados públicos hacia las reformas del gobierno laborista orientadas hacia el aumento de la elección y la competencia tiene que ver con su percibida escasa participación en el proceso de decisión y la pérdida de autonomía profesional. La imposición de objetivos, resultados e incentivos se perciben como interferencias inadmisibles de los políticos. La paradoja es que la transición de un modelo centralizado de objetivos y resultados hacia uno descentralizado de elección y competencia es una mejora incluso para la capacidad de decisión de los profesionales.

Los usuarios. La mayoría de los usuarios declara su preferencia por un aumento de la capacidad de elección en los servicios públicos, siendo mayor la preferencia entre los menos ricos.

Conclusiones

Las políticas de provisión de servicios públicos basadas en reforzar la capacidad de elección de los usuarios y en la competencia en casi-mercados de los proveedores, siempre que se diseñe de forma apropiada, son más útiles que los otros modelos alternativos para proveer servicios públicos de más calidad, con mayor capacidad de respuesta a las necesidades de los ciudadanos, más eficientes e incluso más equitativos.

Financiación: No se menciona.

Correspondencia: j.legrand@lse.ac.uk

COMENTARIO

El ejercicio de la capacidad de elección de proveedor, ya sea escuela, instituto, universidad, centro de atención primaria, pediatra, especialista u hospital, es un sano ejercicio democrático que tiene una capacidad nada despreciable de disciplinar la gestión de los servicios públicos y alinearlos con el criterio de eficiencia y coste-efectividad. Presupuestos públicos de base capitativa que "viajan" entre proveedores según la elección del usuario, allí donde es posible y en una proporción que no haga peligrar la continuidad del servicio público, representan una política pública que merece atención más allá de los fundamentalismos de la ortodoxia socialdemócrata y de los excesos de los conservadores. Las clases medias (incluyendo a los empleados públicos), y la mayoría de la clase política, ya tienen y ejercen una capacidad de elección de escuela y de médico mediante la alternativa de la financiación privada que no están en condiciones de ejercer los usuarios con menos recursos. Esta capacidad de elección de conocidos políticos de izquierda por la escuela privada de élite o por la atención sanitaria en hospitales privados la prohíben al resto de usuarios que no pueden permitirse ejercer este derecho bajo el manto protector de actuar a favor de la igualdad de acceso a los servicios con independencia del nivel de renta. Es complejo conseguir que los servicios públicos sean eficientes y al servicio de los usuarios más que al servicio de los empleados públicos, pero no se debe excluir del debate público la introducción de una cierta dosis de elección y casi-mercados (por ejemplo, a través de asignaciones poblacionales) en los servicios públicos con el fin de alinear los objetivos de los proveedores con el de la mayoría de los usuarios. En lugar de prohibirla, allí donde puede ser beneficiosa, ¿por qué no redistribuimos también la capacidad de elección en sanidad y educación?

Jaume Puig-Junoy

Departamento de Economía y Empresa
Centre de Recerca en Economia i Salut (CREs)
Universitat Pompeu Fabra (UPF)

Alcance de los partenariados público-privados en el ámbito hospitalario

McKee M, Edwards N, Atun R.

Public-private partnerships for hospitals. *Bull World Health Organ.* 2006;84(11):890-896.

Objetivo

Analizar la experiencia adquirida en el desarrollo e implementación de los partenariados público-privados en el ámbito de la construcción y gestión de hospitales, desde una perspectiva diversa e internacional, que permita identificar las diferentes modalidades de colaboración desplegadas hasta el momento, así como sus elementos críticos.

Tipo de estudio

Revisión bibliográfica de casos y experiencias analizadas desde el ámbito académico y por parte de instituciones gubernamentales, en países como Australia, España y el Reino Unido, centrándose en los resultados o efectos observados en cuanto a costes, calidad, flexibilidad y complejidad.

Descripción de organizaciones del estudio

El análisis se centra en un tipo de partenariado público-privado cuya colaboración se refiere a la construcción de equipamientos hospitalarios y a la provisión corriente de servicios no estrictamente sanitarios, dentro del sistema público de provisión de la atención sanitaria.

Principales resultados de interés

Los efectos observados por los autores en cuanto a los elementos clave en la implementación de estas organizaciones no se corresponden, en términos generales, con los teóricos incrementos de eficiencia que justificarían esta forma de contratación. Se observan unos mayores costes

respecto a los hospitales tradicionales como consecuencia del mayor esfuerzo en el diseño de las ofertas y los contratos entre las partes, así como también debido a unos mayores costes financieros y de construcción. Referente a la calidad destacan la notable mejora, en cuanto al ajuste de plazos de entrega y presupuesto a las condiciones acordadas, aunque también señalan algunas deficiencias en la calidad del servicio. Por último, la rigidez contractual que pretende minimizar el riesgo asumido por las partes dota de menor flexibilidad a estas organizaciones. Adicionalmente la mayor complejidad inherente al mayor número y diversidad de agentes implicados supone una menor capacidad de adaptación a las condiciones variables del entorno.

Conclusión

La principal conclusión de los autores es que hasta el momento las Public-private partnerships en el ámbito hospitalario no están cumpliendo con las expectativas generadas, aunque consideran que aún no pueden determinar las razones de estos resultados, si son generalizables o si se deben a errores en su ejecución. Entienden que la complejidad adicional en este ámbito puede ser la causa que genere estas deficiencias respecto a los sistemas tradicionales de contratación y a los partenariados desarrollados con éxito en otros sectores (prisiones e infraestructuras viarias).

Conflictos de interés: Nigel Edwards trabaja en una organización que recibe financiación de organizaciones que llevan a cabo proyectos PFI.

Correspondencia: martin.mckee@lshtm.ac.uk

COMENTARIO

Los partenariados público-privados se han convertido en un instrumento de políticas públicas con una creciente implementación en muchos países europeos. Es considerado cada vez más por los diferentes gobiernos como un importante instrumento para modernizar la prestación de servicios públicos en diferentes ámbitos, asumiendo que la participación de agentes privados en la provisión de estos servicios, o en la realización de objetivos políticos, incrementará la calidad de éstos y aportará una mejor combinación de economía, eficiencia y eficacia ('value for money') a su provisión. Desde el punto de vista teórico se ha argumentado, por parte de los defensores de este instrumento, que la colaboración e interacción entre agentes públicos y privados permite afrontar y resolver problemas societarios perversos de forma flexible y responsable y producir resultados innovadores no previstos ex-ante. Por el contrario, en el artículo comentado se reconoce, especialmente para la construcción y gestión de equipamientos hospitalarios, la elevada complejidad de estas relaciones, respecto a los sistemas tradicionales de contratación, como fuente de potenciales conflictos y una de las principales causas del deterioro de las condiciones observadas en diferentes experiencias internacionales, en cuanto a costes y calidad en la prestación del servicio.

En España se están desarrollando algunas de las experiencias más innovadoras en este ámbito. El caso del Hospital de Alzira (Valencia), cuya construcción y gestión del centro se otorgó en 1999 a un consorcio privado, el cual además asume la responsabilidad de la atención sanitaria de una población definida a cambio de una retribución anual per cápita, es considerado como uno de los casos más innovadores y exitosos en este ámbito. Aun así fue necesario un acuerdo de refinanciación en 2002 para asegurar su sostenibilidad. La Comunidad de Ma-

drid está llevando a cabo uno de los proyectos más ambiciosos en este sentido, que consiste en la construcción y posterior explotación de los servicios no sanitarios, por parte de consorcios privados, de siete de los ocho hospitales adjudicados en el año 2005, y durante un periodo de treinta años. Las primeras evaluaciones de esta experiencia señalan una mejora en la calidad de los contratos, gracias al proceso negociado y también una mejora en el diseño arquitectónico y en la calidad de los materiales utilizados, derivada del objetivo de reducir los costes de mantenimiento durante el periodo de concesión, por parte del concesionario.

En términos generales se puede considerar que la valoración de las virtualidades de las PPPs depende de la idiosincrasia del país, de sus sectores públicos, y del tipo de proyectos que financian, debido a la complejidad que puede suponer para la interacción entre agentes y que debe ser recogida en la relación contractual. Así la evaluación del resultado depende de los términos precisos de la comparativa (ex-ante) y de la incertidumbre que puede generarse respecto a las condiciones inicialmente aprobadas, también de las revisiones (ex post) de las cláusulas iniciales, tal como pueda permitir el derecho administrativo vigente para cada una de estas formas de concesión. Aunque debe profundizarse todavía más en el análisis de estas colaboraciones entre el sector público y los agentes privados, existen pocas dudas de su legitimidad como instrumento de gestión pública, y en particular de gestión de equipamientos hospitalarios, a utilizar en supuestos concretos sin que pueda asociarse de entrada a la privatización de los propios servicios.

Biel Ferragut Ensenyat

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)
Universitat Pompeu Fabra

Nueva evidencia a favor de la paradoja de los genéricos

Regan TL.

Generic entry, price competition, and market segmentation in the prescription drug market.
Int J Industrial Org. 2007; doi:10.1016/j.ijindorg.2007.08.004.

Resumen

En países como Estados Unidos en los que los precios de los medicamentos son libres, existe evidencia contradictoria sobre la evolución de los precios de los medicamentos de marca cuando aparecen sus equivalentes genéricos. Algunos estudios indican que los medicamentos de marca se abaratan para hacer frente a la competencia en precio de los genéricos. Otros, por el contrario, muestran que los medicamentos de marca se encarecen con la entrada de genéricos. Este último inesperado fenómeno de encarecimiento de los medicamentos de marca se conoce como la "paradoja de los genéricos".

Tracy L. Regan ha construido una nueva base de datos para observar la dinámica de los precios de 18 medicamentos sólidos orales que se han enfrentado a competidores genéricos en los Estados Unidos entre el mes de enero de 1998 y el mes de febrero de 2002. Se trata de medicamentos para indicaciones crónicas de gran volumen de ventas como la fluoxetina (sistema nervioso central), para la que entraron en el mercado hasta 13 genéricos distintos; como famotidina (gastrointestinal), para la que se lanzaron hasta con 9 genéricos distintos; o como la lovastatina (cardiovascular), para la que se introdujeron hasta 6 genéricos.

Los datos muestran que el precio medio por receta de los medicamentos de marca en dólares contantes de enero de 1998 es de 89,05 antes de la entrada de los genéricos. Tras la entrada de gené-

ricos, el precio medio aumenta hasta los \$89,65. El precio medio de los genéricos es un 23% menor a sus equivalentes de marca (\$70,32).

Los medicamentos de marca los pagan en un 10% el gobierno federal a través de Medicaid, en un 16% los pacientes directamente de su bolsillo, y en un 74% las diversas entidades de seguros médicos. Las estimaciones muestran que en promedio el lanzamiento de un genérico adicional hace que se encarezca el precio del equivalente de marca entre un 1% y un 2% en términos reales. Se trata de un aumento de precios relevante: de un 2,6% a un 5,2% en el primer mes desde que expira la patente; de un 5% a un 10% al final del primer año tras la caducidad de la patente; de un 10% a un 20% al final del tercer año tras la caducidad de la patente.

Además, el lanzamiento de genéricos adicionales de principios activos competidores lleva a encarecimientos de los medicamentos de marca. Por el contrario, el lanzamiento de medicamentos de marca de principios activos competidores conlleva abaratamientos de los medicamentos de marca. Esta evidencia confirma que existe competencia en precios entre medicamentos de distinta composición pero igual indicación, forma de administración, mecanismo de acción y clase terapéutica.

Correspondencia: tregan@miami.edu

COMENTARIO

Este es seguramente el trabajo que de forma más consistente y robusta ha sido capaz de identificar y estimar el impacto que tiene el lanzamiento de genéricos sobre los precios de los medicamentos de marca para distintos segmentos de la demanda en países con precios libres. Esta investigación confirma que los genéricos, por sí solos, no son capaces de generar reducciones en los precios de los medicamentos de marca.

Los medicamentos no son como otros productos: los economistas los llamamos "bienes de experiencia". Ni los médicos ni los pacientes desean cambiar una vez han probado una marca. Existe literatura suficiente que muestra que esta reducida disposición a cambiar favorece estrategias de precios comunes en otros bienes de experiencia. Lu y Comanor (1) encuentran estrategias de precios de introducción y de precios de descreme en el mercado de medicamentos de los Estados Unidos. Estas son estrategias típicas de otros bienes de experiencia.

Utilizando tanto razonamientos teóricos como evidencia empírica, este trabajo muestra cómo los laboratorios de marca cargan precios más elevados en aquellos segmentos del mercado en los que los médicos y los pacientes son más reacios a cambiar de su marca conocida a un nuevo genérico sólo porque es más barato: el segmento de los pacientes asegurados.

El trabajo aporta evidencia de la reducción en la elasticidad precio de la demanda, y del consecuente aumento de precios, que se produce cuando el pago recae sobre las entidades de seguros médicos: un incremento en la fracción de las recetas a pacientes con

cobertura médica de un 10% comporta un encarecimiento del precio de los medicamentos de marca de un 5,1% en promedio.

El encarecimiento de los medicamentos de marca se produce en las ventas a los pacientes más insensibles al precio: las ventas financiadas por Medicare y por entidades de seguros médicos. Por el contrario, el encarecimiento no se produce en las ventas a pacientes que pagan los medicamentos directamente de su bolsillo.

Así pues, las entidades de seguros médicos, tanto públicos como privados, así como los sistemas públicos de salud tienen que diseñar y aplicar políticas para promocionar los genéricos a través de reglas de sustitución y de exclusión de medicamentos del formulario (2). Ahora bien, los responsables médicos deben vigilar para que estas políticas y regulaciones no maten "la gallina de los huevos de oro": la competencia de los medicamentos genéricos. El reto es conseguir que los ahorros de costes que ofrecen los genéricos lleguen a los pacientes y los que en última instancia pagan el gasto, los asegurados o los contribuyentes. En Merino y Borrell (3) se puede encontrar una evaluación de los éxitos y fracasos alcanzados al afrontar este reto en los últimos años en España.

Joan-Ramon Borrell
 Universitat de Barcelona

(1) Lu Z J, Comanor WS. Strategic Pricing of New Pharmaceuticals. *Rev Econ Stat.* 1998;80(1):108-18.

(2) Borrell J R. Drug Price Differentials Caused by Formularies and Price-Caps. *International Journal of the Economics of Business.* 2003;10(1):37-50.

(3) Borrell JR, Merino A. Efectos perversos de la regulación farmacéutica en España. ¿Hasta dónde se traslada la competencia? *Gac Sanit.* 2006;20(Monográfico 2):41-50.

En el límite del bien y del mal: los “genéricos de marca”

Berndt ER, Mortimer R, Bhattacharjya A, Parece A, Tuttle E.

Authorized Generic Drugs, Price Competition, and Consumers' Welfare. *Health Aff.* 2007;26:790-9.

Contexto

En los Estados Unidos, la Ley Hatch-Waxman permite a los laboratorios de genéricos presentar solicitudes abreviadas para obtener la aprobación de un genérico mostrando únicamente su bioequivalencia con el producto original. Además, el primer genérico aprobado bajo el párrafo IV obtiene un periodo de exclusividad en el mercado de 180 días. Durante este periodo solamente puede entrar el genérico del laboratorio del producto original o un genérico autorizado por éste. En los últimos tiempos la presencia de genéricos de marca ha aumentado.

Objetivo

Evaluar el impacto de la entrada de genéricos de marca, antes o durante el periodo de exclusividad del primer genérico, sobre el ritmo de entrada de los genéricos, la ratio de precios de los genéricos respecto al medicamento de marca y las cuotas de mercado.

Método

Análisis descriptivo de datos de mercados en los que se producen entradas de genéricos entre enero de 1999 y diciembre de 2003 y estudio de casos de los productos paroxetina, cirpofloxacina y *Ortho Tri-Cyclen*.

Resultados

24 meses después de la entrada del primer genérico, seis de siete medicamentos con menos de cinco genéricos en el mercado tiene una ratio de precios genéricos/marca superior a 0,37 y todos los medicamentos con más de cinco entrantes genéricos tiene ratios por debajo de 0,25, pero no existe una tendencia decreciente cuando aumenta el número de genéricos a partir de cinco. Ante el aumento de los genéricos de marca el número de solicitudes de genéricos bajo el párrafo IV se ha mantenido.

Conclusiones

Los genéricos de marca vendidos durante el periodo de 180 días de exclusividad benefician a los consumidores al introducir competencia y presionar los precios a la baja. La entrada del genérico de marca es poco probable que retrase la entrada de los genéricos en la mayoría de los medicamentos y aunque lo hiciera, tendría poco efecto sobre los precios y las cuotas de mercado de los genéricos a largo plazo.

Financiación: Johnson and Johnson.

Conflicto de intereses: No consta.

Correspondencia: erberndt@mit.edu

COMENTARIO

En los últimos tiempos parece aumentar la preocupación por el comportamiento estratégico de las empresas farmacéuticas. Recientemente la Comisión Europea ha iniciado una investigación ante la sospecha de prácticas anticompetitivas por parte de los laboratorios. Los responsables europeos de competencia asocian la disminución en el lanzamiento de nuevos medicamentos innovadores y el retraso de la llegada de algunos genéricos al mercado europeo a abusos de posición de dominio de las compañías innovadoras, a un uso indebido de los derechos de las patentes o a acuerdos entre compañías. En los Estados Unidos la situación no parece muy diferente. Marcia Angell, ex-editora del *New England Journal of Medicine*, realiza fuertes críticas a la industria farmacéutica (1). Entre sus quejas, algunas de las más importantes son la falta de verdaderas innovaciones y la insistencia en la creación de medicamentos similares a los ya existentes (*me-too*), unos precios y beneficios excesivos, una publicidad poco rigurosa hacia pacientes y médicos y el uso de estratagemas legales para extender la protección de las patentes.

Como pone de manifiesto el artículo de Reiffen y Ward, para una empresa innovadora que monopoliza el mercado de un medicamento, el retraso de la entrada de genéricos es un buen negocio. Por eso, no es de extrañar que las empresas innovadoras puedan desarrollar diversas estrategias para retrasar o disuadir la entrada de genéricos. Entre éstas podría destacarse la introducción de una nueva forma de un medicamento ya existente antes de la expiración de la patente. Es decir, la introducción de innovaciones galénicas (*line extensions*), como por ejemplo formas de liberación prolongada, que permiten reconducir la demanda a la nueva forma farmacéutica y obtener un periodo de protección adicional frente a los genéricos. Otra táctica puede ser utilizar todas las trabas lega-

les posibles para retrasar la entrada de los genéricos, por ejemplo poniendo en cuestión la pérdida de protección de la patente. También pueden comprar a la empresa productora de genéricos o a la que produce el principio activo del medicamento. Finalmente, otra estrategia consiste en la introducción en el mercado, antes de que caduque la patente, de un genérico producido por la propia empresa innovadora, por una filial de ésta o autorizado a otra compañía. A este tipo de genérico nos referimos como “genérico de marca”, “pseudo genérico” o “genérico autorizado”. En España, además tenemos los “falsos genéricos”, que son medicamentos que utilizan el nombre del principio activo como los verdaderos genéricos pero que no han sido autorizados como un equivalente farmacéutico genérico.

Por un lado, la entrada de un genérico adicional, aunque sea de marca, puede incrementar la competencia y presionar los precios a la baja, especialmente a corto plazo. Por otro lado, si los productores de genéricos anticipan la entrada de un genérico de marca se reducen sus expectativas de beneficio y se puede reducir el número de empresas interesadas en entrar en el mercado. Esto puede disminuir la cantidad de genéricos a largo plazo y puede incidir también en una menor competencia en precios que acabe perjudicando a los pacientes y a los proveedores de cuidados de salud (públicos y privados), que se ven obligados a pagar precios elevados. Esta situación es especialmente importante en el caso de los genéricos aprobados bajo el párrafo IV de la Ley Hatch-Waxman en los Estados Unidos, que requiere probar la invalidez de la patente del producto original, puesto que el proceso para obtener la aprobación es más costoso y arriesgado.

Aunque tanto el trabajo de Reiffen y Ward como el de Berndt y otros analizan los efectos de los genéricos de marca en los Estados Unidos, las conclusiones a las que llegan no son coincidentes. Para los primeros, la entrada de un genérico de marca lleva a

En el límite del bien y del mal: los “genéricos de marca”

Reiffen D, Ward MR.

Branded Generics' as a Strategy to Limit Cannibalization of Pharmaceutical Markets. Manage Decis Econ. 2007;28:251-65.

Contexto

Entre las posibles estrategias de los laboratorios innovadores para evitar la pérdida de parte de su mercado por la entrada de medicamentos genéricos, se encuentra la introducción o autorización de un genérico de marca antes de que expire la patente del producto. Esta estrategia ha aumentado en los últimos años en los Estados Unidos.

Objetivo

Analizar la magnitud de los efectos de la introducción de los genéricos de marca antes de que expire la patente sobre el grado de competencia del mercado, el precio de los medicamentos genéricos, los beneficios de los laboratorios innovadores y el bienestar.

Método

A partir de las estimaciones de modelos estructurales de trabajos anteriores, de los propios autores y de otros, se analiza el efecto de los genéricos de marca en los precios de los genéricos y se calculan los efectos de estos cambios sobre el segmento del mercado del producto original. Se comparan 3 posibles equilibrios y mercados de diferente tamaño.

Resultados

La introducción de un genérico de marca reduce el número de genéricos aproximadamente del mismo modo en los 3 posibles mercados: entre 1,7 y 2,4 entrantes menos. En media, la entrada de genéricos de marca incrementa el precio de los genéricos entre un 0,5% y un 1,6%. La estrategia de introducir genéricos de marca permite incrementar los beneficios del producto original hasta un 3,2%.

Conclusiones

Los precios de los genéricos son mayores cuando se produce la entrada de un genérico de marca, lo que también posibilita un incremento de los beneficios del laboratorio de marca. El incremento de precios de los genéricos es mayor en mercados relativamente pequeños. Las entradas de genéricos de marca provocan una reducción del bienestar total menor y es más rentable en mercados relativamente grandes. Las políticas públicas deberían controlar la entrada de genéricos de marca si éstas se producen principalmente en mercados pequeños.

Financiación: No consta.

Conflicto de intereses: No consta.

un aumento de los precios de los genéricos e incrementa los beneficios del laboratorio innovador, especialmente en los mercados de menor tamaño. Los segundos tienen una visión más positiva ya que concluyen que la entrada de un genérico de marca, durante el período de exclusividad del primer genérico aprobado bajo el párrafo IV, reduce los precios a corto plazo y que una posible reducción del número de genéricos a largo plazo no incrementa los precios ni reduce la cuota de mercado de los genéricos, a no ser que el número de entrantes sea menor que cuatro. Además, añaden que para la mayoría de medicamentos la posible entrada de un genérico de marca no resulta desincentivadora y de este modo no retrasa la entrada de genéricos. De todas formas, ambos análisis son mejorables. En el caso de Reiffen y Ward sus cálculos se basan en parámetros estimados en trabajos previos (2) y (3) y Berndt y otros realizan un análisis descriptivo. Otro problema es que el análisis se centra en mercados en los que se producen entradas de genéricos. En cambio, como señalan Reiffen y Ward, el problema más grave puede darse si la anticipación de la entrada de un genérico de marca consigue disuadir por completo a todos los entrantes potenciales y un mercado permanece bajo el monopolio del innovador. Entonces, los consumidores y los proveedores de cuidados de salud pagarán un precio mayor que en presencia de genéricos y su bienestar se reducirá notablemente.

Dos trabajos de Hollis que analizan la utilización de los genéricos de marca en Canadá llegan a conclusiones similares a las de Reiffen y Ward. En un primer trabajo encuentra evidencia de que los genéricos de marca pueden eliminar la competencia en mercados medianos, en los que los beneficios no son suficientes para dar cabida a más de un genérico, y retrasar la entrada de genéricos en otros mercados (4) y en el segundo estudio concluye que la entrada de genéricos de marca comporta un crecimiento de los precios tanto del medicamento de marca como de los genéricos (5). En Es-

paña, aunque encontramos casos de filiales de importantes laboratorios innovadores que venden genéricos, no parece que sea una estrategia demasiado utilizada. Probablemente la introducción de innovaciones galénicas y las batallas legales para conseguir una mayor protección de las patentes de procedimiento previas al 7 de octubre de 1992 sean mejores muestras de la importancia que tiene para la industria innovadora hacer frente a la competencia generada por los genéricos. Por otro lado, también se observan casos de empresas de menor tamaño que producen tanto genéricos como medicamentos de marca. En este segundo caso, más que una estrategia para retrasar o disuadir la entrada de otros genéricos, parece una táctica para obtener parte de la cuota de los genéricos y subsistir en el mercado. En cualquier caso, se necesitan trabajos empíricos rigurosos que evalúen los efectos de estos genéricos de marca para poder afirmar que su entrada resulta perjudicial o beneficiosa para la competencia del mercado farmacéutico español.

Iván Moreno Torres

Centre de Recerca en Economia i Salut - CRES
Departament d'Economia i Empresa
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

(1) Angell M. The Truth About the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It. New York: Random House. 2004.

(2) Reiffen D, Ward M. Generic drug industry dynamics. Rev Econ Statist. 2005; 87:37-49.

(3) Caves R, Whinston M, Hurwitz M. Patent expiration, entry, and competition in the U.S. pharmaceutical industry. Brookings Pap Econ Act: Microeconomics. 1991:1-66.

(4) Hollis A. The anticompetitive effects of brand-controlled 'pseudo-generics' in the Canadian pharmaceutical market. Can Public Pol. 2003;29:21-32.

(5) Hollis A. How do Brands' "Own Generics" Affect Pharmaceutical Prices? Rev Ind Organ. 2005;27:329-50.

¿Es posible medir lo que produce nuestro sistema sanitario?

Castelli A, Dawson D, Gravelle H, Street A.

Improving the Measurement of Health System Output Growth. Health Econ. 2007;16(10):1091-107.

Objetivo

En el Reino Unido, el Gobierno decidió en el año 2000 un aumento significativo del presupuesto del Sistema Nacional de Salud británico. El Gobierno estableció una revisión independiente de los procedimientos de medición de la producción del sector público en las Cuentas Nacionales (1, 2). Paralelamente encargó una propuesta de mejora en la medición de la productividad del sistema sanitario británico a la Universidad de York y al Instituto Nacional de Investigación Económica y Social.

La contabilidad nacional asigna pesos a las actividades del sistema sanitario según su coste para poder agregarlos en un índice sintético, sin embargo, ello implica ignorar los cambios en la calidad del producto. A diferencia de las actividades privadas la no existencia de un precio de mercado no permite capturar la valoración de los usuarios. El estudio propone un índice "ideal" según el cual los pesos asignados a cada actividad reflejan su contribución al resultado en salud y otras características valoradas por los usuarios.

Método

Los autores reconocen la imposibilidad de calcular un índice sintético de Laspeyres como el que proponen por la falta de datos. A pesar de ello exploran diferentes métodos de combinación de la información existente con el objetivo de encontrar un índice viable y fiable. Para ello crean dos tipos de indicadores, el primero basado en el tradicional índice de costes de la contabilidad nacional, y el segundo un índice de producto sanitario ajustado por calidad. Para la construcción del segundo se utilizan los siguientes criterios: a) como medida de la actividad utilizan episodios (sólo a través de los contactos con una institución) a través de los grupos de clasificación británicos (Health Care Resource Groups, HRGs), b) para ajustar la calidad se utilizan las tasas de supervivencia post-intervención y los Años de Vida Ajustados por Calidad (QALYs), c) el efecto de la calidad percibida a través de los Patient reported outcome measures (PROMs) (3), y d) para la valoración marginal del producto sanitario se desglosa en sus características y se computa el valor de mercado de las mismas (precios hedónicos). Los indicadores se calculan para un subgrupo de actividades para el periodo 1998/1999 a 2003/2004.

Resultados

En total los autores analizan 11 indicadores y comparan la aportación de los distintos ajustes a los cambios en el resultado. El indicador más simple, basado en costes y sin ajuste presenta un crecimiento anual de 3,68%. Sin embargo, cuando se computa el indicador de ajuste según la calidad de la actividad producida, el crecimiento anual varía hasta 2,61%, y si se introduce la valoración de la calidad percibida pasa a ser de entre 0,35% a 1,46%, dependiendo del valor asignado por los usuarios al tiempo en espera.

Conclusiones

Los servicios que provee el sector público son esenciales en términos de equidad y de calidad de vida para los ciudadanos. La toma de decisiones por parte de los gobiernos está basada en supuestos de mejora de eficiencia que no toman en consideración los cambios en la calidad de aquello que producen, y por lo tanto las actuaciones de mejora de la eficiencia han consistido siempre en una reducción de costes. Es imprescindible la construcción y utili-

zación de mejores indicadores para la valoración de la cantidad y calidad del output.

Las limitaciones con las que se encuentra el sector sanitario son aplicables a la mayor parte del sector público, y por lo tanto el avance en la elaboración y determinación de estos indicadores beneficia la toma de decisiones en todos los ámbitos de los servicios públicos.

Financiación: English Department of Health (DH)

Correspondencia: ads6@york.ac.uk

COMENTARIO

El estudio construye un indicador sintético del producto del sistema sanitario utilizando un enfoque novedoso a medio camino entre la búsqueda de indicador perfecto, y probablemente imposible de construir y valorar, y el indicador más factible, con tantas limitaciones que su interpretación resulte de escaso valor. Cuanto mayor es el ajuste que deseemos realizar mayor es la dificultad para poder disponer de datos fiables y sistemáticos para un país. Frente a los indicadores de resultado (mortalidad, mortalidad evitable, esperanza de vida libre de discapacidad...), difícilmente atribuibles en exclusiva al sistema sanitario, y a los indicadores basados en el coste de los recursos (actividad ponderada por costes), se abre esta tercera vía. La mayor aportación de los autores es que son capaces de obtener el resultado para los distintos indicadores propuestos, a pesar de que no capturen toda la actividad sino sólo una parte de ella.

El informe de Atkinson que precede a este estudio realiza una sistematización de los distintos enfoques, métodos, y fuentes de datos disponibles hasta el momento. Este análisis da un paso más señalando que los indicadores sintéticos tradicionales de la contabilidad nacional pueden ser un buen punto de partida para encontrar el instrumento adecuado.

Los autores realizan pues una propuesta interesante que puede señalar una vía para la obtención de indicadores de producto que ayuden a la toma de decisiones públicas, quedando todavía mucho recorrido por delante: desde la depuración de éste y otros indicadores, la disponibilidad de sistemas de información, y el consenso sobre los criterios de valoración, entre otros.

Ivan Planas Miret

CRES y Departament d'Economia i Empresa de la Universitat Pompeu Fabra

(1) Atkinson T. Atkinson Review: Final Report. Measurement of Government Output and Productivity for the National Accounts. Basingstoke: Palgrave Macmillan. 2005.

(2) Atkinson T. Measurement of Government output and productivity. J R Stat Soc. [Ser A] 2006;169:659-662.

(3) Department of Health. Measurement of Healthcare Output and Productivity. Technical Paper 1. London: Department of Health; 2005b.

La exclusión de mucolíticos y expectorantes no reduce el gasto en medicamentos

Devaux M, Grandfils N, Sermet C.

Déremboursement des mucolytiques et des expectorants: quel impact sur la prescription des généralistes ?
Questions écon Santé. 2007;128:1-6.

Objetivo

Analizar el impacto sobre la prescripción y el gasto farmacéutico de la decisión de exclusión de los fármacos mucolíticos y expectorantes de la cobertura mediante reembolso del seguro público francés (Assurance de maladie), medida adoptada en marzo de 2006 mediante la exclusión de 152 especialidades farmacéuticas. El estudio analiza el impacto directo sobre la prescripción de estos dos tipos de medicamentos así como el impacto sobre la prescripción y el gasto de fármacos potencialmente sustitutivos de los mismos.

Datos y método

Se utiliza información de la base de datos "Disease Analyzer" de IMS Health. Los datos se refieren a la prescripción de 1.063 médicos franceses que atienden a una población de más de 300.000 personas, distribuidas en todo el territorio francés, y realizan un volumen de más de 1,5 millones de consultas anuales. Las prescripciones de estos médicos relativas a diagnósticos susceptibles de resultar en una prescripción de expectorantes y mucolíticos (grupos R05CA y R05CB de la clasificación ATC) se han observado durante un año antes de la decisión de exclusión y durante el año siguiente a la adopción de esta medida. En ausencia de un grupo de control, no afectado por la medida, se utiliza como pseudos-control (grupo de referencia formado por 87 médicos) el grupo de prescriptores que el período previo a la adopción de esta medida de exclusión presentaban un volumen casi-nulo de prescripciones de los fármacos excluidos (no-prescriptores).

Resultados

Después de la exclusión de los mucolíticos y expectorantes, la prescripción de los mismos se reduce a la mitad: la proporción de visitas con un diagnóstico de bronquitis aguda o bronquitis crónica que resultan en una prescripción de mucolítico o expectorante se ha reducido en un 49% y en un 54%, respectivamente. La prescripción de estos fármacos se reduce tanto en el caso de pacientes infantiles como en personas mayores. La prescripción se reduce con mayor intensidad en el caso de médicos con mayor número de visitas, sea cual sea su edad y sexo, y la disminución es más acentuada en las regiones con menor nivel de renta per cápita. Sin embargo, el número medio de recetas prescritas en cada visita permanece casi inalterado: 3,4 medicamentos antes de adoptar la medida y 3,3 en el período posterior. La reducción de la prescripción de mucolíticos y expectorantes ha ido acompañada de un aumento de las prescripciones de otros grupos de medicamentos: las prescripciones de antitusivos y broncodilatadores aumentan para los diagnósticos de bronquitis, tos y gripe. En comparación con el grupo de médicos que antes de la medida ya prescribían muy pocos mucolíticos y expectorantes (no-prescriptores), la prescripción de antitusivos y broncodilatadores por parte del resto de médicos ha aumentado en un 43% para las bronquitis agudas, un 47% para las bronquitis crónicas, un 59% para la tos, un 39% para la gripe, etc. Asimismo, se observa un aumento significativo de la prescripción de corticoides (aumento del 30% para los diagnósticos de tos). El volumen de gasto farmacéutico a cargo de seguro público no se ha visto reducido como resultado de la exclusión de este grupo de medicamentos.

Conclusiones

La exclusión del seguro público de dos grupos de medicamentos considerados de baja o nula efectividad (mucolíticos y expectorantes) ha ocasionado una reducción a la mitad de estas prescripciones que se han visto sustituidas principalmente por antitusivos, broncodilatadores y corticoides, con una reducción nula del gasto público.

Financiación: No se menciona.

Correspondencia: devaux@irdes.fr

COMENTARIO

La exclusión de medicamentos de baja o nula efectividad es una medida –equivalente a la imposición de un copago a cargo del usuario del 100%– menos simple de lo que puede parecer a primera vista, tal como, de hecho, ya deberíamos haber aprendido en España después de las exclusiones de 1993 y 1998. La exclusión del reembolso de los fármacos con un SMR insuficiente (copago del 100%) no es indicativo de que no sean eficaces sino que su valor terapéutico es insuficiente para justificar la financiación pública.

Aunque el diseño del estudio comentado es relativamente simple (ausencia de un grupo de control sustituido por un grupo de referencia), tiene un valor innegable que no debiera pasar desapercibido a los decisores políticos que adoptan medidas cuya eficacia no se permite cuestionar o validar mediante evaluaciones objetivas e independientes. Para ello basta con dificultar, como sucede a menudo en España, el acceso de los investigadores a la información individualizada mediante pseudo-argumentos protectores de la privacidad de la información que no van más allá de proteger la inseguridad propia. En el caso del estudio comentado, la evaluación de la medida ha sido sólo posible a través de una base de datos privada, pero que documenta información detallada sobre el diagnóstico y la prescripción de más de 3 millones de consultas durante dos años.

Los mucolíticos y expectorantes se prescriben principalmente para el tratamiento de infecciones de las vías aéreas superiores e inferiores, especialmente en niños y personas mayores. La exclusión del reembolso público ha tenido en el caso analizado efectos nulos sobre el gasto público pero que dan lugar a interrogantes que merecen atención por lo incierto de sus efectos sobre el estado de salud: antitusivos y broncodilatadores no son siempre, ni mucho menos, los sustitutivos clínicamente apropiados para los dos grupos de fármacos excluidos.

En fin, una medida simple con resultado cuando menos incierto sobre el bienestar global a no ser que se adopte en conjunción con políticas efectivas que favorezcan e incentiven una prescripción apropiada.

Jaume Puig-Junoy

Departamento de Economía y Empresa
Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)
Universitat Pompeu Fabra (UPF)

¿Es mejor el sistema sanitario que la selección de fútbol? La mortalidad evitable como mecanismo de comparación entre países. Últimos resultados

Nolte E, McKee CM.

Measuring The Health Of Nations: Updating An Earlier Analysis. *Health Aff.* 2008;27(1):58-71.

Objetivo

Actualizar los resultados de la comparativa internacional de la evolución de los sistemas sanitarios a través de los indicadores de mortalidad evitable (1), así como identificar formas sencillas, viables y entendibles de medir la eficiencia de un sistema sanitario. Los datos de mortalidad son fácilmente disponibles en la mayoría de países, sin embargo, no todos los cambios en la mortalidad son consecuencia directa de la actuación del sistema sanitario. El concepto de mortalidad evitable está basado en estos datos de mortalidad, pero incide en aquellas muertes que podrían haber sido evitadas en caso de una actuación a tiempo y efectiva de la asistencia sanitaria. Desarrollado en los 70s en los Estados Unidos fue posteriormente adoptado y actualizado para Europa como medida de calidad de los sistemas sanitarios.

Método

Se compara la evolución de los datos de mortalidad evitable de EEUU con los de Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Japón y 14 países europeos utilizando los datos de 1997-2003 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La selección de las muertes atribuibles al sistema sanitario está basada en una revisión sistemática previa realizada por los autores (2). Para calcular la mortalidad evitable se combinan causas simples con grupos de causas y se estandariza por grupos de edad y sexo. No se contabilizan las muertes a partir de los 75 años ya que su atribución directa al sistema sanitario es cuestionable.

Cualquier análisis comparativo entre países tiene problemas potenciales con los datos. El cambio de la clasificación de enfermedades del ICD-9 a ICD-10 en algunos países puede haber sobreestimado el efecto de la reducción de la mortalidad evitable, sin embargo, la hipótesis es contrastada negativamente por parte de los autores. Más allá de los problemas con los datos, el concepto de mortalidad evitable requiere un cierto grado de juicio de valor ya que la muerte suele ser el final de una cadena de sucesos que incluyen factores sociales, económicos, de estilos de vida y de asistencia sanitaria. A medida que la medicina avanza estas categorías deben ser reanalizadas, ya que determinadas condiciones de muerte pueden ser añadidas como evitables.

Resultados

La mortalidad evitable sigue representando una parte muy importante de la mortalidad total siendo en promedio el 23% en hombres (del 15% de Francia al 27% del RU) y 32% en mujeres (del 25% de Francia al 36% de Grecia y Portugal). Analizando con especial interés el caso de EEUU, Francia y el R.U., las principales causas de mortalidad evitable son tipos de cáncer tratables y enfermedades del sistema circulatorio. En todos los casos la mortalidad por estas causas disminuyó en el periodo analizado.

Ampliando el análisis a todos los países, las reducciones más altas se encuentran en los países con niveles iniciales más elevados (Portugal, Finlandia, Irlanda y el Reino Unido), pero también en algunos países con niveles iniciales buenos como Australia e Italia.

Conclusiones

En el año 2002-03 EEUU tenía una de las mayores ratios de mortalidad evitable atribuible al sistema sanitario de los países desarrolla-

dos tanto para hombres como mujeres. Una de las posibles explicaciones es la gran desigualdad interna en los EEUU.

La ratio de mortalidad evitable es un indicador útil de medición de la actuación del sistema sanitario, sin embargo debería potenciarse como mecanismo de detección de posibles áreas de mejora y no tanto para determinar la efectividad del mismo. Hay que tener en cuenta que estos indicadores no recogen el efecto de otras políticas públicas (salud pública, tráfico...) sobre la mortalidad. A pesar de ello los autores indican la coincidencia en este descenso más lento que en otros países de la mortalidad evitable de los EEUU con el aumento de la proporción de personas no aseguradas en ese país.

Financiación: The Commonwealth Fund in New York City.

Correspondencia: ellen.nolte@ishm.ac.uk

COMENTARIO

La mortalidad evitable, también denominada Mortalidad Innece-sariamente Prematura y Sanitariamente Evitable (MIPSE), fue introducida en España por Ortún y Gispert (3), publicándose posteriormente un Atlas de mortalidad evitable por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo. Gispert et al (4) publicaron recientemente una lista de consenso para la actualización de estos indicadores para todas las CCAA.

Si bien los autores no lo incluyen en sus conclusiones, cabe destacar que España (con una ME para los años 2002-03 en 73,83 por 100.000 habitantes) pierde una posición a favor de Australia, pasando del tercer al cuarto puesto.

A pesar de que el objetivo del estudio es analizar la pobre evolución del rendimiento del sistema sanitario de los EEUU respecto a otros países desarrollados, el artículo resulta de lectura interesante y sería deseable el apadrinamiento por parte de alguna institución internacional de este indicador para su publicación periódica, así como su inclusión en los datos de mortalidad del MSC. Pese a que algunos de los supuestos metodológicos de los autores son ciertamente criticables, como los pesos elegidos para ponderar determinadas causas de muerte (¿50% para la muerte por enfermedad isquémica del corazón?), los resultados son alentadores, especialmente la convergencia en los resultados de la actuación de los sistemas sanitarios desarrollados, y la reducción generalizada de la mortalidad evitable.

Ivan Planas Miret

CRES y Dept. d'Economia i Empresa de la Universitat Pompeu Fabra

(1) Nolte E, McKee M. Measuring the Health of Nations: Analysis of Mortality Amenable to Health Care. *BMJ.* 2003;327 n° 7424:1129.

(2) Nolte E, McKee M. Does Healthcare Save Lives? Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/27/1/58/DC1>

(3) Ortún V, Gispert R. Exploración de la mortalidad prematura como guía de política sanitaria e indicador de calidad asistencial. *Med Clin (Barc).* 1988;90:399-403.

(4) Gispert R, Barés MA, Puigdefàbregas A, y Grupo de Consenso en la Mortalidad Evitable. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. *Gac Sanit.* 2006;20:184-93.

La política de restringir el número de farmacias en entredicho

Schaumans C, Verboven F.

Entry and Regulation: Evidence form Health Care Professions. Discussion Paper 5482, London: Center for Economic Policy Reform. 2006. (<http://www.cepr.org/pubs/new-dps/dplist.asp?dpno=5482>)

Resumen

Las profesiones sanitarias ofrecen un interesante caso de estudio para evaluar en qué medida las severas restricciones al libre ejercicio profesional que se imponen en muchos países europeos son necesarias, adecuadas y proporcionadas para alcanzar los fines públicos que persiguen. Los autores de este trabajo analizan el caso de las farmacias y los médicos en Bélgica.

La apertura de farmacias está sujeta desde 1974 a una estricta planificación pública: no se autoriza más que una farmacia por cada 2.000 habitantes en los municipios pequeños (poblaciones de menos de 7.500 habitantes), no más de una farmacia por cada 2.500 habitantes en municipios intermedios (de entre 7.500 y 30.000 habitantes), y no más de una farmacia por cada 3.000 habitantes en municipios más poblados. Los médicos no especialistas, por el contrario, pueden establecer sus consultas sin restricciones.

El trabajo plantea un modelo que es capaz de explicar de forma plausible las diferencias empíricas en el número de farmacias y médicos que encontramos en los distintos municipios de Bélgica. Y, lo que es más importante, el modelo permite cuantificar el efecto que tienen las restricciones al libre establecimiento de farmacias sobre el número de consultorios médicos y farmacias que se abren al público. Además, el modelo infiere que farmacias y consultas médicas se complementan: se abren más farmacias en los municipios en los que hay más médicos per capita, y hay más médicos donde han abierto más farmacias per capita.

A partir de la estimación de este modelo, los autores realizan un ejercicio de predicción. Los autores calculan el llamado *but-for scenario*: la mejor predicción sobre la dinámica de establecimiento de farmacias y consultas médicas sin regulación, si no existiese planificación farmacéutica territorial. El análisis muestra que las restricciones al libre establecimiento de farmacias reducen el número de farmacias que abriría al público a la mitad, y el número de consultas médicas en un 7%. Una política que permitiese el libre establecimiento de farmacias doblaría su número, y por tanto, permitiría una mejor cobertura geográfica de la atención farmacéutica. El aumento del servicio también beneficia a los municipios más pequeños. No se produciría una concentración de los servicios en las ciudades a costa de los pueblos.

El trabajo realiza además un análisis del efecto que tendría una política que de forma simultánea permitiese el libre establecimiento de farmacias y redujese el margen actual del 28% del precio final que reciben los farmacéuticos en la venta de medicamentos a un margen de entre el 18% y el 10% del precio. Esta política simultánea de liberalización y reducción de márgenes permitiría a los pacientes y a la sanidad pública obtener sustanciales ahorros, mientras que no se resentiría la cobertura geográfica de la atención farmacéutica. La libertad de establecimiento y la reducción de márgenes no llevarían al cierre de farmacias, ni a su concentración en el territorio.

Financiación: Flemish Science Foundation (FWO) y K.U. Leuven Onderzoekstoelage (OT).
Correspondencia: catherine.schaumans@econ.kuleuven.be

COMENTARIO

Este trabajo pone en cuestión la necesidad, idoneidad y proporcionalidad de la ordenación territorial de la atención farmacéutica. La planificación territorial no es necesaria ya que la libertad de establecimiento llevaría a un mayor número de farmacias, y por tanto, una mayor cobertura geográfica. La ordenación territorial no es un instrumento idóneo o adecuado para promover una mayor y más homogénea atención farmacéutica en el territorio. Por el contrario, la restricción al establecimiento de más farmacias reduce la atención farmacéutica especialmente en los pueblos más pequeños. La planificación territorial es una política desproporcionada ya que limita un derecho fundamental, el libre ejercicio de profesionales cualificados, sin promover el interés público que persigue.

Este tipo de análisis convierte la ordenación farmacéutica en una política a búsqueda de una buena justificación. Arruñada (1, 2) ha analizado las posibles justificaciones a las restricciones de la competencia en el sector, y ha mostrado que la mayor parte de ellas son innecesarias para alcanzar los fines que se proponen. Tan sólo las funciones de control sanitario y económico de la prescripción podrían justificar la restricción parcial de la competencia para mejorar los incentivos en la prestación de servicios que tienen externalidades positivas según Arruñada (1): las tareas de control como denegar la dispensación de fármacos de prescripción sin receta (p.e. antibióticos), no dispensar fármacos de especial control médico sin la correspondiente receta especial (p.e. narcóticos), o dispensar a los pacientes de la sanidad pública el fármaco más

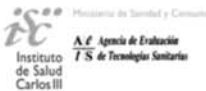
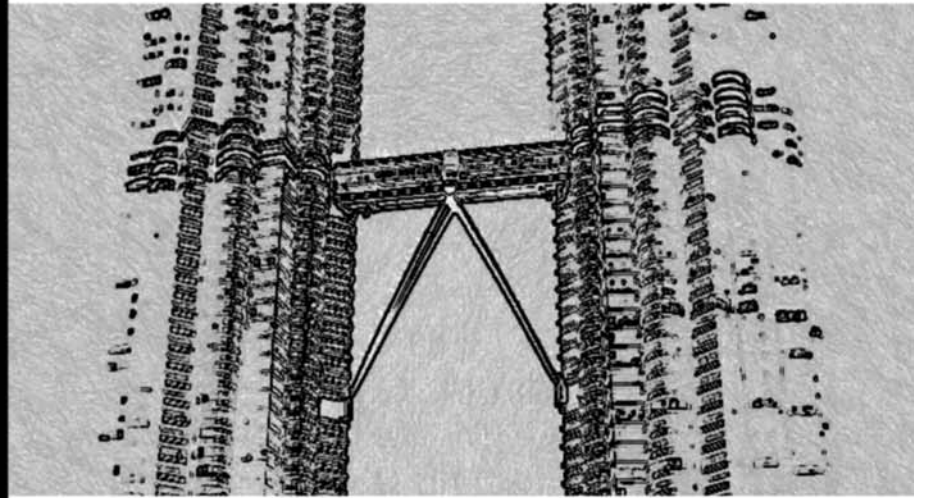
barato aun en el caso de que éstos no sufraguen su coste "requiere un eficaz sistema de sanciones que, habitualmente, se ha basado en las cuasi-rentas que comporta el ejercicio de una licencia profesional sujeta a pérdida en caso de incumplir las funciones que le son propias".

El trabajo muestra que la planificación farmacéutica es un instrumento que consigue de forma efectiva aumentar los beneficios de los profesionales establecidos. Sus beneficios se sitúan por encima de lo que sería normal si existiese libertad de ejercicio profesional. Si estos beneficios extraordinarios son la contraprestación a algún servicio público prestado de forma gratuita (externalidades), los economistas los llamamos casi-rentas. Si no son la contraprestación de ningún servicio público prestado de forma gratuita, las conocemos como rentas puras de la regulación. Está pendiente de estudiar si los beneficios extraordinarios de los farmacéuticos son de un tipo o del otro, y tras ello evaluar si las restricciones son socialmente deseables.

Joan-Ramon Borrell
Universitat de Barcelona

(1) Arruñada B. La farmacia y el paso de los siglos. *Revista de Administración Sanitaria*. 2001;5(19):119-134.

(2) Arruñada B. Managing Competition in Professional Services and the Burden of Inertia. En: Ehlermann CD, Atanasiu I, eds. *European Competition Law Annual 2004: The Relationship between Competition Law and the (Liberal) Professions*. Oxford and Portland Oregon: Hart Publishing; 2006, pp. 51-71.



Con la colaboración de:



Fundación Gaspar Casal Acciones Especiales para la Difusión de la Evidencia Científica y la Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Financiadas por el Instituto de Salud Carlos III
en el marco del Plan de Calidad para el
Sistema Nacional de Salud

- Taller práctico sobre la utilización de bibliotecas virtuales en Internet de acceso libre sobre análisis de evaluación económica.
- Seminario de formación de formadores: tendencias en medicina basada en la evidencia y evaluación de tecnologías sanitarias.
- Seminarios "on-line" de evaluación económica de servicios de salud, técnicas de análisis cuantitativo aplicadas a la evaluación sanitaria y epidemiología clínica.

Dirigido a profesionales sanitarios con perfil investigador y experiencia clínica.

Información y
solicitud de admisión en

www.fgcasal.org

Impuestos sobre las grasas (*Fat Taxes*). ¿Matar moscas a cañonazos?

Chouinard HH, Davios DE, LaFrance JT, Perloff JM.

Fat taxes: big money for small change? Forum Health Econ Policy. 2007;10(2).

<http://www.bepress.com/fhep/10/2/2>

Contexto

En la mitad de los estados de EEUU existen impuestos o restricciones sobre las comidas y bebidas con elevados niveles de grasa o azúcar. Pese a ello la prevalencia de obesidad en EEUU no ha dejado de crecer en los últimos años. Durante los últimos 25 años el consumo de productos lácteos per cápita se incrementó notablemente, siendo una de las principales fuentes de ingesta de grasa en la dieta de los estadounidenses.

Objetivo

Derivar un sistema de ecuaciones de demanda para productos lácteos, el cual es empleado para estimar elasticidades y efectos sustitución entre estos productos y simular cambios en el bienestar que supondrían variaciones impositivas sobre los mismos que persiguirían la reducción del consumo de grasa.

Diseño y métodos

Se emplea datos semanales de compras pasadas por escáner (Infoscan) agregados a nivel de ciudad para el periodo enero 1997-diciembre 1999. La información contiene los Códigos de Producto Universales, lo cual permite homogenizar la información y definir 14 productos lácteos diferenciados en 23 ciudades diferentes.

La variable dependiente es la cantidad media adquirida por hogar en cada ciudad, cada semana, para cada uno de los 14 productos definidos. Los datos sobre precios son ajustados por impuestos indirectos e inflación para cada ciudad. Adicionalmente, se empareja la anterior información con datos sociodemográficos familiares para cada ciudad (ingresos, etnia, composición familiar, estatus laboral, estudios, edad, sexo). Se estima el sistema de ecuaciones de demanda mediante mínimos cuadrados no lineales en tres etapas robustos de heterocedasticidad. A continuación se simulan los efectos sobre cantidades que supondrían un impuesto *ad valorem* sobre el consumo del 10% y del 50%.

Resultados

Las elasticidades precio de cada uno de los productos son, como era esperable, negativas, significativas e inferiores a uno en valor absoluto (demandas inelásticas). Las elasticidades renta son negativas, indicando que los productos son bienes inferiores, siendo significativamente diferentes de cero en 8 de los 14 productos.

A causa de la escasa sensibilidad de las demandas de productos lácteos a variaciones en los precios, un impuesto sobre el consumo tendría un escaso efecto sobre cantidades demandadas, trasladándose la mayor parte del efecto al precio. En total, un impuesto del 10% sobre el consumo apenas reduciría un 1% la ingesta de grasas proveniente de productos lácteos. Precisamente debido a la falta de elasticidad de la demanda, los ingresos fiscales están muy cercanos a la pérdida de bienestar de los consumidores. Sin embargo, el impuesto no es neutral en términos de niveles de renta, afectando en mayor cuantía la carga fiscal a las rentas más bajas siendo, por tanto, claramente regresivo.

Conclusiones

Para obtener una reducción importante en el consumo de productos lácteos, se requiere un fuerte impuesto *ad valorem* sobre los mismos. Debido a la falta de sensibilidad de la función de demanda de estos productos, las tasas impositivas son relativamente eficientes en el sentido recaudatorio (comparadas con la pérdida de bienestar agregado que generan). No obstante, la distribución de la carga es fuertemente regresiva.

Parece poco plausible defender un incremento de los impuestos sobre este tipo de bienes sobre la base de que su objeto reside en mejorar la salud de la población en el largo plazo.

Financiación: USDA/ERS y Giannini Foundation.

Conflicto de interés: No consta.

Correspondencia: chouinard@wsu.edu

COMENTARIO

El trabajo trata un tema del máximo interés actual, pero si bien los resultados son los esperados desde un punto de vista cualitativo, se utilizan datos que no parecen los más adecuados, con una metodología mejorable y una simulación de reformas de impuestos en escenarios que pueden entrar en contradicción con las condiciones teóricas del modelo.

Por ejemplo, mientras que las decisiones las toman los individuos (hogares), los datos tienen variación espacial (ciudades) y temporal (semanas). Así, existen en la muestra hogares que no compran determinados bienes en la semana de referencia y no se indica cómo se tratan esos datos en el proceso de agregación (o si se tratan siquiera). Asimismo, en relación con los bienes que componen el modelo, los hogares no sólo toman decisiones de compra sobre los bienes que componen el modelo. También lo hacen sobre otra serie de bienes excluidos del mismo. Sin embargo, para muchos bienes excluidos no se da la condición de separabilidad, por lo que los resultados acerca de los efectos de complementariedad o sustituibilidad estimados serían de dudosa credibilidad. Otro detalle haría referencia a los resultados obtenidos sobre la elasticidad renta (negativa en todos los casos). Antes de presentar estos resultados, y justificar que este es un hecho habitual en base a la literatura consultada, se debería examinar las razones de ello puesto que pueden ser diversas y no triviales: desde una agregación incorrecta de los datos, hasta especificaciones inadecuadas del modelo o por estimaciones inadecuadas por no imponer las restricciones correctas en el modelo. En suma, todos estos elementos arrojan dudas acerca de la verosimilitud de la cuantificación de los resultados obtenidos.

Las adopción de medidas fiscales sobre los productos con alto contenido en grasas o sobre productos "insanos", es un tema extremadamente complejo que requiere hilar más fino en el planteamiento de las políticas impositivas que se pueden aplicar. Por tanto, ante la opción de políticas fiscales indiscriminadas que van, necesariamente, a afectar de forma regresiva a los individuos, convendrían planteamientos más elaborados que asuman compensaciones hacia hogares que se van a ver muy afectados (los que pertenecen a la parte inferior de la distribución de la renta) y subvenciones hacia productos que se quieren fomentar, en términos de sustitución, frente a los bienes más ricos en grasas. Lo contrario llevaría a efectos indeseados. Y nótese que esta frase aplicada a los afectados de rentas bajas es algo más que un eufemismo.

José María Labeaga

UNED y FEDEA

Juan Oliva

Universidad de Castilla La Mancha y FEDEA

La percepción de consumo de tabaco en los centros educativos tiene una mayor repercusión en la decisión de fumar entre los chicos que entre las chicas

Huang HL, Hsu CC, Magnus JH, Chen FL, Rice J, Lee CH, Yen YY, Chen T.

Perceived smoking prevalence at school-level and children's smoking initiation: A multi-level analysis of a cross-sectional data in Taiwan. Health Policy. 2007 [Epub ahead of print].

Objetivo

Analizar la influencia de la presencia de fumadores en los centros educativos en la decisión individual de comenzar a fumar por parte de los estudiantes de primaria.

Método

En la decisión de fumar inciden las características propias del individuo (por ejemplo, edad y sexo), las características de su ambiente social cercano (familia y amigos) y las características de su ambiente social en un sentido más amplio (comunidad, por ejemplo centros educativos). La principal aportación que realizan los autores es que tienen en cuenta las características del individuo y de su entorno cercano al analizar la repercusión de las características de los centros educativos en la decisión de probar los productos tabacaleros.

Datos

La aplicación empírica se ha realizado con 1.585 observaciones individuales extraídas de 13 colegios de primaria en el condado de Taoyuan (Taiwán). La percepción del ratio de fumadores en cada centro

educativo se basa en la media de aquellos alumnos que informan haber visto fumar alguna vez a alumnos, personal laboral del centro o visitantes durante horas escolares en el centro educativo.

Resultados

Además de confirmar que el consumo de familiares y amigos repercute en la decisión de consumo del estudiante, los autores encuentran evidencia de que las diferencias entre colegios en relación al consumo de tabaco son sustanciales para determinar una mayor o menor propensión en la decisión de fumar de los chicos (dicha evidencia no se traslada a las chicas).

Implicaciones

Por tanto, los autores concluyen que es necesario implementar políticas en los centros escolares que reduzcan la visibilidad del tabaco a los más jóvenes.

Financiación: No consta.

Conflicto de intereses: No declara.

Correspondencia: tchen@tulane.edu

COMENTARIO

Con la globalización, no sólo se potencia el flujo de bienes y servicios, sino que también se homogeneizan los estilos de vida. De hecho, los elevados porcentajes de fumadores entre los más jóvenes son motivo de preocupación en la mayoría de los países. Según la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar (2004), casi un 30% de los estudiantes de secundaria afirman fumar diariamente en España. Los jóvenes son un grupo de población vulnerable al que se destina una gran parte de los programas anti-droga, puesto que por ejemplo, cuanto más se retrase la edad de inicio al consumo de tabaco, menos probable es que el individuo comience a fumar o se convierta en un fumador habitual.

Para definir campañas anti-tabaco eficientes son necesarios artículos de investigación como el presente en el que se analizan los determinantes de su consumo. Las relaciones de los adolescentes con sus amigos y padres proporcionan información esencial sobre el proceso de influencia interpersonal. Así, los padres juegan un papel esencial como modelos en la etapa previa al consumo de drogas, mientras que los amigos inciden en mayor medida en el proceso de inicio al consumo (1).

En los centros educativos los adolescentes tienen la posibilidad de mezclarse con gente de su edad, y decidir sobre su forma de relacionarse. La decisión de no transgredir una norma depende del coste-beneficio de la acción, que no es solamente función de las características económicas del individuo, sino también de la comunidad en la que se desenvuelve. Por tanto, cabe esperar que las mismas personas en ambientes más positivos no adoptaran determinados comportamientos de riesgo (2).

Sin embargo, las opiniones sobre la incidencia de la presión social son diversas. Si, por ejemplo, las expectativas de asistir a un centro de educación superior influyen en las decisiones relativas al consumo de tabaco y a la continuidad de estudios en centros educativos superiores, entonces estudiantes que asistan a un colegio

donde la mayoría de los estudiantes no tengan intenciones de seguir formándose académicamente, tendrán una mayor predisposición, al igual que sus compañeros, a dedicar tiempo académico a experimentar con el tabaco (3).

Por último, la principal implicación política que los autores extraen de sus resultados se enfoca hacia la reducción de la presencia de tabaco en los centros educativos. En España, aunque no se puede fumar en los colegios desde 1988, el cumplimiento de la ley no siempre se garantiza, y de hecho, los escolares afirman que acceder a los productos tabacaleros es sencillo. Por lo que más que endurecer las normas políticas, se debería avanzar hacia su aceptación social. Un aspecto interesante del presente artículo es la consideración de lo que el individuo imagina que se fuma en su colegio, siendo en realidad la percepción más importante que el consumo real. De hecho, se tiende a la sobreestimación de los comportamientos problemáticos, lo que incrementa su adopción. Según la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar (2004) los jóvenes españoles opinan que la mayoría de sus amigos o compañeros de colegio fuman, sin embargo el porcentaje de fumadores, como ya hemos indicado, gira en torno al 30%. Por tanto, dentro de las campañas informativas que se realizan sobre los riesgos del tabaco, la revelación a los adolescentes de que el consumo de tabaco en su entorno es realmente menor de lo que piensan podría ser una forma efectiva de reducir sus actitudes de riesgo.

Ana I. Gil Lacruz

Universidad Autónoma de Madrid

(1) Kandel D. On processes of peer influences in adolescent drug use: a developmental perspective. *Adv Alcohol Subst Abuse*. 1985;4:39-163.

(2) Brooks N. The effect of community characteristics on community social behavior. *J Econ Behav Organ*. 2001;44:249-267.

(3) Gaviria A, Raphael S. School-based peer effects and juvenile behavior. *Rev Econ Stat*. 2001;83:7-268.

No disparen sobre el pianista

Manuel Arranz

Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES)
arranz_man@gva.es

Con cierta frecuencia, nos tropezamos en la literatura científica sobre literatura científica con serios y concienzudos artículos sobre cómo publicar un artículo científico. Estos artículos, como sucede con los manuales de autoayuda, siempre tienen un público fiel, ansioso de superarse y de hacer bien las cosas. La mayoría suelen venir amenizados con algunos sencillos consejos y trucos, encaminados a allanar el camino del principiante hacia la tan ansiada publicación. Es frecuente también que adopten la forma de decálogo. Las cuestiones de formato nunca hay que subestimarlas, y el diez, que es un número con eficacia más que probada en muchos ámbitos, en el de la publicación científica no va a la zaga. Diez sencillas reglas para presentar una buena comunicación oral, un póster, conseguir una beca, publicar un artículo, leer un informe clínico, liderar un equipo de investigación, elegir un software educativo, o evitar el acoso sexual, son todas referencias genuinas que puede encontrar fácilmente en pubmed. El último de estos artículos que ha caído en mis manos no tiene desperdicio: *Ten Simple Rules for Getting Publisher* (1). Una escueta página y media con diez sencillas reglas, algunas francamente útiles, hay que reconocerlo, como la cuarta en que se recomienda aprender inglés. En la primera se recomienda leer al menos dos artículos al día, no necesariamente de su especialidad. Muy sensata esta regla, por cierto. Sea objetivo, leemos también en las reglas segunda y tercera, supongo que porque objetivo es algo que conviene serlo siempre por partida doble, y que es mejor publicar un artículo en una revista de calidad que varios artículos en revistas menores (décima regla). No estoy muy seguro. Pero además de tampoco estar seguro de que sea mejor ser objetivo a ser subjetivo, creo que en todos esos artículos se está escamoteando a los futuros autores lo esencial. Y lo esencial no es nunca lo que debería hacerse para obtener un resultado improbable, sino lo que se hace en realidad, y que además demuestra ser efectivo. Animado con la idea de proporcionar algunos útiles consejos refrendados por la ex-

periencia a los autores en ciernes, me puse manos a la obra, y confeccioné también yo mi decálogo que les ofrezco a continuación.

Regla nº 1: Envíe siempre su artículo a varias revistas a la vez. Esta es una norma elemental que le ahorrará mucho tiempo. Si al final son varias las revistas que publican su artículo, piense que siempre es preferible tener una publicación duplicada a no tener ninguna.

Regla nº 2: Es conveniente que el título de su artículo no tenga nada que ver con el contenido del mismo. Compare el título de este artículo con el de Bourne que lo ha motivado, y juzgue por usted mismo cuál es más eficaz de los dos. Véase a este respecto todo lo dicho en un artículo anterior de esta misma sección (2).

Regla nº 3: Sea original como rezan los requisitos de uniformidad en su enunciado, y evite los prejuicios e ideas preconcebidas. Empiece siempre su artículo por las conclusiones y termine con la introducción. A fin de cuentas todo el mundo sabe que la introducción siempre se escribe al final, y no veo razón para que tengamos que leerla al principio. Yo incluso la omitiría. Un estudio que necesita justificarse no merece mucha confianza.

Regla nº 4: Escriba sobre lo que se le ocurra y sin florituras. Olvidese, si no lo ha hecho todavía, de la gramática, de la sintaxis, y hasta del diccionario a ser posible. El estilo llano y campechano está muy valorado últimamente. Pero no olvide poner algunas comas para facilitar la respiración.

Regla nº 5: Sea discreto y no aliente la envidia entre sus colegas. No declare nunca los conflictos de intereses. A nadie le importa quién ha subvencionado su investigación. Por lo demás, la declaración del conflicto de intereses no hace más que alimentar polémicas ajenas al sano espíritu científico.

Regla nº 6: No pierda el tiempo y deje siempre la búsqueda bibliográfica para el final. Cualquier investigador veterano sabe esto. Nunca es bueno dejarse influenciar por las opiniones de otros autores. Por lo demás, a nadie se le escapa que si la hiciese al principio podría producirse fácilmente lo que se ha venido en llamar el "plagio

inconsciente o instintivo" que tanto sigue dando que hablar. Recuerde aquí el precepto bíblico: quien evita la tentación, evita el peligro.

Regla nº 7: No discuta ni discrepe nunca de los revisores. Los revisores siempre tienen razón. Si algún día llega usted a ser revisor comprobará lo impertinentes que se ponen algunos autores con sus originales. Inclúyalos en los agradecimientos. Mejor aún, incorpórellos como autores a su artículo. A fin de cuentas, si observamos estrictamente los requisitos de uniformidad, ellos también lo son.

Regla nº 8: Incluya también entre los autores a todo su servicio. Y aquí hay que ser generoso. Recuerde el principio de multidisciplinariedad, y que un trabajo avalado por un nutrido grupo de investigadores siempre gana mucho en credibilidad. Mi consejo es que incluya desde el jefe del servicio, en el caso de que no lo sea usted, hasta las señoras de la limpieza. Todos se lo agradecerán de un modo u otro. Esta regla sólo admite una excepción. Si por algún motivo alguna persona de su servicio le cae mal, estas cosas pueden suceder, omítala. Esta excepción surte todavía más efecto cuando esa persona ha tenido alguna participación sustancial en la investigación.

Regla nº 9: No olvide nunca incluir entre las referencias todas y cada una de sus publicaciones anteriores. Que no tengan relación con el tema en cuestión, no es motivo suficiente para no incluirlas. ¿Acaso no es usted el autor? Con las de los amigos, tiene dos opciones. Incluir las más anodinas e insignificantes (opción aconsejable), o deslizar alguna pequeña e inocente errata en su apellido.

Regla nº 10: No desfallezca ni se desaliente nunca. Si una revista le rechaza su original, límitese a alterar un poco el título y cambiar el orden de los autores, y, pasado un tiempo prudencial, vuélvaselo a enviar. Le sorprendería saber cuántos artículos se han publicado observando esta sencilla regla.

(1) Bourne PE. Ten simple rules for getting Publisher. *Plos Comput Biol*, 2005, 1 (5). e57.

(2) Arranz M. El arte de titular. *Ges Clin San*. 2007; 9:39.

Información para los lectores

Responsable Editorial

Fundación IISS
 Ricard Meneu
 C/ San Vicente 112, 3
 46007 VALENCIA
 Tel. 609153318
 ricardmeneu@worldonline.es
 iiss_mr@arrakis.es

Publicidad

Fundación IISS
 C/ San Vicente, 112, 3
 46007 VALENCIA
 Tel. 609153318
 iiss_mr@arrakis.es

Diseño Gráfico

Rosa Rodríguez
 Paz Talens

Suscripción anual

Normal: 40 Euros
 Números sueltos: 15 Euros

Números deteriorados y pérdidas

Los números deteriorados y pérdidas de distribución serán repuestos gratuitamente siempre que se soliciten en los 3 meses siguientes a la edición del correspondiente número.

Para su edición y difusión GCS tiene establecido un convenio con la **Fundación Salud Innovación y Sociedad**.

Defensor del lector

Salvador Peiró
 iiss_mr@arrakis.es

Protección de datos personales

De acuerdo con lo contemplado en la ley 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que los datos personales de los suscriptores forman parte del fichero automatizado de Gestión Clínica y Sanitaria.

Los suscriptores tienen la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente, dirigiendo solicitud a: Gestión Clínica y Sanitaria
 San Vicente, 112-3ª
 46007 Valencia.

Objetivos

El objetivo central de GCS es la difusión de los nuevos conocimientos sobre gestión clínica y sanitaria mediante la selección y resumen de aquellos trabajos de investigación bien realizados y previsiblemente más útiles. Todas las secciones de GCS están abiertas a las colaboraciones de los lectores. Quienes quieran colaborar en cualquiera de las secciones, pueden contactar vía email con la Oficina Editorial (iiss_mr@arrakis.es) o por cualquier otro medio de comunicación.

El procedimiento seguido en GCS es la revisión de una serie de revistas científicas, identificando los originales de mayor interés que son resumidos bajo un título ilustrativo. El resumen se acompaña de un comentario realizado por un experto, que intenta contextualizar la utilidad y limitaciones del trabajo revisado. La lista de publicaciones revisadas estará sujeta a cambios en función de la evolución de las propias revistas, las posibilidades del equipo editor y la incorporación de nuevos colaboradores.

ORDEN DE SUSCRIPCIÓN

Deseo suscribirme a GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA

NOMBRE _____
 APELLIDOS _____
 DIRECCIÓN _____
 CIUDAD _____ PAÍS _____ C. P. _____
 TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____
 PUESTO DE TRABAJO (Opcional) _____

Si no desea que sus datos se empleen para remitir publicidad, marque aquí

FORMA DE PAGO

Adjunto TALÓN núm. _____ a nombre de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud por importe de
 40 Euros
 Adjunto orden de domiciliación bancaria.

ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA

TITULAR

NOMBRE _____
 APELLIDOS _____
 CUENTA/LIBRETA _____
 BANCO/CAJA DE AHORROS _____
 DIRECCIÓN SUCURSAL _____
 CIUDAD _____ PAÍS _____ C. P. _____

Sr. Director, atienda hasta nueva orden los recibos que con cargo a mi cuenta referenciada serán librados por la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Atentamente

Fecha y firma

Remitir por correo a Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud
 c/ San Vicente, 112-3ª 46007 Valencia
 Telfno.: 609 15 33 18 e-mail: iiss_mr@arrakis.es