

Número coordinado por Juan del Llano Señarís

Editorial	
<i>Hygenia, Panacea</i> y sus responsabilidades	3
Eficiencia, equidad, prioridades y objetivos de política sanitaria	6
Organización de la atención sanitaria. Intervenciones para mejorar la práctica clínica	
Evaluación de Guías de Práctica Clínica en Medicina Intensiva	14
La información médica en la era 2.0: más difusión, más rápida, más directa pero con dificultades similares	15
Efectividad: tratamiento, prevención, diagnóstico, efectos adversos	
Diabetes mellitus. ¿Café para todos?	16
Los beneficios de iniciar la diálisis justo a tiempo	17
El aumento de la prescripción de antidepresivos (ISRS) y la disminución de las tasas de suicidio	18
Calidad y adecuación de la atención sanitaria	
¡Alerta! ¡Prescripción electrónica asistida con exceso de alertas!	20
La eliminación de los incentivos económicos puede incidir en la calidad de la asistencia prestada	21
Sedación en el paciente crítico: ¿todo, nada o individualizada?	22
Evaluación económica, eficiencia, costes	
La “Regla del Rescate” no puede guiar el establecimiento de prioridades sanitarias	23
De la evaluación de tecnologías sanitarias a la evaluación de los procesos	24
Utilización de servicios sanitarios	
¿Los médicos nos informamos como debemos?	25
Impacto de la vida sedentaria en la utilización de los servicios sanitarios	26
Modos de ver	
Las cifras del gasto sanitario en su comparativa. Errores y omisiones	27
Gestión: instrumentos y métodos	
Dimensiones clave en el clima y satisfacción laboral del personal de enfermería	30
La gestión hospitalaria pública, entre el presupuesto y el cuadro de mandos	31
Experiencias y perspectivas de los pacientes	
Prevenir los efectos adversos requiere escuchar a los pacientes	32
Política sanitaria	
Recomendaciones para una reforma americana (o española)	33
Copago: ¿solución o problema?	34
Un paseo bien guiado por la política farmacéutica en la Unión Europea	35
Políticas de salud y salud pública	
Mejorar abiertamente la inteligencia: otra razón para actuar contra las enfermedades infecciosas	36
¿Es posible bajar el precio de los genéricos?	37
Informes de las agencias	
Las políticas nacionales de precios farmacéuticos influyen en las políticas generales de salud, reorientan la innovación y afectan a otros países	38
Investigaciones que hicieron historia	
Más volumen: ¿mejores resultados?	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 Señaris, Fundación Gaspar Casal, Madrid.

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

Vicente Ortún Rubio, Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Consejo de redacción

Joan Josep Artells (Barcelona)
Xavier Bonfill (Barcelona)
Alberto Cobos Carbó (Barcelona)
José Cuervo Argudín (Madrid)
Jordi Gol (Madrid)
Beatriz González López-Valcárcel (Las Palmas)
Ildefonso Hernández (Madrid)
Albert Jovell (Barcelona)
Jaime Latour (Alacant)
Félix Lobo Aleu (Madrid)
José J. Martín Martín (Granada)
Salvador Peiró (València)
Jaume Puig i Junoy (Barcelona)
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 (València)
Jordi Alonso (Barcelona)
Paloma Alonso (Madrid)
Alejandro Arana (Barcelona)
Andoni Arcelay (Vitoria)
Manuel Arranz (València)
Pilar Astier Peña (Zaragoza)
José Asua (Bilbao)
Adolfo Benages (València)
Juan Bigorra Llosas (Barcelona)
Lluís Bohigas (Barcelona)
Bonaventura Bolívar (Barcelona)
Francisco Bolumar (Alcalá)
Eduardo Briones (Sevilla)
Marisa Buglioli (Montevideo, Uruguay)
Juan Cabasés Hita (Pamplona)
Jesús Caramés (Santiago)
David Casado Marín (Barcelona)
Carlos Campillo (Mallorca)
Eusebi Castaño Riera (Mallorca)
Enrique Castellón (Madrid)
Xavier Castells (Barcelona)
Jordi Colomer (Barcelona)
Indalecio Coruñedo (Madrid)
José Expósito Hernández (Granada)
Lena Ferrús (Barcelona)
Anna García Altés (Londres)
Fernando García Benavides (Barcelona)
Joan Gené Badía (Barcelona)
Juan Gervas (Madrid)
Luis Gómez (Zaragoza)
Álvaro Hidalgo (Madrid)

Pere Ibern Regás (Barcelona)
Jokin de Irala Estévez (Pamplona)
Puerto López del Amo (Granada)
Guillem López i Casasnovas (Barcelona)
Susana Lorenzo (Madrid)
Manuel Marín Gómez (València)
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 (València)
Bernardo Valdivieso (València)
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 Expectations
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 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.

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

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

Hygenia, Panacea y sus responsabilidades

Juan del Llano

Director de la Fundación Gaspar Casal

Jesús Millán

Presidente del Patronato de la Fundación Gaspar Casal

A pesar de la creencia generalizada de que la salud está determinada fundamentalmente por los servicios prestados en la asistencia sanitaria, existen abundantes referencias que demuestran que dicha afirmación no es del todo exacta, y que otros numerosos factores pueden jugar un papel tanto o más importante que los servicios sanitarios. Tal es el caso de factores como la propia biología humana, la carga genética, el medio ambiente, la conducta individual, los estilos de vida, y numerosos factores sociales y económicos (1).

Lo colectivo y lo individual

Sin dejar de mejorar los servicios sanitarios en su vertiente preventiva, curativa o rehabilitadora, con el fin de procurar un adecuado balance entre la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, las políticas de salud deben dar respuesta, también, a esos otros determinantes de salud extra-sanitarios, lo que implica la participación de otros sectores como la economía, la educación, las obras públicas o el medio ambiente en la consecución de objetivos de salud para la población (2).

Por otra parte, la constatación de que los beneficios, esto es el "retorno" esperado como es el aumento de la esperanza de vida ajustada por calidad de vida o libre de incapacidad, no crecen al mismo ritmo que el incesante incremento de recursos asignados al sistema sanitario, nos hace preguntarnos si los aspectos relacionados con la responsabilidad individual además de la colectiva, no tienen que ver mucho con esta situación. Al fin y al cabo el estilo de vida es algo que uno, fundamentalmente, elige, frente a la pérdida de salud que es algo que acontece, pero que puede estar condicionada por lo anterior.

La mayor parte de las enfermedades responsables de la incapacidad y la muerte prematura son poco sensibles a incrementos adicionales de recursos estrictamente sanitarios y los principales determinantes de la enfermedad son, sobre todo, económicos y sociales (3). Sin embargo, los ciudadanos, los medios de comunicación, la industria biomédica, los profesionales sanitarios y los políticos parecen no tener demasiado en cuenta estos aspectos, ya que la mayor parte de los recursos se dedican a la asistencia sanitaria y no propiamente a la creación de condiciones colectivas para la consecución de objetivos de salud.

El aumento de la eficacia médica parece seguir un ritmo casi exponencial y nadie cuestiona que los beneficios derivados son de altísimo interés individual para los pacientes, y colectivo, para la comunidad. La Medicina, además de la aplicación del cambiante conocimiento científico-técnico, es una responsabilidad y una práctica que engloba las esferas biológica, psicológica y social, pues no siem-

pre se trata pacientes y se tiene éxito, sobre muchas dolencias, sólo paliamos. Es una actividad moral que dispone de la investigación biomédica y las técnicas de gestión como baluartes de soporte a la pericia, integridad, sabiduría y espíritu de servicio exigibles (4). La conveniencia de responder a las preocupaciones de la sociedad, nos lleva a tratar la profesionalidad como una competencia con componentes cognoscitivos que deberían desarrollarse en la formación del médico, tales como la empatía, la comunicación, el razonamiento moral, la capacidad para el trabajo en equipo...

La investigación de los factores determinantes de salud

Es preciso avanzar hacia un ajuste adecuado entre la asistencia sanitaria y atención a la salud y sus factores determinantes, con la prestación de servicios sanitarios reparadores. En los países desarrollados es necesario abordar más investigación acerca del impacto de los estilos de vida negativos para la salud. Avanzar en el conocimiento de cómo cada determinante impacta sobre la salud es obligado desde la perspectiva colectiva, al objeto de explicitar objetivos concretos en los planes de salud, y en los derivados planes de servicios a cargo de sus prestadores. Pero este enfoque debe ir ligado de manera indisolublemente complementaria a otras acciones colectivas en sectores diferentes al sanitario, y con la asunción a nivel individual de la mejor de las predisposiciones al cuidado de la salud.

Un primer paso es dotarse de unos sistemas de información sanitaria capaces de aportar datos fiables y contrastables que permitan articular la política sanitaria. No cabe duda de que la mejora de las fuentes de información es una demanda recurrente de los profesionales de la salud pública y de los investigadores de servicios sanitarios. A menudo se piensa que el problema reside en las dificultades de "crear" información relevante, si bien en muchas ocasiones el origen del problema no reside en la inexistencia de la información, sino en que la que se tiene no es, incomprensiblemente, todavía pública, y en consecuencia hay escasos análisis de los indicadores sanitarios recopilados.

La sanidad es uno de los pilares del estado del bienestar, además de una actividad económica inserta en el sector servicios que genera riqueza y emplea a muchas personas. Es un sector muy dinámico y con una fuerte innovación tecnológica. En el contexto actual de profunda crisis económica y de marcada descentralización administrativa, es razonable pensar que aumente la dispersión en los modos de generar y utilizar la información. Y sin datos, será difícil establecer comparaciones en el desempeño de los planes de servicios regionales de salud

pública y evaluar los progresos en la consecución de los objetivos de salud (5).

Se debería dar el paso desde una investigación epidemiológica de factores de riesgo a una investigación de carácter poblacional, centrada en las teorías etiológicas y más ligada al contexto social y ambiental. Ello podría aportar conocimientos que favorezcan la implantación de políticas públicas dirigidas a mejorar la salud de la población. La creatividad e innovación, la fertilización cruzada con otras disciplinas, el compromiso con los valores que fundamentan la salud pública y su papel primordial en la mejora del funcionamiento de los servicios sanitarios son algunos de los factores que pueden aumentar la influencia de la salud pública en la medicina del futuro.

Son muchos, y rápidos, los cambios para los que la salud pública debe preparar y afinar sus respuestas. Por ejemplo, cambios que pueden modificar el perfil epidemiológico de las enfermedades infecciosas: por las desigualdades sociales, por el incremento de la movilidad y el cambio de modos de migración humana, por la aplicación extensa e incorrecta de pesticidas dando lugar a un aumento de la resistencia de vectores, por el uso inadecuado de antibióticos que aumenta la resistencia de los agentes, por la destrucción del hábitat salvaje dando lugar a migraciones de reservorios y vectores, por el cambio climático, por el crecimiento poblacional, por la rapidez de los movimientos humanos a largas distancias, etc. Otros ejemplos: hay problemas como los residuos, la calidad del aire, el transporte, la seguridad vial... sobre los que las intervenciones en salud pública salen a cuenta (6).

La Salud Pública y la Asistencia Sanitaria

El concepto de salud pública se inició hace unos 400 años, con el control de las enfermedades para prevenir su propagación. Desde entonces, la salud pública ha evolucionado e incluye la promoción y la protección de la salud. La salud pública es un esfuerzo organizado de la sociedad para mejorar la salud de una población. Está surgiendo el término "nueva salud pública", que define la salud como un factor de inversión para una vida comunitaria óptima. Presta atención a la conducta de los individuos en su entorno actual y las condiciones de vida que influyen en dicha conducta. Además de la prevención clásica de las enfermedades, la misión de la salud pública es favorecer la salud física y mental de los individuos. Esto incluye una influencia en las costumbres y en las condiciones de vida, pero también la promoción de la autoestima, la dignidad humana y el respeto. Si esta nueva salud pública es el futuro de la salud pública, es necesario responder a las preguntas de dónde estamos y cómo vamos a alcanzar esta nueva salud pública.

La Salud Pública ha estado limitada a una vía centrada en la enfermedad, donde su principal actividad es la prevención, especialmente en los grupos de alto riesgo. Las técnicas utilizadas para el análisis de factores de riesgo no identifican las verdaderas causas de las enfermedades.

Con este enfoque se consiguen beneficios a corto plazo, pero no se abordan las amenazas fundamentales que afectan a la salud global, como son los determinantes sociales, económicos, medioambientales y educativos que subyacen en el binomio salud-enfermedad. Los cambios en el medio ambiente social (pobreza, desempleo, injusticia, soledad, exclusión...) pueden ser posibles y la acción pública puede ayudar.

Apelar a la responsabilidad individual en el mantenimiento de la salud no significa que la salud pública no deba prestar una gran atención a la actividad asistencial y a los servicios sanitarios, por diversos motivos cuya importancia se está acrecentando. Por ejemplo, la oportunidad antes comentada que ofrecen las nuevas tecnologías de información en el entorno sanitario o también la relevancia económica y social de los servicios sanitarios y de sus profesionales. Respecto a la relevancia social de los profesionales sanitarios, cabe recordar que uno de los retos actuales de la salud pública es hacer realidad las estrategias de prevención poblacionales y para ello, el concurso de los médicos es imprescindible, ya que la población los identifica como los garantes de su salud. Como la sociedad cambia más rápido que la sanidad, es esperable que sean los pacientes, considerados como clientes, los que empujen el cambio de los actuales esquemas asistenciales. Una mayor capacidad de elección, una participación más sensible en la evaluación de los servicios prestados, dar prioridad a la visión subjetiva de la necesidad médica y la emergencia de un modelo de relación más simétrico con el médico, resituará la práctica de la medicina que hemos venido observando (7).

Ayuda también, la visión que los gestores tienen de la sanidad pública es la de una empresa eficiente de producción de servicios a un coste aceptable y que genera satisfacción en los usuarios. La piedra angular del modelo es la separación de funciones según la lógica del mercado: unos son los que pagan (financiadores) y quieren saber lo que compran, otros los que gestionan (gestores) y, si no sacan beneficios, por lo menos no generan déficit no deseados, otros los que producen (productores), a los que se les exige calidad en todas sus dimensiones y decisiones clínicas coste efectivas. Y esta visión tiene sus importantes correlatos en la práctica asistencial. Es un requisito definir con precisión los "productos tangibles" de la organización sanitaria, asignarles un valor, medir su producción y relacionarla con el coste. Lo que no está en los presupuestos no existe. La competencia prima en la organización como valor sobre la cooperación. Todo tiene su precio. La orientación de la empresa es hacia la atenuación de la demanda personal de servicios de forma satisfactoria. Se reconoce la autonomía de las decisiones clínicas pero deben ser de "calidad". Calidad es hacer lo correcto correctamente, lo que se define por los grados de evidencia científica que sustentan las decisiones clínicas. La gestión prima sobre la planificación y se crea el concepto de gestión clínica. La gestión clínica al uso, que puede estar desvirtuada si, desafortunadamente, se basa en un sistema de incentivos sobre la productividad que se

consigue si se cumplen los objetivos del contrato programa. Estaríamos de acuerdo en que aquí queda pues mucho por avanzar.

La responsabilidad de la Salud y de la Asistencia Sanitaria

La salud del futuro depende del futuro de la salud. Parece obvio, pero este pensamiento puede ser más profundo de lo que pudiera parecer. Ya estamos en el futuro. Las personas que lean este editorial –sobre todo si son mujeres– son las personas que más van a vivir en la historia de la humanidad. Se necesita una buena dosis de capacidad creadora y una fuerte innovación para superar los avances espectaculares que ya se han conseguido en el siglo XX.

Una pequeña nota, en 1900 casi daba igual ir que no ir al médico. Las posibilidades de sobrevivir a los problemas de salud eran relativamente independientes de la atención médica. El avance médico es tan impresionante que nos gastamos casi una décima parte de nuestra riqueza (PIB) sin rechistar. En plena crisis económica, el sector sanitario de los países avanzados del mundo no ha hecho más que crecer. Otra muestra: el proceso de envejecimiento. En los países desarrollados, el siglo XX ha conquistado para casi todas las personas la seguridad de que van a vivir hasta su octava década. El envejecimiento de la población es relativamente independiente del avance médico. Depende más de la mejora de la higiene, de una mejor ingesta, de la mejora en la salubridad de la vivienda, de las vacunas, del agua potable, y de la educación. Es curioso que, a veces, el envejecimiento se considere un problema. No hay mayor desigualdad social que aquella existente entre el que vive o el que muere prematura y evitablemente. Todo lo demás (desigualdad por ingresos, educación, felicidad) puede resultar marginal, porque –al menos– se vive.

La disminución de las desigualdades sanitarias y sociales es otro hito. Ambos tipos de desigualdades están estrechamente relacionadas. Morir a destiempo, estar enfermo, dependiente, o minusválido es un componente importante de la desigualdad social. España es un caso impresionante de éxito sanitario. De estar en la cola de Europa a principios de siglo pasado ha llegado a estar entre los mejores países del mundo en esperanza de vida, mortalidad infantil...

En otros muchos países de nuestro entorno europeo, se ha creado un sistema sanitario público fuerte. Ha supuesto la institucionalización de la sanidad, es decir la creación de una organización compleja, extensa, y con un personal muy preparado técnicamente. Los hospitales contemporáneos están entre las organizaciones más complejas y tecnológicamente más avanzadas de la historia de la humanidad. En la Unión Europea toda la población residente tiene una cobertura sanitaria casi total. Su mantenimiento sin deterioro de la calidad, se nos antoja complicado.

Los adelantos sanitarios son enormes pero no queda claro cómo se han conseguido. Se reconoce que la salud es un tema complejo, interdisciplinario e incierto. Se produce dentro de un mundo que es también incierto. La sorpresa es que el sector sanitario influye poco ya en el nivel de salud de la población. Quizá por eso preocupa todo aquello relacionado con el control del gasto. Sin embargo, casi nadie se ocupa de visualizar, cuantificar y promover los beneficios que tienen miles de acciones de salud pública, todas aquellas que cuidan lo que respiramos, bebemos y comemos, cómo trabajamos, nos movemos y convivimos (6). Las sociedades modernas se encuentran superadas frente a la tarea de conocer y legitimar el futuro de acuerdo con un modelo de predicción exacta. Cuando irrumpen nuevas incertidumbres, cuando hasta el saber experto se revela como algo inexacto y controvertido, entonces es el saber mismo el que se convierte en objeto de la política. A partir de ese momento hay que decidir políticamente qué recursos de saber deben generarse, qué grado de incertidumbre e ignorancia es aceptable respecto de determinadas decisiones (8). Ahora bien, es exigible que antes valoremos y presentemos mejor a la ciudadanía lo que se hace bien y rinde beneficios a las personas y comunidades (y lo que no). Cuantificar y explicar mejor los costes y beneficios humanos, sociales y económicos de las inversiones en salud pública y medio ambiente, es y sigue siendo, asignatura pendiente, a pesar de los muchos ejemplos de éxito: vacunas, aire limpio, agua potable, control de residuos, desaparición de contaminantes como plomo y mercurio, obligatoriedad de uso de cinturón de seguridad en coche y casco en moto, prohibición de tabaco en lugares públicos... En síntesis queda mucho por hacer pero también tenemos que comunicar con mayor eficacia lo mucho que ya se conoce sobre la responsabilidad individual y colectiva de la salud (*Hygenia*) y de la asistencia sanitaria (*Panaacea*).

Referencias

- (1) Del Llano J, Díez M, Sayalero M^a T. Aproximación a la salud en España. *Med Clin (Barc)* 1988; 91: 101-104.
- (2) Lamata F. Una perspectiva de la política sanitaria. 20 años después del Informe Lalonde. *Gac Sanit* 1994; 8:189-194
- (3) Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford, England: Oxford University Press; 1992.
- (4) Bosch A. El profesionalismo: la asignatura pendiente del sistema educativo médico. *EIDON* marzo-junio 2010: 52-57.
- (5) Ortún V. Comercio y salud. *Gac Sanit* 2006; 20:175-177.
- (6) Porta M. Ver lo que nos sale a cuenta. *El País*, 22 junio 2010.
- (7) Jovell A. El paciente del siglo XXI. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006. Vol 29, suplemento 3: 85-90.
- (8) Innerarity D. *El futuro y sus enemigos. Una defensa de la esperanza política*. Barcelona: Paidós; 2009.

Eficiencia, equidad, prioridades y objetivos de política sanitaria

Juan del Llano

Director de la Fundación Gaspar Casal

Estamos sumidos en una crisis económica con un inequívoco origen, conjunto de causas tales como la desafortunada codicia de algunas empresas financieras que se comportaron irresponsablemente, la tenue vigilancia de los reguladores y el escaso interés que los gobiernos pusieron cuando se empezaron a observar los primeros síntomas. A ello se unió el beneplácito de los ahorradores globales que con sus comportamientos egoístas y cortoplacistas de grandes réditos, sin querer conocer su procedencia, contribuyó a una especulación desbocada. Además, la disponibilidad de crédito barato mayoritariamente procedente de los fondos del superávit chino, la inexistencia de regulación en el uso de nuevos y sofisticados instrumentos financieros, propiciaron a los bancos y entidades de inversión una gran libertad para arriesgar. La atrevida mezcla acabó como una combinación dinámica peligrosa cuyo efectos están siendo casi sistémicos en muchos países, incluyendo el nuestro.

Dado el estado de las cosas que tenemos y vamos a tener una temporada más larga que corta, los abultados déficits públicos de todos los niveles de la administración y el ignoto volumen del déficit privado, nos llevan a preguntarnos: ¿hemos de preocuparnos por la supervivencia de nuestro SNS, espina vertebradora de nuestro estado del bienestar, tal y como lo conocemos hoy? Ciertamente hay motivos para la inquietud ya que las poderosas y saludables razones que explican el crecimiento del gasto sanitario público siguen presentes, independientemente de la crisis: vivimos más, vive con nosotros más gente que vino al albor de la bonanza económica, disponemos de tecnologías más sofisticadas, de más estructuras hospitalarias, contamos con mayores plantillas... La situación se complica pues a todo ello se une la escasa entrada de dinero procedente de los impuestos por la atonía en la actividad económica y el consumo, además del detrimento que para las arcas públicas supone cubrir las prestaciones económicas de un desempleo de gran magnitud. Si, además, conocemos que algunas causas del aumento del gasto obedecen a ineficiencias organizativas y de la práctica clínica, así como al empleo de recursos que apenas producen beneficio clínico alguno ni generan valor económico ni retorno en términos de salud, la situación se complica extraordinariamente.

Hay tres tipos de actuaciones que pueden aliviar el presente estado de cosas. Primero, la mejora de la eficiencia del propio sistema sanitario. El actual es más acogedor y genera más bienestar a quienes lo prestan que a quienes lo reciben. ¡Rara situación en comparación con empresas de otros sectores! A nadie se le escapa que es razonable intervenir sobre el denominador (coste) y el numerador (efectividad) para mejorar nuestro cociente: la eficiencia. Sobre ambos, y sin ánimo peyorativo, actua-

mos, sobre todo, los médicos: oferta y demanda pivotan sobre este mismo agente. Están disponibles numerosas herramientas útiles para configurar adecuadamente esta relación, si bien su uso está todavía poco extendido: guías amigables de práctica clínica, informes independientes de valoración de nuevas tecnologías, incentivos económicos que permitan interiorizar la importancia de la efectividad en la práctica clínica, así como a abandonar aquellos comportamientos que conducen a la medicina defensiva, a partir de aliviaderos útiles que amortigüen el riesgo de litigios.

Segundo, también hay que incentivar al paciente a utilizar menos servicios o mejor dicho, sólo los necesarios a la luz de la evidencia empírica que habita al margen de las modas inducidas. Así, el fomento del auto-cuidado permite aliviar una parte de la carga soportada por el sistema público. Si además se establecen trabas burocráticas a lo que quede fuera de guías, tales como autorizaciones previas, visados, esquemas basados en el pago previo y el posterior reembolso, se conseguiría evitar buena parte del consumo inadecuado de recursos públicos asociado a la sobreutilización. Es necesario propiciar comportamientos más eficientes por parte de los pacientes-ciudadanos mediante la provisión de información y educación sanitarias de calidad, que enfatizan la importancia de la responsabilidad individual sobre los estilos de vida saludables (fomento de la actividad física, consumo responsable de nutrientes en la cantidad y calidad apropiadas, libre abandono del consumo del tabaco, el alcohol y otras drogas, solidaridad, preocupación por el medio ambiente, búsqueda de la felicidad fuera del adocenamiento) en lugar de la confianza ciega en las capacidades ilimitadas de la medicina para reparar las consecuencias de los distintos excesos personales.

En tercer lugar, en sistemas como el nuestro con aseguramiento obligatorio y amplia cobertura, el tema clave no es quién va a pagar sus facturas. Siempre y cuando la recaudación fiscal sea eficaz y reduzca el fraude a la mínima expresión, la mayoría de los ciudadanos estamos dispuestos a ser solidarios si se nos garantiza que los distintos impuestos cubrirán las necesidades sociales más primarias como la pérdida de la salud. El aspecto crucial es más bien conocer si lo que se paga está en consonancia con lo que se obtiene. El sistema y sus principales agentes no pueden ser simples espectadores y desatender un sector que movió el último año en torno a los 90.000 millones de euros en España. Tanto la burocracia con la defensa de su estatus, como los lobbies con sus intereses corporativos, generalmente legítimos, están aprovechando las características de este mercado imperfecto en detrimento del resto de los agentes. También resulta esencial evitar los comportamientos de nuevos ricos por parte de los gobiernos

sanitarios de todos los territorios que ya tienen competencias plenas, así como los localismos, entendibles en clave política, pero que generalmente conllevan un coste excesivo y afectan a la calidad por déficit de volumen de actividad. Esto último está viéndose atenuado, qué duda cabe, por la intensidad de la crisis económica y el imperativo de los “mercados” a recortar el gasto público.

En síntesis, se trata de identificar y definir lo que es esencial, útil, eficaz, seguro y, a ser posible, eficiente en los servicios sanitarios prestados, a la vez que se restringe el uso de todo aquello que no lo sea. Estos cambios se implantarán mediante decisiones acerca de qué servicios y prestaciones serán cubiertas por el presupuesto público. En la práctica, la dificultad reside en el coste político asociado a ponerle el cascabel al gato: sólo el acuerdo y el consenso en lo esencial por parte de todos harán posible que la sanidad española salga de su encrucijada.

Una vez determinada la cuantía y estructura del déficit sanitario, se podrá reclamar mayor financiación siempre y cuando los argumentos que sustenten esta petición sean sólidos, autocríticos y poco complacientes, y que las arcas públicas lo permitan. Para ello es imperativo volver a la senda de crecimiento económico que propicie más ingresos fiscales. También será necesario que, una vez que se conceda dicho aumento de recursos, se exija el cumplimiento de ciertos compromisos no exentos de dificultad, como son la modernización de nuestras organizaciones y de las carreras de los profesionales sanitarios, así como la incentivación de los comportamientos de riesgo, rompedores del statu quo, y la penalización de los acomodaticios entre los gestores de centros sanitarios, con una rendición de cuentas creíble. Los decisores han de imbuirse de otra disciplina más responsable y distinta al invito yo y pagas tú, que hay de lo mío, esto no me compete, etcétera. Para ello se precisa distanciar y mitigar la presión del corto plazo que obedece exclusivamente a los ciclos políticos, pero que es tan perniciosa por las frustraciones que genera, como por impedir una planificación reflexiva que señale y gradúe los necesarios cambios estructurales que precisa nuestro sistema si queremos que perdure en el tiempo.

Quizá debemos terminar estas primeras reflexiones, que a modo de preámbulo, han podido dejar un regusto de sabor equívoco, consistente en la identificación de los problemas –bien conocidos todos ellos– pero igualmente en dejar que sean otros los que los resuelvan, o peor aún, simplificar y pensar que todos los males están en el tejado de los políticos y de los gestores. Antes al contrario, no nos cabe duda alguna, que los profesionales sanitarios y muy especialmente los médicos, hemos de liderar este cambio, siendo mucho más proactivos, recuperando territorios de decisión que han sido ocupados por otros, implicándose más en la gestión de lo esencial, es decir, en la gestión clínica. La práctica de la medicina es una profesión cuyo ejercicio puede ser muy gratificante y lo será más si se es capaz de predicar con el ejemplo, es decir, pilotar los cambios y no dejar que vengan impuestos por otros, tarde y mal.

La eficiencia del sistema

Comencemos, ahora sí, a abordar el enunciado del título de esta reflexión. Hablamos mucho, desde hace años, de la eficiencia y la equidad, pero realmente ¿son prioritarios en los objetivos de la política sanitaria? Los sistemas sanitarios de los países desarrollados, independientemente de sus modelos, se enfrentan a problemas comunes: un continuo aumento de la demanda, el envejecimiento de la población, la escasez de recursos, el uso intensivo de nuevas tecnologías, la rigidez del Sector Público, y las ineficiencias del mercado. Entre los aspectos más relevantes de los sistemas sanitarios destacamos el ritmo de crecimiento del gasto sanitario superior al del crecimiento económico, un marco de restricciones presupuestarias, el incremento en el empleo de tecnologías progresivamente más caras, agresivas, complejas y no siempre justificadas y la falta de definición de qué es esencial en el cuidado de la salud y qué servicios son, por tanto, básicos (1).

En el Sistema Nacional de Salud español, donde se percibe como evidente la magnitud de la crisis económica, en un contexto de prestaciones de alto nivel científico-técnico, sin que se hayan alcanzado aún cotas de alta eficiencia, el pronóstico pinta mal. La máxima eficiencia, como es bien conocido, no resolverá el problema de la financiación a largo plazo. Los cortos ciclos de innovación y el elevado precio de la denominada alta tecnología, junto con las cada vez mayores expectativas de la población en materia de salud, definen un mercado de demanda en progresión casi geométrica, con crecimiento de recursos si acaso lineal.

Una parte del gasto médico innecesario podría eliminarse si se redujera la prestación de tratamientos sin efectos contrastados a su coste desproporcionado o los sacáramos del catálogo público si hubieran sido anómalamente incorporados. Aun así, seguramente, la mayoría de los países industrializados seguirían gastando elevados porcentajes de su producto interior bruto en servicios sanitarios, y la tasa de crecimiento de dicho gasto excedería su índice de inflación. Dado que la atención sanitaria es una actividad intensiva en el factor trabajo, es difícil que experimente ganancias de productividad que permitan reducir sus costes (2).

La misma eliminación de gastos supone una inversión y gran coste en términos políticos. El análisis coste-efectividad muestra que una vez que la inversión ha logrado ciertos beneficios, ganancias adicionales implican gastar mayores recursos. Por ello, debe elegirse el momento en que se dejan de perseguir dichos beneficios adicionales. En ese instante, se debe tomar la decisión de racionalizar la atención sanitaria.

Desde hace tiempo existe preocupación ante el hecho de que la tasa de crecimiento del gasto sanitario exceda la de la economía. Además, el diferencial en el incremento de productividades también perjudica al sector sanitario. Propuestas conocidas, tales como cambios en la oferta, énfasis de la medicina preventiva, controles administrativos, medidas para la contención de los costes, y concienciar

tanto a profesionales como a pacientes acerca de los efectos de sus decisiones), precisan adicionalmente de un cambio en los estilos de vida.

Una explicación a esta situación (3) es la que divide la política sanitaria en diversas etapas. Las décadas de los setenta y los ochenta se caracterizan por la promoción de sendas alternativas para la mejora de la salud y cierta estabilidad de los costes sanitarios. Exhortar a los individuos a que modificaran sus hábitos era políticamente menos arriesgado, si bien implícitamente se les responsabilizaba de las enfermedades que padecían. De este modo, se ralentizó el crecimiento del gasto sanitario, a la vez que nuevas leyes se ocupaban del medio ambiente y la seguridad en el trabajo y las autopistas. No es hasta 1990 que aparece el término racionamiento y la conciencia de que los recursos asignados a la sanidad no podían satisfacer las demandas ilimitadas de la población.

A la vista de la situación anteriormente comentada, surge la pregunta: ¿es viable el todo para todos y gratis en la sanidad pública española? (4). Aunque la sanidad pública no haya puesto precio a sus procesos asistenciales, sí que tienen un coste, que varía con la geografía, el parque tecnológico instalado en las estructuras sanitarias y el estilo de práctica clínica.

Eficiencia y prioridades

Los recursos han de asignarse de tal forma que se maximice el nivel global de salud del país, sin ignorar la distribución de la salud entre los ciudadanos. Ante su insuficiencia, se puede excluir de la cobertura pública a aquellos individuos y situaciones para los que la ausencia de dicha cobertura no entraña un riesgo significativo, o bien incrementar el copago para determinadas rentas y prestaciones, o bien reducir la lista de prestaciones financiadas públicamente. La necesidad de establecer prioridades conlleva difíciles elecciones y dilemas sociales. En España se han dado sólo los primeros pasos en la definición del *todo*, como es la ordenación catalogada de las prestaciones incluidas en nuestro sistema sanitario. Pero el *todo* sólo será posible si, además de gozar de buena salud económica, se racionaliza el uso de recursos, disminuye la variabilidad de la práctica clínica y se hace frente a los desafíos que tiene planteados el sistema sanitario, principalmente mejoras en la productividad, más competitividad y mayor flexibilidad organizativa. Las principales desventajas de la intervención de los organismos públicos son la escasa eficiencia y la falta de orientación al cliente. Sus ventajas, la equidad y la cobertura universal. El reto consiste en hacer compatibles las ventajas con la mejora de las desventajas.

La presión al alza de los costes sanitarios es enorme, por lo que la pregunta anterior se podría reformular: ¿Cómo racionalizar los recursos destinados a la asistencia sanitaria? Otros conceptos como los estilos de vida o el medio ambiente sin duda contribuyen a la mejora de la salud de la población, pero en ocasiones resultan demasiado eté-

reos aunque se divisan esfuerzos en métricas y visibilidad (5). Un análisis distinto a una pregunta similar (6), distingue dos niveles de elección: ¿servicios sanitarios u otras formas de producir salud? Una forma de evitar la medicalización indebida de los problemas sociales pasa por fomentar la sustitución de los servicios sanitarios por servicios sociales; y ¿qué servicios sanitarios y para quién? Las respuestas a estas preguntas dependen de cómo interactúan, en cada sociedad, los mecanismos de asignación de recursos a través de la combinación Estado/mercado y normas clínicas. En nuestro contexto son las decisiones políticas y las decisiones clínicas las que de forma aparente establecen las prioridades siendo, además, las que en principio deberían ser vulnerables a nuestra actuación como ciudadanos.

Las decisiones políticas influyen principalmente en la determinación de qué servicios sanitarios se prestan e influyen en la práctica clínica al dimensionar la oferta. Las decisiones clínicas, diagnósticas y terapéuticas resultan particularmente relevantes para priorizar pacientes y, por tanto, recursos disponibles (7). Sin embargo, todos los esfuerzos dedicados a la definición de sistemas que controlaran el desequilibrio entre demanda y recursos no se han plasmado en políticas. Aparte de los conocidos costes políticos de cualquier medida sanitaria, encuentran dos causas de esta inmovilidad: las políticas sanitarias en un determinado momento reflejan los juicios de valor existentes acerca de qué es la salud y qué factores contribuyen en mayor medida a su mejora o deterioro. Por ello, cualquier cambio significativo de políticas requiere una modificación previa del sistema de creencias de la población; y el ritmo de cambio depende del grado con el que el sistema de creencias ha encajado con la estructura y la práctica de aquellas instituciones cuyos participantes ven sus intereses amenazados por el posible cambio de política (3).

Para contribuir a fomentar una política y gestión sanitarias más basadas en el conocimiento y en la constatación científica se requiere que la investigación aporte resultados concluyentes y de su difusión eficiente. Hemos de tender puentes entre el ensayo clínico y la ética clínica y sus mimbres son las buenas prácticas (8).

Ante las crecientes dificultades para la financiación del gasto sanitario del sistema español caben distintas soluciones: mejorar la financiación sanitaria en detrimento de otras partidas del gasto público, aumentar los ingresos totales resultado de una mayor presión fiscal, favorecer la sustitución de financiación pública por financiación privada y/o restringir las prestaciones, seleccionando las existentes y las futuras siguiendo criterios de coste-efectividad. Si la grave situación que vivimos nos plantea la necesidad de una restricción explícita de las prestaciones de la sanidad pública, con el ánimo de racionalizar el sistema sanitario y mejorar la eficacia, la eficiencia y la equidad del gasto sanitario, se hace ineludible explicitar las prestaciones que el usuario tiene derecho a percibir y las obligaciones del sistema a proveerlas; limitar el derecho del usuario a recibir prestaciones y obligaciones del sistema a proveerlos;

establecer prioridades para la planificación de futuros recursos para la asistencia sanitaria; definir los presupuestos de los servicios sanitarios, al estimar el conjunto de costes para una población definida; decidir sobre la inclusión de nuevos servicios y tecnologías en el conjunto de servicios financiados por los poderes públicos a partir de rigurosos informes obligatorios de evaluación de tecnologías sanitarias; y por último, garantizar un conjunto mínimo de prestaciones a todos los ciudadanos del Estado, exento de lo clínicamente no probado.

Existe una tendencia internacional hacia la convergencia a sistemas mixtos (a partir de modelos de seguro sanitario social, servicio nacional de salud y sistema sanitario privado). Esta idea se enmarca dentro del más amplio proceso de convergencia de los modelos de seguro social de Bismarck y de sistema nacional de salud de Beveridge (9). Una idea es el intento de conciliar necesidad y escasez: es necesario un consenso sobre los mínimos irrenunciables para alcanzar una vida digna. A partir de ese momento, habría que establecer una ordenación de las actuales prestaciones sanitarias y una relación coste-efectividad de las nuevas prestaciones y de las existentes con dudas razonables de estar siendo inadecuadamente utilizadas (10).

Acerca de esta necesidad de que el establecimiento de prioridades no interfiera con las condiciones básicas necesarias para que cada individuo desarrolle su vida, se propone (11) dos limitaciones previas al proceso de racionalización: no es posible negar ningún recurso sanitario de eficacia probada que sea relevante para que un sujeto pueda seguir manteniendo dignamente su proyecto vital, ni permitir la aplicación de aquellos otros que puedan lesionar este proyecto; y no es posible aplicar ningún recurso financiado en parte o en todo por dinero público, si aquél es manifiestamente ineficaz en el caso considerado.

Entre las medidas de racionalización cuya consideración se hará ineludible citamos: excluir de la cobertura pública a aquellos individuos y situaciones para los que la ausencia de dicha cobertura no entraña un riesgo significativo de deterioro de las capacidades básicas; incrementar el copago para determinadas rentas y determinadas prestaciones; cuando sea posible, reducir la lista de prestaciones protegidas. Si no es posible una garantía igual *ex post*, pueden buscarse mecanismos que sean imparciales *ex ante*, como, por ejemplo, colas de espera o mecanismos aleatorios, si la situación clínica lo permite.

Un sistema que incorpore en su base la idea de aseguramiento puede facilitar el concepto de limitación. La idea de delimitar, asegurando los derechos individuales, frente al racionamiento implícito –asociado de hecho al principio de todo entra, todo vale–, junto a la idea contributiva (de que el sistema ofrece pero también exige: responsabilidad individual, uso racional, evitar el comportamiento gorrón de la gratuidad...) parece decisiva para la racionalización del gasto (utilización) en sistemas sanitarios predominantemente públicos.

El proceso de establecimiento de prioridades involucra al gobierno, a los proveedores de los servicios sanitarios y

los pacientes, y requiere abundante información acerca de los costes y efectos de las distintas prestaciones. Desde un punto de vista legal, el derecho a la protección de la salud es un derecho de prestación, de contenido más amplio que el propio de la asistencia sanitaria. Se considera admisible una reconfiguración del alcance de las prestaciones a partir de una política socioeconómica distinta, particularmente condicionada por circunstancias como la limitación de los recursos económicos disponibles que así lo justifiquen, si bien cabe también considerar que, cuando nos encontramos ante prestaciones sanitarias, no podemos olvidar otros factores, como la adecuación y eficacia en el tiempo de las técnicas utilizadas. El propio Tribunal Constitucional se ha hecho eco de estas consideraciones al analizar diversas prestaciones del Sistema de Seguridad Social, admitiendo que su efectividad queda condicionada por los medios disponibles y la posibilidad de modificar sus condiciones en función de las situaciones de necesidad a satisfacer.

Protección de derecho y equidad del sistema no pueden hacerse efectivas si no es garantizando un nivel adecuado y mínimo de calidad en las prestaciones, condicionado por una situación de recursos económicos insuficientes en la que los poderes públicos están obligados a conseguir la mejor relación calidad-coste con el fin de hacer llegar sus servicios a la mayor parte de la población. La primera pregunta que se planteó un grupo de expertos (12) acerca del establecimiento de prioridades es si se deben excluir algunos servicios, sólo los nuevos tratamientos, aquellos de mayor coste o aquellos de gran volumen y bajo coste. Conviene señalar que los criterios implícitos que justifican las políticas llevadas a cabo hasta entonces podrían ser el bajo coste, el que no existiera riesgo de muerte del paciente, que el efecto del tratamiento no hubiera sido claramente establecido, que su provisión pudiera dar lugar a un consumo excesivo y, por último, que el paciente pudiera asumir su coste cuando no se tratase de una intervención de urgencia.

A pesar de la importancia y necesidad de la evaluación económica de las tecnologías sanitarias, ésta debe ser considerada una ayuda a la hora de la toma de decisiones, pero no como un conjunto de prescripciones completas que determinen la elección social (13). Todo procedimiento diagnóstico o terapéutico debe someterse a un proceso de evaluación tecnológica antes de que sea aceptado como válido. La correcta evaluación exige que antes de testar la eficiencia de una prueba diagnóstica o un tratamiento se haya comprobado al menos su eficacia y, deseablemente, también su efectividad. Esta forma de proceder es la auténtica base de conocimiento para la toma de mejores decisiones en la asignación y uso de los recursos disponibles (11). Una posible propuesta (14) para lograr la unión de las perspectivas social e individual consiste en: propiciar una formación médica de grado en economía, gestión, ética y epidemiología clínica; mejorar los sistemas de información que miden costes y beneficios en salud; e introducir incentivos que mejoren la efectividad en la práctica clínica.

En Estados Unidos, Canadá y algunos países europeos se considera que una intervención sanitaria presenta una relación coste-utilidad aceptable si el coste adicional de cada año de vida ajustado por calidad (AVAC) ganado es inferior a 50.000 dólares e inaceptable cuando supera los 100.000 dólares por AVAC. En España, no existe un criterio similar que permita decidir sobre la aceptabilidad o no de una tecnología sanitaria en función de su coste-utilidad (15).

En la mayoría de las ocasiones, para obtener un determinado beneficio clínico, es preciso pagar un coste extra. A partir de una revisión de la literatura (16) se estimó que, en España, dicho coste varía entre las 77.000 pesetas y los 69 millones de pesetas por año de vida ganado (AVG), lo que es un rango sorprendentemente amplio para el relativo bajo número de intervenciones evaluadas. Las variables finales (AVG o AVAC) son las relevantes para que los decisores sanitarios puedan establecer comparaciones. Los autores recomendaron financiar con fondos públicos todas las intervenciones con un coste inferior a los 5 millones de pesetas/AVG, que posteriormente en un boletín de la Asociación de Economía de la Salud, Vicente Ortún cifró en los 30.000€ por AVAC. Entre los 5 y los 20 millones por AVG nos encontraríamos en una zona de incertidumbre. Aunque estos límites sean similares a los utilizados en otros países, debe tenerse en cuenta que en este trabajo los resultados se miden como coste por AVG, mientras que la mayoría de los trabajos internacionales lo hacen como coste por AVAC, unidades que no son equiparables. Este estudio pone de manifiesto que las tecnologías sanitarias no son eficientes o ineficientes en sí mismas, sino en función de cómo se utilizan. El valor monetario del AVAC varía sustancialmente dependiendo de la técnica empleada en la obtención de utilidades. Por tanto, parece necesario mejorar la metodología encaminada a valorar monetariamente los años de vida y los AVAC. Recientemente (17), se han apuntado importantes desafíos para fijar el valor monetario de un QALY.

Por último, es necesario insistir en la conveniencia de realizar más evaluaciones económicas, si fuese posible, expresando los resultados como variables finales (AVG o AVAC) para facilitar las comparaciones. Por ejemplo, en la valoración económica del tratamiento del Ictus con la alternativa A mediante un modelo de Markov de tipo probabilístico indica que es eficiente para el umbral de aceptabilidad de 30.000€/AVAC con una probabilidad del 67%. El tratamiento se rechazaría para las edades de 30 a 60 años, y se aceptaría para la edad superior pues el ratio de coste-efectividad incremental es inferior a 30.000€/AVAC en el 99,3% de las simulaciones (18).

Resulta difícil establecer prioridades según un criterio de eficiencia si ésta no se evalúa de forma sistemática en los diferentes componentes del sistema sanitario. Además, hay que recordar que existen otros criterios, aparte del de eficiencia (equidad, urgencia, seguridad...), que también deberían ser tenidos en cuenta por los decisores sanitarios en los niveles de macro y mesogestión.

Equidad y prioridades

El Nobel Amartya Sen (19) ha evaluado desde distintas perspectivas la noción de equidad, centrándose en el enfoque de la capacidad de funcionar de los individuos desde lo elemental para estar en buena salud, alimentarse adecuadamente, tener una buena higiene a lo más complejo como la auto-estima, formar parte de la vida comunitaria... que te lleven a tener una vida satisfactoria. Argumenta la importancia de la libertad en valoración de las ventajas personales, las diferencias individuales en la habilidad de transformar recursos en actividades de valor, la centralidad de la distribución del bienestar dentro de una sociedad, la naturaleza multi-variada de las actividades que producen felicidad, y el excesivo materialismo en la evaluación del bienestar humano.

El *trade off* entre equidad y eficiencia se puede representar mediante funciones de bienestar social (FBS), que tienen en cuenta tanto las desigualdades en salud como el estado de cada individuo. La distribución social óptima de salud puede alcanzarse maximizando dicha FBS, una vez que se conocen sus parámetros, sujeta a las restricciones de recursos. Pudiera existir una cierta cantidad de vida ajustada por calidad que se puede considerar un derecho ético del individuo. De este modo, se daría una mayor ponderación a aquellos que todavía no han disfrutado dicha cantidad. Hablamos de equidad horizontal si personas en igual necesidad deben recibir igual tratamiento, y equidad vertical si individuos con mayor necesidad deben ser tratados más favorablemente. Si aquellos que se encuentran en mayor necesidad son también los que más se benefician del sistema sanitario, entonces bajo el objetivo de eficiencia de maximizar las ganancias en salud, desaparece el *trade off* entre equidad y eficiencia.

En un estudio clásico (20) se caracterizan los elementos de un sistema sanitario equitativo en términos de los conceptos clásicos de Aristóteles de equidad vertical y horizontal, del concepto de necesidad, la noción económica de coste-efectividad y el uso que de ella pueden hacer los decisores que, además, deberían contar con información sobre la caracterización de la salud de su población y lo que la determina, para evitar políticas inefectivas e inequitativas de consecuencias no deseadas. Se precisa que los decisores sean conscientes de que equidad en la utilización, distribución de recursos de acuerdo a necesidades, equidad en el acceso y equidad en la salud, son mutuamente incompatibles. La equidad en la salud debe ser el principio dominante que mueva la política sanitaria para que la equidad en la asistencia sanitaria pivote en una distribución equitativa de la salud. Ayuda que en la asignación de recursos final se considere: igual gasto per cápita entre regiones, proporcionalidad en la cobertura de la necesidad de salud, en la mejora del estado de salud y en la capacidad de conseguir beneficio (outcome). En otro sugestivo artículo (21) se aclaran las definiciones que están contribuyendo a confundir el concepto de equidad. Se citan: equidad en el gasto per cápita, equidad en los inputs asignados per cápita, equidad en los inputs asignados para igual necesidad, equidad en el acce-

so para igual necesidad, equidad en la utilización para igual necesidad, equidad en la necesidad marginal cubierta y equidad en la salud. Equidad en acceso tiene que ver con igual oportunidad. Utilización es una función de oferta y demanda. Si el acceso es equitativo, por ser función de oferta, sólo si la demanda es la misma, la utilización no podrá ser equitativa.

Los distintos conceptos de equidad han intentado, como hemos visto, definir la igualdad en una distribución de salud y atención sanitaria, así como trasladar nociones de justicia a las políticas de salud. Una vez que se define una distribución de salud, una función de producción de salud puede informar acerca de la distribución exacta de atención sanitaria que permitiría alcanzar el objetivo de equidad. Una función de producción de salud establece una relación causal entre la cantidad de atención sanitaria recibida y el nivel de salud alcanzado. Un último enfoque es el que emplea en *Health and Social Justice* (22) Jennifer Prah Ruger que construye una nueva teoría, *health capability paradigm*, donde enfatiza en la importancia de la responsabilidad y elección de los individuos dotados de conocimiento acerca de los resultados en salud de las intervenciones sanitarias y sus costes. Valora las injusticias, los atributos y las condiciones de los individuos que afectan al *human flourishing* y también evalúa las estructuras sociales y su papel en la distribución de los recursos. La solución preferida por la población es aquella que concilie mejora de la salud con la distribución de salud más equitativa. Sin embargo, la atención sanitaria no es el único determinante del estado de salud, por lo que no se puede esperar que los servicios sanitarios en exclusiva puedan dar lugar a una distribución de salud equitativa.

Dentro de la noción igualitarista de igualdad de oportunidades, hay autores que consideran que la sociedad debería compensar a los individuos por las desviaciones en salud no debidas a sus hábitos o que la financiación de los servicios sanitarios debería emplearse para discriminar a aquellos individuos que no cuidan su salud (23). Acerca de la relación entre igualdad de salud y establecimiento de prioridades, destacamos la inutilidad del igualitarismo aplicado a la salud, ya que sólo está relacionado con el grado de desigualdad entre los individuos y no con sus estados de salud en términos absolutos. La igualdad en los estados de salud sólo puede conseguirse mediante un aumento del gasto en los necesitados, pero esto no supone guía alguna para el establecimiento de prioridades dado un cierto presupuesto.

Se han propuesto distintas definiciones de necesidad. La primera, necesidad de atención sanitaria se relaciona con el binomio salud-enfermedad, de modo que el grado de necesidad viene determinado por la gravedad de la enfermedad. La segunda, necesidad con respecto a un objetivo específico. La tercera, necesidad sólo existe si contamos con un tratamiento efectivo (o coste-efectivo), y se trata de una enfermedad que la sociedad pretende combatir. Y la cuarta y última, necesidad como el gasto necesario para maximizar la capacidad de beneficio. Esta última definición no proporciona tampoco guía alguna en el establecimiento

de prioridades. Wastaff (24) sugiere que una forma de reconciliar eficiencia y equidad, mediante una FBS isoelástica como medio para alcanzar un *trade off* entre la maximización de la salud (eficiencia) y la equidad de la salud, que supere al enfoque de los AVAC que sólo captura la preocupación de la inequidad.

Si bien la mayor parte de las contribuciones sobre conceptos relativos a la equidad son teóricas y ciertamente alejadas de la implementación práctica, la mayor parte de dichas consideraciones se pueden agrupar en dos amplios apartados: equidad relacionada con un concepto de necesidad, y equidad en relación con el acceso a los servicios sanitarios. En principio, estos aspectos de equidad pueden ser incorporados en una evaluación económica para el establecimiento de prioridades con relativa facilidad a través de encuestas que reflejen preferencias sociales (25).

Los objetivos de la política sanitaria

La evaluación de tecnologías sanitarias es una modalidad de investigación que estudia las consecuencias a corto y largo plazo de su aplicación (26). Para que una evaluación de tecnologías sea exhaustiva, debería incluir el beneficio para la población pero también aspectos sociales, económicos, éticos y legales. Los ejercicios de evaluación deben ser considerados un proceso iterativo en lugar de un estudio o respuesta puntual. La elaboración de políticas a menudo depende del conocimiento de los efectos de una tecnología en distintos momentos. La política pública sanitaria no sólo se ocupa de la justicia distributiva, sino que también trata de maximizar la salud de toda la población. Por ello, se pueden distinguir tres objetivos de la política sanitaria: maximización de la salud, reducción de las desigualdades en salud, y favorecer a aquellos que lo merecen frente a aquellos que no (en función de sus estilos de vida). Es casi seguro que entrarán en conflicto, por lo que cada política pública sanitaria deberá otorgar una ponderación a cada uno de estos tres objetivos (27). La política sanitaria muestra una aversión hacia la desigualdad.

Cualquier ejercicio de establecimiento de prioridades debe considerar los incentivos de todos los niveles de decisión en el sector sanitario. El componente esencial de la asistencia sanitaria es la gestión clínica (microgestión) llevada a cabo por los médicos en su práctica diaria, que se desarrolla en el marco de una determinada política sanitaria (macrogestión), que se instrumenta a través de los mecanismos facilitadores que han de aportar los responsables de centros e instituciones (mesogestión) (4).

Mooney (28) define la ética como una disciplina académica, un sistema de prescripciones que constituyen los instrumentos intelectuales del análisis de la moralidad. Distingue tres teorías de la ética: la ética de la virtud, la ética del deber, y la ética del bien común. Mientras las dos primeras son esencialmente individualistas, la última tiene un carácter social. Defiende que la ética médica ha estado siempre relacionada con la ética de la virtud y la ética del

deber. Sin embargo, la naturaleza de la medicina contemporánea exige que sea complementada con la ética del bien común.

Este autor considera esencial que la ética médica aceptara una mayor presencia en la práctica del utilitarismo en la evaluación de la atención sanitaria, lo que implicaría la asimilación de la ética del bien común. Sin embargo, uno de los problemas del utilitarismo es que, al menos hipotéticamente, parece justificar demasiado. Otras críticas al utilitarismo provienen de la idea de que contraviene la autonomía individual y el concepto de deber. De este modo, el conflicto entre economía y medicina puede atribuirse a la confrontación de las éticas individual y social.

Ética y equidad son interdependientes, al igual que ética y eficiencia, y por tanto, equidad y eficiencia.

El objetivo de la ética médica es mejorar la calidad de la atención sanitaria al identificar, analizar e intentar resolver los problemas éticos que surgen en la práctica de la medicina clínica (29).

Si no se toman decisiones a escala nacional, la equidad queda en peligro. En ausencia de prudencia, se pueden cometer injusticias con ciertos individuos. Sin embargo, demasiada prudencia puede distorsionar la política nacional, ya que la necesidad médica es un concepto que puede resultar ambiguo y flexible (30). El NICE, en sus informes, incorpora aspectos de equidad en sus decisiones con las distintas ponderaciones estimadas. Estamos ante un proceso razonablemente transparente y consistente del que otros países como Suecia (LFN) y Alemania (IQWE), con variantes, se han dotado.

Existen variaciones significativas en los valores obtenidos según si se ha padecido la enfermedad en cuestión, la edad y la educación, y la evidencia indica que los pacientes otorgan un mayor valor a los estados de salud que el resto de la población (31). Parece difícil justificar los extremos de usar pacientes o miembros no informados de la población para obtener preferencias por ciertas medidas de salud. Es importante seguir analizando el rango de variación entre los valores obtenidos a partir de pacientes y de otros miembros de la población (17).

A partir de una sencilla encuesta, Ubel (32) encuentra que la población concede mayor importancia a la equidad que el análisis coste-efectividad. Concluye que los individuos son menos propensos a racionalizar la atención sanitaria según un método de distribución aleatoria que según un mecanismo *first-come, first-served*. Atribuye estas diferencias a que un supuesto fundamental del análisis coste-efectividad es que el principal objetivo del gasto en atención sanitaria debe ser maximizar los beneficios en términos de salud para toda la población, en lugar de plantear una distribución más equitativa de los mismos. Por ello, propone que los aspectos relativos a la equidad sean incorporados matemáticamente en el análisis coste-efectividad o que, en la práctica, se introduzcan en los procesos de implantación de políticas sanitarias que se basan en las conclusiones de dichos análisis. Este enfoque plantea numerosos obstáculos, como la inconsistencia de los resultados o que este modo de

actuar vaya en contra de los deseos de todos aquellos partidarios de la maximización de beneficios sanitarios. Si el motivo por el que se incorpora la equidad es que la mayoría de la población lo desea, entonces se hace necesario considerar la postura de aquella minoría con una postura opuesta.

Una revisión sistemática de la literatura existente acerca de los procesos de establecimiento de prioridades nos llevaría a observar que no existen diferencias significativas en los principios y factores que cada país considera relevantes: equidad, solidaridad, igualdad, efectividad y eficiencia (33). Dicho estudio manifiesta que la necesidad de un proceso explícito de establecimiento de prioridades está presente en todos los decisores nacionales, regionales y locales. A nivel estatal, la mayor parte de los trabajos se han centrado en el desarrollo de recomendaciones aceptables por el público. A nivel regional y local, se ha pretendido diseñar enfoques sistemáticos para priorizar entre los distintos servicios y programas.

Toda la evidencia revisada muestra un acuerdo tácito en que las decisiones de asignación de recursos sanitarios deben realizarse a partir de los valores de los ciudadanos de cada nación, región o comunidad. La información técnica es necesaria, pero no suficiente. En las regiones y comunidades, ciertos factores importantes varían para cada población, como deberán hacerlo los procesos para obtener una descripción de éstos e involucrar a los individuos en la toma de decisiones. Algunos de estos factores relevantes son: necesidad de salud de la población, equidad, coste, efectividad de la intervención o tecnología, estado de salud, gravedad y naturaleza de la enfermedad, ganancia potencial de salud, características socioeconómicas, edad, causa de la enfermedad o condición (debida o no a los hábitos del paciente). Los distintos procedimientos empleados para caracterizar los valores de la población incluyen encuestas, grupos de discusión, paneles de expertos, reuniones en edificios públicos, y comités populares. De nuevo, ninguno parece que pueda aplicarse a cualquier población. Por ello, la mejor opción sería una combinación de técnicas, ya que recogería un mayor número de puntos de vista y características.

¿Qué se tiene en cuenta a la hora de priorizar objetivos en política?

Pensemos, con ingenuidad, en todo lo desarrollado anteriormente. Eficiencia implica maximización de la salud con los recursos disponibles. Su *trade-off* con la equidad se ha demostrado posible en la práctica en Oregón, Nueva Zelanda y Holanda. Se puede mejorar a la vez la eficiencia (ACE particularmente útil) y la equidad (34). Posiblemente, las grandes y rápidas mejoras de eficiencia son más compatibles con la equidad vertical y, las pequeñas y más lentas con la horizontal. Precisamos de más evaluación por comparación, sólo posible si nos creemos, practicándola cada uno a su nivel la transparencia y la rendición de cuentas.

Recapitulamos: conseguir más eficiencia con meras políticas de contención de coste y moderación del gasto sanitario no es un fin en sí mismo, sólo tocan el denominador olvidando lo más importante, el numerador (la efectividad). Las preferencias de los ciudadanos que pagan sus impuestos son el límite más razonable a este gasto. Los sistemas de moderación de la demanda son discutibles pues suelen disuadir a los que tienen más necesidades y menos recursos dañando, sobre todo, la equidad vertical. Deberían implantarse únicamente si se demuestran efectivos en la penalización del uso abusivo de servicios. La eficiencia y la equidad del sistema y el reparto del gasto entre el Estado y los ciudadanos podría ir de la mano de balancear adecuadamente lo que entra en el mercado con lo que realmente genera mejoras reseñables en la función de bienestar social.

La magnitud del coste de oportunidad de cualquier política tiene que equilibrarse adecuadamente con el grado de preocupación sobre el *trade-off* eficiencia-equidad. Seguramente eficiencia y equidad como objetivos de política sanitaria son compatibles. Ahora bien, conviene poner el foco en la variable que más lo hace peligrar, la tecnología. La llave la tendrá la evaluación rigurosa de sus costes y beneficios, además de lo que socialmente decidamos, como ciudadanos informados, que merece la pena financiar.

Parece que una de las lecciones de la crisis puede ser que el todo, para todos y gratis en el momento de uso, no es sostenible en su actual formato, si no se consiguen ahorros serios mediante la lucha decidida contra muchas ineficiencias existentes en el sistema sanitario. Es también hora de reformas estructurales de calado, el modelo de atención de hace 30-40 años, no nos vale para hacer frente a los problemas de salud crónicos que se lleva 2/3 del gasto. Toca preguntar a la sociedad y a los ciudadanos a qué prefieren destinar sus impuestos. Los gobiernos han de ser escrupulosos en cubrir sus expectativas, siempre que estén cargadas de racionalidad y sentido común. Si no fuera así, habría que disuadirles mediante la información apropiada. Los profesionales y expertos hemos de señalar medidas ineludibles, tanto por el lado de la oferta tales como ordenar la entrada de nuevas prestaciones utilizando rigor en la evaluación de lo que verdaderamente añade de valor a lo que ya se tiene; como por el lado de la demanda, por ejemplo, poner tasas en servicios donde más se den los comportamientos gorriones inherentes a la gratuidad tales como la utilización de la urgencia hospitalaria por motivos banales y la inasistencia o cancelación de citas por razones no justificadas. Y todo ello, para preservar lo que tenemos, que es mucho, antes de que se deteriore irreversiblemente.

Agradecimientos a Vicente Ortún y Ricard Meneu por sus sutiles sugerencias a un primer borrador y a Jennifer Prah Ruger por lo mucho que me han inspirado sus clases del seminario sobre Health and Social Justice, UIMP, Santander, junio 2010.

Referencias

- (1) Eddy D. What care is "essential"? What services are basic? JAMA 1990; 263: 877-880.
- (2) Ubel PA. Pricing life: why it's time for health care rationing. The MIT Press, 2000.
- (3) Evans R, Barer M, Marmor T (editores). Why are some people healthy and other not? The determinants of health of populations. Aldine De Gruyter, New York, 1994.
- (4) del Llano J. La sanidad en España: la dificultad de todo para todos y gratis. Medicina Clínica 1999; 13(112):496-498.
- (5) Porta M. Ver lo que nos cuesta. El País, 22 junio 2010.
- (6) Ortún V, Pinto JL, Puig-Junoy J. El establecimiento de prioridades. Atención Primaria 2001; 27(9):673-676.
- (7) Ham C. Health care rationing. BMJ 1995; 310:1483-84.
- (8) Gracia D. Entre el ensayo clínico y la ética clínica: las buenas prácticas clínicas. Medicina Clínica 1993; 100: 333-336.
- (9) Fundación Encuentro. El sistema nacional de salud: ¿seguirá siendo un sistema? En Informe España 2003. Fundación Encuentro, Madrid 2003.
- (10) Del Llano J. Gestión clínica y sanitaria: ayudando a conciliar necesidad y escasez. Gestión Clínica y Sanitaria 2003; 5:3-6.
- (11) Carballo F, Júdez J, de Abajo F, Violán C. Uso racional de recursos. Medicina Clínica 2001; 117:662-675.
- (12) Abel-Smith B, Figueras J, Holland W, McKee M, Mossialos E. Choices in Health Policy. An agenda for the European Union. Office for Official Publication of the European Communities 1995.
- (13) Oliva J. Valoración de costes indirectos en la evaluación sanitaria. Medicina Clínica 2000; 114(Supl 3):15-21.
- (14) del Llano J, Oliva J. Medicina coste-efectiva y medicina basada en la evidencia: su impacto en el proceso de decisiones clínicas. Medicina Clínica 2000; 114(3):34-41.
- (15) Sacristán JA, Oliva J, del Llano J, Prieto L, Pinto JL. ¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España? Gaceta Sanitaria 2002; 16(4):334-343.
- (16) Oliva J, del Llano J, Sacristán JA. Análisis de las evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias realizadas en España en la década 1990-2000. Gaceta Sanitaria 2002; 16:2-11.
- (17) Pinto JL, Loomes G, Brey R. Trying to estimate a monetary value for the QALY. Journal of Health Economics, 28 (2009): 553-562.
- (18) Mar J, Antoñanzas F, Pradas R, Arrospide A. Los modelos de Markov probabilísticos en la evaluación económica de tecnologías sanitarias: una guía práctica. Gaceta Sanitaria 2010; 24 (3):209-214.
- (19) Sen A. Inequality reexamined. Oxford University Press, 1992.
- (20) Culyer A, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. Journal of Health Economics 1993; 12: 431-457.
- (21) Mooney GH. Equity in health care: confronting the confusion. Eff Health Care 1983 Dec; 1(4): 179-185.
- (22) Prah Ruger J. Health and Social Justice. Oxford University Press, 2010.
- (23) Le Grand J. Motivation, Agency and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens. Oxford University Press, 2003.
- (24) Wagstaff A. QALY's and the equity-efficiency trade-off. Journal of Health Economics 1991 (10): 21-41.
- (25) Hauck K, Smith PC, Goddard M. Priority Setting for Health. A Literature Review. Report prepared for the World Bank. CHE, York, 2002.
- (26) Banta HD, Andreasen PB. The political dimension in health care technology assessment programs. International Journal of Technology Assessment in Health Care 1990; 6:115-123.
- (27) Williams A, Tsuchiya A, Dolan P. Incorporating citizen's preferences about fairness into health policy. Making NICE even nicer. CHE 20th anniversary conference, 2003.
- (28) Mooney GH. Economics, Medicine and Health Care. Wheatsheaf Books, 1986.
- (29) Singer PA. Medical ethics. BMJ 2000; 321:282-285.
- (30) Klein R. Puzzling out priorities. BMJ 1998; 317:959-960.
- (31) Kind P, Brazier J. Valuing health outcomes: 12 questions for the insomniac health economist. CHE 20th anniversary conference, 2003.
- (32) Ubel PA. Cost-effectiveness analysis in a setting of budget constraints. Is it equitable? The New England Journal of Medicine 1996; 334(18):1174-1177.
- (33) Menon D, Stafinski T, Martin D, Windwick B, Singer P, Caulfield T. Incorporating public values and technical information into health care resource allocation decision-making. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2003. Edmonton, Canada.
- (34) Ortún V. Contradictions and trade-offs between efficiency and equity. European Bioethics Conference, Institut Borja de Bioètica, Barcelona 1995 (mimeo).

Evaluación de Guías de Práctica Clínica en Medicina Intensiva

Gorman SK, Chung MH, Slavik RS, Zed PJ, Wilbur K, Dhingra VK.

A critical appraisal of the quality of critical care pharmacotherapy clinical practice guidelines and their strength of recommendations. *Intensive Care Med.* 2010 [Epub ahead of print]. DOI: 10.1007/s00134-010-1786-8.

Objetivo

Determinar la calidad de la Guía de práctica clínica (GPC) sobre farmacoterapia del paciente crítico, ya que la evaluación de la calidad de las GPC es importante antes de aplicar sus recomendaciones, siendo esencial establecer si las recomendaciones se apoyan en evidencia potente.

Métodos

Se identificaron GPC en MEDLINE, EMBASE y National Guideline Clearinghouse. Cuatro peritos evaluaron mediante el Instrumento AGREE 23 artículos en las seis áreas que incluyen: alcance y objetivos, participación de los interesados, rigor en la elaboración, claridad, aplicabilidad e independencia editorial. Se determinaron las puntuaciones estandarizadas de cada dominio (0-100%) para decidir si se avala o no una recomendación para su uso.

Resultados

En las 24 GPC que se incluyeron: claridad [69% (95% intervalo de

confianza (IC) del 62 a 76%], alcance y propósito [62% (95% IC 55-68%)], el rigor del desarrollo [51% (95% IC 42-60%)], la independencia editorial [39% (95% IC 26-52%)], participación de los interesados [32% (95% IC 26-37%)] y la aplicabilidad [19% (95% IC 12-26 %)]. Las proporciones de las GPC que podrían ser sólidamente recomendables, recomendables con modificaciones y no recomendables fueron del 25, 37,5 y 37,5%, respectivamente.

Conclusión

Una tercera parte de los GPC sobre farmacoterapia en pacientes críticos no deben ser recomendadas. Sólo un tercio de las recomendaciones sobre farmacoterapia cuenta con un sólido apoyo de evidencias de alta calidad. En consecuencia se recomienda la evaluación de la calidad de las GPC antes de aplicar las recomendaciones.

Financiación y conflicto de interés: No se declara.

Correspondencia: sean.gorman@dal.ca

COMENTARIO

En 1990 el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de EEUU definió las Guías de Práctica Clínica (GPC) como afirmaciones o sentencias sistemáticamente desarrolladas para ayudar a los médicos y a los pacientes en las decisiones sobre un cuidado apropiado de salud en una determinada situación clínica. El concepto de GPC está íntimamente unido al de la evidencia científica sobre la que se apoya. Diferentes tipos de GPC inundan actualmente el mercado de la información sanitaria, pudiéndose distinguir al menos tres categorías, basadas en evidencias científicas de calidad, basadas en consensos de líderes de opinión y basadas en experiencias personales.

Mientras en algunos países anglosajones el desarrollo e implementación de las GPC siguen un circuito predefinido de desarrollo, disseminación, implementación y evaluación, en otros muchos países las Sociedades Científicas emiten sus propias Guías con criterios más laxos. El verdadero valor de las GPC consiste en ayudar a los facultativos y pacientes a tomar decisiones, con información objetiva, la mejor disponible en el momento. No implica la obligación de seguirlas a pies juntillas pero en determinados aspectos su no aplicación puede constituir una falta o dejación de los medios aplicados en determinada situación clínica. Esta aplicación judicial utilizada por los magistrados para determinar la correcta *lex artis*, precisa que las guías de diferente procedencia sigan un filtro o aval de una entidad objetiva sin interferencias, ya que la utilización de una Guía considerada como no recomendable conllevaría errores judiciales.

En España no existe un control sobre el proceso de elaboración de GPC, salvo en la iniciativa Guíasalud. Así, cada Sociedad emite sus GPC que no coinciden en sus conclusiones, en cuestiones similares, con las de otras Sociedades Científicas. La utilización de este magnífico medio de marketing por parte de la influyente industria tecnosanitaria y farmacéutica hace perder credibilidad al producto. La fórmula más utilizada por la industria son las GPC basadas en

el consenso de líderes creados o influenciados por los patrocinadores de la Guía. Por ello no es extraño el desarrollo de GPC coincidentes con el desarrollo o campañas de lanzamiento de un producto. Esta posible contaminación de las GPC hizo posible que se llegara a un consenso que ha desarrollado una herramienta, el AGREE, que pretende unificar la metodología para la elaboración de la GPC de tal forma que las revisiones sistematizadas sean reproducibles por cualquiera llegando a las mismas conclusiones.

El artículo refleja, por un lado, la escasa calidad actual de las guías emitidas por su limitado fundamento en evidencias científicas que reciben y por ello el reducido porcentaje de GPC que son recomendables, así como el bajo grado de independencia de las mismas. El artículo resalta que sólo el 36% de las GPC contienen sólidas evidencias científicas y lo que es más preocupante, un 61% de las GPC están influenciadas directamente o indirectamente por la industria, que las utiliza como un eficaz vehículo de transmisión de mensajes de sus líderes de opinión. La eficacia del mismo es máxima cuando existen áreas grises de conocimiento que precisarían de grandes inversiones en estudios clínicos, constituyendo las GPC basadas en los consensos una herramienta económica, rápida y eficaz, sobre todo, teniendo en cuenta que las Sociedades Científicas sobreviven gracias a las aportaciones financieras de las casas comerciales.

La conclusión de los autores, que cifra en sólo una cuarta parte las GPC consideradas como recomendables, hace prioritaria la evaluación por agencias independientes de la industria como la Colaboración Cochrane o la Agencia de Calidad o las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de las CCAA, que velen por la adecuada sistematización de la GPC y las valide de cara a ser utilizadas con fiabilidad por médicos y pacientes.

Luis Quecedo

FEA, Servicio de Anestesia. Hospital Universitario La Princesa, Madrid
Profesor MADS

La información médica en la era 2.0: más difusión, más rápida, más directa pero con dificultades similares

Scanfeld D, Scanfeld V, Larson EL.

Dissemination of health information through social networks: twitter and antibiotics. Am J Infect Control. 2010; 38(3):182-8.

Contexto

La denominada Web 2.0 supone un cambio en la forma que la gente se relaciona con la información disponible en línea, se pasa de ser un consumidor pasivo a ser un productor activo de contenidos como parte de una red que interactúa libremente.

Objetivo

Analizar el contenido de los comentarios relacionados con antibióticos realizados en la aplicación Twitter*, para clasificarlos en categorías y evaluar el número, tipo y capacidad de diseminación de los que se encuadraban dentro del grupo de información errónea o mal uso de los antibióticos.

Descripción de la intervención

Estudio descriptivo transversal. Se seleccionaron aleatoriamente mil comentarios de twitter para el análisis de contenido y establecer la clasificación. Para explorar posibles casos de información errónea o mal uso, se buscaron comentarios que incluyeran además del término antibiótico otros tales como cold, flu, extra, leftover y share (del original en inglés). Cada comentario se revisó para comprobar la presencia de información errónea o que incluyera mal uso de los antibióticos.

Resultados de interés

De los mil comentarios, 971 se clasificaron en 11 grupos: uso en general (n = 289), asesoramiento e información (n = 157), efectos secundarios o reacciones adversas (n = 113), diagnóstico (n = 102), resistencia (n = 92), información errónea y/o mal uso (n = 55), las reacciones positivas (n = 48), animales (n = 46), otros (n = 42), deseo o necesidad (n = 19), y coste (n = 8). Los casos de información errónea o mal uso se identificaron a partir de las siguientes combinaciones de términos: "+ gripe antibiótico (s)" (n = 345), "resfriado + antibiótico (s)" (n = 302), "remanente + antibiótico (s)" (n = 23), "compartir + antibiótico (s)" (n = 10), y "+ extra antibiótico (s)" (n = 7).

Conclusión

Los nuevos medios de comunicación social ofrecen lugares comunes donde compartir información sobre la salud. Estas redes pueden, en el ámbito de la información sanitaria, promover cambios positivos de comportamiento, difundir información válida pero también, transmitir información errónea o el mal uso de medicamentos como los antibióticos. En este estudio se identifican y resaltan, de forma preliminar, estas potencialidades y problemas.

* Twitter: aplicación informática en línea que permite a sus usuarios enviar y leer mensajes de texto breves denominados actualizaciones o "tweets". Estas actualizaciones se muestran en la página de perfil del usuario, y son también enviadas de forma inmediata a otros usuarios que han elegido la opción de recibirlas. El envío de estos mensajes se puede realizar tanto por el sitio web de Twitter, como vía SMS desde un teléfono móvil, desde programas de mensajería instantánea, o incluso desde cualquier aplicación de terceros. Inicial-

mente catalogado como un servicio de microblogging (blogs con comentarios de longitud limitada) se considera cada día más como ejemplo de red social y que se basa.

Financiación: Universidad de Columbia. Formación en Investigación Interdisciplinaria para reducir la resistencia a los antimicrobianos.
Correspondencia: dms2110@columbia.edu

COMENTARIO

Imaginemos que estamos sentados en un restaurante y, gracias a algún artilugio moderno, pudiéramos escuchar y filtrar las distintas conversaciones que en ese local se producen. Podríamos localizar, clasificar y analizar la exactitud de las conversaciones relacionadas con algún tema sanitario y escribir un artículo sobre lo que la gente habla y dice sobre este tema. Eso es lo que han hecho los autores pero utilizando una herramienta que existe, que es gratuita y que está al alcance de todos. Esta herramienta se llama Twitter y es uno de los mejores exponentes de la denominada web 2.0. ¿Que no sabe lo que es la web 2.0? Pues más vale que lo vaya aprendiendo porque lo va a oír mucho y durante mucho tiempo, tanto en su versión original como en su traslación al campo de la salud (medicina o sanidad 2.0).

Lo que hacen los autores en el artículo que reseñamos es explorar el sobrevalorado problema de la calidad de la información y su difusión con las nuevas tecnologías, como ya se hiciera antes con la Internet primitiva (1). Pero la web 2.0 da mucho más de sí, Twitter y servicios similares se utilizan cada vez más y por más tipo de gente, pueden servir para promover y para difundir información válida pero también para muchas otras cosas interesantes en el campo sanitario, desde cambios en el comportamiento y conductas hasta recoger datos de salud importante en tiempo real, y sobre todo para la comunicación que es al fin y al cabo para lo que fueron creados (2).

Rafael Bravo

Centro de Salud Sector III, Getafe. Madrid

<http://www.infodoctor.org/rafabravo/>

(1) Silberg WM, Lundberg GD, Musacchio RA. Assessing, controlling, and assuring the quality of medical information on the Internet. JAMA 1997; 277 (15): 1244-1245.

(2) Hawn C. Take two aspirin and tweet me in the morning: how Twitter, Facebook, and other social media are reshaping health care. Health Aff (Millwood). 2009; 28(2): 361-8.

Diabetes mellitus: ¿Café para todos?

ACCORD Study Group, Ginsberg HN, Elam MB, Lovato LC, Crouse JR, Leiter LA, et al.

Effects of Combination Lipid Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus. N Engl J Med. 2010; 362(17):1563-74. Epub 2010 Mar 14.

Objetivo

Investigación de un grupo colaborativo del posible efecto sobre la reducción del riesgo cardiovascular de un tratamiento hipolipemiente, combinando una estatina (simvastatina) con un fibrato (fenofibrato) y comparando los resultados con un tratamiento en monoterapia con estatina sola, en pacientes con un elevado riesgo cardiovascular como consecuencia de padecer una diabetes mellitus tipo 2.

Método

Estudio aleatorizado, multicéntrico en 77 centros, multinacional, de más de 5.500 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que venían siendo tratados con estatina, a los que se combinaba el fibrato o un placebo. El objetivo primario fue comprobar el posible beneficio sobre las muertes de origen cardiovascular o sobre la incidencia de infarto de miocardio o ictus no fatales. El tiempo de seguimiento fue de 4,7 años.

Resultados

La tasa anual relacionada con el objetivo primario resultó ser del 2,2 % en el grupo tratado con el fibrato y la estatina y de 2,4 % en el grupo tratado con la estatina sola (IC 95 %: 0,79-1,08; $p=0,32$). Tampoco se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en-

tre los dos grupos en ninguno de los objetivos secundarios planteados en el estudio. La tasa anual de muertes en el grupo de fenofibrato con estatina fue del 1,5 %, y en el grupo con estatina sola de 1,6 % (IC 95 %: 0,75-1,10; $p=0,33$). Algún subanálisis permite sugerir una cierta heterogeneidad en la respuesta al tratamiento, quizás con un beneficio superior en el género masculino. Posiblemente existe una interacción de acuerdo con el perfil lipídico basal, de tal forma que aquellos pacientes diabéticos con dislipemia aterogénica (hipertrigliceridemia y síndrome de HDL bajo) pueden beneficiarse más del tratamiento ($p=0,057$).

Conclusiones

El tratamiento combinado con estatina y fibrato no reduce significativamente la tasa de eventos cardiovasculares fatales y no fatales, cuando se comparan los resultados con los que se obtienen con la estatina sola. Por lo tanto, los resultados no avalan la idea de emplear de forma rutinaria e indiscriminada un tratamiento combinado hipolipemiente para reducir el riesgo cardiovascular en la mayoría de los pacientes con diabetes mellitus. Muy al contrario, los resultados pueden permitir identificar un subgrupo en el que sería posible encontrar el efecto.

COMENTARIO

Que la diabetes mellitus tipo 2 es una situación clínica que se acompaña de un elevado riesgo cardiovascular es un hecho. En el origen de dicho riesgo no sólo se encuentra el trastorno del metabolismo hidrocárbónico y las alteraciones metabólicas acompañantes (hiperglucemia, resistencia a la insulina, hiperinsulinismo), sino otra serie de factores de riesgo, algunos de los cuales se encuentran íntimamente ligados a dicho trastorno, y que son responsables –en gran medida– de las complicaciones macro y microvasculares que determinan la elevada morbi-mortalidad del diabético. Entre estos factores de riesgo, la dislipemia, la hipertensión arterial, la obesidad visceral, el estado proinflamatorio y protrombótico, etc, son los de mayor impacto, por lo que las guías internacionales (ATP, ACC, AHA, EASD, ESC, NICE) recomiendan un control estricto de los mismos al objeto de disminuir el riesgo.

Partiendo de la base de que hasta un 60 % de los pacientes diabéticos pueden presentar una dislipemia aterogénica, ¿no será útil una estrategia terapéutica que incida en el perfil lipídico en su totalidad, a base de estatina (con efecto predominante en la reducción de colesterol total y LDL) y fibrato (con efecto predominante en la reducción de triglicéridos y elevación de HDL)? Numerosas evidencias científicas han demostrado que el empleo de la estatina en monoterapia consigue un significativo descenso del 25 % en el riesgo cardiovascular del diabético, pero que permanece un riesgo residual todavía superior que se encuentra motivado, entre otros factores, por anomalías lipídicas no bien controladas con la estatina, particularmente la dislipemia aterogénica.

Los resultados del estudio son por una parte descorazonadores –no se confirma la hipótesis y el tratamiento combinado no es superior a la monoterapia–, pero, por otra parte, ayudan a comprender cómo y por qué las decisiones terapéuticas tienen que estar

fundamentadas y cómo, frecuentemente, empleamos tecnologías o tratamientos que, teniendo una base fisiopatológica clara, no se acompañan de los resultados esperados por el simple hecho de que no se puede generalizar sobre la base de resultados previos o de teorías coherentes pero sin demostrar. Con frecuencia empleamos técnicas o estrategias terapéuticas con una base sólo limitada. Para su empleo no basta una justificación teórica, sino que –antes de aplicarla a un caso concreto– debemos comprobar que es eficaz. En otras palabras, a la reflexión conceptual de que este o aquel tratamiento puede resultar eficaz, es preciso añadir la reflexión de que “en el enfermo particular e individual” lo puede ser. El caso del tratamiento hipolipemiente en el diabético es un ejemplo claro. No vale emplear un mismo tratamiento para todos, por muy justificado que se encuentre desde el punto de vista conceptual porque los resultados no avalan la idea de que tratando más intensa y ampliamente el perfil lipídico se consigan mejores resultados en la población diabética en general, sino que es preciso analizar la posible eficacia en individuos concretos. Sólo, es posible en algunos casos seleccionados. Este caso no es el único ejemplo. Sería ilustrativo comentar el estudio, también en pacientes diabéticos, que muestra como tratar más intensamente la presión arterial tampoco está justificado de forma rutinaria, en contra de lo que se pudiera pensar y, aun en contra de lo que se puede llegar a hacer de forma habitual.

Al menos en el diabético servir “café para todos” no está indicado, y en medicina, aquello que no está indicado está contraindicado (por razones técnicas, económicas, de salud, de tiempo...).

Jesús Millán Núñez-Cortés

Catedrático-Jefe de Servicio de Medicina Interna
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Facultad de Medicina de la Universidad Complutense. Madrid

Los beneficios de iniciar la diálisis justo a tiempo

Cooper BA, Branley P, Bulfone L, Collins JF, Craig Jc, IDEAL Study

A Randomized, Controlled Trial of Early versus Late Initiation of Dialysis. N Engl J Med. 2010, 12; 363(7): 609-19.

Objetivo

Analizar si el momento del inicio de la diálisis en los pacientes con insuficiencia renal crónica avanzada influye en la supervivencia, vista la considerable variabilidad respecto a dicho momento y la tendencia mundial hacia la precocidad.

Método

En 32 centros de Australia y Nueva Zelanda aleatorizaron 828 pacientes mayores de edad, con insuficiencia renal crónica avanzada (Filtrado Glomerular Renal entre 10-15 ml/min/1.73m²) entre iniciar la diálisis de forma precoz (FGR 10-14) o de forma tardía (FGR 5-7). Los pacientes fueron reclutados desde 2000 hasta 2008 y recibieron seguimiento hasta noviembre de 2009. Fueron excluidos los pacientes susceptibles de recibir un trasplante renal en menos de 1 año y aquellos con diagnóstico reciente de cáncer que pudiera afectar a su supervivencia. Los pacientes fueron estratificados, además, por centro, tipo de diálisis recibida y presencia o no de diabetes mellitus.

Se analiza la mortalidad de cualquier causa y la existencia de eventos cardiovasculares, procesos infecciosos graves (que requieran hospitalización) y complicaciones de la diálisis (necesidad de accesos vasculares temporales, infección u oclusión de los accesos y trastornos en el balance hidroelectrolítico que precisen hospitalización o diálisis adicional).

Resultados

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en mortalidad, en la incidencia de complicaciones ni en la calidad de vida de ambos grupos, entre los cuales ha habido una demora media en el inicio de la diálisis de 6 meses. Las características basales de los pacientes fueron muy similares en ambos grupos para todas las variables analizadas.

Iniciaron diálisis durante el periodo de seguimiento 383 pacientes del grupo precoz (404) en una media de 1.8 meses (95%IC, 1.6-2.3) y 386 del grupo tardío (424) en una media de 7.4 meses (95%IC, 6.23-8.27) tras la aleatorización en el ensayo. El FGR medio al inicio de la diálisis fue de 12 en el grupo precoz y 9.8 en el grupo tardío. El 18.6% de los pacientes del grupo precoz iniciaron diálisis con FGR por debajo de lo establecido para su grupo y el 75.9% de los pacientes del grupo tardío la iniciaron con FGR por encima de lo establecido para su grupo.

Conclusión

El estudio IDEAL determina que el inicio precoz de la diálisis en enfermos con insuficiencia renal crónica no tiene efectos significativos en la mortalidad por cualquier causa ni en la aparición de complicaciones. Con un manejo clínico cuidadoso, los pacientes pueden retrasar el inicio de la diálisis hasta cifras FGR por debajo de 7 ml o hasta que otros indicadores clínicos tradicionales de uremia estén presentes, con importantes implicaciones en costes y en dimensionamiento de estructuras sanitarias.

Financiación: No consta.

Correspondencia: bcooper@med.usyd.edu.au

COMENTARIO

En la última década la extensión y mejora de los procedimientos sustitutivos de la función renal ha permitido, en muchos países del mundo occidental, universalizar su aplicación. A ello también ha contribuido la publicación de algunos estudios retrospectivos y casos-control apuntando beneficios en la morbimortalidad de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada que inician precozmente el tratamiento renal sustitutivo de la diálisis y que algunas guías clínicas comiencen a recomendar el inicio de la misma con cifras cada vez más altas de filtrado glomerular. Se hacía indispensable la realización de un estudio como éste, que aportara resultados de una muestra no sólo aleatorizada, sino también grande, con amplio seguimiento y con evaluación de factores relacionados con la calidad de vida y sin los factores de confusión que conllevan el analizar a posteriori una toma de decisión sobre un paciente. Aunque Europa ha mostrado una tendencia más conservadora en este sentido que EEUU y Australia, sobra mencionar los efectos que en el coste supone retrasar una media de 6 meses por paciente el inicio de la diálisis.

En España el coste anual asociado al tratamiento de las fases más avanzadas de la enfermedad renal crónica se estima en más de 800 millones de euros. Es la terapia crónica más cara en atención especializada, con un coste medio por paciente seis veces mayor que el del sida. Es un tratamiento aplicado a uno de cada 1.000 ciudadanos, pero que consume el 2,5% del presupuesto del Sistema Nacional de Salud (SNS) y más del 4% del de la atención especializada.

Una reciente evaluación económica del tratamiento renal sustitutivo en España (1) muestra un coste promedio anual por paciente en hemodiálisis (HD) de 46.660 euros y de 32.432 para la diálisis peritoneal (DP). Teniendo en cuenta que unos 6000 pacientes nuevos comienzan anualmente el tratamiento renal sustitutivo y que la hemodiálisis se mantiene como la primera opción terapéutica en el 86.4% de los casos, el ahorro estimado de iniciar la diálisis justo a tiempo, sin perjuicio para la salud y la calidad de vida de los pacientes quedaría en más de 130 millones de euros.

Sería interesante para conocer cuál es el proceder de nuestros nefrólogos y hacer evaluaciones evolutivas que en los distintos registros de enfermos renales de las comunidades autónomas se recogiera el dato del FG al inicio de la diálisis y el motivo clínico por el que se decide iniciar el tratamiento.

Cristina Rosado

Jefa de Admisión, Hospital Infanta Cristina, Parla

(1) Arrieta J. Evaluación económica del tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante) en España. Nefrología 2010; 1(Supl Ext 1):37-47.

El aumento de la prescripción de antidepresivos (ISRS) y la disminución de las tasas de suicidio

Ludwig J, Marcotte DE, Norberg K

Anti-depressants and suicide. *Journal of Health Economics* 2009; 28:659-676.

Contexto

Cada año, alrededor de un millón de personas mueren por suicidio en todo el mundo siendo la undécima causa de muerte en Estados Unidos. Recientemente, los ISRS han sido objeto de alarmas de seguridad por parte de las agencias reguladoras, lo que ha llevado a una importante disminución de su uso, así como a una marcada divergencia en la opinión de los profesionales clínicos sobre su seguridad. Múltiples meta-análisis basados en ensayos clínicos aleatorizados sugieren que los ISRS elevan el riesgo de pensamientos suicidas y conductas autolesivas no letales en muestras pediátricas y en menor medida en adultos.

Objetivo

Examinar el efecto que sobre el suicidio tiene una de las más controladas herramientas para su prevención, el moderno tratamiento anti-depresivo con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Tipo de estudio

Estudio observacional de base poblacional dirigido a identificar cómo influyen las ventas de ISRS en las tasas de suicidio consumado. Utiliza un modelo estadístico construido con las tasas de suicidio y las ventas de ISRS per cápita en 26 países y durante 25 años.

Selección de los datos

Datos de mortalidad por suicidio de 26 países ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud desde 1980 hasta 1999. Los datos de

ventas de ISRS fueron obtenidos de la empresa IMS Health que elabora informes de ventas de fármacos en todo el mundo. Dentro de la muestra se incluyen países de los 5 continentes entre los que se encuentra España.

Resultados

Las tasas de mortalidad por suicidio muestran una disminución progresiva que comienza en el año 1990 coincidiendo con la expansión del uso de ISRS. El incremento en las ventas de ISRS en 1 comprimido per cápita reduce las tasas de suicidio en un 5%. Este incremento supone un 12% de media. De igual forma, encuentran que por cada 200.000 comprimidos vendidos se reduce un caso de suicidio y tomando un coste de 0,11\$ por comprimido, el coste de cada vida salvada mediante el incremento en las ventas de ISRS es de 22.000\$.

Conclusiones

Existe una conexión entre la introducción y consecuente prescripción de ISRSs y la reducción de la mortalidad por suicidio. El incremento en las ventas de ISRS de un comprimido per cápita se asocia con una reducción del 5% en la mortalidad por suicidio. La utilización de ISRSs puede ser una medida muy coste-efectiva para la reducción de mortalidad por suicidio.

Financiación: Becas de UMBC, de la Georgetown University y del NIH.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: jludwig@uchicago.edu

COMENTARIO

El suicidio es un grave problema de salud pública que no se ha afrontado en su magnitud. En España, debido principalmente a la disminución del número de muertes por accidente de tráfico, el suicidio se ha convertido, según datos del Instituto Nacional de Estadística, en la primera causa de muerte no natural en el año 2008. En ese mismo año se quitaron la vida 3421 personas, más de 9 cada día.

En los últimos años se ha generado una polémica muy importante en relación al posible riesgo de suicidio que podría conllevar el uso de ISRSs, si bien lo único demostrado es el incremento de pensamientos y conductas autolesivas de baja letalidad pero no el suicidio consumado.

El trastorno depresivo es la principal causa de mortalidad por suicidio y dado que los antidepresivos son eficaces en el tratamiento de la depresión es obligado pensar que su uso reducirá el riesgo de suicidio. Desde los años 60, los textos de psiquiatría advierten que el riesgo de suicidio se incrementa en las pri-

meras fases del tratamiento antidepresivo al mejorar el nivel de energía del paciente antes que los pensamientos y el propio sentimiento depresivo que incluye el deseo de morir.

En el año 2003, en base a estos riesgos de suicidabilidad, las Agencias reguladoras impusieron una restricción al uso de ISRSs en niños y adolescentes, lo que provocó una disminución del 22% en su prescripción. Paralelamente, las tasas de suicidio en menores de 19 años se incrementaron en un 14% en Estados Unidos entre 2003 y 2004 y un 43% en Holanda entre 2003 y 2005, invirtiéndose además una tendencia de disminución de las tasas de suicidio que como muestra el trabajo presentado procedía de finales de los años 80 (1).

Javier Correas-Laufer

Servicio de Psiquiatría, Hospital del Henares, Comunidad de Madrid

(1) Gibbons RD, Brown CH, Hur K, et al. Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1356-1363.

GCS EN LA RED

<http://www.iiss.es/gcs/index.htm>



Programa realizado junto con:



Máster *online* en Economía de la Salud y del Medicamento.

Programa de postgrado de **Economía de la Salud**
Programa de postgrado de **Farmacoeconomía**

Programa online que se adapta a las necesidades y requerimientos de profesionales con responsabilidades de gestión y de titulados recientes que deseen ampliar sus conocimientos en las siguientes áreas:

- Evaluación económica de medicamentos y tecnologías médicas
- Técnicas cuantitativas aplicadas a la gestión de servicios sanitarios
- Economía y políticas de financiación del medicamento
- Gestión del medicamento en los sistemas sanitarios
- Economía de la salud

Calendario: octubre 2010-junio 2012

www.idec.upf.edu/mesol

Director: Jaume Puig - Junoy

Profesor titular del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra (UPF). Director del Centro de Investigación en Economía y Salud de la UPF (CRES).

Codirector: Carles Murillo

Catedrático del Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud de la UPF. Investigador Permanente del CRES.

Tu futuro es ahora

Másters y Postgrados

IDEC-UNIVERSITAT POMPEU FABRA

creemos en ti

Balmes, 132-134 • 08008 Barcelona • Tel.: +34 93 542 18 50 • info@idec.upf.edu • www.idec.upf.edu

¡Alerta! ¡Prescripción electrónica asistida con exceso de alertas!

Schiff GD, Bates DW.

Can Electronic Clinical Documentation Help Prevent Diagnostic Errors? N Engl J Med. 2010; 362;12:1066-69.

Resumen

Estados Unidos ha invertido cerca de 50.000 millones de dólares en tecnologías de la información sanitaria para mejorar la calidad y reducir los costes sanitarios. Aunque una parte fundamental de la atención sanitaria es conseguir el diagnóstico correcto, desafortunadamente los errores son comunes. Se asume que los registros sanitarios electrónicos pueden prevenir o mitigar estos errores.

La cuestión es diseñar un sistema de registro electrónico sanitario que permita optimizar el trabajo del clínico y mejorar la calidad de los cuidados. Para ello, estos sistemas deberían cumplir los siguientes criterios:

- Tener un diseño que facilite la agregación de datos y que permita visualizar las tendencias.
- Las salas de consultas y la localización de las pantallas de los ordenadores deben rediseñarse para permitir la visualización por parte del clínico y, también, del paciente.
- Deben facilitar el seguimiento y evolución del paciente permitiendo la continua actualización de los datos.

- Deben facilitar la organización de la información en base a problemas y permitir al resto del personal sanitario trabajar selectivamente sobre ellos.
- Los resultados de las pruebas realizadas deben integrarse en el listado de problemas.
- Deben facilitar el seguimiento de la patología y el registro de los resultados conseguidos.
- Deben contar con modelos predictivos y de sistemas de apoyo a la decisión clínica.

En resumen, quienes desarrollan estos sistemas y los clínicos necesitan rediseñar el flujo de trabajo de la nueva generación de registros sanitarios electrónicos y los responsables políticos adoptar un enfoque más racional.

Financiación: Becas de la Agency for Healthcare Research and Quality.

Conflicto de intereses: DW Bates declara ser miembro del consejo de IntelliDot que comercializa sistemas de codificación para hospitales.

COMENTARIO

En España el Plan Avanza, a través del programa Sanidad en Línea, tiene como objetivo implementar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), lo que supone apoyar el desarrollo de proyectos como la cita médica por Internet, la receta electrónica, la historia clínica electrónica y la tarjeta sanitaria interoperable.

Actualmente, numerosos hospitales españoles cuentan con sistemas de prescripción electrónica asistida; lo que sería un claro ejemplo de sistema de ayuda a la decisión clínica, característica que sugieren los autores de la publicación (1) como necesaria en un sistema de registro electrónico sanitario. Una de las principales ventajas de los sistemas de ayuda a la prescripción es que reducen los errores de medicación y, por consiguiente, se aumenta la seguridad del paciente (2). El estudio encargado por el Ministerio de Sanidad sueco (3) cuantificó en más de 100.000 los eventos adversos a medicamentos evitables en pacientes hospitalizados por año en la Unión Europea, si los sistemas de prescripción electrónica asistida estuviesen completamente implantados.

Los sistemas de ayuda a la prescripción aportan (unos más que otros) una serie de ventajas:

- dan información de los medicamentos en cuanto a dosis habitual, dosis máximas y frecuencia de administración
- alertan sobre posibles interacción entre fármacos o entre fármacos y situación del paciente en cuanto a datos de laboratorio
- avisos de alergias y contraindicaciones para cada paciente
- permiten la prescripción de combinaciones de medicamentos en función de protocolos internos
- mejoran la individualización de los cuidados de los pacientes gracias al acceso a datos como edad, peso, datos de laboratorio, resto de diagnóstico/s...

- incluyen consejos de administración para enfermera o paciente, lo que facilita la educación a profesionales y usuarios sobre el uso de la medicación

- permiten la comunicación y colaboración entre los distintos profesionales que intervienen en los procesos de prescripción, dispensación y administración de medicamentos.

Mucha de esta información aparece en forma de ventanas emergentes durante el proceso de introducción de la prescripción y, lo que está concebido como un sistema de ayuda y de mejora de la calidad, puede generar nuevos errores por exceso de alertas y consiguiente distracción del facultativo. Además, la sobresaturación de alertas tiene riesgo de omisión, por lo que hay que limitar su uso; y las que se programen no deben interrumpir en exceso el proceso de la prescripción.

En resumen, para que un sistema de registros de datos sanitarios tenga éxito necesita de la participación de los profesionales, que serán usuarios finales, durante los procesos de diseño, desarrollo e implantación de los aplicativos.

Elena Tomás

Farmacéutica Adjunta. Servicio de Farmacia Hospital Universitari Vall d'Hebron
Coordinadora Red EPIMED

(1) Informe SEIS. La gestión del medicamento en los Servicios de Salud. SEIS, Sociedad Española de Informática de la Salud, 2009.

(2) Schedlbauer A, Prasad V, Mulvaney C, Phansaldar S, Stanton W, Bates DW, Avery AJ. What Evidence Supports the Use of Computerized Alerts and Prompts to Improve Clinicians' Prescribing Behavior? Am Med Inform Assoc. 2009; 16:531-8.

(3) eHealth for a Healthier Europe! Opportunities for a better use of healthcare resources. Gartner and The Ministry of Health and Social Affairs, Sweden. 2009.

La eliminación de los incentivos económicos puede incidir en la calidad de la asistencia prestada

Lester H, Schmittdiel J, Selby J et al.

The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators. BMJ 2010; 340:c1898.

Contexto

En los últimos años se ha generalizado el uso de indicadores de calidad asistencial, tanto en atención primaria como hospitalaria. En ocasiones, alcanzar los objetivos prefijados en los contratos de gestión va asociado a incentivos económicos. Esta fórmula para promover la mejora de la calidad puede mantenerse indefinidamente, pero suele abarcar un limitado número de aspectos clínicos y, a veces, puede llegarse a niveles en los que es difícil conseguir una mejora adicional. En tal contexto la relevancia de este estudio radica en que analiza cómo evolucionan los indicadores de calidad cuya dinámica está ligada a incentivos económicos cuando éstos desaparecen.

Objetivo

Evaluar el efecto de los incentivos económicos sobre 4 indicadores de calidad asistencial incluidos habitualmente en los contratos de gestión en el Reino Unido y Kaiser Permanente (California).

Tipo de estudio

Análisis longitudinal realizado entre 1999-2007, sobre 2.523.659 de pacientes adultos atendidos en 35 centros sanitarios del norte de California pertenecientes a Kaiser Permanente, uno de los principales proveedores de asistencia sanitaria en Estados Unidos. Durante esos años, se ofrecieron incentivos económicos ligados a la consecución de determinados objetivos asistenciales. En 2 indicadores –comunes a los utilizados en el Reino Unido– relacionados con la retinopatía diabética y el cribado del cáncer de cérvix se eliminaron los incentivos. Para ver el impacto de esta medida sobre la calidad asis-

tencial, se utilizaron como variables de resultado la evaluación anual de la hemoglobina glucosilada (HbA1c) del paciente (HbA1c<8%), el cribado de la retinopatía diabética, el control de la presión arterial (PS<140 mmHg) y el cribado del cáncer de cérvix.

Resultados

En los 5 años (1999-2003) en que se aplicaron incentivos económicos al cribado de la retinopatía diabética, la tasa aumentó del 84,9% al 88,1%. Tras 4 años sin incentivos en este indicador, la tasa cayó hasta el 80,5%. Por otra parte, durante los 2 años (1999-2000) con incentivos ligados al cribado del cáncer de cérvix, la tasa se incrementó ligeramente, desde el 77,4% al 78,0%. Los 5 años siguientes se eliminaron estos incentivos y la tasa de cribado disminuyó año tras año hasta el 74,3%. La reintroducción durante 2 años (2006-7) de los incentivos económicos hizo que el indicador comenzara a aumentar de nuevo. En los 35 centros incluidos en el estudio, la eliminación de éstos se asoció con una disminución de un 3% anual de media del cribado de la retinopatía diabética y de un 1,6% anual del cribado del cáncer de cérvix.

Conclusión

Gestores y clínicos deben concienciarse de que eliminar los incentivos ligados a los indicadores de calidad puede provocar una disminución paulatina del nivel de calidad obtenido.

Financiación: Ninguna.

Dirección para correspondencia: Helen.lester@manchester.ac.uk

COMENTARIO

En muchos países, entre los que se encuentra España (1), hace años que se utiliza en Sanidad la gestión por objetivos. En el Reino Unido se ha decidido eliminar desde abril de 2011 ocho indicadores del Quality and Outcomes Framework (2-3), por lo que este estudio viene a indagar cuáles podrían ser las consecuencias de esta decisión política. Para ello analiza lo ocurrido en 35 centros de Kaiser Permanente donde se eliminaron, en el período 1999-2007, los incentivos ligados a dos indicadores de los utilizados habitualmente en el Reino Unido. Los resultados son claros: eliminar los incentivos económicos produce una pequeña disminución, pero disminución al cabo, de los resultados obtenidos y en base a ellos, los autores nos advierten que gestores y clínicos deben tener este hecho presente, a la hora de priorizar unos u otros aspectos de la actividad asistencial. Quedarnos con la idea de que sólo el dinero mueve los resultados es obviar algo tan importante como que los indicadores y los incentivos ligados a determinados objetivos ponen el foco sobre determinadas actividades de todas las que llevamos a cabo a diario, con todo lo que ello supone (actividades formativas específicas, de seguimiento, más y mejores medios, etc.). Por tanto, la decisión de qué priorizar no es baladí y debería ser tomada integrando los datos arrojados por un análisis riguroso de las prioridades en nuestro entorno, las posibilidades reales en función de los medios humanos y materiales disponibles y los resultados conseguidos o por conseguir en materia de Salud. Y todo ello, con la participación activa de gestores y profesionales sanitarios. Incentivos aparte (económicos o de cualquier

índole), estamos convencidos de que no hay nada mejor para conseguir los objetivos que generar ilusión entre aquellos que deben alcanzarlos. Si lo sienten como algo propio y están convencidos de que es lo mejor para los pacientes y para la Sociedad, el éxito está garantizado. En caso contrario cabe la posibilidad de que los incentivos contribuyan a enrarecer el clima laboral o que aparezcan peligrosas distorsiones en la actividad asistencial (4). Que cada cual juzgue su situación particular. Nosotros pensamos que los incentivos, como herramienta de gestión, son *per se* positivos, dentro de un contexto participativo, transparente, responsable y con el respaldo de la mejor evidencia científica disponible. Que dicho contexto sea o no real, es harina de otro costal.

Carlos Fernández Oropesa

Subdirección de Farmacia y Prestaciones.
Servicio Andaluz de Salud

(1) Martínez Aguayo C y Martín Acera S. El contrato-programa: ¿qué es? ¿cuál es su importancia? Rev San Hig Pub 1994;68:331-334.

(2) Department of Health. Developing the Quality and Outcomes Framework: proposal for a new, independent process. Consultation response and analysis. DH, 2009. Disponible en: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Consultations/Closedconsultations/DH_089778 Acceso el 05/07/2010.

(3) Department of Health. Developing the Quality and Outcomes Framework: proposal for a new, independent process. DH, 2009. Disponible en: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Consultations/Closedconsultations/DH_089778 Acceso el 05/07/2010.

(4) Del Llano Señaris J. Sobre médicos e incentivos. ELPAIS.com. Edición del 01/07/2008. Disponible en: http://www.elpais.com/articulo/salud/medicos/incentivos/elpepusosal/20080701elpepisa_3/Tes Acceso el 05/07/2010.

Sedación en el paciente crítico: ¿todo, nada o individualizada?

Strøm T, Martinussen T, Toft P.

A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomized trial. The Lancet 2010; 375(6):475-480.

Objetivo

Estudiar si la duración de la ventilación mecánica en pacientes adultos críticos disminuye con la aplicación de un protocolo de no sedación frente a sedación intravenosa (IV) con interrupción diaria.

Métodos

Estudio aleatorizado en 140 pacientes con ventilación mecánica de más de 24 horas. Grupo Intervención "sin sedación" (70 pacientes). Grupo Control "con sedación": propofol iv para lograr un valor entre 3-4 en la escala de Ramsay. Cada mañana la infusión de propofol se interrumpía hasta que el paciente se consideraba despierto. Después de 48 horas la sedación era cambiada a midazolam iv con la misma pauta. Ambos grupos fueron tratados con bolos de morfina a demanda y el mismo modo de ventilación. Las variables analizadas fueron: delirio, días libres de ventilación mecánica en un mes, estancia total y mortalidad en UCI y hospital, pruebas de imagen cerebral

realizadas, extubación accidental y neumonía asociada a ventilación mecánica.

Resultados

Los pacientes sin sedación tuvieron significativamente menos días con ventilación mecánica (n:55, Media 3.8 ± 11días) que los de sedación (n:58, Media 9.6±10 días). Diferencia de 4.2 días IC95% 0.3-0.81, p=0.0191). La ausencia de sedación se asoció con estancias cortas. La presencia de delirio con agitación fue más frecuente en el grupo sin sedación (n=11 20% y n=4 7%; p=0.0400). No hubo diferencias significativas en las otras variables estudiadas.

Conclusión

En la unidad analizada, un protocolo de no sedación en pacientes adultos en ventilación mecánica se asocia a una disminución en los días de conexión al respirador.

COMENTARIO

La sedación a pacientes críticos pretende aliviar el dolor y optimizar su confort, disminuyendo el estrés. Además se busca conseguir una situación clínica óptima para que la provisión de cuidados sea segura y efectiva, lo que obliga a buscar el punto de sedación idóneo de cada paciente que nos permita su restitución sin caer en la fácil sobredosedación de los mismos. La imagen asociada a un paciente en ventilación mecánica es, a ser posible inmóvil, que no responde a órdenes ni abre los ojos, asumiéndose que esté como dormido, sin sufrir ni padecer. Sin embargo la sobredosedación a pesar de su buena imagen presenta inconvenientes al alargar la estancia y consumir recursos innecesarios incrementando la posibilidad de infecciones nosocomiales. Interrumpir diariamente la infusión de sedación hasta que el paciente es capaz de realizar algunas sencillas acciones, o se agita, lleva a una disminución significativa en el tiempo de ventilación mecánica y en la estancia en CI (1). Esta interrupción posiblemente permita evitar la acumulación de drogas hipnóticas y evaluar neurológicamente a pacientes con posible daño enmascarado por la sedación.

Los autores no administran sedación alguna, salvo la analgesia adecuada, a los pacientes en ventilación mecánica, y observan nuevamente cómo el tiempo en que necesitan el respirador y la estancia disminuyen. ¿A cambio de algo? Sólo de una mayor aparición de delirio en los pacientes sin sedación (20%) frente a los sedados (7%). **Una de sus conclusiones es la necesidad de repetir el ensayo de forma multicéntrica para comprobar que algunas características propias de su unidad, fundamentalmente la disponibilidad de personal, no impiden la reproducción de sus resultados.** También se señala que del total de pacientes finalmente analizados, el 18% de los del grupo sin sedación no toleraron esta estrategia de tratamiento, o por solicitud de los familiares o por problemas de adaptación al respirador. En el 25% de los casos ellos o sus familiares rechazaron participar en el estudio. Aunque las razones del rechazo pueden ser diversas, los deseos de los pacientes están subrogados por los familiares, cuya preferencia habitualmen-

te se decanta por el estado de "no enterarse de nada". Por supuesto esto tiene un coste ya no sólo económico sino también social, situación, que ha sido recientemente analizada (2) y emocionalmente complicada, dando lugar, al menos en las familias, a sentimientos ambivalentes. Otro aspecto importante no evaluado en el estudio es la posibilidad de secuelas psicológicas de stress post-traumático en los pacientes sin sedación, por lo que la ausencia completa de sedación sería cuando menos cuestionable.

El desarrollo de estrategias para disminuir el tiempo de ventilación mecánica y la estancia en CI sigue siendo un desafío para los clínicos. Siguen estando vigentes, por su eficacia, medidas sencillas como la valoración del dolor y la adecuación de la analgesia (3). La aparición de nuevos fármacos (4) o el apoyo con monitorización de la hipnosis como el BIS ayudan pero no han conseguido hasta ahora demostrar beneficios tangibles. De momento, es preciso evitar las sobredosedaciones y adecuar al máximo la sedación a cada paciente en particular y para ello se cuenta con la experiencia y el expertise de las personas que lo atienden, médicos y enfermeras, y que constituye con sus conocimientos el valioso capital humano. Porque tratar al paciente no ha dejado de ser un arte a pesar de todo.

Paloma Rubio Pascual

Servicio de Anestesia-Reanimación Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

(1) Kress JP, Pohlman AS, O'Connor MF et al. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N Engl J Med* 2000; 342(20):141-7.

(2) Karlsson V, Forsberg A, Bergbom I. Relative's experiences of visiting a conscious, mechanically ventilated patient – a hermeneutic study. *Intensive Crit Care Nurs* 2010; 26(2):91-100.

(3) Payen JF, Bosson JL, Chanques G, Mantz J, et al. Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit: a post hoc analysis of the DOLOREA study. *Anesthesiology*. 2009, 111(6):1187-8.

(4) Riker R, Shehabi Y, Bokesch P, et al. Dexmedetomidine vs midazolam for sedation of critically ill patients: a randomized trial. *JAMA* 2009; 301(5):489-9.

La “Regla del Rescate” no puede guiar el establecimiento de prioridades sanitarias

Cookson R, McCabe C, Tsuchiya A.

Public healthcare resource allocation and the Rule of Rescue. *Journal of Medical Ethics* 2008, 34:540-544 (doi: 10.1136/jme.2007.021790).

Objetivo

Juzgar la idoneidad de la denominada Regla del Rescate como un criterio para informar las decisiones de financiación de tecnologías sanitarias por organismos del estilo del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) británico.

Enfoque y métodos

Se analiza cualitativamente la relevancia ética de la Regla del Rescate, comparando la formulación que de dicho criterio se ha hecho desde la filosofía moral con los intentos de llevarla a la práctica por las agencias de cuarta garantía de Australia (Australian Pharmaceutical Benefits Advisory Committee, PBAC) y Reino Unido (NICE). Seguidamente los autores discuten si la intuición que subyace a la Regla del Rescate puede constituir un fundamento moral apropiado para guiar la asignación de los recursos sanitarios.

Resultados

La Regla del Rescate describe la tendencia innata a “rescatar” a aquellas vidas humanas identificables (no estadísticas) que se hallan en situaciones de peligro inmediato, sin reparar en el coste que conlleva dicha acción (1). Surge así inevitablemente una disyuntiva entre las consideraciones de eficiencia (coste-efectividad) y el imperativo moral que conlleva la Regla del Rescate.

El PBAC es la única institución de cuarta garantía que explícitamente

recoge la Regla del Rescate como un criterio para tomar sus decisiones de reembolso público de nuevos medicamentos (2). Sin embargo, lo más remarcable del caso australiano es que su materialización de la Regla del Rescate guarda muy poca semejanza con la definición apuntada. En realidad, el PBAC lo que hace es priorizar la gravedad de la enfermedad como un criterio complementario al de eficiencia representado por el análisis coste-efectividad.

Por su parte, el NICE sometió a la consideración de los miembros del Citizens Council (un órgano consultivo formado por 30 ciudadanos representativos de la población británica) si debería tener en cuenta la Regla del Rescate en sus decisiones de reembolso (3). Una mayoría de los miembros del Citizens Council consideró que el NICE debería tener en cuenta la Regla del Rescate, pero sólo en “circunstancias especiales”. La falta de concreción de este dictamen difícilmente podría orientar la acción del NICE de alguna forma.

Los autores concluyen afirmando la dificultad que representa tratar de encontrar un argumento convincente para fundamentar la política sanitaria en una inclinación individual a ayudar a las personas que se enfrentan a circunstancias excepcionales. El papel que corresponde a los poderes públicos es asegurar la imparcialidad y la equidad al equilibrar los intereses de individuos anónimos.

Financiación: National Institute for Health and Clinical Excellence y MRC Health Services Research Special Training Fellowship G106/1145.

Correspondencia: rc503@york.ac.uk

COMENTARIO

A la hora de valorar la relevancia de la Regla del Rescate como fundamento de las decisiones de financiación de tecnologías sanitarias es preciso distinguir entre acciones individuales y acciones colectivas. Un profesional sanitario, en el ejercicio de su actividad clínica, trata con pacientes “identificables que se enfrentan a un peligro inminente”. Su reacción natural puede ser intentar salvarlos a toda costa, empleando todos los medios a su alcance. La cuestión clave es, no obstante, si una reacción instintiva, una emoción humana comprensible, y no un juicio desapasionado acerca de cuál es la mejor manera de asignar los recursos sanitarios, debe guiar el establecimiento de prioridades en el sistema sanitario.

En el ámbito académico, la investigación abordada por Jenni y Loewenstein (4) puso de manifiesto que la Regla del Rescate puede caracterizarse como un sesgo psicológico (el “efecto víctima identificable”) que suscita la impresión en los decisores de que es más probable salvar a un individuo identificable que a otro anónimo. Por otra parte, la preocupación por individuos identificables en peligro inminente implica necesariamente que habrá que prestar menos atención a los individuos anónimos que afrontan un peligro futuro. En otras palabras, de aceptar la Regla del Rescate estaríamos institucionalizando la preferencia por los programas curativos frente a los preventivos, y dentro de los primeros, la predilección por aquellos rígidos a tratar a enfermos cuya patología ha entrado en una fase de extrema gravedad, entrañando un peligro de muerte inmediato.

Todos estos problemas que concita la Regla del Rescate, y que atinadamente se diseccionan en el artículo, son finalmente reconocidos por el NICE (5) en el documento que recoge los juicios de valor sociales que inspiran las decisiones de esta institución. En dicho documento, el NICE rechaza explícitamente la Regla del Rescate

sobre una doble base. En primer lugar, está la restricción impuesta por el coste de oportunidad de los recursos sanitarios. La restricción presupuestaria excluye la adopción de cualquier Regla del Rescate que adquiera el rango de derecho humano de carácter inviolable, ya que nunca sería posible costear todos los “rescates” clínicamente posibles. La sociedad tiene derecho a rescates coste-efectivos, pero ir más allá choca ineludiblemente con el principio de escasez comentado.

En segundo lugar, la Regla del Rescate choca con la imparcialidad que debe guiar las decisiones del NICE. De acuerdo al documento, el NICE toma sus decisiones teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes “anónimos”, presentes y futuros, del Sistema Nacional de Salud. A mi juicio, ése es mucho mejor fundamento ético que el que representa la Regla del Rescate.

José María Abellán Perpiñán

Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Murcia

(1) Jonson AR. Bentham in a box: technology assessment and health care allocation. *Law, Medicine and Health Care* 1986, 14:172-4.

(2) PBAC. Guidelines for preparing submissions to the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (Version 4.3). 2008. Accesible en: [http://www.hirc.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/AECB791C29482920CA25724400188EDB/\\$File/PBAC4.3.2.pdf](http://www.hirc.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/AECB791C29482920CA25724400188EDB/$File/PBAC4.3.2.pdf)

(3) NICE. Citizens Council Report. Rule of Rescue. 2006. Accesible en: <http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/boardmeeting/brjJul06item6a.pdf>

(4) Jenni KE, Loewenstein GF. Explaining the Identifiable Victim Effect. *Journal of Risk and Uncertainty*, 14:235-57.

(5) NICE. Social value judgements: principles for the development of NICE guidance, second edition. 2008. Accesible en: <http://www.nice.org.uk/media/C18/30/SVJ2 PUBLICA TION2008.pdf> 2008

De la evaluación de tecnologías sanitarias a la evaluación de los procesos

Gandjour A.

A Model to Predict the Cost-Effectiveness of Disease Management Programs. Health Econ. 2010, 19:697-715.

Resumen

Los sistemas sanitarios están cada vez más orientados a la gestión de enfermos crónicos que a la de agudos. Los altos costes asociados a los pacientes crónicos, así como los claros déficit existentes en su manejo han generado numerosos programas para mejorar la calidad y la eficiencia en el tratamiento de las enfermedades crónicas. Sin embargo, en muchas ocasiones éstos se implantan sin que se evalúen previamente las alternativas, ni en términos de efectividad ni de rentabilidad a largo plazo. Se presenta un modelo que permite evaluar los costes a largo plazo y la rentabilidad de estos programas, con lo que los gestores sanitarios podrían tomar decisiones de forma más informada.

Para poder decidir qué programa se debe implantar es necesario formalizar las relaciones entre diversas variables, siendo éste el objetivo fundamental del artículo, formulando modelos que permitan mejorar la calidad de las predicciones de los costes y la rentabilidad de un programa de gestión de la enfermedad. Este tipo de modelo permitirá una reducción de costes reduciendo el excesivo consumo de recursos, como corregir la infrautilización de los recursos existentes. Se desarrolla un complejo modelo matemático basado en modelos previamente publicados por el autor (1-3).

Como ejemplo se aplica el modelo a una simulación de la gestión de pacientes hipertensos en Alemania, en un programa de apoyo destinado a controlar a los pacientes con hipertensión de 45 a 74 años, adoptando la perspectiva del Statutory Health Insurance (SHI) que asegura al 88% de la población y cuenta con más de 40.000 médicos de atención primaria. Los resultados indican que los costes de implantación del programa superan los ahorros generados por el mismo. Los costes netos del programa ascenderían a 6.410€ por paciente enrolado exitosamente en el programa, generando una mejora de 0,5 QALY, lo que implica un ratio coste-efectividad de 13.448€ por QALY. En términos agregados para el SHI los costes del programa se sitúan entre el 0,8 y los 1,2 millones de euros en función de la tasa de riesgo de hipertensión que se utilice, lo que implica entre el 0,6% y el 0,9% del total del presupuesto anual del SHI, obteniendo una ganancia entre 8.000 y 80.000 QALY.

Financiación: No se menciona.

Correspondencia: gandjour@rice.edu

COMENTARIO

El artículo es más interesante por lo que sugiere y plantea, que por la posible aplicación práctica del modelo que presenta. Como todos los modelos matemáticos, a pesar de la complejidad y los correctos planteamientos, los supuestos y simplificaciones hacen siempre que los resultados deban ser tomados con el natural escepticismo que da la experiencia propia, ya sea en la investigación o especialmente en la gestión sanitaria. En este sentido su aplicación a la evaluación de un Programa de Gestión de Enfermedades (4) concreto es lo menos relevante.

Con todo, la idea original es de alto valor y con muchas implicaciones sobre todo en el campo de la gestión y la toma de decisiones. La evaluación económica se está consolidando como una herramienta cada vez más empleada para la toma de decisiones en cuanto al acceso al mercado, la financiación y la fijación del precio de los medicamentos y las nuevas tecnologías sanitarias. Cada vez más, los gestores exigen a las compañías farmacéuticas o las empresas fabricantes de tecnologías sanitarias que demuestren además de la seguridad y la eficacia, la eficiencia de las tecnologías que pretenden introducir en los diferentes sistemas sanitarios, incluso cada vez más deben cuantificar el impacto presupuestario que la citada tecnología va a generar en el Sistema Nacional de Salud o en cada Sistema Regional como en el caso de España. Sin embargo, los gestores sanitarios adoptan decisiones, estrategias o programas de gestión de enfermedades apoyados en evidencia a corto plazo, sólo teniendo en cuenta los datos de efectividad clínica, o incluso motivados por corrientes de opinión, oportunismo político o la gestión diaria sin evaluar en muchos casos la rentabilidad a largo plazo de las citadas medidas. Como se ha señalado (5) existe mucha literatura sobre la evaluación económica

de tecnologías, sobre estudios de carga de la enfermedad o sobre la calidad de los programas de gestión de la enfermedad, sin que existan muchos trabajos que juzguen desde la evaluación económica dichos programas y permitan a los gestores priorizar de forma adecuada entre ellos. Evaluar y tener en cuenta las implicaciones a largo plazo, tanto en términos de salud como de costes, de las decisiones que se toman en los Sistemas Nacionales de Salud es imprescindible para mejorar la propia calidad del sistema. Sería conveniente que se estudie y se exija a los gestores los mismos estudios y herramientas que ellos exigen a sus proveedores, racionalizando el sistema y evitando despilfarros como el de las vacunas para la gripe A.

Álvaro Hidalgo

Seminario de Investigación en Economía y Salud, Universidad de Castilla-La Mancha e Instituto Max Weber

(1) Gandjour A, Lauterbach KW. When is it worth introducing a quality improvement program? A mathematical model. Medical Decision Making 2003; 23:518-525.

(2) Gandjour A, Lauterbach KW. When is it worth reducing underuse and overuse of medical services? The example of treating acute depression (in German). Psychiatrische Praxis 2004, 31:157-162.

(3) Gandjour A, Lauterbach KW. How much does it cost to change the behavior of health professionals? A mathematical model and an application to academic detailing. Medical Decision Making 2005; 25:341-7.

(4) Terol E, Hamby EF, Minue S. Gestión de Enfermedades (Disease Management). Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios. MEDIFAM 2001; 11:47-54.

(5) Villagra V. Strategies to control costs and quality: a focus on outcomes research for disease management. Medical Care. 2004, 42 (4 Suppl): III24-III30.

¿Los médicos nos informamos como debemos?

Anderson BL, Silverman GK, Loewenstein GF, Zinberg S, Schulkin J.

Factors Associated with Physicians' Reliance on Pharmaceutical Sales Representatives. Acad Med. 2009; 84:994-1002.

Objetivo

Examinar las relaciones establecidas entre representantes farmacéuticos y ginecólogos, al realizar la primera prescripción de un fármaco nuevo o de nueva indicación. Identificar factores asociados con la dependencia de la información aportada por dichos representantes.

Método

Se enviaron 515 cuestionarios, al azar, a médicos del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, preguntando por las fuentes de información utilizadas para decidir la prescripción de un medicamento nuevo y si consideraban valiosas las directrices aportadas por la industria.

Resultados

Se cumplimentaron 251 cuestionarios, una respuesta del 49%. El 76% de las respuestas valoraron la información suministrada. El 29% declaró que la usaba a menudo o casi siempre a la hora de decidir si prescribía un nuevo medicamento, mientras que el 44% sólo la utilizaba a veces. Los médicos privados son más propensos a su uso que aquellos de instituciones públicas. El sexo y la edad no parecen estar relacionados con la utilización de dicha información. La dispensación de muestras gratuitas provoca una mayor dependencia para futuras prescripciones. La lectura de las directrices de buenas prácticas entre médico e industria influye poco en esta relación.

Conclusiones

Las interacciones del médico y la industria varían notablemente si se trabaja en la medicina pública o en la privada, y tienen que ver con las políticas restrictivas de los centros públicos por una parte, y con el mayor aislamiento del médico privado, si bien existen diferentes 'culturas' en cada una de las prácticas. Está demostrado que el regalo de muestras potencia el efecto de la información aportada. Los participantes de este estudio afirman que la documentación comercial es una fuente útil para la prescripción, aun conociendo que las Sociedades Científicas señalan que esta fuente no contempla un completo panorama de las opciones de tratamiento y que además tiene un sesgo en la dirección de sus productos.

Se ha demostrado que la información comercial aumenta los costes de los tratamientos, disminuyendo el uso de genéricos y de otras alternativas menos óptimas. Los médicos residentes también se ven influidos en la prescripción, pero cuando trabajan en entornos con restricciones tanto a muestras como a información proporcionada por los representantes, tienen una menor influencia, incluso terminada su residencia.

Muchas sociedades científicas han elaborado unas pautas de comportamiento restrictivas que regulan las relaciones entre médicos e industria. Aunque no se ha valorado mucho el efecto de estas pautas, sin embargo un 61 % de los participantes afirman haber cambiado su conducta tras haberlas leído.

Financiación: National Institutes of Health y beca del Maternal and Child Health Bureau (Department of Health and Human Services).

Correspondencia: banderson@acog.org

COMENTARIO

Este artículo muestra las implicaciones que la información venida de la industria puede ejercer en la conducta prescriptiva de los médicos y pone de manifiesto la necesidad de un cambio cultural que afecte por igual a los diferentes tipos de práctica médica, garantizando que el profesional obtenga información para el uso de nuevos medicamentos y nuevas indicaciones de prescripción en artículos, revistas científicas y guías de práctica clínica.

Los médicos no suelen aceptar que a la hora de prescribir utilizan con más frecuencia fuentes comerciales que otras fuentes científicas (1), pero este estudio demuestra una gran dependencia a esa información. Sin embargo, los clínicos que trabajan en hospitales universitarios, HMO, organismos militares, hospitales del gobierno e instituciones sin ánimo de lucro, tienen una menor dependencia, quizás porque en estas instituciones existen políticas restrictivas para la comunicación entre médicos y representantes farmacéuticos, prohibiendo el uso de muestras y otros regalos y fomentando, por el contrario, una mayor comunicación entre profesionales, de gran ayuda a la hora de tomar decisiones para el uso de nuevos fármacos. Los médicos privados se ven más influenciados por la industria, quizás debido a un mayor aislamiento de sus colegas. Sociedades Científicas, como AMA y ACOG han publicado documentos centrados en la interacción médico-industria, con el objetivo de concienciar a los médicos sobre los peligros que esta relación entraña. En general, los médicos que han leído estas directrices son menos influenciados; en estudios anteriores (2), un 62 % de los participantes afirman haber cambiado su conducta después de ha-

berlas leído. Hay que destacar que tanto AMA como ACOG hacen recomendaciones débiles: AMA afirma que las muestras son aceptables si su función es educativa mientras que ACOG acepta como valiosa la información comercial, siempre que los médicos no se basen en ella exclusivamente para tomar sus decisiones.

Con objeto de regular la relación entre médico e industria podrían hacerse las siguientes recomendaciones:

1. Implantar en los centros de trabajo unas políticas restrictivas como medida eficaz para delimitar la influencia de la industria en los profesionales.
2. Las Sociedades Científicas deben explicitar cualitativa y cuantitativamente los límites de actuación de la industria, aclarando qué conductas son inapropiadas y cuáles son las condiciones para aceptar los consejos de la industria.
3. Se hace necesario un cambio cultural que afecte por igual a todos los tipos de práctica médica, que dirija a los profesionales en la búsqueda de información farmacológica y clínica de nuevos medicamentos y sus nuevas indicaciones, en artículos de revistas de prestigio y en guías de práctica clínica avaladas e independientes.

Flor Raigada

Fundación Gaspar Casal

(1) Avorn J, Chen M, Hartley R. Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behavior of physicians. *Am J Med.* 1992;73:4-8.

(2) Gibbons RV, Landry FJ, Blouch DL, Jones DL, Williams FK, et al. A comparison of physicians' and patients' attitudes toward pharmaceutical industry gifts. *J Gen Intern Med.* 1998; 13:151-154.

Impacto de la vida sedentaria en la utilización de los servicios sanitarios

Sari N.

Physical inactivity and its impact on healthcare utilization. Health Economics. 2009, 18:885-901.

Objetivo

Estimar la utilización de los servicios sanitarios realizada por aquellos individuos que no realizan regularmente ninguna práctica deportiva.

Método

Análisis de los datos del ciclo 2.1 de la encuesta Canadian Community Health Survey (CCHS). Dicha encuesta fue realizada en el año 2003 y contiene datos referentes a la actividad física, al consumo de fruta y verdura, enfermedades crónicas, condiciones generales de salud, utilización de los servicios sanitarios, consumo de bebida y tabaco y factores socioeconómicos y demográficos. Para estimar la demanda de servicios sanitarios utiliza modelos de recuento, en concreto, el modelo binomial negativo inflado de ceros. Plantea distintas alternativas en las que la variable dependiente es la utilización de servicios sanitarios, distinguiendo entre visitas al médico de familia, al especialista y a enfermería y número de hospitalizaciones. Las variables independientes se pueden dividir en varios grupos: las características individuales (por ejemplo, edad, sexo, si el individuo es inmigrante, si lo es desde hace menos de 10 años, si está desempleado, etc.), factores socioeconómicos (como nivel de renta y educación entre otras), el estado de salud (si el individuo tiene una enfermedad crónica, si se siente estresado, autovaloración de salud y salud mental e índice de masa corporal) y, por último, el grupo de variables que recogen los hábitos relacionados con la salud, como la práctica de alguna actividad deportiva y su intensidad, si el individuo fuma o es

fumador pasivo, distinguiendo en ambos casos entre fumador diario y fumador ocasional.

Resultados

El efecto de la inactividad física sobre la utilización de los servicios sanitarios es estadísticamente significativo en todos los casos analizados. El número de hospitalizaciones de aquellos que no realizan ninguna actividad deportiva es un 38% superior a la de los individuos que sí la practican. De media, los individuos inactivos acuden un 5,5% más de veces al médico de familia, un 13% al médico especialista y un 12% a enfermería. Comparando los individuos que practican ejercicio moderadamente con aquellos que lo practican más intensamente Sari obtiene que aquellos acuden al médico de familia un 2,4% más y al médico especialista un 5,8% más.

Conclusiones

La práctica de algún tipo de ejercicio físico disminuye el número de visitas al médico de familia, al médico especialista y a enfermería, así como el número de hospitalizaciones. Con estos resultados el autor concluye que llevar a cabo alguna política efectiva para promover el ejercicio físico podría suponer un ahorro en procedimientos médicos en Canadá.

Fuente de financiación: No consta.

Correspondencia: Nazmi.Sari@usask.ca

COMENTARIO

El análisis de la utilización de servicios sanitarios y sus determinantes resulta siempre de interés dada la necesidad en contextos como los actuales de reducir el gasto sanitario ineficiente y las listas de espera, especialmente, en las consultas de especialistas, problemas a los que, evidentemente, también se enfrentan los gestores sanitarios en España.

Los resultados obtenidos por Sari para Canadá están en la misma línea que los resultados previos aportados por otros autores como Haapanen-Niemi et al. (1) para Finlandia y Manning et al. para Estados Unidos (2) y es que practicar ejercicio físico supone una menor utilización de diversos servicios sanitarios. Este resultado es importante y con pequeñas variaciones puede sostenerse tanto por edades como por sexo. Por tanto, el ahorro para el sistema será mucho mayor si además tenemos en cuenta, como propone Lechner (3) en el caso alemán, que redundaría en efectos económicos positivos en el largo plazo en el mercado laboral en términos de salarios y salud especialmente si las ac-

tividades deportivas son practicadas de manera regular y de equipo. Además, si se llevasen a cabo en España más actuaciones en la misma línea que propone Sari para Canadá, tendríamos una medida complementaria de control de la demanda de tipo más indirecto que la implantación de copagos selectivos por tipo de servicio.

David Cantarero Prieto

Marta Pascual Sáez

Noelia González Prieto

Universidad de Cantabria

(1) Haapanen-Niemi N, Miilunpalo S, Vuori I, Pasanen M, Oja P. The impact of smoking, alcohol consumption and physical activity on use of hospital services. *American Journal of Public Health*, 1999; 89:691-8.

(2) Manning WG, Keeler E, Newhouse JP, Sloss E, Wasserman J. *The Costs of Poor Health Habits*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1991.

(3) Lechner, M. Long-run labour market and health effects of individual sports activities. *Journal of Health Economics*, 2009; 28:839-54.

Las cifras del gasto sanitario en su comparativa. Errores y omisiones

Guillem López i Casanovas

Universitat Pompeu Fabra

Reina confusión sobre cómo interpretar las cifras relativas a nuestro gasto sanitario. Algunos han extendido la percepción de que España gasta poco en sanidad y como consecuencia se ha instalado cierta resistencia en contra de la contención del gasto público, en particular entre los grupos más directamente implicados en el sector de cuidados de la salud, bajo el supuesto de que a ellos ésta no les debe ni puede afectar.

Parte de los equívocos en la valoración proceden de los errores de cálculo y las tergiversaciones generadas al forzar la interpretación de las cifras. Un primer extremo se refiere a si el gasto considerado es el gasto sanitario total o tan sólo el público, al ser distinta la valoración que puede merecer uno u otro, tanto en relación al modo en que se financia como con qué se decide su aplicación. Obviamente, no cabe entonces comparar las medias totales (entre el 9 y el 10% superiores) con el gasto público español.

Entendiendo que nos referimos sólo al gasto sanitario público, el segundo paso es fijar el indicador de referencia, ya sea éste la renta del país, o complementariamente, en términos poblacionales o per cápita. Si su consideración parte desde esta última perspectiva, cabrá añadir un punto menor, soluble, relativo a la moneda con la cual computamos el gasto (sin problemas en la zona euro, no si comparamos datos de EE.UU. o del Reino Unido) y cómo aproximamos su capacidad adquisitiva real (por aquello de que un euro en España compra más asistencia sanitaria que en Alemania, naturalmente). El Eurostat da la pauta en cuanto a la valoración según euros ppp

(*purchasing power parity* o paridad de capacidad adquisitiva), así como otras fuentes estadísticas internacionales realizan la conversión a dólares también con paridad por poder de compra. Comparando así gasto sanitario público per cápita en términos reales, el diferencial es menor.

Creo que no hace falta ser muy avezado en la cuestión para considerar el PIB como denominador clave de nuestra variable, por aquello sabido de que cada país gasta en salud lo que se puede permitir. Por cierto, siendo éste un punto claramente establecido a nivel internacional, podría interrogarse sobre las razones por las que no se aplica en todo o en parte de las comparaciones entre diferentes CC.AA., dentro del propio Estado español. Sin embargo, tres reflexiones para afinar de qué estamos hablando: (i) El coeficiente varía tanto por el numerador como por el denominador. Baja el PIB y sube el ratio ¿conlleva esto un mejor estado de bienestar? Este tema es similar a juzgar el estado de bienestar valorándolo en términos de gasto social/PIB: las cosas van mal, se hunde el PIB, sube el subsidio de paro y otros gastos de protección social, y se eleva el ratio; ¿a alguien se le puede ocurrir que las familias españolas están mejor? ¿No deberían preferir más empleo, producción y PIB que subsidios públicos?. (ii) Se descontrola el numerador (más recetas, más urgencias, más utilización inadecuada y aumenta el coeficiente; ¿es acaso mejor, como resultado, nuestro sistema de salud? (iii) Si la elasticidad renta es superior a la unidad (cuando crecíamos o creíamos que lo hacíamos gastábamos en proporción más en sanidad), el reconoci-

	Gasto sanitario total				Gasto sanitario público			
	Gasto Sanitario/PIB	Ponderado por población	Gasto sanitario total per capita	Ponderado por población	Gasto sanitario público/PIB	Ponderado por población	Gasto sanitario público per capita	Ponderado por población
España	8,45%		2.671		6,07%		1917	
OCDE	8,39%	8,81%	2.929,7	2860,6	6,39%	6,14%	2.173,4	1.977,3
UE15	9,22%	9,66%	3.300	3189,4	7,09%	7,47%	2.542,6	2.393,0
Seguridad Social	10,31%	10,54%	3.677	3623,8	7,83%	8,14%	2825,6*	2799,2*
SNS	9,09%	8,64%	3352,7	2960,0	7,14%	6,87%	2.718,5	2.362,7

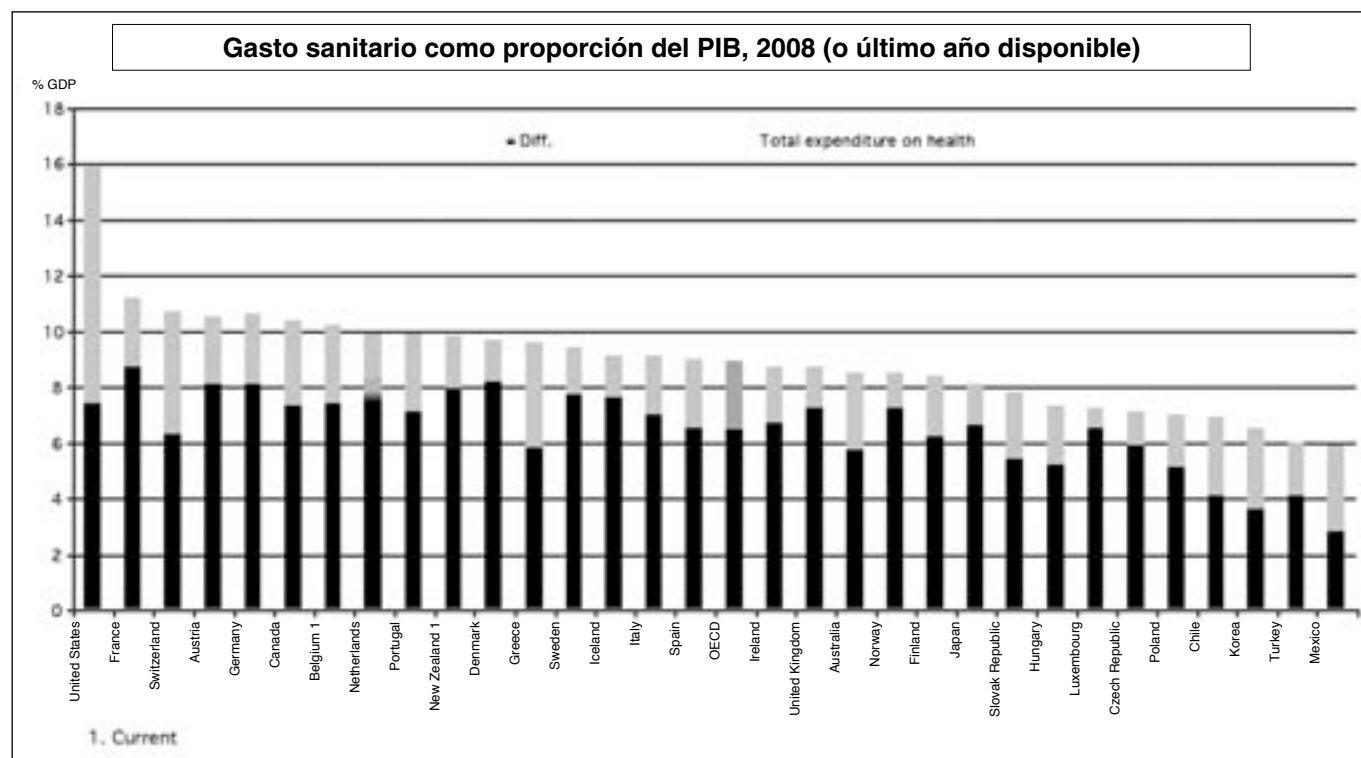
Unidades: US\$, PPP Las medias no incluyen España

*No se incluye Holanda y Bélgica al no disponer de la distribución del gasto para 2007 ni 2006

Fuente: OCDE Health Data 2009, nov 2009.

Año	PIB capita	per	Gasto sanitario público per capita, US\$ PPP	Gasto sanitario público / PIB
España	2007	31.586	1.917	6,11%
Holanda	2002	31.940	1.769	5,5%
Reino Unido	2004	31.747	2.087	6,6%

Fuente: OECD HEALTH DATA 2009, Nov. 09



miento ya inapelable de que hemos vivido, como ha hecho España, bastante por encima de nuestras posibilidades (endeudamiento externo, déficit exterior muy superior a nuestra producción) ¿no debiera ahora deflactar correspondientemente el ratio Gasto sanitario/PIB más por el lado del numerador que del denominador?

Y finalmente, a partir de ahí, faltaría definir el ámbito de comparación. Decir los países occidentales no es decir mucho, aunque la referencia OCDE domina, por aquello de que existen cifras disponibles cuando menos. Pero esta comparación es tramposa. La media OCDE está muy influida por el peso de sistemas privados tales como Estados Unidos, y en buena parte Japón. De modo que no parece sea lógico aborrecer estos modelos de base aseguradora privada para luego 'aprovecharse' de su mayor gasto para establecer el término de comparación. Uno debiera compararse con los sistemas que se desea emular. Nuestro sistema es de naturaleza pública y en principio es con estos sistemas con los que se ha de comparar. La tradición que ofrece la Europa social, y de nuevo la mayor homogeneidad y comparabilidad de los datos (Eurostat y OCDE), facilita la referencia europea. Toca aquí sin embargo identificar si valoramos la media de la Europa de 10, 15 o 27. Digamos que ni de 27 (no sea que superemos desde ya la media, a la vista de la situación de los nuevos entrantes), ni de 10 (España ni estaba en el primer furgón). 'Gana' entonces la opción de la Europa de 15, aunque fijémonos que la Europa social de los ciudadanos debiera aproximarse por la media ponderada por población y no por simples medias aritméticas en las que un país como Portugal pese tanto como Alemania. ¿Parece lógico, no? Normalmente pese a lo dicho, este no suele ser el caso.

Si cuantificamos valores medios no sobre la base de medias aritméticas sino ponderadas por la población relativa de los países, el gasto sanitario total español es superior a la media OCDE (8.45 vs. 8.39), pero ponderando la media por población, no: 8.45 vs. 8.81. En gasto sanitario público la cifra es prácticamente coincidente una vez ponderamos la muestra por el peso demográfico. Se adjuntan los últimos datos disponibles.

Asimismo, planteando la media europea a 15, surge la cuestión de

con qué lógica comparamos países como Austria, Francia, Alemania, Bélgica, Holanda, todos ellos sistemas de aseguramiento social, con sistemas de salud administrados (tipo National Health Service-NHS), al ser su fenotipo diferente. Es bien sabido que los sistemas de aseguramiento social son más caros pero mantienen cotas más elevadas de satisfacción entre sus ciudadanos (según el Eurobarómetro, el porcentaje de población que valora positivamente la calidad de la asistencia sanitaria en sus respectivos países es, para los países con un sistema de aseguramiento social del 92%, mientras que la media en los sistemas NHS se encuentra en el 82%): menos regulación, más barra libre, sin listas de espera, libre elección... en definitiva, más contenta la población más caro el sistema. Los NHS, más servicio administrado, más racionado, más tiempo de espera, más condicionantes de acceso, 'pediecer'..., pero más barato (mejor coordinación, menos duplicidades, más filtros desde la atención primaria). De nuevo la comparación es algo tramposa. Por lo tanto, uno se debiera comparar con el tipo de sistema público de salud que mejor quiere emular.

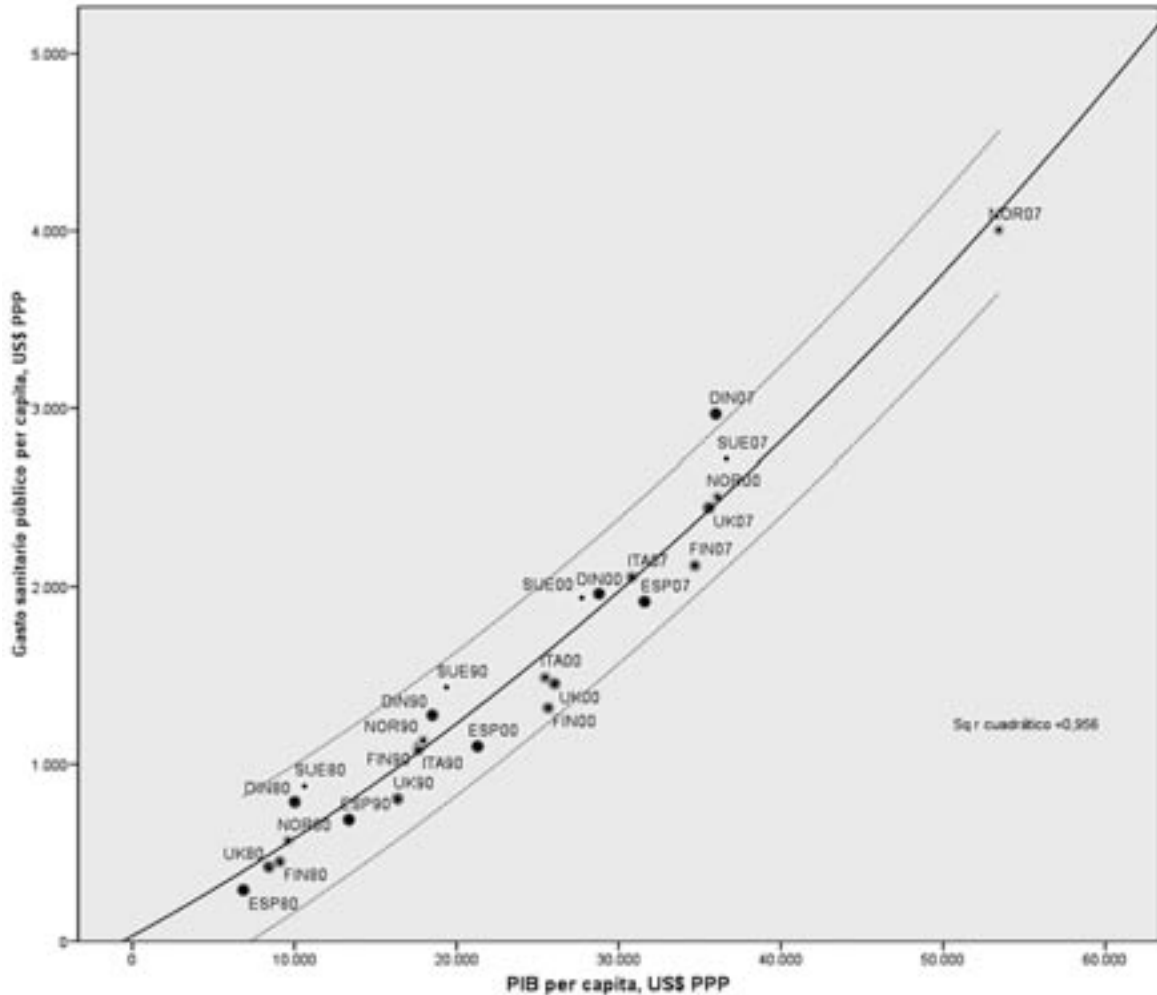
Con estas salvedades identificamos pues la referencia europea (aceptemos en esta tradición el NHS británico) para tener un marco concreto: Reino Unido (y variantes nacionales internas), Italia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Suecia... Bajo esta perspectiva la diferencia es máxima si nos comparamos con los sistemas de aseguramiento social: más de dos puntos de PIB tanto en gasto total como en solamente público. Pero si lo relacionamos respecto a los sistemas con Servicios Nacionales de Salud, la diferencia es tan sólo de 8 décimas.

Pero atentos: si habíamos dicho que cada país se gastaba en salud lo que podía permitir su nivel de renta y riqueza, la comparativa relevante es la de cuánto gastaban éstos (Holanda o Reino Unido, por ejemplo), cuando tenían la renta que hoy tiene España. Y con un poco más de inteligencia, ajustando por sus características diferenciales externas (pirámide demográfica y organización territorial cuando menos), refinaremos la comparación.

Y claro, hecha la comparación correctamente, España está muy cer-

Gasto sanitario público y grado de desarrollo económico

Comparativa años 1980,1990,2000,2007



ca de aquellos niveles de gasto sanitario público que le corresponden: justito en la 'recta de regresión estadística' que se deriva de una estimación objetivada. Más aún, si asumimos linealidad en la recta de regresión estamos comparando escalares de ratios idénticos, asumiendo que la elasticidad renta del gasto sanitario público es constante, lo cual es contrario al supuesto de elasticidades más altas cuanto mayor renta tiene el país.

Hay más temas relevantes en la comparativa para identificar mejor de qué estamos hablando. Quizás desde la percepción de muchos, debiéramos considerar el gasto neto de la financiación otra que la que corresponda a impuestos, ya que tasas y precios públicos (copagos) ofrecen una racionalidad distinta a dicho gasto público, de la que ofrece un gasto financiado por contribuyentes y no usuarios a través de impuestos generales.

En este contexto, las alternativas son las de aumentar la financiación o mejorar la asignación del gasto. Al respecto cabe apuntar que la mayor eficiencia del gasto no es alternativa sino factor coadyuvante y legitimador de toda exacción fiscal. En el mismo sentido se encontraría la lucha contra el fraude fiscal y el consecuente incremento de la presión fiscal relativa, ya que de nuevo, no se trata de una alternativa sino de un elemento justificante del proceso de elección social del gasto. Fuera de lo anterior se trata de analizar qué tipo de impuestos

(directos/indirectos; sobre rentas de trabajo y de capital, a la vista de los pesos relativos en la recaudación) han de acompañar los aumentos de gasto, a efectos de que la 'dualidad fiscal' imperante sea acompasada por una efectiva redistribución por el lado del gasto. Y por encima de lo que den de sí los ingresos impositivos, queda pendiente un mayor apuntalamiento de los ingresos públicos por el lado de las tasas y los precios públicos.

Reconocido lo anterior, a la vista de la financiación disponible para los objetivos de salud fijados, se trata de conjugar correctamente las políticas que afectan (i) el alcance de la cobertura: a quién se le asignan los derechos y en razón a qué; (ii) el contenido de la cobertura (catálogo de prestaciones en el binomio curar/cuidar), y finalmente (iii) cómo el 'ámbito' de elegibilidad se refleja en la utilización y coste de servicios (frecuentación, contenido de la prestación real media en términos diagnósticos y terapéuticos). Los tres ejes determinan el volumen del gasto bajo tutela pública, y la dinámica de los procesos en cada vector ha de permitir 'moldear' un sistema sanitario de salud, solvente en su capacidad de responder a circunstancias cambiantes, y adaptable a los nuevos retos y necesidades sociales. Mucho más que sostener y consolidar nuestro viejo andamiaje que ha dado tan buenos resultados en el pasado como ofrece dudas en sus capacidades futuras.

Dimensiones clave en el clima y satisfacción laboral del personal de enfermería

García-Pozo A, Moro-Tejedor MN, Medina-Torres M.

Evaluación y dimensiones que definen el clima y la satisfacción laboral en el personal de enfermería.

Rev Calid Asist. 2010; 25(4):207-214.

Contexto

En los llamados “hospitales magnéticos” los profesionales sienten y valoran que trabajan en un excelente clima laboral y presentan un alto grado de satisfacción, esto se traduce en mejores resultados en los pacientes. Se hace necesario evaluar estos conceptos para fomentar desde la gestión los aspectos más favorables. La medida de estos conceptos incluye un gran número de variables/dimensiones que influyen en la percepción de los profesionales, y el impacto de cada una de ellas depende de las características de cada organización.

Objetivo

Describir las dimensiones con mayor impacto en la valoración de la satisfacción laboral y del clima laboral en el personal de enfermería en un hospital de alta complejidad.

Métodos

Estudio transversal analítico y observacional realizado al personal de enfermería durante un periodo de 15 días en enero de 2008. Se incluyó a profesionales con situación laboral estable. La recogida de datos se realizó con un cuestionario adaptado de la encuesta de satisfacción de las personas que fue elaborada por el Servicio Vasco de Salud. El cuestionario constaba de tres bloques: 1) Características sociodemográficas y laborales de los encuestados; 2) 32 preguntas cerradas con 5 respuestas posibles (de total satisfacción a total insatisfacción) que valoraban las diferentes variables relacionadas con clima laboral y satisfacción laboral; 3) tres preguntas relativas a la evaluación global de clima laboral, satisfacción con el trabajo realizado y percepción de la calidad del servicio a los pacientes. Se realiza un análisis descriptivo de las variables estudiadas de forma global y estratificado por categorías.

Resultados

Se obtuvieron 1676 cuestionarios que suponen una tasa de respuesta del 47,3 %. Valoración global del clima laboral: media 5,9. Satisfacción del puesto de trabajo: media 6,7. Las variables que explican el clima laboral son: condiciones físicas, formación, satisfacción, promoción, organización interna, relación con compañeros del mismo y de otros turnos, conocimiento de los objetivos de la dirección y adecuación de las decisiones de la dirección. La satisfacción laboral: aprovechamiento de la capacidad, reconocimiento, organización interna, información recibida, conocimiento de los objetivos de la dirección y receptividad de la misma.

Conclusiones

La valoración global del clima y de la satisfacción laboral son buenas, pero las variables que las determinan son diferentes dependiendo de la categoría profesional. Los datos sugieren que: a) a mayor grado de especialización, mayor es el grado de satisfacción; b) a mayor especialización, mayor exigencia a la gestión para que proporcione un mejor entorno organizativo; c) las dimensiones que definen el clima laboral son las que están más relacionadas con el entorno donde desempeñan su trabajo, y las que definen la satisfacción laboral se relacionan con aspectos que impactan de forma más individual en el trabajador; d) con la realización rutinaria de este tipo de estudios, la gestión podría conseguir que los trabajadores no vean su entorno de trabajo de forma amenazante y aumente su grado de satisfacción.

Financiación: Ninguna declarada.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: agarciap.hgugm@salud.madrid.org

COMENTARIO

La actual situación económica hace imprescindible que las direcciones de los hospitales busquen fórmulas imaginativas para mantener un buen clima/satisfacción laboral de los profesionales, que repercuta positivamente en la atención prestada a los pacientes (1). El personal de enfermería constituye un porcentaje muy elevado de los profesionales que trabajan en un hospital, su relación continua con el paciente tiene una clara influencia en la percepción que éste tiene de la atención que ha recibido. Las encuestas de satisfacción a los pacientes analizan muchos aspectos relacionados con la misma (2).

La forma actual de contratación de personal de enfermería en los hospitales públicos de nuestra comunidad (bolsa única) no favorece la fidelización del mismo a un hospital. En este marco de actuación es muy necesario potenciar/crear una cultura propia en cada hospital que identifique a los profesionales con la organización.

Las variables obtenidas en este estudio pueden diferenciarse en porcentaje de lo que se obtendría en estudios similares en otros hospitales, los estudios de clima/satisfacción laboral están muy relacionados con las características y el entorno organizacional en el que se realiza el trabajo; no obstante, parece que la participa-

ción de los trabajadores en la toma de decisiones, la información y la comunicación tiene un efecto positivo en la satisfacción del profesional (3).

Resulta muy interesante la percepción de los autores de la necesidad de realizar de forma rutinaria este tipo de estudios. Yo añadiría la comunicación de los resultados a las partes implicadas y la adopción de medidas consensuadas para la mejora de los datos. Seguramente con todo ello mejoraríamos también la satisfacción del paciente, objetivo esencial de nuestros cuidados.

M^a Llanos Escudero

SAF Hospitalización Quirúrgica. Hospital Universitario
12 de Octubre, Madrid

(1) Kramer M, Schmalenberg C, Maguire P. Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los Hospitales Magnéticos (Parte IV). Nursing (Ed. Española). 2005; 23:21-5.

(2) Servicio Madrileño de Salud. Evaluación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de asistencia sanitaria pública de la Comunidad de Madrid. Año 2009. (http://www.observatoriosanitariomadrid.org/attachments/1497_Encuesta_Satisfaccion_09.pdf).

(3) Arizeta AG, Portillo I, Ayestarán S. Cambio organizacional y cultural en un Hospital: percepciones y discurso de sus impulsores. Rev Calid Asist. 2001;16:22-8.

La gestión hospitalaria pública, entre el presupuesto y el cuadro de mandos

Naranjo D.

El uso del cuadro de mando integral y del presupuesto en la gestión estratégica de los hospitales públicos. *Gac Sanit.* 2010; 24(3):193-9.

Objetivo

Evaluar si existe una relación entre las características de los directivos de centros hospitalarios y el uso de las técnicas de control y seguimiento del rendimiento estratégico. Se establece y valora la posible correlación entre el uso de estos modelos y el efecto que tienen en la implantación y dirección de planes estratégicos centrados en el coste y flexibilidad de los servicios sanitarios.

Métodos

Encuesta enviada a 884 directores de 218 hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud en España. La selección se encuadra en la "alta dirección" como máximos responsables de la gestión de los hospitales y del cumplimiento de los objetivos estratégicos formulados por las autoridades sanitarias regionales. Análisis estadístico. Método de Dillman. Técnica de mínimos cuadrados parciales (PLS).

Resultados

Mediante la correlación estadística utilizada se concluye que existe una relación negativa y significativa entre la edad y antigüedad de los directores y el uso del CMI, siendo esta herramienta más usada por directores jóvenes y con poca antigüedad. El presupuesto sigue siendo la más utilizada, si bien no se ha podido correlacionar edad y su uso. Los resultados parecen indicar que el grado de heterogeneidad del equipo directivo promueve el uso de herramientas más "estándar" como en este caso el presupuesto. Es interesante destacar que el uso del presupuesto se relaciona de forma positiva y significativa cuando los objetivos perseguidos se basan en el control o reducción de costes, siendo la misma relación en el uso del CMI cuando los objetivos se orientan a mejorar la prestación de servicios o la mejora en la flexibilidad.

COMENTARIO

La organización de la actividad asistencial en los hospitales ha ido evolucionando en lo que podríamos definir como modelos disruptivos derivados de determinados factores. Entre ellos cabe mencionar factores vinculados a la práctica asistencial, tanto en técnicas como en tecnología, factores vinculados a la demanda asistencial y su propia segmentación y factores competitivos y de gestión derivados de una creciente presión sobre la eficiencia y la calidad. Es en este último ámbito donde se han ido implantando modelos de gestión y dirección estratégica como el Cuadro de Mando Integral (Balanced Scorecard) de Kaplan y Norton. Es importante mencionar que estos modelos no intentan sustituir o complementar carteras de indicadores financieros o de resultados con otros vinculados a diferentes perspectivas o áreas organizativas. Son modelos que basan su eficacia en la necesidad de establecer relaciones causales y de explicitar los objetivos estratégicos de la organización (1). El artículo analiza con precisión estadística la posible correlación entre determinadas características demográficas como la antigüedad y edad de los directivos o la diversidad del equipo directivo con el uso de herramientas de dirección, en concreto el presupuesto y el cuadro de mando integral (CMI).

Cabe destacar del trabajo realizado que el CMI, cuando se utiliza, complementa la cartera de indicadores de gestión, propia de la herramienta presupuestaria, con indicadores no financieros o de control de costes. Estos indicadores nacen de una reflexión estratégica que se orienta a la eficiencia y flexibilidad en la prestación de los servicios sanitarios y a la calidad como objetivo estratégico. Su aplicación se puede trasladar a un ámbito concreto o proceso específico de un hospital (como por ejemplo el de cuidado nutricional) (2). Como a priori parecería lógico si el equipo de dirección del hospital es heterogéneo en su experiencia de gestión o en la formación en el uso de nuevas herramientas, el presupuesto "gana" en su utilización y grado de implantación, como lo demuestra el análisis estadístico realizado. Es muy interesante la mención explícita que se hace a la teoría de los mandos superiores y al posible efecto que la capacidad de interpre-

tar el entorno, los procesos cognitivos y los valores personales tendrán sobre el proceso de toma de decisiones y por lo tanto en la adopción de determinados modelos y herramientas para la gestión del rendimiento del hospital. Este punto es de especial interés si se relacionan estas conclusiones con la necesidad de utilizar modelos de gestión estratégica que permitan promover cambios culturales o de estilos de dirección, tratados en la literatura académica como Gestión del Cambio. En este caso el CMI, utilizado con cierta inteligencia creativa es una herramienta magnífica.

Todos estos factores son tratados en el modelo explicativo estableciendo conclusiones sobre las razones que inducen a determinados hospitales a adoptar unas técnicas de gestión y otras no. Así, la edad, directores jóvenes y con menos antigüedad tienden a utilizar el CMI en mayor medida que el presupuesto para la gestión estratégica si bien la diversidad del equipo directivo condiciona el uso mixto de ambos modelos (presupuesto y CMI). Se puede deducir que la diversidad "enriquece" las alternativas de gestión proporcionando otras a la hora de elegir herramientas y modelos disponibles en el mercado. Con mucho acierto concluye el artículo que modelos como el CMI ayudan a los hospitales en la gestión de objetivos estratégicos orientados a la calidad, eficiencia o reducción de costes, además de facilitar los procesos de comunicación, aprendizaje y mejora continua.

Miguel Arjona

Profesor MBA, ICADE, Universidad Pontificia de Comillas y MADS

(1) Arjona M. Dirección Estratégica. Un enfoque práctico. Díaz de Santos, Madrid, 1999.

(2) Arjona M. Gestión empresarial aplicada a la salud. Balanced Scorecard de una unidad hospitalaria. Gestión en Nutrición Clínica. Editorial Glosa, 2010.

Prevenir los efectos adversos requiere escuchar a los pacientes

King A, Daniels J, Lim J, Cochrane DD, Taylor A, Ansermino JM.

Time to listen: a review of methods to solicit patient reports of adverse events. Qual Saf Health Care. 2010; 19(2):148-57.

Contexto

Los efectos adversos (EA) suponen un reto fundamental de la asistencia sanitaria en todo el mundo, dado que su identificación y notificación suponen una necesidad básica para aprender de ellos y que sea posible prevenirlos.

La mayor parte de los sistemas de notificación de efectos adversos recae sobre los proveedores de servicios, tanto médicos como gestores sanitarios; no obstante, los principales afectados por estos incidentes son los pacientes, e involucrarlos en el registro de EA mejoraría su estudio y prevención.

Objetivo

Analizar qué técnicas son más efectivas para estudiar los EA desde la perspectiva de los pacientes y llamar la atención sobre la necesidad de elaborar métodos y guías estandarizadas específicos para este proceso.

Métodos

Repaso de la literatura relevante sobre el tema tanto en Medline como en PubMed entre enero y abril de 2008, seleccionando publicaciones sobre la implicación de los pacientes en la recogida de efectos adversos, excluyendo los estudios relacionados con reclamaciones y litigios por mala práctica médica.

Resultados

Se identificaron 17 publicaciones relevantes. De ellas, cinco trataban sobre errores médicos producidos en cualquier fase de la asistencia sanitaria, incluyendo emergencias, urgencias y atención ambulatoria; seis se centraban en incidentes acaecidos durante la hospitalización, cuatro en EA producidos en atención primaria, uno combinaba ambos niveles asistenciales y el último se centraba en pacientes oncológicos en un hospital universitario.

Comparando el volumen de notificaciones realizadas por los pacientes con los registros hospitalarios y las historias clínicas se ha visto que la incidencia de infecciones nosocomiales, úlceras por presión y EA relacionados con la medicación es similar. Sin embargo, se aprecian diferencias en los resultados según el método utilizado. Así, en los cinco estudios que usaron preguntas abiertas, la media de EA identificados fue de 1,9 por persona, mientras que en los trabajos que emplearon preguntas cerradas o una mezcla de ambos tipos, los efectos adversos encontrados fueron de 0,7 y 0,4 por persona, respectivamente. Por tanto, las preguntas abiertas y las técnicas de estudio basadas en la experiencia personal tienden a dar como resultado unas tasas de incidencia de EA mayores. Lo mismo sucedió cuando se preguntó a los pacientes dentro del hospital o centro de salud con respecto a los resultados obtenidos en las encuestas telefónicas a posteriori.

Conclusión

Considerando la similitud entre los registros obtenidos de los pacientes y las estadísticas de los hospitales, los usuarios han demostrado ser capaces de reportar efectos adversos de forma adecuada. Aunque las preguntas directas y abiertas resultan más efectivas, los cuestionarios telefónicos u on-line son más accesibles y coste-efectivos. No obstante, la fórmula más adecuada para contar con la opinión de los pacientes sería una mezcla entre ambas formas de encuesta, siempre que esta opinión sea solicitada de forma activa por

la organización sanitaria, en lugar de esperar la colaboración de los usuarios en forma de quejas, reclamaciones y sugerencias.

A pesar de que es necesaria más investigación para dar con la forma más adecuada de involucrar a los pacientes en la detección y prevención de EA, indicios consistentes apuntan que darles voz en este proceso puede ayudar a la organización a identificar problemas indetectables desde dentro.

Financiación: Canadian Patient Safety Institute.

Conflicto de intereses: Ninguno.

Correspondencia: anserminos@yahoo.ca

COMENTARIO

Se cumple una década de la publicación del informe *To err is human* (1), convertido desde entonces en libro de cabecera de la seguridad del paciente. A pesar del tiempo transcurrido, la prevención de los efectos adversos continúa siendo una asignatura pendiente de los sistemas sanitarios de todo el mundo, incluyendo el español, donde los estudios demuestran que más del 40 por ciento de los errores son evitables (2). Iniciativas internacionales como la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y el programa Bacteriemia Zero están llevando la cultura de la seguridad a los hospitales y, más recientemente, a la atención primaria y ambulatoria.

Sin embargo, la cadena sigue rompiéndose por el eslabón más débil: el factor humano, o lo que es lo mismo, la notificación. Los sistemas de reporte de EA, cuando existen, son, como no puede ser de otra manera, voluntarios y anónimos, pero ni aun así se ha logrado perder el miedo al castigo o a las represalias llegadas no sólo desde arriba sino desde los propios iguales hacia el "chivato".

Mientras no se logre cambiar la cultura del silencio motivada por la supuesta infalibilidad de la Medicina, habrá que ingeniar-se las para detectar y prevenir en la medida de lo posible incidentes que, si bien en su mayoría no tienen consecuencias o, al menos, no son demasiado graves, sí afectan negativamente a la calidad asistencial. Y, ¿qué mejor forma de conocer los problemas que preguntando a sus víctimas? Quizá el usuario no sepa cuál es el origen de un error médico, pero vive en sus propias carnes las consecuencias de una mala calidad de la asistencia.

Si realmente queremos situar al paciente como centro del sistema sanitario deberemos contar con su opinión y experiencia para saber qué está fallando, qué debería cambiar y qué podemos hacer para mejorar.

Rosalía Sierra

Diario Médico

(1) Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To err is human. Building a safer health system.* US Institute of Medicine, 2000.

(2) Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos (Eneas). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2006.

Recomendaciones para una reforma americana (o española)

Arrow K, Auerbach A, Bertko J, Brownlee S, Casalino L, et al.

Towards a 21st Century Health Care System: Recommendations for Health Care Reform. Ann Intern Med. 2009; 150:493-495.

Resumen

A principios de 2009, el "Fresh-Thinking Project" (www.fresh-thinking.org) convocó a un grupo de 50 expertos para debatir y discutir los "fundamentos esenciales" necesarios para una reforma del sistema sanitario de los Estados Unidos que acordaron ocho recomendaciones para una reforma exitosa y significativa. Recomendaron la sustitución del sistema actual de pago por servicio por un sistema de pago que fomente y premie la innovación y la eficiencia de cuidados de alta calidad. También aconsejaron la creación de una agencia independiente para subvencionar y evaluar investigación sobre la efectividad de medicamentos, dispositivos, y otras tecnologías, así como la simplificación de las leyes a nivel estatal y nacional para facilitar innovaciones organizacionales y la coordinación de cuidados. Así mis-

mo reclamaron el desarrollo de una infraestructura técnica para mantener y tramitar información de la salud y facilitar el intercambio de datos sanitarios en todo el país, y la creación de una base de datos anónima para facilitar la investigación sanitaria, en el que participen todos los proveedores.

Las recomendaciones que tienen que ver con la financiación del sistema componen una segunda categoría que incluye la necesidad de identificar nuevas fuentes de ingresos para aumentar la cobertura, junto a la creación de lonjas a nivel estatal o regional para establecer fondos comunes de riesgo y proveer cobertura aseguradora a aquellos que no la tengan por su trabajo, incluyendo la creación de un "health coverage board" para determinar y actualizar continuamente el conjunto estándar y económico de beneficios que se ofrecerán en estas lonjas.

COMENTARIO

Las recomendaciones de Fresh-Thinking siguen siendo relevantes, tanto para evaluar los cambios que ya se han aprobado como para considerar la dirección de futuras reformas. Han pasado unos meses desde la muy controvertida aprobación de la "Affordable Care Act" y la polémica se ha enfriado bastante, aunque la ley sigue provocando debate, y unos 21 estados lo han reclamado al Tribunal Superior, alegando que va en contra de la constitución norteamericana. Es posible juzgar hasta qué punto el sistema sanitario estadounidense se parecerá a lo indicado por los expertos del proyecto, y reflexionar sobre lo que sus carencias nos pueden decir del sistema sanitario español.

Aun después de que entren en vigor todas las previsiones de la ley, el sistema sanitario americano distará mucho de sus equivalentes europeos, y por eso puede ser difícil entender la reforma dentro del contexto español. Cabe recordar que aun en sus versiones más radicales, la reforma no iba a establecer un sistema de pagador único como el de España (aunque algunos lo propusieron). El "mercado" de seguros, en el que las empresas eligen las pólizas para sus empleados nunca se veía amenazado de verdad, una particularidad que a lo mejor señala algo fundamental de la concepción americana del papel del gobierno y la primacía del mercado y el individuo frente a ello (aunque parece obvio que en un mercado en el que las empresas, en vez de los individuos, son los que eligen el seguro, los intereses de los propios individuos quedan relegados a un segundo plano) (1).

La reforma ha logrado mejorar el acceso a la asistencia sanitaria, extendiendo cobertura aseguradora a unos 32 millones de ciudadanos que no la tenían antes, a través de medidas como cambios de los criterios de elegibilidad para los seguros, subvenciones para empresas pequeñas que ofrezcan un seguro a sus empleados, y la extensión de la cobertura de Medicaid, mientras los mecanismos básicos del mercado siguen más o menos iguales (2). Desde la perspectiva de un país que no tiene un sistema nacional de salud que cubra a toda la población, el hecho de extender la cobertura aseguradora a algunos ciudadanos mientras otros siguen sin tener acceso económico a la asistencia sanitaria puede parecer in-

suficiente en el mejor de los casos, e incluso nimio en el peor de ellos.

Pero las recomendaciones del Proyecto Fresh-Thinking van mucho más allá de un aumento de cobertura, lo cual es, básicamente, cuestión de financiación. En sus mil páginas la reforma también va más allá: creará, por ejemplo, unas herramientas para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, principalmente el "Center for Innovation in Medicare and Medicaid" que se dedicará a investigar métodos de mejorar la calidad y eficiencia de la asistencia en los programas gestionados por el gobierno, así como el Consejo "Independent Payment Advisory Board", centrado en la sostenibilidad. Los resultados de las dos iniciativas, que empezarán en 2011, no se producirán de forma inmediata (si es que de hecho se dan), y no representan más que un paso adelante para abordar los retos que actualmente amenazan al sistema norteamericano, pero su enfoque es sin duda acertado.

Por mucho que se dirijan al caso norteamericano, las recomendaciones de la primera categoría son muy pertinentes también para España. Trascienden a los modelos distintos de sistema sanitario e indican un reto común: la creación y fomento de una cultura de innovación sanitaria, particularmente con énfasis en la calidad y la eficiencia. Tanto en España como en los Estados Unidos, se requerirán innovaciones organizativas, cambios en infraestructura y el uso más adecuado de la tecnología y más investigación aplicada. Cabe debatir sobre si tal cambio cultural sólo puede proceder de medidas legales o no, pero queda claro que, frente a los cambios demográficos y las restricciones presupuestarias que actualmente caracterizan la situación sanitaria, la sostenibilidad de un sistema sanitario (sea el que sea) no se puede conseguir sin él.

Katherine Elliott

Fundación Gaspar Casal

(1) Meneu R. El laberinto de la sanidad norteamericana desde una perspectiva europea. Pasajes, Otoño 2010, nº 33.

(2) Pear R, Herszenhorn D. Obama Hails Vote on Healthcare as Answering 'the Call of History'. New York Times. March 21 2010.

Copago: ¿solución o problema?

Trivedi AN, Mooloo H, Mor V.

Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly. N Engl J Med. 2010; 362(4):320-8.

Objetivo

Evaluar el efecto sobre los pacientes y el gasto sanitario del aumento del copago para las consultas ambulatorias en asegurados mayores de 65 años.

Métodos

Comparan 18 planes de Medicare que elevaron la corresponsabilidad financiera de sus asegurados para consultas ambulatorias, sin aumentar el copago farmacéutico, con 18 sin cambios en su copago. La población incluyó 899.060 beneficiarios mayores de 65 años seguidos durante el periodo de 2001 a 2006, comparándose su atención extrahospitalaria y hospitalaria y su gasto sanitario total. Las principales variables analizadas fueron: 1) número de ingresos hospitalarios anuales; 2) número de días de estancia anuales; y 3) la probabilidad de utilización de cuidados hospitalarios definidos. Las covariables incluyen edad, sexo, grupo étnico, proporción de individuos mayores de 65 años con ingresos por debajo del umbral de pobreza, o con estudios universitarios.

Resultados

En el año posterior a duplicar sus copagos esos planes tuvieron 19,8 visitas ambulatorias menos por cada 100 asegurados, 2,2 ingresos

hospitalarios más por cada 100 asegurados, 13,4 días de ingreso más por cada 100 asegurados, y un aumento de 0,7 puntos porcentuales en la proporción de asegurados que fueron hospitalizados en comparación con las tendencias concurrentes en los planes control. Los efectos del aumento en el copago ambulatorio fueron mayores entre los asegurados residentes en áreas de baja renta y bajo nivel educativo y entre asegurados diagnosticados de hipertensión arterial, diabetes, y entre aquellos con historia de infarto de miocardio. Los gastos adicionales por cuidados hospitalarios exceden en casi el doble cualquier ahorro por el aumento del copago.

Conclusiones

El aumento de la corresponsabilidad financiera del usuario para el cuidado ambulatorio entre los pacientes ancianos puede tener efectos adversos sobre la salud y además puede incrementar el gasto total en asistencia sanitaria.

Financiación: Primer autor beneficiario del Pfizer Health Policy Scholars Award y de un Development Award del Veterans Affairs Health Services Research and Development Service.

Conflicto de interés: No se informa de ninguno.

Correspondencia: amal_trivedi@brown.edu.

COMENTARIO

Mucha de la política sanitaria se ha enfocado a la reducción del abuso moral ("moral hazard"), la reducción de la atención sanitaria adicional consumida cuando una persona se asegura, a través del aumento de la corresponsabilidad financiera individual en forma de franquicias y coaseguramientos. Este artículo refleja la preocupación de los autores sobre los posibles efectos adversos del incremento de la tasa de copago en consultas externas (copago ambulatorio), de modo que se podría desviar la demanda de cuidados médicos hacia la asistencia hospitalaria, y en consecuencia podría no reducirse –e incluso aumentar– el gasto sanitario total con peores resultados en salud.

La fortaleza de este estudio se basa en: 1) que los cambios observados en el comportamiento de los asegurados se producen a pesar de dos tendencias que podrían reducir la utilización de cuidados hospitalarios, la primera es la selección que lógicamente ocurre al abandonar los pacientes más enfermos con un historial de mayor uso de los servicios los planes que aumentan el copago, y la segunda es el aumento simultáneo del copago hospitalario en los planes que aumentaron el copago ambulatorio, que en otros estudios parece haber desmotivado el uso de cuidados hospitalarios; 2) en contraste con el experimento RAND y otros estudios sobre población no anciana en que el aumento del copago parecía reducir el gasto sanitario total sin dañar la salud en el paciente medio estudiado, este estudio sugiere que el aumento del copago ambulatorio en los pacientes ancianos puede ser una estrategia equivocada de contención del gasto; 3) los resultados parecen ser consistentes con la cada vez mayor evidencia de que el aumento uniforme del copago en la prescripción de fármacos sin tener en

cuenta el valor de la medicación o la situación clínica o el estatus socioeconómico del paciente puede tener efectos adversos en la salud; 4) el efecto del aumento del copago en el uso de cuidados hospitalarios fue mayor para los asegurados residentes en áreas de bajo ingreso y bajo nivel educativo, así como para los asegurados de raza negra, para los pacientes hipertensos, diabéticos, o con historia de infarto de miocardio.

En contrapartida, las principales debilidades que amenazan los resultados del estudio son: 1) que los asegurados no fueron asignados aleatoriamente a casos y controles; 2) el aumento del copago fue prácticamente del 100% de la cantidad inicial; 3) el período de observación fue sólo de 3 años; 4) el análisis no incluye datos específicos del diagnóstico, y costes asociados con los ingresos hospitalarios y visitas ambulatorias; 5) dado el pequeño número de planes casos no se pudo evaluar separadamente el aumento del copago para las visitas de atención primaria y especializada ni tampoco la relación entre la magnitud del aumento del copago con el consiguiente uso de cuidados hospitalarios.

En conclusión, el aumento del copago ambulatorio reduce el uso de los cuidados extrahospitalarios entre los asegurados ancianos, pero esta disminución se neutraliza con un aumento de las hospitalizaciones particularmente entre los asegurados con bajo nivel socioeconómico y enfermedades crónicas. El aumento del copago ambulatorio en población anciana puede tener efectos adversos en la salud además de incrementar el gasto sanitario total.

José Ponce

FEA Medicina Interna. Hospital de Parla

Un paseo bien guiado por la política farmacéutica en la Unión Europea

Espín J, Rovira J.

Analysis of differences and commonalities in pricing and reimbursement systems in Europe. Brussels: European Commission; 2007. 219 p. <http://www.easp.es/web/Documentos/OtrosDocumentos/EASPRportPandREurope.pdf>

Objetivo

Informe, encargado por la Comisión Europea a la Escuela Andaluza de Salud Pública con dos objetivos: trazar un panorama actualizado de las políticas farmacéuticas en los países miembros y estudiar en detalle seis de estas políticas (incluidas características, factores de fracaso y éxito e impacto).

Tipo de estudio y métodos

Revisión de la literatura económica sobre impacto de las políticas, basada en una inapreciable búsqueda estructurada hecha por la Biblioteca de la EASP. Elaboración, tratamiento y análisis de un cuestionario respondido en 2006 por los representantes de los países del Grupo de Trabajo en Precios y Financiación del Foro Farmacéutico creado por la Comisión Europea.

Resultados y conclusiones

Se insiste en los conflictos de objetivos a los que se enfrenta la política farmacéutica (asegurar y mejorar el acceso a los medicamentos, incentivar la innovación, apoyar a la industria nacional, controlar el gasto) y en la variabilidad al abordarlos entre los distintos estados miembros, con la excepción de un lugar común, la contención del creciente gasto público. Estas diferencias son reflejo de las peculiaridades de los países y sus sistemas sanitarios. También se destaca la escasez de análisis de impacto de estas políticas por los países, en campos como evaluación económica, copagos, devoluciones o genéricos.

El control de precios sigue siendo para muchos países el foco de atención. Pero el control directo producto a producto, especialmente la supervisión de costes y márgenes, pierde terreno respecto a las comparaciones internacionales, el control de beneficios empresariales o la evaluación económica.

Los copagos se usan en la mayoría de países. Los nórdicos están desarrollando fórmulas, basadas en una sofisticada supervisión del gasto individual que minimizan los efectos adversos sobre acceso y equidad.

Los precios de referencia están cada vez más extendidos, unidos al fomento de genéricos. La industria les achaca dificultar las innovaciones incrementales. Algunos expertos alegan que obstruyen la competencia en precios de los medicamentos genéricos.

Aún no existe suficiente información sobre efectos de las devoluciones por excesos sobre un presupuesto acordado con el vendedor (riesgo compartido), no sólo por la novedad de la medida sino porque es aplicada de forma distinta en cada caso.

El examen de los incentivos a la prescripción que hace el estudio interesa mucho a los gestores. Se observa elevada heterogeneidad entre países. La mayoría sólo proporciona información y educación. Pocos van más allá y menos aún usan incentivos financieros “a pesar de su documentada efectividad”.

Las políticas de genéricos se analizan en sexto lugar, destacando su extensión y variabilidad, su relación con los precios de referencia y el acuerdo sobre la ausencia de efectos negativos en la innovación.

Financiación: Comisión Europea.

Conflictos de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: jaim.easp@juntadeandalucia.es

COMENTARIO

El trabajo suscita muchos comentarios. Primero y fundamental es el énfasis puesto en la evaluación de impacto de las políticas públicas, que distingue a este estudio de muchos otros. Sin embargo, el resumen para directivos y las conclusiones, que serán las partes más leídas, no recogen toda su riqueza y adolecen de frialdad o escepticismo al valorar las distintas políticas. No hay un apartado con recomendaciones explícitas que aclare cuáles son las más racionales y recomendables.

Las medidas bien avaladas por la teoría económica (como las que fomentan la competencia) y efectivas en la práctica merecerían más entusiasmo: evaluación económica, PPRS inglés, o genéricos. Para encontrarlo hay que rastrear el texto en detalle, como ocurre con el pronunciamiento a favor de un umbral de coste-efectividad para el control de precios de productos innovadores monopolizados que incentivaría correctamente I+D e innovación. A los “mensajes clave” de cada capítulo habría que darles más relevancia, fuerza y vigor. El mismo desequilibrio se aprecia en la importancia dada al cuestionario y a la revisión de la literatura, cuyos resultados casi desaparecen en resumen y conclusiones.

El estudio tiene claro que los genéricos son interesantes porque fomentan la competencia. Pero la idea de que son genéricos si se comercializan bajo denominación común, sin marca de fantasía, lo que impide la diferenciación y favorece la transparencia y la competencia, no está clara. Aunque no estén protegidos por patente si se ofrecen bajo marca de fantasía no son genéricos (como no lo son las copias con marca permitidas por nuestra anterior legislación de patentes). Algo así ocurre con los precios de referencia. La idea fundamental de que son un mecanismo de fomento de la competencia se oscurece cuando se consideran un “mecanismo de financiación” o “una forma selectiva de copago” y no se insiste en que el precio de referencia es un precio cotizado libremente en el mercado, pero el más bajo, que normalmente es el de un genérico.

Adicionalmente no se considera como categoría específica de control de precios la “referencia interna” a comparadores y al valor terapéutico añadido por el nuevo medicamento, como se hace en Francia. El significado de la “Amélioration du service médical rendu” y sus niveles no se valoran adecuadamente.

A pesar de algunas objeciones –como que se diga que en España están exentos de copago los mayores de 65 años cuando los eximidos son los pensionistas y sus beneficiarios, tengan la edad que tengan– se trata de pequeños escollos en un paseo muy bien guiado por el frondoso bosque de la política farmacéutica europea.

Félix Lobo

Leonardo Ruiz

Universidad Carlos III de Madrid

Mejorar abiertamente la inteligencia: otra razón para actuar contra las enfermedades infecciosas

Eppig C, Fincher C, Thornhill R.

Parasite prevalence and the worldwide distribution of cognitive ability. *Proceedings of the Royal Society B*, publicado en Internet el 30 de junio del 2010. doi:10.1098/rspb.2010.0973.

Contexto

El cerebro consume el 87% de la energía metabólica de un recién nacido, el 44% a los cinco años y el 27% en la edad adulta. Cualquier parásito o patógeno que compita por esa energía, especialmente en los meses iniciales de vida, afecta el cerebro de cuatro formas diferentes: (i) alimentándose en los tejidos del huésped como las bacterias, (ii) colonizando el tracto intestinal o provocando las diarreas, letales o causantes de graves deterioros cognitivos (tenias, bacterias, giardias y amebas), (iii) utilizando la maquinaria celular para reproducirse (como los virus), y (iv) sobre-activando el sistema inmunitario. El artículo trata de introducir la hipótesis de que el estrés causado por los parásitos describe las variaciones mundiales en inteligencia, estableciendo la correlación entre infección e inteligencia y tratando de eliminar otras posibles explicaciones causales.

Material y métodos

Diversas variables intervienen en las modelizaciones lineales pero mencionaremos únicamente las dos más importantes cuya correlación se describe: inteligencia y prevalencia de infección. Los datos de coeficiente intelectual (CI) para cada país provienen fundamentalmente del psicólogo Lynn y del politólogo Vanhanen y la medida de enfermedad infecciosa, también para cada país, se obtiene a través de los Años de Vida Perdidos ajustados por Discapacidad: tanto mortalidad prematura como discapacidad de 28 importantes enfermedades humanas (tétanos, malaria, tuberculosis, hepatitis, sífilis, leishmaniasis...) quedan aquí recogidas.

Resultados

Correlación inversa impresionante, del 67%, entre CI y carga de enfermedad infecciosa. En la parte más baja, con poco más de un CI de 60, Guinea Ecuatorial, Santa Lucía, Camerún, Mozambique y Gabón. En la parte más alta, con un CI de casi 110, Singapur, Corea del Sur, China y Japón. En los análisis multivariante sólo la distancia a nuestra cuna en el Valle del Rift (entornos nuevos podrían estimular la inteligencia) permanece como variable explicativa del CI una vez se considera la carga de enfermedad infecciosa. Carecen, en cambio, de capacidad explicativa variables como renta, educación, bajos niveles de población agrícola y clima sin que los autores pretendan, en absoluto, descartar su influencia ya que son numerosas las posibles endogeneidades que imponen cautela en la interpretación de los resultados.

Discusión

Los hallazgos del artículo son consistentes tanto con el importante papel de la nutrición en la mejora de la salud humana (y el *trade-off* en la asignación energética entre sistema inmunitario y desarrollo cerebral) como con el llamado efecto Flynn: las importantes mejoras en el CI en unas pocas generaciones que no pueden atribuirse a evolución genética y que podrían explicarse por la disminución del estrés de las enfermedades infecciosas que postulan Eppig et al. Esa menor presión infecciosa que puede, por otra parte, llevar a una mayor prevalencia de enfermedades auto-inmunes.

COMENTARIO

El coordinador de este número me había solicitado el resumen y comentario de un artículo del *Lancet*, sobre la cuenta atrás en la consecución de los Objetivos del Milenio en salud maternal e infantil, demasiado descriptivo, y muy centrado en intervenciones de evidencia probada (1). Pocas sorpresas: avances escasos y dispares (mejora destacadamente Brasil como es de esperar tras quince años de Cardoso, primero, y Lula, después) y escaso énfasis en cuestiones tan básicas como el indicador Sen del papel de la mujer (porcentaje que representan las niñas de cinco-seis años sobre los niños de la misma edad). Dado que el propio editorial del mismo número del *Lancet* destacaba la importancia que para la sociedad humana tiene la igualdad entre hombres y mujeres (2), podía permitirme una contextualización más amplia de los determinantes de la mejora de la salud en el mundo.

Han sido el crecimiento económico y la mejora de la nutrición los factores que explican con mayor consistencia la espectacular caída secular de la mortalidad. Entre mediados del siglo XIX y el siglo XX, las medidas de salud pública (sobre todo filtrado, cloración, disposición segura de aguas residuales) asumen el mayor protagonismo en la mejora del estado de salud.

Mejorar la salud de los países más pobres constituye un imperativo humano reforzado con algunas regresiones y el argumento de que una mejor salud explica el crecimiento económico por su impacto en los capitales humano y físico y en la eficiencia agregada con la que se combinan. Sabemos que la enfermedad influye en el

parámetro de eficiencia agregada por dos vías: a) obligando a un país a elegir la tecnología menos productiva (p. ej., zonas áridas) y b) permitiendo el desarrollo institucional allá donde las condiciones de salubridad fomentaron la permanencia de los colonos (Australia, Estados Unidos, Nueva Zelanda) y dificultándolo donde se optó por la explotación extractiva, el despotismo y el desamparo de la población en las zonas donde los potenciales colonos se encontraron con unas tasas de mortalidad totalmente disuasorias (p. ej., Congo (3)). Este artículo añade una tercera vía mediadora entre enfermedad infecciosa y eficiencia agregada: el CI, componente clave, además, del capital humano.

Cada sociedad tiene sus plagas, arranca el aforismo de Dubos, pero las de muchos países pobres continúa siendo la carga de enfermedad infecciosa. El artículo comentado nos propone otra razón para combatirla por los métodos conocidos: mejora de la renta de los individuos más pobres de la población y gasto efectivo en salud pública.

Vicente Ortún

CRES, Centro de Investigación en Economía y Salud
Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

(1) Bhutta A, Chopra M, Axelson H et al. Countdown to 2015 decade report: taking stock of maternal, newborn and child survival. *Lancet* 2010; 375: 2032-44.

(2) Gender equity is the key to maternal and child health. *Lancet* 2010; 375:1939.

(3) Hochschild A. King Leopold's ghost: a story of greed, terror and heroism in colonial Africa. Boston: Mariner Books; 1999.

¿Es posible bajar el precio de los genéricos?

Puig-Junoy J.

Políticas de fomento de la competencia en precios en el mercado de genéricos: lecciones de la experiencia europea. Gac Sanit. 2010; 24(3):193-199.

Objetivo

Estudio de diferentes políticas favorecedoras de competencia en los precios de los medicamentos genéricos en países europeos con elevada regulación.

Método

Revisión sistemática de artículos e informes técnicos posteriores a 1999.

Resultados

Se identifican tres grandes grupos de reformas de las políticas de reembolso o financiación pública: mejora y profundización de los siste-

mas de fijación del reembolso máximo; seguimiento de los precios competitivos para reembolsar a las farmacia sólo costes reales de adquisición; y fomento de la competencia de precios en las adquisiciones públicas basadas en instrumentos de mercado como las subastas competitivas.

Conclusión

Es posible adoptar medidas de fomento de la competencia de precios de venta al público en los mercados de medicamentos genéricos en países que, como España, utilizan la regulación directa de precios o sistemas de precios de referencia como instrumento para su reducción.

COMENTARIO

“Aquel día acudí a mi farmacia habitual. Entre mis manos tenía la receta del médico de cabecera. En la consulta creí entender en qué consistía mi dolencia y me aferraba a ese papel que contenía lo necesario para volver a sentirme bien. Debo dejar claro que tanto la figura del médico como la del farmacéutico merecen todo mi respeto pues doy por hecho que son autoridad en la materia y por tanto buenos conocedores de ella. Intentaba descifrar en aquella receta lo que parecían signos y no letras. Y con el mismo temor atávico le extendí ese papel al señor de la bata blanca, que en un momento tradujo a palabras los signos, para mí ininteligibles... La sorpresa llegó cuando me propuso sustituir uno de los medicamentos por un “genérico”...: *“tiene el mismo efecto que el que le han recetado pero su precio es muy inferior, dijo”*. Desde ese día me propuse investigar para saber más sobre el mercado de los “genéricos”.

Cada día y con más peso, cobra importancia el mercado de los medicamentos genéricos y sus precios. En cualquier mercado la fijación de los precios es función de la oferta y la demanda y sobre ambas puede actuarse para incidir sobre los precios. Las políticas sobre la oferta se basan en las barreras de entrada en el mercado y el grado de penetración de los propios genéricos, la regulación de precios y la fijación de niveles máximos de reembolso o de financiación por aseguradores públicos. Las políticas sobre la demanda tienen como objetivo influir en los prescriptores (médicos), los dispensadores (laboratorios y farmacias) y los pacientes.

Si se regulan directamente los precios y el sistema de reembolso, los laboratorios se dirigen directamente a las oficinas de farmacia ofreciéndoles descuentos, con lo que la regulación de precios máximos no redundaría en beneficio del financiador público ni en el de los pacientes.

El artículo describe claramente las políticas alternativas empleadas en Europa para el fomento de la competencia en precios de genéricos, que clasifica en tres grupos:

1) Medidas de mejora de los sistemas de fijación del nivel de reembolso máximo: a) sustitución obligatoria en las farmacias del medicamento prescrito por el médico por el genérico equivalente

de menor precio de venta al público, b) ajuste frecuente o automático del precio de reembolso máximo, c) establecimiento del nivel máximo de reembolso al nivel del precio más bajo del genérico equivalente, y d) copagos adicionales evitables, dejando que el paciente se decante por el medicamento prescrito, por su preferido, o por el genérico equivalente.

2) Seguimiento de precios competitivos para reembolsar a las oficinas de farmacia el coste real de adquisición: a) reembolso a las farmacias del coste real de adquisición, b) devolución de los descuentos por las oficinas de farmacia, c) inclusión secuencial en la cobertura aseguradora.

3) Fomento de la competencia de precios en adquisiciones públicas mediante subastas competitivas que trasladan la capacidad de negociación al asegurador e incentivan a los laboratorios a ofertar precios más bajos a cambio de accesos preferentes o de exclusividad.

Las políticas de competencia de precios deben dirigirse, de forma progresiva y a corto plazo, a que el precio de los medicamentos (tanto el de los laboratorios como el que afecta al bolsillo del paciente), se ajuste al coste marginal de producción y distribución de los medicamentos. La experiencia europea pone de manifiesto que es posible adoptar medidas en nuestro país para el fomento de la competencia de precios de venta al público de medicamentos genéricos.

El 26 de marzo de este año el Consejo de Ministros ha aprobado una rebaja de precio de los medicamentos genéricos. Se espera un ahorro de 1.500 millones de euros. Por supuesto el Real Decreto-Ley no deja contentos a todos, pero artículos como el reseñado dejan claro que es posible abaratar los precios de los genéricos y que es fundamental conocer los actores, factores y mecanismos que regulan aspectos tan fundamentales que inciden en nuestra salud, tales como el coste de los medicamentos.

Cuando creemos, a veces, que todo está ajustado a lo que se persigue y que es inamovible, se agradece la lectura de un artículo que, sin ser dogmático, resulta sugerente.

Gema Pi

Fundación Gaspar Casal

Las políticas nacionales de precios farmacéuticos influyen en las políticas generales de salud, reorientan la innovación y afectan a otros países

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)

OECD Pharmaceutical pricing policies in a global market. Paris: 2008. 219 p. (<http://www.centad.org/seminar/2.%20Price%20regulation/OECD%20Pharma%20pricing%20policies.pdf>).

Contexto

La OCDE cumple una función de gabinete de estudios económicos internacionales de los países más desarrollados. En Economía de la Salud ha desarrollado una labor crucial, sobre todo en aspectos macroeconómicos y de política sanitaria, con su famosa base de datos de gasto sanitario, su folleto bienal "La salud de un vistazo", sus investigaciones sobre reforma de los sistemas sanitarios o su gran "Proyecto Salud" que desde 2001 analiza el desempeño y la eficiencia de dichos sistemas.

Objetivo

Analizar los efectos de la regulación de precios de los medicamentos sobre las políticas nacionales de salud, sobre la disponibilidad de medicamentos y sus precios en otros países y sobre la innovación.

Tipo de estudio y métodos

Examina seis países o casos de estudio con información de primera mano (Canadá, Alemania, México, Eslovaquia, Suecia y Suiza), aporta algunos tratamientos estadísticos y analíticos y efectúa una completa revisión de la literatura, incluida investigación producida por la propia OCDE.

Resultados y conclusiones

El trabajo destaca la contribución de la industria farmacéutica a la economía nacional. Irlanda ha atraído inversiones extranjeras tan cuantiosas a este sector que en 2005 ha llegado a representar el 11% de su PIB. En una industria el nivel de concentración es un elemento definitorio. En 2006, a diferencia de lo que ocurría antes, las diez primeras empresas farmacéuticas concentran casi la mitad de las ventas globales, como resultado de un proceso de fusiones y adquisiciones muy intenso.

Aunque en la OCDE los pacientes en general acceden a los medicamentos que necesitan (el principal objetivo de salud pública a considerar) todavía en algunos países (singularmente EE.UU.) algunos quedan marginados. Además, existe margen para mejorar la eficiencia del gasto perfeccionando la financiación, maximizando el uso de genéricos, aumentando la competencia y haciendo más eficiente la distribución.

La técnica de control de precios más utilizada en la OCDE, referirse a los precios de otros países para fijar los propios, tiene limitaciones graves: no está claro qué países seleccionar; estimula a las empresas a lanzar productos y precios en función de estas políticas, empezando por los que no regulan precios, con lo que en realidad la referencia es el precio elegido por el vendedor; los precios oficiales seleccionados pueden ser distintos de los reales pagados; si no se fijan reglas claras y precisas el regulador cae en la opacidad y la arbitrariedad. A veces las empresas deciden no comercializar un producto en un país como respuesta a su política de precios. En ocasiones los precios regulados no son los más bajos, debido a que los reguladores valoran objetivos de promoción industrial que entran en conflicto con la eficiencia a corto plazo del gasto. Con esta técnica y en un mundo globalizado las políticas de precios afectan a la disponibilidad y a los precios en otros países dentro de la OCDE y en terceros países en desarrollo. Las empresas reaccionan contra la política de referencia externa y el comercio paralelo uniformando precios y elevándolos en los países en los que estaban más bajos.

Sobre la investigación farmacéutica se destaca la dificultad del mercado en esta industria para emitir por sí mismo señales claras sobre lo que la sociedad valora, debido a los subsidios públicos al consumo y otras características. La caída reciente de la productividad de la investigación causa gran preocupación. El trabajo comentado documenta que sus resultados son básicamente incrementales y no grandes saltos adelante. Por ello tiene redoblado interés saber cómo le afectan las políticas de precios. Las de referencia externa estimulan a las empresas a investigar para diferenciar productos y segmentar mercados y así dificultar estas comparaciones, sin aportar necesariamente mejoras terapéuticas. En cambio, la política que compara y premia las mejoras que un producto ofrece sobre las terapias ya existentes, estimula la innovación.

Los procedimientos formales de evaluación económica merecen un juicio muy positivo. Por su naturaleza, incentivan la innovación con mayor valor para los pacientes y la sociedad.

Financiación: OCDE y países miembros.

Conflictos de intereses: Ninguno declarado.

Correspondencia: Dirección no disponible.

COMENTARIO

Este estudio es una referencia inexcusable para conocer las características y los efectos de las políticas de precios de medicamentos de los países desarrollados, aunque no formula recomendaciones explícitas para guiar la política futura. Desde luego la OCDE no se responsabiliza del contenido del estudio, es sólo la voz de los autores la que escuchamos, aunque alta y clara.

El estudio permite conocer la situación relativa de España en varios aspectos. Así, España resulta ser en 2005, tras Francia y por delante de EE.UU, el segundo país de mayor consumo farmacéutico de todos los de la OCDE, si se ajusta el gasto por las diferencias entre países en precios al consumidor. Sostiene que en el gasto sanitario el farmacéutico tiene un peso "menor". Es una apreciación discutible. En la estructura del gasto sanitario el peso de los salarios es forzosamente muy alto por tratarse de servicios muy especializados, en los que las ganancias de productividad están limitadas, mientras que los medicamentos son productos industriales cuyos precios tienden a caer.

Los grandes subsidios en casi todos los países de la OCDE coexisten con pagos directos importantes: un 40 % del gasto farmacéutico sale del bolsillo de los pacientes. También se discuten los mecanismos de moderación de la demanda, cada vez más sofisticados. Son elementos a tener en cuenta cuando en España discutimos sobre el copago.

Félix Lobo

Leonardo Ruiz

Universidad Carlos III de Madrid

Más volumen: ¿mejores resultados?

Phillips KA, Luft HS.

The policy implications of using hospital and physician volumes as “indicators” of quality of care in a changing health care environment. *International Journal for Quality Health Care* 1997; 9(5):341-8.

Contexto

Distintos estudios establecen una relación entre volúmenes altos de actividad y mejores resultados. La relación entre el volumen y los resultados se ha utilizado desde distintas vertientes: por grupos profesionales y sus organizaciones para poder disponer de un criterio de mínimos en la ejecución de determinados procedimientos; para poder elaborar un certificado de necesidades; para poder disponer de información y facilitar la elección por los compradores; para justificar políticas de selección de pacientes y centralización de determinadas actividades; y para poder disponer de un criterio para negociar en los planes de salud la provisión de determinados procedimientos.

Objetivo

Examinar las implicaciones sobre las políticas sanitarias de utilizar el volumen de actividad como un indicador de calidad.

Conclusión

Tres consideraciones a tener en cuenta si se utilizan los volúmenes de actividad en un escenario de cambio permanente. 1. Ante la ausencia de otras medidas de calidad, el “volumen bajo” puede servir como indicador de probables problemas de calidad. Aunque no es lo mismo, con “volumen alto” existe una mayor probabilidad de obtener mejores resultados. En ambos casos pueden malinterpretarse. 2. El uso de indicadores basados en la actividad para aconsejar la centralización de la actividad en ocasiones puede incluso empeorar los resultados existentes. 3. Valorar si el volumen de información puede ser útil para los proveedores y la población general. Existe evidencia débil del uso de este tipo de información, dado que en estas circunstancias la decisión se basa más en aspectos interpersonales que técnicos.

A pesar de que el volumen de actividad es un indicador estadístico incierto puede ser útil, con matices, como un dato aproximado de calidad y permite apoyar determinadas decisiones.

COMENTARIO

La asociación del volumen con los mejores resultados es muy intuitiva y sensata, pero no toda deducción lógica formal se traduce en una decisión racional. Nuestra capacidad mental está limitada fundamentalmente por una percepción filtrada por nuestros valores e intereses y una restringida habilidad de procesamiento mental y de capacidad de memoria. Desde los años 70 se han realizado diversos estudios para buscar una relación causa-efecto sobre el volumen y los resultados, la mayoría orientados a procedimientos quirúrgicos, aunque más recientemente se han extendido a algunos procesos médicos (1).

Al asociar el volumen con la eficiencia se intenta establecer un volumen óptimo para determinadas decisiones de planificación y contratación. Por un lado, proponer una planificación basada en la concentración de una serie de procedimientos con la finalidad de optimizar la efectividad y la eficiencia, en detrimento de la planificación basada en la equidad y la accesibilidad a los servicios asistenciales mediante la descentralización. Por otro, poder disponer de un criterio basado en economías de escala para favorecer la contratación de aquellos centros con mayor número de casos.

Harold S. Luft (2) ha publicado desde finales de los años 70 distintos trabajos de referencia sobre las implicaciones de este tipo de decisiones a nivel colectivo, como respuesta lineal de unas conclusiones basadas en las repercusiones a nivel individual. Sin cuestionar que hay un razonamiento lógico entre el volumen y los resultados, Luft propone realizar un ejercicio de reflexión para matizar este impulso sobre la bondad en la relación volumen y resultados, sin conocer de antemano sus implicaciones en la toma de decisiones en política sanitaria. La mayoría de los análisis realizados plantean problemas metodológicos importantes por las limitaciones de la mortalidad como indicador de calidad, ya que en la mayoría de estudios se tratan datos clínico-administrativos, que no permite conocer si estamos comparando pacientes similares.

En nuestro contexto, un informe sobre si existen niveles asistenciales en cirugía oncológica (3) observó que en determinados tipos de cáncer los centros con un volumen intermedio presentaron menor mortalidad que los centros con mayor número de casos. En el ámbito quirúrgico está consolidado que el nivel técnico del profesional es más relevante para los resultados que la disposición de un volu-

men determinado, así como la clara influencia de la habilidad y el interés del profesional por un determinado procedimiento.

En cuanto a las implicaciones para la planificación de servicios de la asociación del volumen con los resultados, el trabajo apunta que las tendencias a la centralización de determinados procedimientos sólo se deberían aplicar en aquellos en que se pueden objetivar de forma clara sus beneficios. Si excluimos centros por realizar un volumen bajo en determinados procedimientos, se puede fácilmente colapsar los hospitales asignados como de referencia por el incremento de casos, afectando negativamente a los resultados deseados. Si asociamos los altos volúmenes con menores costes existe el riesgo de excluir buenos proveedores con bajos volúmenes, porque son emergentes, o bien contratar servicios de alto volumen con baja calidad.

En el caso de utilizar los volúmenes como un criterio para la centralización de determinados procedimientos, este ensayo nos recuerda que los distintos estudios sobre la bondad de la centralización no excluyen actuaciones no deseables para mantener determinados volúmenes de actividad. Y no se puede descartar que estos criterios de volumen óptimo puedan servir a algunos proveedores de excusa para dejar de realizar aquellos menos interesantes por su financiación menos atractiva, disminuyendo la competencia, aumentando los precios y probablemente bajando la calidad. En posteriores trabajos sobre la cuestión, Luft nos sugiere que para conocer las implicaciones de las decisiones en base a volumen y resultados primero deberíamos explorar quién resulta favorecido por la decisión (4).

Jordi Colomer

Cirujano, Hospital Viladecans. Profesor UOC y MADS

(1) Ross J, Normand S, Wang Y, Ko D, Chen J, Drye E, Keenan P, Lichtman J, Bueno H, Schreiner G, Krumholz H. Hospital volume and 30 day mortality for three common medical conditions. *N Engl J Med* 2010; 36212:1110-17.

(2) Luft HS, Brunner JP, Enthoven AC. Should operations be regionalized? The empirical relation between surgical volume and mortality. *N Engl J Med* 1979; 301(25):1364-9.

(3) Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. ¿Existen niveles asistenciales en cirugía oncológica? Informe técnico IN05/2003 <http://www.aatrm.net>

(4) Luft HS. Better for Whom? Policy implications of acting on the relation between volume and outcome in coronary artery bypass grafting. *J Am Coll Cardiol* 2001; 38:1931-3.

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