

Foro Sanitario de Innovación en Atención Primaria

Edita: Pfizer
Depósito legal: M. 11193-2010
Imprime EGRAF, S. A.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

Dr. Joan M. Gual Julià. <i>Presidente del Col·legi Oficial de Metges de les Illes Balears</i>	5
Dr. Joan Llobera Cànaves. <i>Director General d'Avaluació i Acreditació. Conselleria de Salut i Consum</i>	7

INTRODUCCIÓN

Dr. Juan A. Pérez Artigues. <i>Director del Foro Sanitario de Innovación en Atención Primaria</i>	9
---	---

I FORO SANITARIO DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA (14/11/07) 13

*Impacto de los planes de incentivos en AP.
Incentivos ligados a la prescripción: ciencia y ética*

Ponencia del Dr. Joan M. Gual Julià (presidente del COMIB)	14
Ponencia del Dr. Vicente Ortún Rubio	16
Ponencia del Dr. Juan A. Pérez Artigues	22
Debate	30

II FORO SANITARIO DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA (21/05/08) 37

Innovación en indicadores: ¿qué aporta a los gestores? ¿qué aporta a los clínicos? El ejemplo de los agrupadores de pacientes (ACG) y el caso de las hospitalizaciones evitables por problemas sensibles a cuidados de Atención Primaria (ACSC)

Ponencia del Dr. José Estelrich Bennassar	38
Ponencia de la Dra. Josefina Caminal i Homar	49
Debate	53

III FORO SANITARIO DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA (22/04/09) 59

Uso y abuso de la prevención clínica. Controversia en las recomendaciones de las guías de práctica clínica

Ponencia del Dr. Juan Gérvás Camacho	60
Ponencia del Dr. Tomás Rodríguez Ruiz	66
Debate	72

PRESENTACIÓN

DR. JOAN M. GUAL

Presidente del Col·legi Oficial de Metges de les Illes Balears

Apreciado amigo,

Tienes entre tus manos un ejemplar con la memoria en la que se recoge un resumen de los tres Foros de Innovación en Atención Primaria, organizados por el Col·legi de Metges de Illes Balears (COMIB) en colaboración con los laboratorios Pfizer.

No puedo más que referirme con gran satisfacción al desarrollo de estos foros en el COMIB, en el que se han abordado materias de especial interés para todos los que han participado en ellos. El primer foro analizó la importancia de los incentivos, en el segundo la repercusión de los indicadores y en el tercer foro se trató el uso y abuso de la prevención clínica.

Digo que han sido temas de mucho interés para los profesionales que día a día realizan práctica clínica, pero también quiero resaltar que lo han sido para los gestores. Creo que una de las características destacadas de estos foros es que han sido capaces de aglutinar en un mismo escenario puntos de vista, a veces muy diferentes, de clínicos y gestores que han confrontado sus planteamientos y han analizado desde su ámbito, de manera constructiva, temas de especial interés.

Sin embargo, los pacientes, los ciudadanos en definitiva, han sido indirectamente los protagonistas de los interesantes debates creados en torno a estos foros de Atención Primaria, ya que en todos ellos, la cuestión final ha sido cómo mejorar la atención que prestamos a la sociedad con la mayor calidad, eficiencia y equidad posibles.

Los encuentros han sido muy participativos, hasta el punto que podría afirmar que han supuesto una de las iniciativas colegiales con una participación más activa de los asistentes. Precisamente, creo que el elevado nivel de los ponentes y de los asistentes, ha contribuido de manera directa a animar esta buena participación y el buen ambiente en que se ha desarrollado en cada una de las ediciones que se han llevado a cabo.

Esta publicación es un interesantísimo resumen de los Foros de Innovación en Atención Primaria que se han desarrollado en el COMIB, en el que podrás encontrar, en esencia, la mayoría de las claves que sirvieron para el debate y la reflexión. Por ello, te animo a que lo consultes, porque sin duda te será de gran interés.

Finalmente, quiero resaltar la excelente labor y desempeño del doctor Juan Antonio Pérez Artigues, al frente de la dirección de los foros, y la colaboración de la Sociedad Española para la Evaluación y la Calidad Sanitaria, y los laboratorios Pfizer, porque desde un primer momento creyeron en esta iniciativa y la apoyaron decididamente. Esto ha contribuido a que el COMIB siga cumpliendo unos de sus principales objetivos, que a través del Instituto de Formación Continuada y en este caso, de la sección de medicina extrahospitalaria que lidera el Dr. José Estelrich se ofrezca una formación de calidad para todos los médicos de Baleares.

Dr. Joan M. Gual

PRESENTACIÓN

JOAN LLOBERA
Director General d'Avaluació i Acreditació
Conselleria de Salut i Consum.
Govern Balear

Uno tiene la impresión que los hospitales no se plantean continuamente su reforma, simplemente se reforman, se adaptan a los nuevos conocimientos, a las nuevas tecnologías, a las nuevas formas de enfermar. En cambio la Atención Primaria valora y habla de reforma sin atacar las situaciones inadecuadas. Posiblemente nos hemos acomodado a una forma de hacer, a unas relaciones entre profesionales inamovibles, no cambiamos ciertas cosas por miedo al riesgo que conlleva o por miedo al esfuerzo que comporta.

Las bondades del sistema de Atención Primaria corren el riesgo de diluirse si no orientamos realmente los servicios hacia el paciente y hacia la mejora de la finalidad social de la Atención Primaria.

Nos llenamos la boca de la palabra innovar. Es moda hablar de ello. En realidad usamos muchas innovaciones creadas por otros pero en cambio innovamos poco. No hay que confundir innovación con sofisticación técnica. Innovar es repensar las cosas. Así por ejemplo, si nuestra principal tecnología en las consultas es la entrevista clínica, innovar es plantearse la mejor forma de hacerlo. Si el problema es la falta de control de la enfermedad crónica por incumplimiento terapéutico, es bueno analizar, imaginar y probar soluciones. Debemos ser capaces de poner las nuevas tecnologías al servicio de la solución a los viejos problemas de nuestra Atención Primaria, al servicio del papel vertebrador que tiene la Atención Primaria como organizadora del sistema y coordinadora de los cuidados sanitarios a los ciudadanos.

El Foro Sanitario de innovación en Atención Primaria, impulsado por el Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares, es un loable intento para poner en contacto a médicos preocupados por su función social, a gestores y al mundo de la investigación o la docencia en servicios sanitarios. El formato es muy adecuado: un profesor invitado, un experto local en el tema, y un público asistencial y de gestión, en general un público motivado y en

buena parte conocedor del problema y en cantidad suficiente pero no excesiva para poder profundizar en el problema tratado.

Incentivos en Atención Primaria, agrupadores de pacientes y hospitalización evitable, uso y abuso de la prevención, o por último el nuevo Foro anunciado sobre variabilidad de práctica clínica, creo que demuestran la capacidad de elección de temas sobre los que hay estudio y hay debate (presencial y en la red).

Mis palabras son para felicitar la iniciativa y para animar a los organizadores y promotores del Foro, ya que hace falta conocer los problemas y debatir las propuestas innovadoras por si pueden contribuir a la mejora de la Atención Primaria.

Joan Llobera

Introducción

Los cambios sociales y demográficos de la población están afectando a la organización de los servicios sanitarios, sobre todo en Atención Primaria (AP) que es la puerta de entrada al Sistema Sanitario. Estos hechos están generando algunas situaciones asistenciales como el exceso de demanda, lo que supone un elevado número de consultas diarias para los médicos de familia. Así, otras actividades propias de la AP, como la promoción y prevención de la salud, la educación sanitaria, la docencia e investigación dejan de practicarse o se les dedica un escaso tiempo. Por otra parte, nuestras organizaciones también van evolucionando de manera que surgen nuevas fórmulas organizativas, nuevas formas de evaluar el producto del sistema sanitario y la preocupación por ofrecer una atención de calidad que sea a su vez eficiente y que permita la sostenibilidad del sistema sanitario

En estos momentos de evolución y cambio de las organizaciones sanitarias, el «**Foro Sanitario de Innovación en Atención Primaria**» se consolida como un proyecto basado en dos principios: el de formación y el de participación. Dirigido a los médicos de Atención Primaria (AP) y otros profesionales sanitarios interesados sirve de presentación y análisis de experiencias de mejora surgidas frente a los problemas de la organización y de la prestación de la asistencia de la AP de Baleares y del resto del Estado.

A partir de los principios de formación y participación de los foros hemos pretendido desarrollar, una vez establecido un análisis crítico de la organización y de la asistencia en AP, estrategias innovadoras en AP y trasladarlas desde la perspectiva teórica a la práctica. Las ideas innovadoras han sido la base de estos foros.

Cada foro ha constado de dos partes: una jornada presencial y un debate en la red a través de la página web del Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares (COMIB), que se ha habilitado antes de la jornada y ha continuado después de la misma. En los foros han participado un número de asistentes fijos y otros que han podido acceder a cada sesión a través de la inscripción.

Este libro que hoy tenéis en vuestras manos recoge las ponencias y el debate suscitado en cada uno de los foros. Los Foros Sanitarios de Innovación que se recogen en este libro han tenido lugar durante los últimos años y han sido los siguientes:

I FORO SANITARIO DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Impacto de los planes de incentivos en AP. Incentivos ligados a la prescripción: ciencia y ética

En la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca se había implantado, en los años previos a este foro, un Plan de Incentivos ligado a la prescripción. Este foro permitió entrar en detalle en el análisis de los incentivos, sus diferentes niveles, cómo influyen en ellos las distintas formas organizativas y qué perversiones en su uso pueden generarse. Se abordaron los incentivos ligados a la prescripción y se debatió sobre los medicamentos genéricos.

Se inició el foro con una presentación del **Dr. Joan M. Gual Julià**, presidente del COMIB quien nos dio datos sobre demografía médica y nos llevó a la reflexión sobre algunos aspectos de la misma.

Contamos como ponente en este foro con el Doctor en Ciencias Económicas y Profesor de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, **Dr. Vicente Ortún Rubio**, como experto en el tema de incentivos.

Yo mismo como médico del Centro de Salud de Son Ferriol de Palma y Director del Foro Sanitario, expuse el tema de los incentivos ligados a la prescripción, tomando como eje de la exposición el modelo del «Plan de Incentivos» de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.

II FORO SANITARIO DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Innovación en indicadores: ¿qué aporta a los gestores?, ¿qué aporta a los clínicos? El ejemplo de los agrupadores de pacientes (ACG) y el caso de las hospitalizaciones evitables por problemas sensibles a cuidados de Atención Primaria (ACSC)

La medida del producto en AP no ha evolucionado tan rápido como a nivel hospitalario, por eso se siguen buscando indicadores que nos sirvan de herramientas para medir lo que hacemos, cómo lo hacemos y qué resultados obtenemos. Se debate en este foro en torno a dos indicadores desarrollados en los últimos años, pero escasamente aplicados a nivel práctico. El indicador Adjusted Care Group (ACG) como agrupador de pacientes que los clasifica según edad, sexo y diagnóstico; es decir ajusta la casuística de nuestros pacientes por comorbilidad. El indicador Ambulatory Sensitive Care Conditions (ACSC) definido como aquellas hospitalizaciones que se podrían evitar con un buen funcionamiento de la AP. Se trata de un indicador que, mediante fuentes de información hospitalaria, pretende evaluar de forma in-

directa la AP. Se debate en torno a los motivos de su poca instauración actual y a las posibilidades que ofrecen en la mejora de la asistencia sanitaria y de la gestión.

Del indicador ACG nos presentó su ponencia el **Dr. José Estelrich Benasar**, médico de familia del Centro de Salud de Muntanya, máster en Administración Sanitaria por la Escuela Nacional de Sanidad. El Dr. Estelrich fue el primero en nuestra comunidad autónoma en plantear un estudio sobre este indicador, además es el investigador de una beca FIS sobre los ACG en la actualidad.

Para presentar y debatir sobre los ACSC contamos con la **Dra. Josefina Caminal i Homar**, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y en Medicina Familiar y Comunitaria, diplomada en Gestión Gerencial Hospitalaria, profesora Investigadora en la Universidad Autónoma de Barcelona. La Dra. Caminal inició una línea de investigación sobre este indicador con una beca FIS en el año 1997. Ha ganado el Premio Nacional a la Innovación en la Gestión en Atención Primaria con el Proyecto «Las hospitalizaciones evitables por Ambulatory Care Sensitive Conditions».

III FORO SANITARIO DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Uso y abuso de la prevención clínica. Controversias en las recomendaciones de las guías de práctica clínica

La prevención tiene una historia de grandes logros en la medicina que contribuyó a la mejora de la salud de la población, sin embargo en la actualidad muchos expertos piensan que se abusa de las actividades preventivas. Este exceso de prevención supone exponer a los usuarios a riesgos innecesarios, consumiendo dichas actividades una parte importante del poco tiempo que en la actualidad tenemos los médicos de familia y desviando una parte del presupuesto sanitario a dichas actividades en menoscabo de otras. A este respecto se analizó que guías clínicas seguir, teniendo en cuenta su rigor metodológico, aplicabilidad en la práctica asistencial diaria y la declaración de ausencia de conflictos de interés por parte de sus autores.

En este último foro contamos con el **Dr. Juan Gérvas Camacho**, médico de Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid). Además es Profesor de Salud Internacional (Escuela Nacional de Sanidad) y Salud Pública (Universidad Autónoma de Madrid). Precisamente el Dr. Juan Gérvas es quien coordina los Seminarios de Innovación en AP que organiza la Fundación Ciencias de la Salud en Madrid, y que a lo largo del año

2008 fueron dedicados al tema de la prevención. Fueron los seminarios que él coordina en Madrid los que inspiraron el proyecto de los foros sanitarios que hemos desarrollado aquí en el COMIB. El Dr. Gérvas cuenta con un gran número de publicaciones, una gran parte de ellas dedicadas a los excesos de la prevención y a la prevención cuaternaria.

El **Dr. Tomás Rodríguez Ruiz**, médico de familia, coordinador del Centro de Salud de Son Ferriol. Miembro del Grupo de Trabajo de enfermedades cardiovasculares de la Sociedad Balear y Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Sbmfic-Semfyc). El Dr. Rodríguez, que es un profesional de gran prestigio en nuestra comunidad autónoma y referente en la misma sobre riesgo cardiovascular, abordó el tema de una visión crítica sobre las guías de práctica clínica.

Finalmente, quiero agradecer la apuesta del COMIB por el desarrollo de estos foros a través del Instituto Colegial de Formación Médica (ICFORM). Agradecer también la colaboración a la Dirección General de Evaluación y Acreditación de la Conselleria de Salut, a la Sociedad Española para la Evaluación y Calidad Sanitaria (SECSAN), que constituimos en el año 2007 un grupo de profesionales de esta Comunidad Autónoma y que, desde su fundación, colabora también en el desarrollo de estos foros; y al laboratorio Pfizer que desde el principio creyó y colaboró en el proyecto.

No me puedo olvidar de agradecer a todos los ponentes por sus magníficas presentaciones y su disposición al diálogo y al debate. Pero el agradecimiento es, ante todo, para todos los que habéis asistido y participado con vuestras intervenciones en cada uno de los foros, ya que ha sido vuestro interés el que ha dado sentido y ha hecho posible el «Foro Sanitario de Innovación en AP».

Juan Antonio Pérez Artigues
Director de Foro Sanitario de Innovación en AP

I FORO SANITARIO DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Impacto de los planes de incentivos en AP. Incentivos ligados a la prescripción: ciencia y ética

La jornada presencial del foro sanitario tuvo lugar el día 14 de noviembre de 2007, en la que participó como ponente invitado el **Dr. Vicente Ortún Rubio** que es el Director del Centro de investigación en Economía y Salud (CRES), Universidad Pompeu Fabra (Barcelona). La inauguración contó con la presencia del Ilustrísimo Presidente del Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares (COMIB), **Dr. Joan M. Gual Julià** (quien realizó una presentación sobre demografía médica) y del Ilustrísimo Director General de Evaluación y Acreditación, **Dr. Joan Llobera Cánaves**. El moderador fue el **Dr. Juan Antonio Pérez Artigues**, médico de familia, máster en Administración Sanitaria y vocal de la Comisión deontológica del COMIB, quien también intervino como ponente. Tras las ponencias se estableció un debate entre los participantes.

Este foro fue organizado por el COMIB y contó con la colaboración de la Conselleria de Salut i Consum y del Laboratorio Pfizer.

Ponencia del Dr. JOAN M. GUAL ***(Presidente del COMIB)***

Los cambios sociales y demográficos están afectando a los servicios sanitarios, especialmente a Atención Primaria (AP). Existen iniciativas puestas en marcha como la Estrategia AP XXI, que el COMIB apoya y en la que participa a través de su vocal de AP. Sirvan estos foros para analizar y buscar soluciones a los retos que presentan para AP estos cambios demográficos y sociales.

Pero estos cambios demográficos afectan también a los profesionales. Veamos algunos datos a continuación:

En Europa existen de media 3 médicos por mil habitantes. En España 3,8 médicos, siendo el tercer país europeo después de Grecia y Bélgica en número de médicos por habitante. En Baleares la cifra es de 4,1 médicos por mil habitantes. Además de estar muy por encima de Europa, estamos por encima de la media española.

Según datos de un estudio del propio COMIB sobre los médicos de las Islas Baleares, podemos decir que un 60% son hombres y un 40% mujeres, sin embargo en médicos jóvenes (<35 años) el 67% son mujeres frente al 33% de hombres. Asistimos a una feminización de la profesión.

En cuanto a la procedencia de estos médicos, en 1990 un 1% de médicos era extranjero, frente al año 2007 en que el número de extranjeros asciende a un 15%. El primer colectivo de extranjeros es de nacionalidad alemana. De los no europeos, van subiendo los sudamericanos, y entre éstos los ecuatorianos, peruanos y argentinos. Alrededor del 52% (en 2005) y un 53% (en 2006) de los médicos de Baleares son médicos de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), lo que nos lleva a pensar en la tendencia al aumento de los médicos de este nivel de atención.

En nuestra Comunidad Autónoma, en el sistema público encontramos un 12,3% de médicos extranjeros y en la medicina privada un 18%, algo mayor pues en el sistema privado.

En el ejercicio privado, los médicos españoles trabajan en mayor proporción en Atención Especializada (AE), mientras que los extranjeros lo hacen más en AP. En la medicina pública, los españoles se dedican algo más a AP que a la AE (53% frente a un 46%), mientras que los extranjeros trabajan mucho más en AP con cifras que llegan a un 80,6%, aunque de éstos no sabemos cuantos están también trabajando en AE, o probablemente lo acaben haciendo.

Existe un debate abierto sobre si faltan médicos en España. La pregunta a responder sería ¿cuántos médicos necesitamos?. En AP, si acordamos un médico por cada 1.500 TSI y un pediatra por 900 TSI, podemos concluir que en nuestra Comunidad Autónoma faltan médicos de familia y pediatras de AP.

En otras especialidades, posiblemente la pregunta sea más difícil de contestar y más si nos atenemos a esa cifra de 4,1 médicos/médicos por mil habitantes de nuestra Comunidad Autónoma.

Deberíamos pensar en otros problemas que están afectando a la probable falta de médicos, como la necesidad de una redistribución de funciones en la atención al paciente: ¿qué pasa con la burocracia?, ¿cuál es el papel de enfermería? ...

Debemos ser cautos y considerar muchas variables, como que unos 5.000 médicos se han ido fuera de España en los últimos 5 años o que se han homologado unos 6.000 títulos extranjeros en los últimos 6 años. Debemos evitar el riesgo de crear una nueva «bolsa de paro» en los próximos 10 años.

Ponencia del Dr. VICENTE ORTÚN

Demografía médica

Continuando con la cuestión demografía médica, debemos considerar que existen varios mercados, uno es el de las especialidades, otro el de las Comunidades Autónomas (CCAA). La realidad es que no existe un mercado único.

Algunos fenómenos que ocurren en la actualidad y que hay que tener en cuenta son un aumento de población, de inmigración, un aumento de la medicina privada, el hecho reciente de las transferencias sanitarias a todas las CCAA. Estos hechos tienen que ver con la demanda de profesionales médicos. Sin embargo, ante esta demanda, no podemos tener una oferta médica inmediata ya que los profesionales necesitan una serie de años para licenciarse y después para especializarse. Existe, pues, un desfase entre la demanda de médicos y la respuesta a la misma.

Otro fenómeno observado es que en un mundo cada vez más global, los jóvenes profesionales tienden a circular menos por el mundo; y si pueden estudiar, se especializan y ejercen en su lugar de origen. Este hecho puede limitar el acceso a algunas oportunidades profesionales a partir de formación y de experiencias más contrastadas. «Moverse» desde el punto de vista cultural y profesional es bueno.

El sistema MIR podría estar desprestigiándose al existir mayor oferta de plazas que de aspirantes. En la última convocatoria, se entraba con puntos negativos y quedaron plazas vacantes. En la prueba de 2007, las especialidades más solicitadas fueron dermatología, cirugía cardíaca, endocrino... especialidades con buenas expectativas en la privada. Actualmente, hay especialidades cuya cotización sube como pediatría, anestesiología. Igualmente, otras van a la baja como inmunología, nefrología, hematología. Además en los últimos años asistimos a una recirculación de aspirantes que ya habían obtenido plaza en la convocatoria previa (2128 en 2007).

Otro hecho a considerar es el ratio médico/enfermera que debe ser tenido en cuenta si queremos plantear redistribución de funciones con enfermería.

Si se tiende a segmentar especialidades, todavía generaremos más mercados y más rigidez en los mismos.

En la carrera de medicina se suele pedir una nota de entrada muy alta, sin embargo en otras licenciaturas no se pide nota tan alta como en física o ingeniería. ¿Por qué ocurre esto? Si ponemos un nivel tan alto para que nues-

tros jóvenes estudien medicina y luego homologamos extranjeros por un sistema básicamente burocrático ¿no estamos creando profesionales con diferentes exigencias de calidad? Nos encontramos con que en los últimos 4 años hubo 4.000 licenciados (se supone que con alto nivel de exigencia) frente a 6.000 homologados (¿nivel de exigencia?).

El problema es que no planificamos a largo plazo y no utilizamos el salario para retener nuestros médicos, ¿por qué no pagar más a un médico en Alorcón que en Madrid, si el lugar donde lo necesitamos es en la primera localidad?

Deberíamos empezar a plantearnos algunas cuestiones como la recertificación, no entendida con carácter punitivo, sino para detectar personal manifiestamente incompetente y hacerles propuestas de mejora.

Este análisis demográfico debe hacerse según las especialidades y las CCAA y va a influir en el tema que nos ocupa que es el de incentivos.

Incentivos

Los analizaremos desde tres niveles:

1. Reglas sociales de juego: respondería a que es lo que se premia, afectadas por industria farmacéutica, «normas clínicas».
2. Formas organizativas: cuenta ajena, cuenta propia, grado de competencia.
3. Incentivos: individuales/de grupo, promoción, prestigio, estabilidad, satisfacción, dinero.

Tendemos a actuar en el nivel 3 individual, cuando probablemente sobre el que más se puede actuar es en el nivel 2, formas organizativas.

Nivel 1

Es el nivel básico, con su inicio en lo que el niño aprende en casa. ¿Qué es lo que se valora? ¿Qué es lo que se premia?

Las propias instituciones sirven para definir y adoctrinar en un código moral con sentimientos y emociones como el sentido de la culpa, el impulso a la justicia y el sentido de la vergüenza.

Ejemplo de Instituciones sería: Estado, Estado de Bienestar, Sistema sanitario, Normas clínicas, relaciones con la industria farmacéutica. También hay «reglas de juego informales» como las costumbres.

Del Estado depende una mejor gestión, a través de una mejor política.

En referencia al Estado de Bienestar nos preocupa la sostenibilidad del sistema sanitario público. España tiene, desde el punto de vista financiero, capacidad para garantizar la sostenibilidad del sistema. Sin embargo, para mantenerse el sistema sanitario público, se precisa que la población lo considere un servicio útil, y que no haya una deserción de las clases medias y medias-altas. Se precisan unos incentivos lógicos y correctos para que funcione el Estado de Bienestar, evitando situaciones como pagar más por no trabajar que por hacerlo. Se podría implantar un copago evitable: «yo le subvenciono esta pastilla que vale 2 €, usted quiere aquella que vale 200 € que sirve para lo mismo y tiene la misma efectividad, entonces pague usted los 198 € restantes. ¿Esto sería algo injusto? En España, con un nivel de copago en fármacos muy bajo, este ejemplo podría ser una regla de juego que actuara como un incentivo a usuarios.

Entendemos las normas clínicas como aquellos comportamientos que la profesión estima aceptables con su correspondiente mecanismo de sanciones (prestigio, ostracismo) propio de los diferentes sistemas reguladores (auto-personal, colegas). Son valores y percepciones compartidas sobre el significado de la profesionalidad. Si tenemos unas normas clínicas socialmente convenientes, pero no atractivas profesionalmente...entonces tenemos un problema.

En este nivel 1, también debemos considerar las relaciones con la industria que juega su papel en un país como el nuestro en el que, al igual que Francia, se prescribe mucho. Por ejemplo, algunos profesionales pueden ganar más por participar en grandes ensayos clínicos promovidos por la industria que por su propio salario.

Nivel 2

Es el nivel de las Formas Organizativas, es en el que más se puede influir.

Hay muchas experiencias. Se pueden observar situaciones como, en Inglaterra, un centro de urgencias atendido por enfermería.

En AP, J. Casajuana plantea cambios en la organización del trabajo en AP. Se plantea ¿qué tenemos que dejar de hacer? Algunas respuestas podrían ser: trabajo administrativo, controles de crónicos autogenerados, parte de la actividad asistencial de atención a agudos (en la que tendría un papel enfermería).

En conclusión, cierto grado de autonomía de gestión parece necesario. Se trata de «dejar de hacer lo que no tenemos que hacer para poder

hacer lo que tenemos que hacer». Hay que dar más competencias de decisión.

Hay diferentes fórmulas o modelos de organización y gestión en sanidad. Lo más común en sanidad, en los países desarrollados, es la fórmula de la «Privada sin finalidad de lucro». En AP de nuestro país predomina el dominio público puro de forma más implantada que en otros países.

Si queremos descentralizar, tenemos que saber que hace el profesional en Sanidad, lo cual no significa saber cuantas visitas, urgencias se atienden o cuantas intervenciones realizamos, necesitamos sistemas de ajuste de riesgos con indicadores como GRD, ACG. Para saber que hacemos en sanidad necesitamos buenos indicadores, hemos avanzado pero no es suficiente. También se ha avanzado en modelos de gestión, por ejemplo con las fundaciones sanitarias, pero ahora asistimos a una estatutarización del personal que nos sugiere una «vuelta atrás». Es obvio que encontramos barreras, por ejemplo los sindicatos pueden serlo.

En AP, donde la inversión en infraestructura física es poca (el centro de salud) y el capital humano es lo importante, está indicado el trabajo por cuenta propia y de hecho así sucede en Inglaterra, Holanda, Dinamarca. En España hay estudios poco concluyentes como los de A. Arias sobre hospitales o de la FAD sobre AP en Cataluña, donde se implantó hace unos años el sistema EBA (entidad de base asociativa). El modelo fue copiado de los ingleses en los años 1995-1996. Este modelo también tiene sus inconvenientes, aunque los podemos resumir en uno. Por ejemplo, si potenciamos el ahorro en prescripción farmacéutica basado en incentivos monetarios que redunden en beneficios para el médico, podemos correr el riesgo de «poner todos nuestros pacientes a hacer gárgaras». No podrá ser que quien prescriba menos gane más. Es bueno que una parte de tus esfuerzos te repercutan pero no hasta el punto que la motivación de lucro cortocircuite las consideraciones clínicas.

Tal vez lo ideal sea apostar por una situación intermedia de descentralización, o si el trabajo es por cuenta propia que sea con un límite en cuanto a incentivos.

Habrá que innovar, «abrir brechas»: ¿y si negociáramos los sueldos mínimos en lugar de los exactos? ¿Por qué un médico que se comprometa a trabajar durante un período convenido, por ejemplo en Manacor, no puede cobrar más que uno que lo haga en Palma, si tenemos necesidad de médicos en Manacor?

La innovación es fruto de la necesidad. Por ejemplo que lo que recibas dependa, al menos, un poco de cómo lo hagas. Sería bueno cierto nivel de competencia por comparación para poder estimular a la gente.

Nivel 3

Es el nivel de incentivos a personas.

Salario, pago por acto y capitación son los tres peores sistemas de remuneración. Mejor son los sistemas mixtos. Otras opciones son el pago según desempeño (P4P), pago por calidad que son tendencias de los últimos años.

Poco podemos extraer de la literatura científica, ¿de qué sirve que una revisión Cochrane nos confirme que los incentivos influyen en el comportamiento? Puede ser más interesante leer a algunos autores de la literatura universal como Shaw (1906) en «el dilema de los médicos», en cuyo prefacio nos viene a decir que si a un cirujano le incentivamos para que corte piernas, podemos encontrarnos pronto todos sin ellas. También puede ser de interés conocer algunas experiencias en el tema de los incentivos como las habidas aquí en Mallorca.

En USA, por ejemplo, se lleva incentivando el pago por acto en los últimos 30 años. Pero, como hemos visto, el pago por acto es peligroso porque puede tener perversiones éticas importantes, pero puede tener sentido en situaciones que el «techo natural» del propio acto no permita abusos. Por ejemplo, en Dinamarca se pagó por acto los «papanicolau» realizados. Tiene un «tope» y además nos permite conocer cobertura a través de la facturación del médico.

Pago por salario: ¡tanto si lo haces bien como si lo haces mal!. Evidentemente presenta inconvenientes como la fascinación tecnológica (hacer lo que me gusta, ahora gusta sobre todo aquellas actuaciones con tecnología compleja) y la variabilidad de la práctica clínica.

De cara a los incentivos (afecta también al 2º nivel) resulta interesante la financiación capitativa, la cual estimula la longitudinalidad de la atención a las personas y la continuidad en episodios. Fomenta la integralidad entre niveles y el hecho de que la actuación clínica tenga lugar en el nivel asistencial con mayor capacidad resolutoria. Va bien para pagar a organizaciones sanitarias, pero también es aplicable a individuos, de hecho el pago por cupo es un ejemplo de financiación capitativa.

Pago por calidad/desempeño

«Venimos de cobrar por ser, estamos empezando a cobrar por hacer y en el futuro deberíamos ir hacia el pago por resultado». Pagar por ser no es suficiente, y por hacer no es bueno si hacemos las cosas mal, por ejemplo visito más a mis diabéticos, a mis pacientes con insuficiencia cardíaca... porque los tengo mal controlados.

Tiene sus perversiones éticas, como asegurarme buenos resultados mediante una selección de casos, no atendiendo aquellos con más riesgos (la idea ya viene recogida en el código de Hammurabi: pago al cirujano con buen resultado, cortar la mano al cirujano con mal resultado).

Otro ejemplo perverso es la masacre de My Lai, la mayoría eran cadáveres de mujeres y niños en la guerra de Vietnam por pagar a los soldados en función del número de vietcongs muertos.

La literatura al respecto es inconsistente y tiene poca validez externa. Como hemos visto el pago por calidad tiene problemas como distorsión de la actividad y el registro hacia lo que se premia, la selección de pacientes y el hecho de que los incentivos externos pueden destruir la motivación intrínseca. Puede destruir la motivación que se sustenta en el «gusto» por trabajar, por hacer las cosas bien hechas.

Una buena opción es la selección de nuestros compañeros con quienes trabajar. La motivación más importante para poder trabajar por cuenta propia es poder elegir el equipo de personas con las que trabajaré.

Futuros en incentivos

Lo ideal sería la búsqueda de resultados, el producto final. Dada la dificultad de medir el producto final, habrá que evaluar el producto intermedio. El producto no sólo depende de las actuaciones del sistema sanitario y sus profesionales. Si medimos las hemoglobinas glicosiladas de un diabético, su control dependerá también del entorno. Habrá que ajustar por otras variables, por ejemplo, sabemos que existe una clara relación entre clase social y enfermedad. No evaluemos a nuestros profesionales mediante indicadores cuyo resultado no depende de ellos (depende de los pacientes, de la organización).

Por todo lo visto, en tema de incentivos nos movemos en términos de ensayo/error. En estas situaciones «cuando hay poca ciencia hay que emplear mayor prudencia» (J. Casajuana).

Finalizando:

1. El método Cochrane no sirve para saber como organizarnos o como hay que dar incentivos. «Si se cae el avión y tenemos un paracaídas a mano, nos lo pondremos aunque no haya evidencia de que vaya a funcionar».
2. Habrá que innovar, «abrir brechas» como pactar sólo el salario mínimo (no el total) o permitir ciertas formas novedosas de organizarse a algún equipo de Atención Primaria y ver que pasa.
3. Los incentivos se deben considerar en los tres niveles que hemos expuesto. Temas que nos parecen tan ajenos como por ejemplo la «Ley de partidos» tiene su influencia en el debate de los incentivos.

Ponencia del Dr. JUAN A. PÉREZ

En AE, el debate sobre los indicadores de prescripción, no ha alcanzado el nivel de maduración que en AP, donde a través de los contratos de gestión se han implantado estos indicadores ligados a los planes de incentivos. Sirva de ejemplo, la poca utilización de los medicamentos genéricos en el ámbito hospitalario.

La prescripción según la Medicina Basada en Pruebas, la Calidad y la Ética

Si pensamos en términos de calidad a la hora de prescribir, podemos concluir que actuamos desde el punto de vista técnico de forma correcta. Dicho de otra forma, si para indicar un tratamiento a un paciente seguimos los principios de la Medicina Basada en Pruebas (MBP), más conocida como en la Evidencia, estaremos actuando con altos niveles de calidad. Sin embargo en las actuaciones médicas, la ética constituye un valor esencial. Debemos plantearnos si la prescripción de calidad o según la MBP tiene en cuenta los principios éticos.

1. Medicina Basada en Pruebas:

- Se sustenta en la investigación clínica (que debe ser aprobada por los Comité éticos de investigación clínica), la experiencia asistencial del profesional y también tiene en cuenta las preferencias del paciente.
- La MBP permite además enfatizar en el principio de la beneficencia (doy aquello que está demostrado que va bien para mi paciente), legitima las decisiones de los profesionales asistenciales (tomo decisiones basadas en el conocimiento científico actual). También permite a nuestros directivos, si existe voluntad para ello, gestionar basados en la evidencia y no, por ejemplo, sólo en respuesta a cuestiones políticas.

2. Prescripción de calidad. Se basa en:

- Los máximos beneficios para el paciente. Trasladar la eficacia demostrada en ensayos clínicos a la efectividad en nuestros pacientes, según su propia realidad.
- Con los mínimos riesgos. Vigilamos la seguridad en nuestras actuaciones.

- Considerando los costes. Introducimos el criterio de eficiencia.
- Teniendo en cuenta la opinión del paciente. Muy importante para establecer un paralelismo con la ética.

3. Principios éticos en la prescripción. Se basan en:

- Beneficiencia: buscar siempre el bien del paciente.
- No maleficiencia: evitar daños que se puedan producir de las actuaciones médicas (en este caso de la prescripción: efectos secundarios, interacciones).
- Justicia: entendida como justicia distributiva, equidad.
- Autonomía: el paciente debe tener información de lo que le prescribo para poder decidir al respecto.

MBP	PRESCRIPCIÓN DE CALIDAD	PRINCIPIOS ÉTICOS
Investigación clínica (Eficacia, seguridad)	Los máximos beneficios: efectividad Con los mínimos riesgos: seguridad	Beneficiencia No maleficiencia
Estudios de farmacoeconomía	Considerando los costes: Eficiencia	Justicia distributiva
Preferencias del paciente	Opinión del paciente	Autonomía

Tal como vemos, hemos podido establecer un paralelismo en la prescripción basada en cualquiera de los tres planteamientos. Dicho de otra forma, la ciencia que busca lo mejor para nuestro paciente (MBP), la calidad y la ética van «de la mano» en la atención a nuestros pacientes.

Algunos aspectos de la prescripción

En España existe un exceso de especialidades farmacéuticas que ya supera las 11.000, más de 3.000 son especialidades farmacéuticas genéricas, que se corresponden sólo con unos 170 principios activos que existen como fármacos genéricos.

El gasto sanitario en nuestro país representa un 25-30% del gasto sanitario público.

Se conoce la importancia de la formación de los médicos en la prescripción y también el papel que juega la industria farmacéutica en la misma.

Se sabe mucho del gasto farmacéutico, pero poco de las razones por las cuales se produce, y del beneficio que obtiene la población (en salud) y el sistema sanitario (en menos gasto en otras actividades y sectores).

En una encuesta realizada por la Organización Médica Colegial (OMC) titulada «La calidad en la prescripción: factores que condicionan la prescripción» y que contestaron 3.000 médicos de toda España, se obtuvieron las siguientes conclusiones de las respuestas obtenidas:

- Existe una actitud muy crítica hacia la información y formación que viene de la institución sanitaria, que se considera muy condicionada por aspectos económicos, dándose mayor valor a la información y formación procedente de la industria farmacéutica y sobre todo de las sociedades científicas y colegios profesionales.
- Se considera que existe poca evaluación de la calidad de la prescripción y no se está en acuerdo con la que se realiza.
- La mayoría rechaza los incentivos económicos en función del ahorro en el gasto, aceptándolos en función de resultados eficientes.
- La evaluación debería orientarse hacia los beneficios en salud y no sólo en el aspecto del gasto.
- En cuanto a los factores que mejorarían la calidad de prescripción, más del 75% de los preguntados señala:
 - Tiempo adecuado para atender al paciente (95%)
 - Experiencia y desarrollo profesional (94%)
 - Guías y protocolos (83%)
 - Actividades formativas (79%)
 - Mejor nivel de información del paciente (78%)
 - Acceso a Internet en la consulta (78%)
- El estudio también comenta que gastamos en sanidad pública por debajo de la media europea y por debajo de lo que nos correspondería por renta (desde hace 25 años). El gasto en APS es, desde 1980, muy inferior a la media europea y muy por debajo de lo que nos correspondería por renta. El gasto farmacéutico público es superior a la media europea desde «siempre» y «per cápita» desde 1990.

Llama la atención que lo que más mejoraría la calidad de prescripción, según estos médicos, sería el tiempo adecuado por consulta. Una sociedad con una actitud de demanda médica como bien de consumo que tiene al medicamento mitificado produce una gran presión asistencial en el sistema sanitario y sobre todo en el primer nivel de atención.

Indicadores de prescripción del Contrato de Gestión de AP de Mallorca en 2006

El Plan de Incentivos 2006 de GAP estaba basado en tres pilares: el cumplimiento presupuestario, el resultado de los indicadores asistenciales y el resultado de los indicadores de prescripción.

Dado que tomamos decisiones basadas en indicadores, veamos algunas características que éstos deben tener:

- Trascendentes (relevantes: que representen áreas clínicas fundamentales).
- Realistas.
- Válidos.
- Fiables.
- Sensibles.
- Aceptados (por los profesionales a los que se les va a medir).
- Limitados (los necesarios, no excesivos).
- Apropriados para AP, en nuestro caso.
- Basados en la evidencia.

Posibles inconvenientes de los indicadores:

- Incomprensión de los profesionales.
- Efectos perversos de la práctica asistencial.
- Generación de rechazo.
- Focalización sólo en los aspectos a medir.
- Dependiendo de los indicadores usados, éstos pueden también engendrar una cultura a corto plazo.

Evidentemente pueden dirigirnos hacia unas actuaciones clínicas en menoscabo de otras, lo cual puede traducirse en actuar más y mejor en unos problemas de salud frente a otros. Por ejemplo, en Atención Primaria (AP) hay muchos indicadores asistenciales para medir el riesgo cardiovascular y ninguno para medir intervenciones en salud mental, cuando una gran parte de las consultas en el primer nivel de atención tienen que ver con problemas de este tipo.

A continuación, veamos los indicadores de prescripción del contrato de gestión de AP Mallorca –2006.

A. INDICADORES PARA ADULTOS

1. Indicadores de genéricos (peso de un 40%)

- Número total de genéricos
- Específicos de genéricos
 - hipolipemiantes

- ISRS
- antiH1
- nuevos genéricos
- bifosfonatos

2. Indicador de nuevos fármacos (indicador negativo, peso de un 10%)

3. Indicador de calidad en las patologías con mayor prevalencia (peso de un 50%)

- HTA
 - IECA / IECA + ARA II
 - Diuréticos, B. bloqueantes y asociaciones / AHT totales
- Antibioterapia
 - AB recomendados / AB totales
 - Penicilinas / AB totales
- AINE
 - AINE recomendados / AINE totales
- Diabetes
 - ADO recomendados / ADO totales
- Antiulcerosos
 - Omeprazol / IBP total
- Utilización de morfina
 - Morfina / opiáceos totales

B. INDICADORES EN PEDIATRIA

1. Genéricos

2. Patología con mayor prevalencia

- Antibioterapia
 - o Penicilinas / AB totales
 - o AB recomendados / AB totales
 - o Cefalosporinas de tercera generación / AB totales
- Asma
 - o Salbutamol, terbutalina inhalado monofármaco / salbutamol, terbutalina monofármaco inhalados y sistémicos
- AINE
 - AINE recomendados / AINE totales
- Dermatitis atópica
 - Pimecrolimus, tacrolimus / corticoides, pimecrolimus, tacrolimus

Los Medicamentos genéricos (Especialidades Farmacéuticas Genéricas, EFG)

Los indicadores que más controversia han generado en los últimos tiempos son los de prescripción de fármacos genéricos, por lo que dedicaremos un último apartado de esta presentación a comentar algunas consideraciones sobre los mismos.

Definición

La Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios define los medicamentos genéricos como todo medicamento que tenga la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica, y cuya bioequivalencia con el medicamento de referencia haya sido demostrada por estudios adecuados de biodisponibilidad.

Primera cuestión a tener en cuenta, esta bioequivalencia en el principio activo permite un margen de un 20% de variación, y esta bioequivalencia no es necesaria que se demuestre para el excipiente asociado al principio activo.

Situación en España

Lo cierto es que España es uno de los países europeos donde el porcentaje de prescripción de este tipo de fármacos es más bajo. Representan un 6% de prescripción en valores y un 12% en unidades vendidas (en Baleares algo más de un 20%). Sin embargo, en Europa su prescripción supone entre un 20-25% en valores y un 40-45 % en unidades vendidas (que llegaría al 60% en países escandinavos). Aunque se aceptan estos datos, hay que tener en cuenta que en algunos estudios de comparación, se mezclan fármacos EFG con copias, con lo cual cuando se dan estas circunstancias no estaríamos hablando de lo mismo.

Las autoridades sanitarias han apostado por los genéricos porque su prescripción puede suponer un ahorro del 25% al 50% con respecto al medicamento original con marca bioequivalente.

Problemática de los genéricos

Ante esta apuesta de la Administración por la prescripción de genéricos, debemos destacar algunas «sombras» en la implantación de dichos fármacos:

- Son muchas «las voces» que se preguntan porque los genéricos no acaban de situarse en el mercado español en los niveles que se esperaba en relación con los países de nuestro entorno. Posiblemente, lo anterior tenga que ver con el rechazo de algunos profesionales.

- También en diversos estudios en el ámbito de AP, se detecta un rechazo a estos fármacos de hasta un 20% de los pacientes o usuarios, los cuales prefieren que se les prescriba fármacos de marca. Probablemente el hecho se deba a una falta de información y educación a los usuarios sobre muchos aspectos sanitarios, y en concreto sobre los medicamentos.
- Las especialidades EFG no «han calado» en Atención Especializada como en AP. Pueden existir muchas causas, pero especialistas de neurología y psiquiatría argumentan que en algún tipo de patología ese margen del 20 % que se permite de bioequivalencia puede provocar problemas en patologías con estrecho margen terapéutico (depresión, epilepsia).
- Existe en el mercado español un excesivo número de principios activos autorizados, además se permite el cambio de un fármaco EFG por el farmacéutico.
- Existe el decreto de precios de referencia que viene a complicar más las cosas al existir fármacos de marca más baratos que algunos genéricos con el mismo principio activo. Esto lleva al médico a preguntarse porque la administración me incentiva a recetar genérico para contener el gasto en farmacia cuando existe el mismo fármaco «de marca» más barato.

Algunas reflexiones finales para el debate

- La independencia profesional es un derecho y deber del médico, pero sobre todo un derecho de los pacientes a ser tratados por médicos que toman sus decisiones clínicas libremente sin interferencias externas. Se trata de la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial (AMM). La Organización Médica Colegial de España (OMC) suscribe también este principio, pero añade que además se debe tener en cuenta la eficiencia en las decisiones sanitarias. Otras instituciones remarcan la importancia de la libertad del médico.
- Dicha eficiencia se tiene también en cuenta en el concepto de prescripción de calidad, y ésta está relacionada con la Medicina Basada en Pruebas y sigue los principios éticos aplicados a la prescripción.
- Existe un exceso de especialidades farmacéuticas en el mercado sanitario español. También existe un exceso de gasto en farmacia en el SNS con respecto al gasto sanitario total. Sin embargo se sabe poco

de las razones por las cuales se produce dicho gasto, y de las consecuencias en beneficios a la población que produce (en salud) y al sistema sanitario (en menos gasto en otros sectores/actividades)

- Los indicadores de los planes de incentivos, si no cumplen una serie de requisitos, pueden ser contraproducentes y dar lugar a perversiones éticas.
- Normalmente, el paciente desconoce la participación de su médico en dicho plan. No tiene, por tanto, información, y sin información no se tiene autonomía para decidir.
- La situación de sobrecarga asistencial que sufrimos hoy los médicos de familia limita mucho la comunicación médico-paciente, pilar sobre el que se asienta AP. En estas condiciones, aspectos importantes como la educación sanitaria son muy difíciles de desarrollar. Esto puede estar relacionado con un exceso de prescripción.
- El debate de los fármacos genéricos sigue aún abierto. Las gerencias siguen incluyéndolos en los indicadores de los planes de incentivos con el objetivo de racionalizar el gasto, cuando está vigente el decreto de precios de referencia que permite prescribir fármacos no genéricos más baratos que los genéricos del mismo principio activo. Por otra parte, la población no tiene información ni educación sanitaria sobre este tema, lo que le lleva a rechazar dichos fármacos en un 20-30% según diferentes estudios en el ámbito de AP.
- También existe rechazo de algunos profesionales que argumentan el riesgo que supone ese margen de variación posible de hasta un 20% en bioequivalencia.
- Los indicadores de prescripción no suelen evaluar aspectos de adecuación terapéutica. Es decir, evaluamos la proporción de omeprazol genérico frente otros inhibidores de bomba de protones. No evaluamos si en ese paciente en particular estaba indicado un inhibidor de bomba de protones.
- Debemos avanzar en indicadores de resultados en salud. No avanzamos si nos limitamos a estudiar cuanto gasto en terapia para la hipertensión arterial. Lo importante es llegar a saber no sólo cuantos hipertensos tengo controlados, me interesaría cuantos infartos agudos de miocardio o accidentes cerebrovasculares he prevenido (efectividad), cuantas hospitalizaciones he evitado (me serviría para medir eficiencia). Pero también podría llegar al nivel de resultado final: con un tratamiento que hago a mis pacientes hipertensos cuantas muertes por eventos cardiovasculares he evitado. Es obvio que

esto tiene mucho más interés que saber la proporción de diuréticos que prescribo frente a otros fármacos antihipertensivos, y mucho más que saber que gasto yo en fármacos contra la hipertensión sin analizar otras variables (eventos cardiovasculares, hospitalizaciones, mortalidad).

Debate*

La prescripción

Existen varias formas de incentivar, aunque lo que más motiva es el incentivo económico y si no es alcanzable, desmotiva. Los profesionales son muy críticos con los indicadores de fármacos genéricos. Tenemos un exceso de nombres comerciales de fármacos y podemos tener unos 40 EFG de un principio activo. Existe, luego el decreto de precios de referencia y el farmacéutico decide cuál dispensa.

La situación viene agravada por el hecho de que, en AP, los resultados para obtener incentivos dependen básicamente de la prescripción. Si ésta no se hace bien, no hay incentivos para todo el equipo (aunque la prescripción depende sólo del médico) y esto es el mayor desincentivo que hay.

Para racionalizar el gasto en farmacia, o lo que conocemos como Uso Racional del Medicamento, una propuesta sería elaborar un vademecum con sólo 2 medicamentos por grupo terapéutico. Es una buena idea y, además si tuviéramos capacidad de autogestión (modelo EBA), podríamos negociar precios con los laboratorios.

Los planes de incentivos contemplan incentivos individuales y otros del equipo. Yo me puedo esforzar en los primeros y entro en competencia con mis compañeros, pero luego en los de equipo no participo. Esto crea conflictos y plantea problemas para el trabajo en equipo tan importante para AP. Con lo cual, existen opiniones a favor que todos los incentivos sean individuales.

* Para facilitar el resumen del debate, éste se ha redactado distribuido en varios apartados. Los participantes en el debate han sido: Arturo Arenas Abad, Josep M^a Bravo Ribó Miguel Caldentey Tous, , Eusebi Castaño Riera, Josep Corcoll Reixach, José Estelrich Benasar, Miquel Ferragut Galvañ, Atanasio García Pineda, M^a Angeles Gensana López, Vicenç Juan Verger, Esther Mato Fondo, Carlos Montañés Rustullet, Manuel A. Moreno Valero, Jaime Orfila Timoner, Vicente Ortún Rubio, Clara Palacín Pahi, Juan A. Pérez Artigues, Nicolás Pérez Astorga, Joan Pou Bordoy, Alfonso Ramón Bauzá, Josep Ribot Florit , Soledad Rocafull Jimeno, Tomás Rodríguez Ruiz, , Federico Sbert Muntaner, Miguel A. Vicente Hernández.

Presupuesto

Hay que hablar de presupuestos reales, y si éstos se tienen que aumentar para pagar mejor a los médicos, que se habiliten fórmulas para ello. Será una manera de fidelizar a los profesionales.

Hablando de presupuestos en Sanidad, en nuestra CA ha habido dos puntos y a parte: uno fue con el traspaso sanitario a todas las CCAA en 2002 y otro fue hace 2 años cuando, aquí en Baleares, el crecimiento del presupuesto en salud fue de un 40%.

A pesar del crecimiento presupuestario, una parte del problema sigue siendo monetario. A Baleares le corresponden 850 € por habitante y año, y por ejemplo a Extremadura 1.300 €: Si nos dieran esa diferencia si que podríamos «abrir brechas», innovar.

El problema puede deberse también a una mala distribución de recursos humanos (RRHH), así los pediatras en el hospital libran la guardia, los médicos que hacen guardias en AP, no. Además los médicos de familia prefieren hacer las guardias en el hospital, debemos pensar que tendrá algún tipo de incentivo hacer las guardias en el hospital.

Integración, financiación capitativa, incentivos comunes

Sería positivo tener unos incentivos comunes en AP y AE. Esto podría ser así para los incentivos que dependieran de indicadores de proceso y de resultado. De hecho, aquí en Mallorca ya ha habido algunos indicadores comunes pero con poco específico

Los incentivos basados en indicadores comunes van a fomentar una serie de hechos positivos: primero que la gente se conozca (se vea las caras) y después la integración entre niveles. Ello permite ciertas ventajas como plantear una financiación capitativa, una gestión de casos o de enfermedades, guías clínicas comunes.

La financiación capitativa ajustada, como un elemento facilitador en la compleja cuestión de los incentivos, favorece la coordinación porque se entiende ésta como una necesidad. Permite plantear unos sistemas de información orientados a la integración y huir de planteamientos actuales en los que en algunos procesos se demanda un exceso de información, mientras que otros no se evalúan; y no llega el feed-back adecuadamente a los profesionales. También deberíamos implantar procesos comunes y luego evaluarlos teniendo de referente al usuario.

Otra ventaja de la financiación capitativa es que no sólo voy a considerar el precio del fármaco. Así, si receto una estatina, no sólo evaluaré el medicamento en si, evaluaré si evito complicaciones, ingresos, etc. Considero el gasto como un todo y no miro sólo una parte del mismo como es la farmacia. Además al médico cada vez le interesa menos el discurso de si un medicamento es más barato que otro.

En cuanto a los incentivos comunes, se comenta la experiencia de reuniones con responsables de servicios hospitalarios que se manifestaban claramente en contra de algunos indicadores comunes, como la prescripción de genéricos. Se plantea el ejemplo que si yo receto, como médico de familia, un nuevo ISRS me cuenta como indicador negativo y es el que receta habitualmente mi psiquiatra de referencia, el cual me generará una prescripción inducida que a mi me penaliza. Esta es la realidad del nivel especializado.

La especializada está incentivada para la demanda (se incentiva actividad). Una demanda claramente inducida es la realización de un gran número (¿exceso?) de pruebas complementarias (por ejemplo TAC, resonancia). Asistimos a lo que hemos llamado «fascinación tecnológica», en que las «luces», la tecnología más compleja atrae y está de moda.

Esto tiene consecuencias como que en estos momentos que se están discutiendo los presupuestos de sanidad para 2008 en nuestra Comunidad Autónoma, vemos que AP se queda por debajo del 15%, mientras que AE se queda con un 80% aproximadamente. De ahí, la necesidad de insistir en el modelo capitativo ajustado.

Llama la atención el hecho de que algunos hospitales a los que nos estamos refiriendo están en la clasificación de los TOP 20. No podemos valorar algo que depende de evaluadores externos. Quien mejor sabe que cirujano opera bien es un compañero del hospital y no un evaluador que venga de fuera.

El usuario

No debemos olvidar «el actor principal» que es el usuario. Históricamente, aumentamos la oferta con la apertura de los centros de salud, creamos los PACs (Puntos de Atención Continuada) para disminuir la presión en urgencias de los hospitales. Ahora nos encontramos con que la demanda en los PACs se ha multiplicado por 2 y las urgencias de hospital vuelven a subir. No conocemos bien las expectativas de los usuarios con el sistema sanitario. En una encuesta a usuarios de AP en Inglaterra se les preguntaba que esperaban del médico y el 50% que salía con una receta comentaba que no era lo que esperaba salir con una receta.

Otra cuestión sería impulsar el «empowerment» en salud, que nuestros usuarios participaran en las reglas de juego que les hicieran responsables de su propia salud. En esta cuestión, la propuesta sería dar un poquito más de información y un poco más de capacidad de elección al usuario, sin olvidar algo que no se suele plantear que son los deberes y no sólo los derechos del usuario. En países europeos, los servicios de salud proporcionan a través de páginas WEB buena información sobre enfermedades, estadísticas de mortalidad por hospitales incluyendo derechos y obligaciones de los usuarios. El usuario quiere ser informado y en ese contexto, también debemos plantearnos que debe ser informado si su médico recibirá beneficios (monetarios o no) por realizar un trabajo de más calidad. Es decir, establecer una transparencia tal con nuestros pacientes que estuvieran informados de los incentivos que hemos obtenido y el motivo por el que los hemos alcanzado.

Otra propuesta orientada al usuario, sería empezar a plantear restricciones en la cartera de servicio. No puede ser «barra libre» y la cartera de servicios aumente indefinidamente. Por ejemplo, somos de los países del mundo con más dializados, otro ejemplo, ahora vamos a instaurar la vacunación contra el papiloma humano. Habría que instaurar algún tipo de copago, pero nadie se atreve a instaurar ninguna medida impopular. Por eso los cambios tienen que venir de los profesionales, las grandes innovaciones vendrán de los clínicos.

Organización

El fenómeno de la emigración médica es una situación que, en un mercado global donde los profesionales hablan idiomas, irá seguramente a más. Que la gente se mueva (vaya y venga) es bueno. Lo que habrá que hacer es pagar más a los profesionales para que no se vayan.

Se comenta algunos modelos como las EBAS en Cataluña nacieron con una normativización muy débil. Otras como las Fundaciones permitían bastante discrecionalidad a la hora de contratar al personal, lo cual es bueno. Ahora bien, la discrecionalidad sin control se convierte en arbitrariedad lo cual ya no es bueno.

Tenemos un gran problema que es el exceso de demanda. Lo relevante en cuanto a la demanda es el cupo del médico, y la frecuentación de los pacientes debería ser una variable que el médico pudiera controlar. Se da el hecho de que España es uno de los países que tiene más visitas por habitante que los países de su entorno más ricos. También es cierto que trabajamos menos horas en asistencia que en otros países. Se debería matizar

que en la zona rural no es así, se hacen guardias y se trabaja muchas horas. Acordemos un número de tarjetas, que sería de 1500 por médico de familia, ya que parece que los acuerdos van en esa línea y a partir de aquí deberíamos poder controlar la demanda.

Para ello, deberíamos dejar de hacer algunas cosas para poder hacer lo que tenemos que hacer... ¿qué dejar?. Mucha prevención innecesaria, ¿es necesario el programa del niño sano?. En cuanto a la distribución de tareas, influirá el ratio enfermera/médico que en el caso de Baleares es aproximadamente 1/1. Sirva de ejemplo el de las urgencias atendidas por enfermería en Inglaterra.

Si nos pagan con la nómina por trabajar y hacerlo bien los incentivos tendrán que ser por algo más. Si me incentivan con días de docencia pero no me sustituyen se genera otro problema que es grave por el exceso de cupo, pero si trabajáramos con 1500 TSI, podría asumir mi cupo otro compañero y cobrando por ello.

El tema de organizarse mejor para controlar la demanda es muy bonito en la teoría pero muy difícil en la práctica. Las expectativas de la población son excesivas porque se han convertido en médico-dependientes y la demanda «nos come» no dejando tiempo para otras cuestiones y eso no depende del médico.

Podemos organizarnos mejor y dejar de hacer algunas cosas, pero alguien tendrá que hacer estas cosas que dejamos de hacer porque la población lo seguirá demandando. La población está educada para que nos demande «todo», no saben solucionar sus problemas, no ha habido una educación sanitaria adecuada. En parte el problema lo hemos generado nosotros al promocionar una gran oferta para que acudiera la población a la recién reformada AP. Y ahora nos encontramos con que la demanda nos come.

Se insiste en que la demanda no la genera el médico. Es muy difícil controlar las citas desde que se implantó el «call center», ya que el paciente puede pedir citas todas las veces que quiera de forma ilimitada. Deberíamos poder hacer como los especialistas, tener un límite de citas y a partir de aquí, que vayan a urgencias. Tampoco puede ser que el paciente quiera algo ya inmediatamente y tenga que ser así, nos lleva a hacer cosas sin sentido.

El «actor» principal del sistema es el usuario del que ya hemos hablado, el otro principal es el médico. Los médicos trabajamos mucho y cobramos poco, un parte de la demanda es generada por el sistema, pero quien domina la asistencia es el médico y debería poder encontrar la forma de limitar la demanda. Otros «actores» son los gestores y políticos que nos recuerdan que los recursos son limitados, sin embargo asistimos en los últimos 3 años a una disminución del incremento del gasto en farmacia de manera

que hemos conseguido que esté por debajo de los 2 dígitos. Como «actores» secundarios no olvidar los sindicatos y la industria farmacéutica que condicionan decisiones.

Debemos encontrar fórmulas que hagan convergen los intereses de estos «actores», sobretodo los intereses de médicos y usuarios para que las cosas no vayan a peor.

Se plantean cinco propuestas en aspectos organizativos:

- Pilotar un modelo de autogestión en un centro «maduro»,
- Realizar estudios de frecuentación y factores relacionados con ésta.
- Obtener estándares de frecuentación, de calidad y eficiencia.
- Propuesta de URM, ya comentada
- Incentivos de «abajo a arriba» después de haber escuchado a los profesionales. Por lo menos una parte de ellos de tipo individual y evaluados con periodicidad trimestral. Aquí se señala la importancia de la participación de los profesionales en el diseño de incentivos.

No debemos olvidar algunas cuestiones como que todo evoluciona muy rápidamente y hay muchos factores a tener en cuenta, además del económico. No hemos superado el debate de los genéricos cuando hoy se discute acerca de la prescripción por principio activo. En nuestra CA, un factor a tener en cuenta es la importancia de la medicina privada.

Actualmente estamos asistiendo a una crisis impuesta por la falta de RRHH y el hecho de trabajar como en una «cadena de producción». Un trabajo de rutina que genera un gran malestar y ansiedad. Sin embargo en esta crisis, podemos tener la satisfacción de que existe un gran número de profesionales motivados para que esto cambie y dispuestos a «abrir brechas», a innovar para mejorar si las condiciones lo permiten. Por ello, no debemos sentirnos sujetos pasivos. Ser activos y tener claro que debemos mantener una actitud activa frente a la profesión y esto facilitará los cambios necesarios y que la profesión avance.

Bibliografía recomendada

Gérvas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA. Seminario de Innovación en Atención Primaria 2007. Incentivos en Atención Primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. Rev Esp Salud Pública. 2007; 81(6): 589-96.

Palomo L. Uso y disfrute de los incentivos en Atención Primaria. Salud 2000. 2007; (114): 22-7.

II FORO SANITARIO DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Innovación en indicadores: ¿qué aporta a los gestores? ¿qué aporta a los clínicos? El ejemplo de los agrupadores de pacientes (ACG) y el caso de las hospitalizaciones evitables por problemas sensibles a cuidados de Atención Primaria (ACSC)

La jornada presencial del foro sanitario tuvo lugar el día 21 de mayo de 2008, en la que participaron como ponentes la **Dra. Josefina Caminal i Homar**, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y en Medicina Familiar y Comunitaria, diplomada en Gestión Gerencial Hospitalaria, profesora Investigadora en la Universidad Autónoma de Barcelona y el **Dr. José Estelrich Bennasar**, médico de Familia del Centro de salud de Muntanya, máster en Administración Sanitaria por la Escuela Nacional de Sanidad.

La inauguración corrió a cargo del Ilustrísimo Presidente del Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares (COMIB), **Dr. Joan M. Gual Julià** y del Ilustrísimo Director General de Evaluación y Acreditación de la Conselleria de Salut i Consum, **Dr. Joan Llobera Cánaves**. El moderador fue el **Dr. Juan Antonio Pérez Artigues**, médico de Familia y vocal de la Comisión deontológica del COMIB. Tras las ponencias se estableció un debate entre los participantes.

Este foro fue organizado por el COMIB y contó con la colaboración de la Conselleria de Salut i Consum, de la Sociedad Española para la Evaluación y Calidad Sanitaria (SECSAN) y del Laboratorio Pfizer.

Ponencia del Dr. JOSÉ ESTELRICH

El fundamento de los indicadores se sustenta en la necesidad de medir lo que hacemos en el ámbito sanitario, además nos permite compararnos entre nosotros y con el entorno. Sin embargo en Atención Primaria (AP) podemos afirmar que la medición del producto se ha desarrollado con cierto retraso si la comparamos con el ámbito hospitalario. Probablemente, dicho retraso sea atribuible al escaso desarrollo hasta hace poco de los sistemas de información sanitaria (SIS) en el primer nivel asistencial, aunque otros factores también pueden haber contribuido como la variabilidad y la intangibilidad del producto en AP; y, porque no decirlo, el escaso interés hasta hace poco en medir el producto en AP. El inicio de los SIS surge en los hospitales porque es allí donde primero se tiene la necesidad de ser más eficientes.

En AP, se da la circunstancia que cuesta mucho definir el producto final, que sería aquel que nos mediría resultados en salud, difícilmente podremos evaluar el resultado de algunas actividades propias de la AP como pueden ser las actividades preventivas. Por tanto lo que solemos evaluar mediante indicadores son productos intermedios: frecuentación, satisfacción, hospitalizaciones, grado de control de patologías crónicas. Sin embargo, dicho producto responde a múltiples factores que no siempre son atribuibles al propio médico. Así, hablamos de una multicausalidad en el resultado de los indicadores que miden el producto de AP, influenciado también por factores externos a los profesionales. El hecho de eliminar o controlar estos factores de confusión al medir un indicador se llama «*ajuste del indicador*». En la mayoría de los casos, deberemos ajustar por la casuística de la población o complejidad de los pacientes. El término «Casuística» hace referencia a las características de este conjunto de pacientes atendidos por un centro sanitario o profesional. La casuística es lo que mejor nos puede explicar el consumo de recursos sanitarios. Ocurre que nuestros pacientes suelen tener comorbilidad, por lo que podemos tener tantos productos como pacientes. Por ello, nos interesan sistemas de medida que agrupen pacientes con características comunes.

De los sistemas de clasificación de pacientes, los más conocidos son los Clinical Risk Groups (GRGs), los Grupos de Episodios relacionados con criterios de necesidad de atención; y el más estudiado indicador Ajusted Care Group (ACG). De este indicador, que es original de la Jhon Hopkins; existen publicaciones al respecto en nuestro país como las del grupo de A. Sicras (Badalona), la de Orueta (País Vasco), y las de Juncosa y Bolívar.

Como dijimos, las características de la morbilidad de nuestros pacientes explicarían el consumo de recursos. Así, los grupos clínicos ajustados o

ajusted clinical groups (ACG) son un sistema de agrupación de diagnósticos que clasifica a las personas según las enfermedades que presentan durante un período. Se basan en la premisa de que midiendo la carga de morbilidad de la población se es capaz de explicar la variaciones en el consumo de recursos sanitarios. Su construcción se basa en la siguiente información: edad, sexo y diagnósticos codificados o problemas de salud (codificados mediante la CIE-9), registrados durante un tiempo (1 año).

La versión 7.0 de ACG tiene un total de 106 grupos.

Los criterios de asignación a cada uno de los grupos son en función de:

- Persistencia / recurrencia en el tiempo esperada del problema de salud.
- Probabilidad de una nueva visita o tratamiento continuado.
- Probabilidad de derivación a especialista.
- Coste esperado en el diagnóstico o procedimiento terapéutico.
- Probabilidad de hospitalización.
- Probabilidad de acabar en discapacidad.
- Probabilidad de disminuir la expectativa de vida.

Los códigos CIE 9 se traducen en categorías diagnósticas intermedias que llamamos ADGs y la combinación de éstos con la edad y sexo del paciente no dan los ACGs. Así, cada paciente es asignado a un único ACG

Pongamos, por ejemplo un varón de 56 años con 3 vistas al año, que tiene como diagnósticos hipertensión esencial y examen médico de rutina. Se le asignarían los ADGs: Patología Crónica Estable (10) y Preventiva/ administrativa (31) y un único ACG (0900) que corresponde con Patología crónica estable de Medicina General.

Para comprobar el comportamiento de los ACG en un entorno concreto, pusimos en marcha en nuestra área sanitaria un proyecto de FIS del que les comento a continuación algunos datos:

PROYECTO FIS: PI052355

Comunidades participantes: Aragón, Cataluña y Baleares

Duración: 3 años

Clasificación de los problemas de salud e identificación de patrones de demanda.

Variables que determinan el consumo de fármacos en Atención Primaria.

Aceptabilidad de los sistemas de medida de casuística por los profesionales sanitarios (IP: José Estelrich)

Nos planteamos como **objetivos principales**:

1. Clasificar los problemas de salud e identificar sus patrones de demanda asistencial (perfil de la casuística o distribución de ACGs).

2. Analizar la variabilidad explicada en el consumo de recursos (y especialmente en el consumo farmacéutico) por medio de agrupadores de diagnósticos de pacientes (ACGs: sexo, edad, diagnósticos/CIE 9), variables dependientes de los facultativos (edad, formación, sexo y años de ejercicio) y entorno asistencial (rural/urbano, docente o no) como medidas de ajuste.

3. Analizar la aceptabilidad por parte de los facultativos de los sistemas de medición del producto centrándonos en la prescripción farmacéutica y en concreto del sistema basado en la casuística de los usuarios.

Nos planteamos como **objetivos secundarios**:

1. Detectar variables de los usuarios, del médico y del entorno asistencial asociados con un consumo elevado con el fin de plantear estrategias de mejora.

2. Analizar la utilización del sistema informático de recogida de datos en la historia clínica informatizada y la calidad de registro de datos por el médico de familia, planteando estrategias de mejora de dichos sistemas de información.

3. Innovar un modelo que permita hacer más eficiente la prescripción al identificar las variables que influyen en la misma y proporcionar un ajuste real del gasto en farmacia a la población atendida mediante los ACGS.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo para los objetivos principales **1** y **2** y con aplicación de técnicas de investigación cualitativa (3 grupos focales) para el objetivo **3**. Participaron 8 centros de salud, 67 facultativos, lo que se tradujo 107.395 usuarios.

Fuentes de información: E-SIAP. Programa de Farmacia

Variables: identificación paciente (TIS y CIP), edad, sexo, diagnósticos (CIE-9), CIAS, gasto de farmacia.

Periodo estudiado: año 2005

Agrupador ACG versión 7

Los centros se seleccionaron en función de unos estándares de calidad en base sobre todo a la utilización y registro de datos en la historia clínica informática.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Criterio: Centros completos con más de dos años de utilización de la historia clínica electrónica.
- Número de episodios ≥ 4 por paciente.
- Uno de los dos siguientes criterios:
 - Porcentaje de episodios no codificados $< 20\%$ y de éstos que su número de apuntes no suponga más del 15% de todos los apuntes en los episodios tocados.
 - Porcentaje de recetas vinculadas a episodios sin codificar menor al 10% del total de recetas emitidas.
- Uno de los dos siguientes criterios:
 - Desviación inferior al 12% entre recetas emitidas por E-Siap y las recetas facturadas.
 - Porcentaje de recetas emitidas a través de E-Siap sobre el total de recetas facturadas $>75\%$.
- Porcentaje de órdenes cercano a la media.
- Prevalencia de pacientes diagnosticados de hipertensión: $>10,5\%$.
- Prevalencia de pacientes diagnosticados de diabetes: $>4\%$.

Los centros participantes del área de Mallorca fueron:

CENTRO	POBLACIÓN ASIGNADA	POBLACIÓN ATENDIDA	IPA
Coll d'En Rebassa	24.965	18.513	74,15%
Son Cladera	12.924	10.807	83,61%
Son Ferriol	11.640	9.941	85,4%
Total Palma	49.529	39.261	79,26%
Marines	16.538	12.427	75,14%
Nuredduna	7.403	5.630	76,05%
Santanyi	10.373	7.708	74,3%
Santa Maria	11.981	9.810	81,87%
Serra Nord	11.571	9.036	78,09%
Total Part Forana	57.866	44.611	77,09%
Total Mallorca	107.395	83.872	78,09%

IPA: Índice de Población Atendida

Los datos descriptivos de los pacientes introducidos en el estudio fueron:

PACIENTES: 68.809

Varones. 31.649 (46%). Mujeres: 37.160 (54 %)

MAYORES DE 65 AÑOS: 14.693 (21,35 %)

MENORES DE 14 AÑOS: 10.734 (15,6 %)

NUMERO DE DIAGNOSTICOS: 261.105

EDAD MEDIA: 42,9 años

COSTE DE FARMACIA (PVP): 16.327.160 €:

Varones. 7.300.686 € (44,71 %). Mujeres: 9.026.474 € (55,29 %)

COSTE MEDIO: 237,28 € (peso relativo medio)

NÚMERO MEDIO DE VISITAS: 7,3

¿Qué información nos proporcionan los ACGs?

Un listado de todos los pacientes con su edad y sexo, coste de farmacia en €, diagnósticos en forma de ADGs, sus ACGs correspondientes y sus pesos medios. El peso medio es el cociente entre el coste medio de ese ACG y el coste medio global de todos los pacientes. Los pesos medios pueden ser en coste de farmacia o en número de vistas.

También nos da para cada paciente su banda RUB correspondiente. Las bandas RUB son unas bandas de utilización previsible de recursos que nos clasifica a los pacientes en las siguientes categorías:

0. No diagnóstico.
1. Paciente sano.
2. Baja Morbilidad.
3. Moderada morbilidad.
4. Alta morbilidad.
5. Muy alta morbilidad.

Un listado de distribución de ACG, que nos demostró que 8 ACGs representan el 55% de toda la distribución

Nos da los diagnósticos ADGs más frecuentes que en nuestro estudio fueron:

1. Enfermedad menor infecciosa.
2. Enfermedad crónica estable (ej. HTA).
3. Actividad preventiva administrativa.

Nos informa sobre los centros que tienen morbilidad más alta, ADGs mayores, pacientes más frágiles como los inmunodeprimidos.

Detectamos los 10 ACG con mayor peso relativo en farmacia:

ACG	DESCRIPCIÓN ACG	PACIENTES	FRECUENCIA	COSTE TOTAL	PESOS RELATIVOS
5070	10+ Other ADG Combinations, Age 18+, 4+ Major ADGs	25	0,036332457	41994.0	7,0791617060162300
5060	10+ Other ADG Combinations, Age 18+, 3 Major ADGs	42	0,061038527	58931.0	5,9132891787438200
4930	6-9 Other ADG Combinations, Age 35+, 3 Major ADGs	237	0,344431688	285966.0	5,0851135163739400
4940	6-9 Other ADG Combinations, Age 35+, 4+ Major ADGs	30	0,043598948	33879.0	4,7593092552532100
1500	Psychosocial, w/ Psychosocial Unstable, w/ Psychosocial Stable	32	0,046505544	32697.0	4,3061834410424100
5050	10+ Other ADG Combinations, Age 18+, 2 Major ADGs	67	0,097370983	67105.0	4,2209934244534800
4920	6-9 Other ADG Combinations, Age 35+, 2 Major ADGs	721	1,047828046	673547.0	3,9370165370052100
4430	4-5 Other ADG Combinations, Age 45+, 2+ Major ADGs	858	1,246929907	773462.0	3,7991486930830300
2700	Acute Minor/Psychosocial, w/ Psycho-social Unstable/Psychosocial Stable	23	0,03342586	20381.0	3,7344981666717600
5040	10+ Other ADG Combinations, Age 18+, 0-1 Major ADGs	85	0,123530352	68228.0	3,3828155064034000

Si observamos el cuadro, vemos que el resultado es bastante lógico, así el ACG 5070, situado en primer lugar, es un paciente con más de 10 diagnósticos ADGs, con más de 4 catalogados como diagnósticos mayores en persona de > 18 años. Llama la atención el ACG situado en 6º lugar (1500) referido a patología psicossocial, lo cual nos traduce el importante coste en farmacia que suponen este tipo de pacientes

También se obtuvieron datos en pediatría, se vio por ejemplo que el peso en farmacia es bajo en edad infantil, especialmente en menores de 1 año, donde tiene mayor peso el número de visitas por problemas menores o revisiones / actividades preventivas; lo cual concuerda con la práctica del programa del niño sano.

También detectamos, según la tabla que viene a continuación, que las enfermedades crónicas inestables gastan más en farmacia que las estables (lógico), pero no existen diferencias significativas en cuanto a la carga en número de visitas. Visitamos las mismas veces a nuestros pacientes crónicos si están estables como si no lo están. Dicho de otra manera, destinamos muchos recursos en visitas a pacientes crónicos que están estables.

ACG	DESCRIPCIÓN ACG	PACIENTES	FRECUENCIA	COSTE TOTAL	PESOS RELATIVOS (FARMACIA)	PESOS RELATIVOS (VISITAS)
800	Chronic Medical: Unstable	797	1,158278714	301140.0	1,5923726961216400	0.6190447366277894
900	Chronic Medical: Stable	3891	5,654783531	1009220.0	1,0930982909053900	0.7039186647291025

A nivel global, también vimos que el 1% de nuestros pacientes gasta el 10% en farmacia, y que el 5% un 25%, lo cual nos permitiría incidir sobre las causa de gasto en farmacia de estos pacientes.

Además de los datos globales, también vamos a obtener resultados por centro lo que nos permitirá comparar. Así un centro con un coste en farmacia por encima de la media, una vez ajustado por casuística, puede resultar más eficiente que aquel que estaba en la media por debajo antes del ajuste por casuística, pudiendo pasar este último a ser menos eficiente una vez ajustado.

Además de las cuestiones comentadas sobre nuestro estudio, veamos otras aplicaciones conceptuales que pueden tener los ACGs:

Nos permiten calcular el Índice de Riesgo (IR) o complejidad o carga de morbilidad.

Índice de Riesgo (Complejidad – Carga de morbilidad)

- Peso Relativo de cada ACG.

Una asignación de recursos más equitativa que tenga en cuenta la carga de morbilidad y complejidad de los usuarios.

(El Índice de Riesgo (IR) se calcula mediante el cociente entre la media de visitas esperada en función de los ACG y la media del estándar, por estandarización indirecta. Un IE mayor de 1 indica mayor complejidad).

Nos permite calcular el Índice de Eficiencia (IE)

Índice de eficiencia

- Costes totales por paciente, en farmacia, laboratorio, diagnóstico por la imagen, o transporte sanitario.
- Número de visitas por paciente.
- Derivaciones al 2º nivel por paciente (variable «proxi» de capacidad resolutive).

Ajuste de indicadores de gestión y evaluación por la carga de morbilidad de los usuarios que atiende.

(El índice de Eficiencia (IE) se calcula mediante el cociente entre las visitas reales observadas y las visitas esperadas en función de la distribución ACG, por estandarización indirecta. Un IE menor de 1 indica mayor eficiencia).

El IE es un dato muy importante para comparar centros, aunque también podemos hacer análisis por profesional. Como ejemplo veamos la tabla que viene a continuación que es de un estudio de A. Sicras.

	VIS	FARM	LAB	DER	RX	TOTAL
MF-1	1,01	1,02	0,83	0,86	0,84	0,98
MF-2	0,92	0,83	0,95	1,08	1,65	0,88
MF-3	0,95	1,04	1,10	1,20	1,36	1,02
MF-4	0,96	0,87	0,84	0,97	1,05	0,89
MF-5	0,96	0,77	0,84	0,88	1,16	0,82
MF-6	1,06	0,84	0,83	0,97	1,60	0,91
MF-7	0,98	0,73	0,87	0,86	1,60	0,80
MF-8	1,08	0,94	0,68	0,82	0,92	0,94
MF-9	0,98	1,18	0,72	1,03	1,04	1,09
PED-1	1,02	0,90	0,35	0,85	0,71	0,92
PED-2	1,03	1,02	0,37	0,83	0,57	0,94
PED-3	1,01	0,72	0,43	0,81	0,62	0,87

Mediante esta tabla podemos apreciar los IE no sólo por farmacia y visitas, sino también por pruebas de laboratorio, derivaciones a radiología o a especializada. Muy frecuentemente, cometemos el error de «quedarnos» sólo con el coste en farmacia. Aún así, es difícil sacar conclusiones sobre las actuaciones de estos médicos, porque deberíamos ser capaces de obtener un indicador sintético que nos aportara datos de otros aspectos como calidad, accesibilidad y satisfacción de los pacientes. Aunque Sicras coincide en su estudio con otros autores en que la mayoría de profesionales con buenos indicadores de eficiencia suelen tener altos niveles en los indicadores de calidad.

En resumen, las aplicaciones de los ACGs son:

1. Sistema validado para las variables visitas, derivaciones y exploraciones complementarias (FIS 96/0576).

2. Ajuste de riesgo o medida de la carga de morbilidad de una población.
3. Estudio de la eficiencia en el manejo de recursos.
4. Realización de estudios predictivos que permiten estimar el consumo de recursos.
5. Diferenciar a los usuarios con un consumo de recursos «elevado» en relación a aquellos usuarios con su mismo grupo de edad, sexo y comorbilidad y a los profesionales con una prescripción elevada respecto al resto.
6. Aportación en el análisis de la prestación y gestión farmacéutica.

Como dijimos, existen publicaciones españolas que aportan evidencia a las aplicaciones de los ACGs, pero realmente donde han tenido un aplicación ha sido en el país vasco.

La tabla que ven a continuación es de un estudio de Orueta, donde se calcula el coeficiente de determinación de la edad y sexo, o del ACG o poder explicativo de estas variables para nº de visitas, radiología, laboratorio, derivaciones, nº de recetas y coste en farmacia. Vemos como los ACGs tienen un mayor poder explicativo para la mayoría de variables consideradas como por ejemplo de hasta un 53% para visitas (frente a un 13% para la edad y sexo).

	VISITAS	RADIOLOGÍA	LABORATORIO	DERIVACIONES	Nº RECETAS	COSTE FARMACIA
Edad y sexo	13%	1,70%	9%	2,90%	24,20%	16,80%
ACG	53,10%	13,90%	25,60%	23,60%	30-40%	24-30%

En un estudio de A. Sicras, se concluye que la edad presenta un poder explicativo para el coste en farmacia de un 10,50 frente al ACG que es de un 35,40%. Siendo este dato muy parecido al encontrado en nuestro estudio en Mallorca, donde encontramos que el ACG tenía un poder explicativo para el coste en farmacia de un 37%.

Para poder aplicar un sistema de indicadores tiene que contar con la aceptabilidad de los profesionales que lo van a utilizar, sean éstos clínicos o gestores. Una parte de nuestro estudio consistió en analizar, mediante grupos focales, la aceptabilidad del sistema actual de indicadores, como los de prescripción. Se planteaban preguntas como ¿qué opinan los clínicos del sistema vigente de medición del producto?, ¿están de acuerdo con ser evaluados?, ¿conocen el sistema actual de asignación presupuestaria de farmacia? Como resumen de las respuestas de los grupos focales obtuvimos:

La mayoría de los participantes dice estar de acuerdo en que debe existir un sistema de evaluación y control del gasto en farmacia.

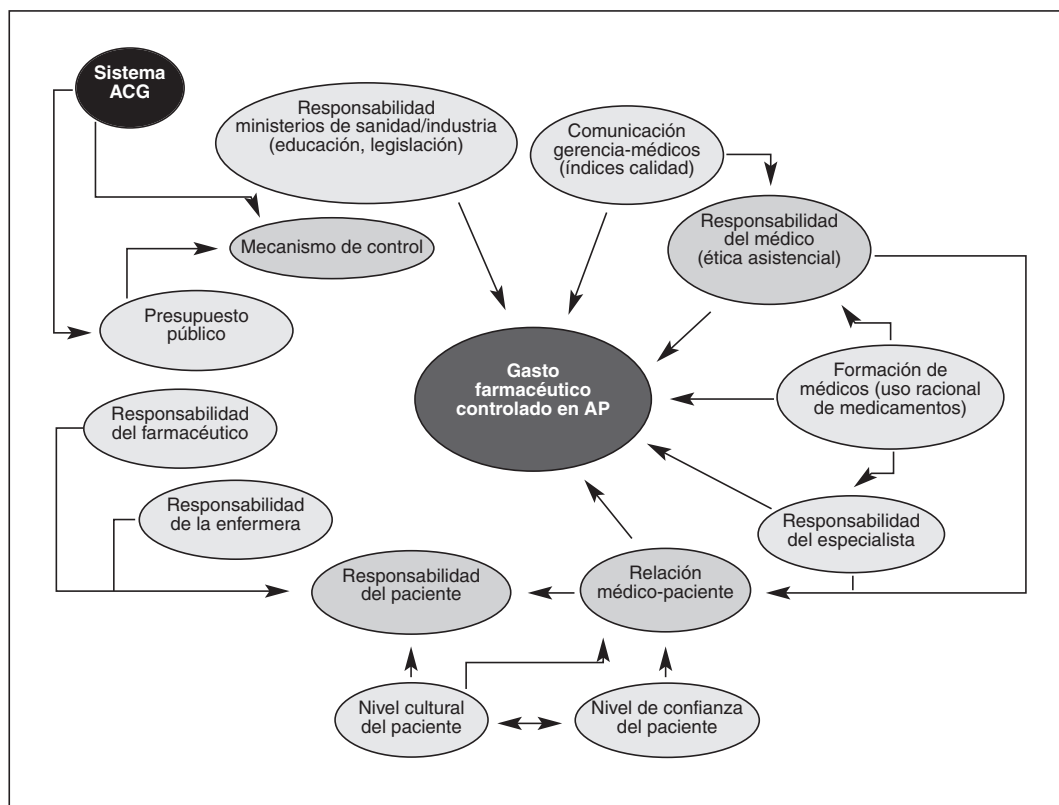
El conocimiento del modelo actual de asignación de presupuestos en farmacia es relativamente conocido por los participantes.

La mayoría de los participantes manifestaron que un sistema ideal sería un presupuesto por diagnósticos, si una población tiene privada o no, y el perfil socioeconómico.

Una opinión unánime es que la formación debería darse a los que prescriben mal.

Los sistemas basados en la casuística son poco conocidos por la mayoría de los participantes. Hay que tener los diagnósticos bien codificados. Se basa en la población atendida. No se tiene en cuenta el nivel sociocultural y socioeconómico. Puede ser que se hiperdiagnostique. No está ligado a resultados de salud.

Lo cierto es que hay muchos factores relacionados con el gasto farmacéutico como vemos a continuación; y entre ellos los mecanismo de control como sería el sistema ACG.



Finalmente, como conclusiones de la aplicabilidad de los ACGs, podemos afirmar que:

- Permiten valorar el estado de salud de la población y de sus necesidades de cuidados en Atención Primaria.
- Proporcionan información útil para la planificación y gestión, permitiendo ajustar la distribución de recursos.
- Estimulan un mejor registro por parte de los profesionales y un mejor aprovechamiento de E-Siap (historia clínica informatizada).
- Y, a su vez, posibilitan una evaluación más ajustada de los profesionales, atendiendo a la diferencia de morbilidad de sus respectivos cupos y ayudan a incentivar a aquellos que atienden a pacientes con mayores cargas de trabajo.

Ponencia de la Dra. JOSEFINA CAMINAL

Antes que nada, insistir en la necesidad de trabajar en aquellos indicadores en que uno cree, dado que el proceso de investigación es, muchas veces, arduo y duro. No nos deben desmotivar hechos como el que los gestores no apliquen el indicador, ya que los resultados pueden verse en la práctica al cabo de tanto tiempo como 20 años.

Se plantea la necesidad de medir la salud. Pero, ¿cómo medimos la salud?, o más bien ¿podemos medir la salud? Cuestión ésta compleja dado que, los indicadores que hemos desarrollado no miden salud, sino enfermedad, por ejemplo la morbilidad o la mortalidad ajustadas. Serían éstos unos indicadores indirectos de salud, a la cual nos podemos acercar con mucha cautela ya que el sistema sanitario contribuye sólo en un pequeño porcentaje a mejorar el nivel de salud de nuestra población.

En AP, hablamos de la capacidad de resolución del Médico de Familia, la cual entendemos como todos aquellos problemas de salud que el médico resuelve en su consulta sin necesidad de derivar. Pero también nos podríamos cuestionar este concepto, porque resolución viene de resolver, lo cual es solucionar definitivamente un problema; en medicina resolver equivaldría a curar, y somos conscientes que curamos poco, más bien controlamos, aliviarnos y acompañamos en el dolor.

Sirvan estas reflexiones para incidir en que cualquier diseño de indicadores topará con la dificultad en medir el binomio salud-enfermedad el cual se encuentra siempre en un equilibrio inestable.

De entrada, muchos profesionales sienten rechazo a ser evaluados mediante indicadores, porque normalmente éstos se desarrollan y se implantan en un contexto de control desmesurado no basado en la confianza y en la autonomía del profesional. El médico de AP ha sido definido como una burocracia profesional con un margen de libertad muy amplio y no puede estar ejerciendo con unas directrices muy estrictas, perdiendo autonomía.

Podemos plantearnos el uso de estos indicadores como una forma de análisis para la asignación presupuestaria en la que el profesional asume un riesgo en función de su cumplimiento; o bien como una aplicación encaminada a la mejora de nuestra práctica clínica y por ende a la mejora del bienestar de la población, probablemente en esta última aplicación, los indicadores serían mejor aceptados.

Vamos a hablar del indicador «hospitalizaciones evitables por ACSC» (Ambulatory Care Sensitive Conditions). El concepto de ACSC surgió en USA a finales de los años 80 y hace referencia a aquellos problemas de salud para los que una AP de salud oportuna, efectiva, mantenida en el

tiempo y con recursos sociosanitarios de apoyo puede disminuir el riesgo de hospitalizaciones

Al rechazo comentado que pueden provocar los indicadores en los profesionales sanitarios, se une en el caso de los ACSC el hecho de que se pretenda evaluar la AP con fuentes de datos de origen hospitalario (CMBD)

A continuación se presenta el listado de ACSC depurado (es decir con códigos restringidos):

- **Patología infecciosa prevenible por inmunización u otras**
032; 037; 045; 320.0; 390; 391
- **Sífilis congénita**
090
- **Tuberculosis**
012-018
- **Diabetes**
250.1; 250.2; 250.3; 251.0; (785.4 + 250.7 como código de diagnóstico secundario)
- **Trastornos del metabolismo hidro-electrolítico**
276.5; 276.8
- **Infecciones ORL / Infecciones agudas vías respiratorias altas**
475
- **Enfermedad cardiovascular hipertensiva**
401.0; 403.0; 404.0; 405.0; 410-414; 430; 431; 436; 437.2
- **Insuficiencia cardiaca**
402.01; 402.11; 402.91; 428; 518.4
- **Neumonía**
482.2; 482.3; 483; 485; 486
- **Úlcera sangrante o perforada**
531.4; 531.5; 531.6; 532.4; 532.5; 532.6; 533.4; 533.5; 533.6
- **Apendicitis perforada**
540.0; 540.1
- **Infecciones del tracto urinario**
590.1
- **Enfermedad inflamatoria pélvica**
614

Caminal (Gac Sanit, 2001)

Por ejemplo, un ingreso por sífilis congénita es un ACSC dado que podría haberse evitado con un diagnóstico precoz en el seguimiento de la mujer embarazada. En este sentido «algo ha fallado» para que esta sífilis no se haya prevenido, nos preguntamos ¿en qué punto ha fallado el sistema sanitario? Pero tal vez el fallo no sea del sistema sanitario o de AP si el caso se da en una subshariana que no tiene la costumbre de realizar los controles de embarazo del primer trimestre. Por tanto de los listados primeros de códigos diagnósticos ACSC, cada vez se tiende a depurar más por aquellos factores externos que no dependen de la atención sanitaria y si de otros factores, como los socioculturales. De hecho, es conocido que en las hospitalizaciones intervienen muchos factores dependientes del propio individuo: sexo, nivel socio económico, distancia del domicilio al hospital (cuanto más cerca, mayor tasa de hospitalizaciones); y otros factores que dependen del sistema: organización de la AP, organización de AE, variabilidad de la práctica del hospital en cuanto a ingresos.

Ya hemos dicho que nos basamos en la base de datos de CMBD hospitalario, pero analizamos otras fuentes de datos en el estudio de los ACSC: bases de datos sociodemográficas, bases de datos de las características de la AP, bases de datos de las características del hospital. Con toda esta información, construimos modelos predictivos para averiguar como la AP puede disminuir las hospitalizaciones evitables.

Claro, aún así recurrimos a datos hospitalarios cuando los médicos de AP no tenemos ningún control sobre lo que ocurre en el hospital. El motivo de seleccionar la fuente de datos del hospital es que los SIS datan en este nivel de 1982, frente a lo relativamente reciente que son en AP. Otra diferencia es que en AP, allí donde esté informatizada; cada médico además de atender al paciente codifica él mismo desde la pantalla del ordenador, cuando el hospital cuenta con unos profesionales expertos en esta materia que son los documentalistas, los cuales se dedican plenamente a ello.

Aunque el CMBD está para medir datos de actividad del hospital, el indicador ACSC es fiable y no podemos perder la oportunidad de trabajar con estos datos para mejorar la gestión clínica de nuestros pacientes. Lo que hay que ser muy prudentes a la hora de evaluar los resultados. De hecho, existen problemas como no tener suficiente información codificada de lo que ocurre en urgencias, consultas externas; o las diferencias de registro en las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA). Así como en Baleares, en Mallorca sobre todo, si hay una cultura de evaluación y medida del producto donde además se organizó años atrás un complejo sistema de auditorías en los centros; no toda la AP del estado está igual. Por ello, cuando se disponga de forma más general de datos fiables de AP, éstos podrán ser utilizados,

quedando el indicador ACSC como un evaluador de la coordinación entre AP y Atención Especializada (AE).

De la definición de los ACSC como aquellas hospitalizaciones evitables por problemas de salud para los que una AP de salud oportuna, efectiva, mantenida en el tiempo y con una red social de soporte, ésta última condición sobre la red social es un aportación de Caminal y su grupo. Es sabido que un viejecito que viva solo tiene más probabilidades de ingresar que uno que viva en familia. Por eso nosotros ajustamos el indicador por número de camas sociosanitarias.

Otros aspectos son los reingresos por procedimientos diagnósticos o terapéuticos programados por el mismo especialista del hospital, así un ACV en un hipertenso (considerada hospitalización evitable) que vuelve a ingresar para realizarse un angiografía, es un nuevo ingreso que nada tienen que ver con la AP.

Viendo datos de tasas de ACSC en Cataluña, vemos que éstas son más elevadas donde hay más hospitales y son más bajas en las zonas más pobres con menos hospitales. Podemos evaluar las tasas por centros sanitarios, e incluso plantearnos ligarlas a incentivos, pero caeríamos en un grave error. Lo interesante del indicador es evaluarlo a lo largo del tiempo, la evolución temporal del indicador nos puede llevar a conclusiones y no un dato correspondiente a un corte transversal de un momento dado.

Ante los resultados obtenidos con el indicador siempre debemos reflexionar, así vimos que en menores de un año, algunos códigos ACSC no eran aceptables al darnos cuenta que las hospitalizaciones por causas como Insuficiencia cardíaca (IC) y pielonefritis en este grupo de población se deben a enfermedades congénitas y no al funcionamiento de la AP.

Otro hallazgo fue, que al revisar datos por región sanitaria, que la tasa de ACSC era muy alta en Tortosa, habiendo muchas hospitalizaciones por gastroenteritis lo cual dio la alarma sobre un problema de salud pública en dicha región.

Hemos analizado hasta aquí ejemplos de tasas basadas en diagnósticos principales de altas hospitalarias. Pero el análisis es más complejo, así un paciente de alta con IC como diagnóstico puede tener otros problemas de salud como Insuficiencia renal, prostatitis, etc. o acaso ¿un diabético es sólo diabético? Así se evaluaron los ingresos por IC con los códigos diagnósticos de la causa de ingreso, se vieron todos los motivos de ingreso y se calculó el Índice de Charlson que es un índice de comorbilidad. Sabiendo porque ingresan nuestros pacientes con IC, podríamos actuar desde AP. Y vimos que la patología asociada que más ingresos genera a los pacientes con IC es la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Probablemente, esta

utilidad del indicador responde más a nuestras expectativas y nos da más información para la gestión clínica de nuestros pacientes con IC.

Para el manejo de la IC, también realizamos un grupo focal multidisciplinar llegando a la conclusión que para gestionar esta enfermedad se requeriría de profesionales médicos, de enfermería, dietistas, trabajadores sociales, en definitiva casi una utopía; pero hacia donde deberíamos ir.

Empezamos a estudiar con el grupo de Valencia, pese a no figurar aún en nuestros listados de ACSC, la patología mental. Las altas con diagnóstico de trastorno mental representan el 12%, pero en el 90% de éstas figura como diagnóstico secundario y en estos casos el motivo de ingreso era sobre todo por problemas respiratorios, circulatorios, neoplasias.

Si analizamos los ingresos en mayores de 75 años por depresión, que es realmente una patología mental, puede ocurrir que esa persona sufra una patología general no bien compensada que derive en un malestar psicológico que haya generado esta etiqueta diagnóstica. Pongamos por ejemplo el caso de medicación para la IC, como betabloqueantes, que agrave o precipite una situación de depresión.

Al querer evaluar la AP a través del indicador ACSC, y teniendo en cuenta que los ACSC se asocian a otros factores como la edad y el nivel socioeconómico, buscamos un modelo explicativo que nos llevara a mejorar los resultados en salud. Un hallazgo interesante al que llegamos es que si en un zona básica de salud (ZBS) con un nivel socioeconómico bajo (según la variable tasa de paro) aumentamos los profesionales, conseguimos disminuir la tasas de ACSC (que suelen ser elevadas en las zonas deprimidas), sin embargo si aumentamos los profesionales en una ZBS con un nivel socioeconómico estable alto las tasas de hospitalizaciones evitables no se modifican. Con estos modelos ya podemos hacer afirmaciones, aunque algunas parezcan evidentes, hay que demostrarlas. Esta información nos sirve para la planificación sanitaria: habrá que invertir más en zonas deprimidas

Debate*

En primer lugar, se inicia el debate abordando el tipo de pacientes que en AP llamamos «hiperfrecuentadores» que, aunque no hay acuerdo claro sobre

* Los participantes en el debate han sido: Arturo Arenas Abad, Antonio Bernad Ceresuela, Miguel Caldentey Tous, Josefina Caminal i Homar, Eusebi Castaño Riera, Josep Corcoll Reixach, José Estelrich Bennasar, Miquel Ferragut Galvañ, Atanasio García Pineda, Vicenç Juan Verger, Héctor Martínez Juan, Josep Mateu Sbert, Jaime Orfila Timoner, Juan A. Pérez Artigues, Nicolás Pérez Astorga, Alfonso Ramón Bauzá, Bartolomé Ribas; Josep Ribot Florit, M^a José Santos Terrón, Federico Sbert Muntaner, M^a del Mar Sureda Barbosa.

su definición, se acepta que son aquellos pacientes que consultan en su centro de AP más de 8 veces al año. En su análisis desde el indicador ACG, correspondía a aquellos pacientes que consumían más recursos y generaban un coste para el sistema > 900€/ año, aunque algunos llegaban a medias de 2000 €. Tal como se explicó en la ponencia sobre ACGs, éstos tenían un poder explicativo en población general para el coste en farmacia de 37%, mientras que para este grupo de pacientes hiperfrecuentadores el poder explicativo de sus correspondientes ACGs para el coste en farmacia era de un 60%. Por otra parte no se puede establecer una correlación de los hiperfrecuentadores con el indicador hospitalización evitable, ya que los datos de los ACSC son hospitalarios y no conocemos las visitas que ha tenido lugar en AP. Si que se estudiaron los reingresos hospitalarios, pero no sabemos si los pacientes que ingresan más generan más visitas en AP, o al revés, ya que podría darse el caso de que fueran pacientes que hicieran mucho uso del hospital y poco de AP. El exceso de vistas también puede ser generado desde el propio sistema sanitario en el objetivo de la gestión clínica de ciertas patologías, como las frecuentes visitas programadas, como por ejemplo las de las consultas específicas de Insuficiencia Cardíaca (IC) para el control mejor del paciente y disminuir el número de ingresos. Finalmente, no debemos olvidar que, en AP, muchos pacientes que generan exceso de demanda sufren una «carga» socio- familiar importante que acaba llevándolos al médico de AP, como profesional más accesible del sistema.

La figura del médico de AP es clave sobre todo en el control de enfermos crónicos, evitando la hospitalización de sus pacientes gracias a la continuidad de la atención, que permite volver a visitar a un paciente en las siguientes 24 horas para evaluar su evolución y tal vez evitar su ingreso. Sin embargo, en el hospital el paciente tendrá más probabilidades de ingresar ya que se evaluará sólo por parámetros clínicos o biológicos. Muchos pacientes crónicos lo saben y quieren ser atendidos por sus médicos de cabecera para que en la medida que sea posible les eviten los ingresos. Como dijimos, en estas situaciones son clave la continuidad y la accesibilidad, pero también la mejor capacidad de gestionar la incertidumbre del médico de familia.

Se aporta la idea de hablar de un indicador que fuera hospitalización «esperada» en lugar de evitable. Es decir, ver cuál es la media de ingresos de un paciente con por ejemplo IC y comparar estos ingresos medios esperados en un año con los reales de mis pacientes. En el manejo de la IC, una experiencia en Cataluña ha demostrado que el seguimiento telefónico de estos pacientes disminuía las hospitalizaciones

Otro tema importante es el de la financiación, teniendo la percepción la mayoría de participante que los presupuestos sanitarios se destinan mayo-

ritariamente al hospital en detrimento de la AP. Sería interesante cambiar las reglas del juego y que el dinero se destinara mayoritariamente allí donde hay mayores necesidades de salud y a partir de aquí coordinarse los niveles asistenciales. Se habló también del poder mediático de los hospitales y de la trascendencia política de las listas de espera hospitalarias. Otro aspecto sobre la financiación es la falta de información sobre los usuarios con derecho a cobertura de asistencia sanitaria en nuestro país: inmigrantes, turistas, etc.

El problema de las listas de espera se analiza también desde el punto de vista clínico surgiendo la idea que tienen el problema de no priorizar por gravedad y urgencia, ejemplo la paciente con sospecha clínica de cáncer de mama debería ser visitada en un plazo de 15 días con las exploraciones complementarias necesarias realizadas. Sin embargo, las listas de espera también las provoca el propio sistema, pongamos el caso de la discutible «recomendación» actual de solicitar PSA a varones mayores de 50 años como cribado del cáncer de próstata. La crisis de las listas de espera se puede vivir como esperanza de cambio para la AP, dado que cada vez hay un mayor acercamiento de los responsables sanitarios de los hospitales hacia los responsables de AP, con reuniones en el propio despacho del gerente de AP (algo impensable años atrás) y con la existencia de médico de AP en puestos directivos de coordinación en los hospitales.

En cuanto a los SIS, se insiste en el escaso desarrollo en AP, su falta de homogeneidad entre las distintas CCAA y las dificultades de codificar desde la propia consulta del médico de familia; poniéndose en duda que, con los programas actuales, esta información vaya a servir para algo. Pero además, en cualquiera de los niveles asistenciales, muchos profesionales tienen muy poco conocimiento de los SIS, y esto es extensible no sólo a los clínicos sino también a muchos directivos de hospitales que se ven obligados a tomar continuamente decisiones, basándose éstas precisamente en los SIS.

Los servicios de salud son responsables sólo en parte de la salud de la población, como es sabido intervienen otros muchos factores, como la educación, la clase social, etc... Si son estos factores trascendentales para la salud, podríamos plantearnos en lugar de contratar más médicos en barrios deprimidos, contratar más educadores, sociólogos, hacer más escuelas.

Hemos cometido el error de medicalizar la mayoría de problemas que afronta el ser humano: separación, duelo, etc. ¿Por qué no devolver al propio ciudadano su capacidad de autocuidado en su salud, su «empowerment» en salud?

El objetivo de los SIS debería ir en la línea de mejorar la salud de la población y no actuar como elementos coercitivos para presionar a los pro-

fesionales. Debería establecerse una relación de mutua confianza entre gestores y clínicos en la utilización de los SIS para mejorar éstos y su repercusión en la salud de la población.

Hay aspectos de los ACSC que no dependen de AP, por ejemplo la cultura de la población (con diferencias entre el medio rural y urbano), la educación sanitaria, la proximidad al hospital, todo lo cual debe tenerse en cuenta en la confección de los listados de ACSC. Dichos listados miden el efecto de un proceso clínico que se ha hospitalizado y podría haberse prevenido desde la AP. En este concepto entrarían las enfermedades prevenibles mediante vacunas, las enfermedades infecciosas que responden a un tratamiento temprano con antibióticos y aquellas enfermedades crónicas susceptibles de seguimiento y control por AP. De los primeros listados, se pasó a unos listados más restringidos donde los códigos están depurados, quedando aquellos procesos más dependientes de la AP. Los investigadores de los ACSC abogan por mantener los dos listados, dado que siempre el indicador puede ser válido como medida de coordinación.

Otro aspecto importante es no confundir el término de hospitalización evitable con hospitalización inadecuada o inapropiada. Por ejemplo, un status asmático es una hospitalización adecuada (no hay discusión sobre la necesidad de su ingreso) pero es una hospitalización evitable en la medida de falta de control y seguimiento del asma. Una gastroenteritis es una hospitalización evitable y, a su vez, puede ser una hospitalización inadecuada.

Como reflexiones finales se plantea:

La necesidad de disminuir la burocracia de la actividad médica que en AP llega a ser del 20% de consultas.

La necesidad de empezar a aplicar estos indicadores en la planificación sanitaria. Por ejemplo ya sabemos que si en una población socialmente deprimida aumentamos el número de médicos en los equipos de AP disminuyen las hospitalizaciones evitables. En el caso del indicador ACG se podría comparar la asignación presupuestaria actual de los centros de salud con la asignación presupuestaria basada en ACGs, comparar ambas y éstas con el coste real alcanzado.

La dificultad en medir los resultados en salud a través de indicadores, debe tenerse en cuenta que el impacto que pueden tener ciertas actividades preventivas no se verá hasta 20 años después de que se implantaron. Por ello, la propuesta es implantar pocos indicadores y mantenerlos en el tiempo; pongamos el ejemplo del indicador mortalidad infantil que lleva años usándose y sigue dando una valiosa información. Los indicadores deben tener su valor para la gestión clínica del día a día de los profesionales asistenciales

y no deberían ser cambiados cada vez que se producen cambios políticos o de gestores sanitarios.

Bibliografía recomendada

1. **Caminal J y Casanova C.** La evaluación de la Atención Primaria y las *hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions*. Marco conceptual. *Aten Primaria* 2003; 31 (1): 61-5.
2. **Caminal J y Martin Zurro A.** Sobre la contribución de la Atención Primaria a la capacidad resolutive del sistema de salud y su medición. *Aten Primaria* 2005; 36 (3): 00:00.
3. **Gérvas J, Caminal J** y participantes en el Seminario de Innovación 2006. Las hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive conditions* desde el punto de vista del médico de Atención Primaria. *Rev Esp Salud Pública* 2007. Vol 81. Nº 1.

III FORO SANITARIO DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Uso y abuso de la prevención clínica. Controversias en las recomendaciones de las guías de práctica clínica

La jornada presencial del foro sanitario tuvo lugar el día 22 de abril de 2009, en la que participaron como ponentes el **Dr. Juan Gérvas Camacho**, médico de Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid). Equipo Cesca, Madrid. Profesor de Salud Internacional (Escuela Nacional de Sanidad) y Salud Pública (Universidad Autónoma de Madrid) y el **Dr. Tomás Rodríguez Ruiz**, médico de Familia. Coordinador del Centro de salud de Son Ferriol. Miembro del Grupo de Trabajo de enfermedades cardiovasculares de la Sociedad Balear y Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. (Sbmfyc-Semfyc).

La inauguración corrió a cargo del Ilustrísimo Presidente del Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares (COMIB), **Dr. Joan M. Gual Julià** y del Ilustrísimo Director General de Evaluación y Acreditación de la Conselleria de Salut, **Dr. Joan Llobera Cánaves**. El moderador fue el **Dr. Juan Antonio Pérez Artigues**, médico de Familia y vocal de la Comisión deontológica del COMIB. Tras las ponencias se estableció un debate entre los participantes.

Este foro fue organizado por el COMIB y contó con la colaboración de la Conselleria de Salut i Consum, de la Sociedad Española para la Evaluación y Calidad Sanitaria (SECSAN), y del Laboratorio Pfizer.

Ponencia del Dr. JUAN GÉRVAS

Como médico general, me interesan especialmente las cuestiones o problemas que van adquiriendo importancia por su magnitud o frecuencia. En este sentido, todas aquellas actividades que entran en el calificativo de prevención se han vuelto frecuentes en Atención Primaria (AP) y por tanto interesantes para mí.

Las vacunas son un campo de la prevención que me ha interesado siempre. Así, podemos decir que el 100% de la población se vacuna en alguna ocasión, aunque como en todo existe mucha variabilidad. Una parte de esta variabilidad es inevitable por las características de cada paciente, de cada médico y del contexto del encuentro entre ambos.

Pero también en las vacunas hay mucha ignorancia, que se sigue perpetuando, como en la reciente aprobación de la última revisión del calendario vacunal del adulto por parte del Ministerio de Sanidad en la que se insiste en el error del calendario de la vacunación antitetánica* (por cierto es ésta una vacuna individual que no crea inmunidad de grupo). Sabemos desde hace 20 años que no hay que revacunar contra el tétanos cada 10 años, basta con seguir el calendario infantil y revacunar a los 65 años. Así, el Ministerio insiste en el error, pero no sólo él, también lo hace la revista *Annals of Internal Medicine*.

El Reino Unido sigue el programa de la vacunación infantil y una dosis de recuerdo a los 65 años y es de los países del mundo con menos tétanos.

El problema de esta cuestión es que damos cuidados de más «a los que se dejan» y cuidados de menos «a los que no se dejan»: a la mayoría de los que acuden de urgencias con una herida y hay dudas sobre las dosis administradas se les pone una dosis de recuerdo. En España, y en el mundo en general, se siguen muriendo de tétanos las mujeres ancianas que cuidando su jardín se pinchan con un rosal. No ocurre así con los ancianos, los cuales recibieron una dosis alrededor de los 20 años al hacer el servicio militar y el efecto de esa dosis les perdura hasta la tercera edad lo suficiente para no morir de tétanos (aunque lleguen a sufrir la enfermedad).

Hacer cosas en exceso es tan malo como hacerlas en defecto. La seguridad consiste en aplicar la intervención sanitaria al 100% de los que hay que aplicársela, y no aplicarla al 100% de los que no hay que aplicársela. En la práctica clínica es imposible cumplir esta premisa, especialmente en pre-

* El Ministerio de Sanidad modificó al fin el calendario de la vacuna antitetánica en el año 2009, y ahora la recomienda en el calendario infantil y luego sólo una vez en la vida en el adulto.

vención (ya hemos visto que vacunamos en exceso). Hacemos de más en grupos que no lo necesitan porque son los que se preocupan por la prevención, los cuales ya tienen vida ordenada, una red social de apoyo, cumplen con las citas y recitas del sistema sanitario, no beben ni fuman en exceso. ¿Quién cumple con la prevención? los que no lo necesitan, dado que la prevención es importante para los que su vida es importante, y éstos ya se preocupan de hacer prevención.

Si ponemos vacunas de más, estamos exponiendo a los pacientes a un riesgo innecesario, porque no hay intervención sanitaria que no tenga riesgos o inconvenientes. Nuestra intervención nunca debería empeorar la situación del paciente, también la prevención debe guiarse por el principio ético básico de «primun non nocere». Finalmente decir que en el caso de las vacunas no sabemos quienes se van a beneficiar: casi ninguno de los vacunados tendrá contacto con el bacilo tetánico

Otra cuestión que ha adquirido gran relevancia en los últimos tiempos es la instauración de muchos programas preventivos basados en cribados. Entendemos por cribado aquella oferta preventiva que no distingue, se ofrece a toda la población por el simple hecho de estar en un intervalo de edad, por ejemplo el cribado de cáncer de mama mediante mamografía a todas las mujeres en un rango de edad. Diferente sería el estudio de una mujer mediante mamografía porque ella o su médico han detectado un bulto. Los cribados suelen tener buena prensa, pero como todas las actividades médicas tiene inconvenientes o perjuicios, pocas veces superados por los beneficios que genera. De hecho una editorial del British Medical Journal (BMJ) proponía que en todos los programas de cribado figurara escrito: «todos los cribados producen daño, sólo algunos producen más beneficios que daños».

Incluso para la propia idea de prevención no hay una buena definición. En general, podemos decir que prevención es aquella intervención sanitaria que intenta evitar males futuros. Así, según esta definición, se puede inferir que toda mi actividad clínica es prevención, pues cuando atiendo a un paciente con gripe o dolor abdominal también intento evitar males futuros como son las complicaciones. Podemos aceptar que la prevención intenta mantener un estado previo frente a la curación que pretende restaurar un estado previo.

En prevención distinguimos:

Prevención Primaria: pretende evitar que se dé el problema. Ejemplo: aconsejar contra el tabaco para evitar que surjan las enfermedades relacionadas con el mismo. De hecho, el consejo antitabaco es de las pocas intervenciones preventivas que pueden llevarse a cabo en la consulta del mé-

dico de familia que ha probado una efectividad y se ha consolidado como una actividad beneficiosa, que tiene utilidad demostrada.

Prevención Secundaria: detectar precozmente la enfermedad. Es lo que se pretende con los cribados.

Prevención terciaria: restablecer la incorporación a las actividades de la vida, por ejemplo la laboral. En este sentido, frente a la epidemia de inválidos por dolor lumbar en la sociedad actual (que el propio sistema sanitario genera con sus exploraciones y tratamientos) se ha visto que la lumbalgia se recupera mejor con trabajo físico.

Prevención cuaternaria: evitar los daños que el sistema sanitario provoca. La actividad sanitaria es la 3ª causa de muerte en USA. Cada vez actuamos antes y con medios más poderosos sobre nuestros pacientes. Como ejemplo, podemos recordar los casos de sordera y de vértigo provocados por la estreptomycin.

Debemos seguir insistiendo en que toda actividad sanitaria tiene inconvenientes, una parte de éstos son inevitables como en el caso de dejar una cicatriz tras una intervención de apendicectomía (en todo caso puede ser un daño minimizable, pero siempre presente). Pero hay muchos daños evitables, así el grupo de S. Peiró demostró que los hipolipemiantes se emplean en exceso en los que no los necesitan y en defecto en los que los necesitan. Esto fue dramático en el caso de las rhabdomiolisis producidas por el fármaco cerivastatina, ya que muchos de los que murieron no deberían haber muerto dado que no estaba indicado el fármaco y no deberían haber tomado la cerivastatina.

En España, sobre prevención cuaternaria ha publicado A. Segura, salubrista del Institut Catalá de la Salut (ICS), aunque presentando datos hospitalarios. La prevención cuaternaria actualiza el principio «primun non nocere», es decir «no podemos hacer daño». El médico tiene que saber y tener conocimientos que le permitan decidir de forma rápida en la consulta. El problema no radica en equivocarse, sino en no saber, Y no sabemos cuando atribuimos a la prevención siempre una «aureola positiva» que no se corresponde con la realidad, sin explicar a la población los posibles efectos adversos, como puede ser sufrir un síndrome de Gullain Barré asociado a la vacuna de la gripe. Se entiende que vacunemos a los pacientes, pero no que no se les explique los inconvenientes para que él decida, lo cual tiene que ver con el también principio ético de autonomía. ¿Quiere usted vacunarse contra el virus del papiloma humano una vez conocidos los posibles efectos adversos que yo le he explicado?

Los pacientes tienen que poder decidir por si mismos, lo hacemos en las intervenciones encaminadas a la curación en las que solicitamos la firma de un consentimiento informado, pero no lo hacemos en la prevención. Por ejemplo, los cribados se aplican desde el nacimiento a los niños, como la ecografía de cadera para detectar la luxación congénita de la misma o el test de hipoacusia. El pediatra Javier de Dios ha publicado sobre los inconvenientes del cribado de hipoacusia en los recién nacidos. No se explica a los padres, aludiendo que no hay inconvenientes...pero no hay actividad sanitaria que no tenga inconvenientes. El problema es que ni siquiera hay debate al respecto, por tanto plantear un debate sobre este tema, como en este foro, es ya un éxito. Si aplicamos las intervenciones curativas con rigor a sabiendas que tienen también sus inconvenientes, no podemos admitir que no exista el mismo rigor en las actividades preventivas.

Hablemos ahora de las tablas de riesgo cardiovascular, un ejemplo muy propio de AP. Su uso es incentivado por muchas gerencias, cuando tienen el inconveniente que son tablas de riesgo y se utilizan como tablas de decisión. Las tablas de riesgo cardiovascular me dicen el riesgo probable que tiene una persona de una población de referencia, pero no son para aplicar directamente a un individuo concreto que es lo que hace el médico. Es un uso indebido y peligroso. En un estudio de un grupo catalán siguieron durante 10 años a una población de diabéticos. A muchos que tenían un riesgo cardiovascular alto según las tablas no les pasó nada, y muchos que tenían un riesgo bajo sufrieron un Infarto Agudo de Miocardio (IAM). Se demostró que el valor predictivo de las tablas es muy bajo, como era de esperar. Los médicos convertimos las tablas de riesgo en tablas de decisión, saltándonos un escalón intermedio entre ambas que será la tabla de impacto, y no se ha hecho con las tablas de riesgo cardiovascular. Por ello una editorial de la revista *Circulation*, a propósito de los inconvenientes de las tablas, titulaba «score o non score» (baremar o no baremar).

Debemos insistir en que la prevención tiene una «aura positiva» por lo que no suele plantearse como tema de debate, es más el que la discute es considerado «un tipo raro», pero mientras los pacientes se mueren en aras a la prevención (3ª causa de muerte por daño del sistema sanitario en USA). La mejor forma de evitar daño y muertes innecesarias es no hacer tal o cual intervención preventiva.

Los que somos optimistas pensamos que tras 20 años de un conocimiento teórico demostrado científicamente, éste se aplica en la práctica clínica. Si ha ocurrido así en algún caso, como la aplicación del tratamiento con IECAs en la Insuficiencia Cardíaca (IC). Lamentablemente no siempre

es así; hoy, en el siglo XXI, se sigue aplicando la amigdalectomía para prevenir infecciones y sus consecuencias como la fiebre reumática. Se demostró su inutilidad hace unos 90 años, además producía muertes entre los niños. La amigdalectomía se sigue haciendo, aunque con menos frecuencia, sin fundamento científico alguno. Encontramos más ejemplos, como un ensayo de los años 50 del siglo pasado en el que se advertía que los parches con hormonas para tratar a las mujeres menopáusicas producen muertes.

Llegados a este punto, cabe preguntarse ¿cómo debemos actuar frente al aura positiva de la prevención? Podemos establecer unas consideraciones:

1. **Debemos buscar y revisar los estudios originales** que recomiendan dicha pauta, sobre todo si ésta va a aplicarse a un gran volumen de gente.
2. **Se deben tener ideas políticas claras.** En el congreso de diputados, se ha promovido este año por unanimidad a iniciativa del PSOE el «Plan de déficit hormonal de la mujer menopáusica». Los políticos nos confunden.
3. **Se me pueden plantear demandas judiciales** si hay problemas por no haber seguido una guía o protocolo. Así, si no sigue un embarazo según las recomendaciones de la sociedad española de ginecología y hay problemas puedo acabar con una demanda judicial.
4. **Puedo ir en contra de mis compañeros,** si no aplico unas tablas de riesgo cardiovascular y éstas están ligadas a incentivos del equipo, que se reparten entre todos los profesionales.
5. **Ir en contra de mis propios pacientes,** si éstos han oído o leído en prensa que deben determinarse el nivel de colesterol y yo les digo que no se lo hago. O cualquier otro ejemplo; como cuando considero que un varón no tiene que determinarse una analítica de PSA, o una mujer no tiene que someterse a una mamografía.

Muchos de éstos puntos anteriores pueden encuadrarse en los que llamamos «**ética de la negativa**» por la que tengo un compromiso con mis pacientes, con el sistema sanitario y con la sociedad, lo que me obliga en algunas situaciones a decir que no. No a la gerencia cuando recibo de ésta un programa a aplicar y tras la revisión del mismo detecto que sus beneficios

no superan a los inconvenientes para mis pacientes, no a mi paciente que se empeña en alargar una baja laboral por lumbalgia, cuando sabemos que esta actitud le puede llevar a una cascada de exploraciones complementarias e intervenciones innecesarias que le potenciarán el grado de invalidez.

Volviendo a la pregunta anterior ¿cómo debemos actuar frente al aura positiva de la prevención?, los profesionales necesitamos:

1. **Autoridad.** La hemos ido perdiendo, pero recuperarla está en nuestras manos, ya que una parte de esta autoridad es científica y se adquiere con los conocimientos.
2. **Independencia,** que se traduce en un compromiso ético con el paciente por el que tengo la obligación de ofrecerle lo mejor.
3. **Profesionalismo** que hemos perdido, y que resume los dos puntos anteriores, y a través del cual no nos dejemos llevar por las modas sin fundamento científico, como seguir dando bifosfonatos cuando sabemos que produce osteonecrosis de mandíbula.

Ponencia del Dr. TOMÁS RODRÍGUEZ

Para empezar la presentación, decir que creo que todos estaremos de acuerdo en que lo que queremos de las guías clínicas, que es:

1. Sean un instrumento válido para nuestro trabajo
2. Nos ayuden a aplicar los resultados de la evidencia, fruto de la investigación, al día a día de nuestras consultas. De hecho ésta es su finalidad.
3. Todas las recomendaciones que se hagan tienen que basarse en el análisis de la evidencia y sintetizarla para facilitar al médico y al paciente que puedan elegir la opción mejor.

Las guías que queremos tienen que estar basadas en la mejor evidencia, pero además les pedimos que sean rigurosas, sistematizadas y estructuradas, fáciles de aplicar, concisas y que mantuvieran los editores la imparcialidad cuando se hizo su redacción. Finalmente queremos que alguna institución u organismo independiente me diga qué guía tengo que aplicar.

Deficiencias metodológicas

El primer aspecto a considerar es la deficiencia metodológica que tienen muchas guías en su desarrollo. Sabemos que hay unos pasos sistematizados que deben seguirse en su elaboración: delimitar el tema, elaboración de las preguntas clínicas, búsqueda bibliográfica, evaluación de la evidencia indicando el nivel de la misma, formular las recomendaciones, revisión externa de la guía (muy importante este paso para evaluar las guías), tras la cual podrán establecerse las recomendaciones finales.

Para el análisis crítico de las guías tenemos herramientas, como por ejemplo la estrategia AGREE (Appraisal of guidelines research and evaluation). Ésta se basa en 6 ítems:

1. Si los objetivos están bien planteados.
2. Si han participado todos los agentes implicados, y entre ellos deben estar también los pacientes.
3. Si ha habido rigor en su desarrollo. En este apartado, profundizaremos un poco más ya que se plantea en 7 preguntas:
 - Analiza si la búsqueda de evidencias es sistemática;
 - si la estrategia para seleccionar la evidencia es explícita;
 - si los métodos para formular recomendaciones están claramente descritos;

- si los beneficios, efectos adversos y riesgos están presentes entre las recomendaciones;
 - si existe relación explícita entre la evidencia y las recomendaciones;
 - si la guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación;
 - si existe un procedimiento de actualización.
4. Analiza la claridad y presentación
 5. Su aplicabilidad (en el día a día de la consulta): si se han valorado las posibles barreras o el potencial coste de su aplicación.
 6. Independencia editorial: si la edición de la guía es independiente del financiador y si se declaran posibles conflictos de intereses. En este sentido y para algunos expertos, cualquier profesional con conflicto de interés vinculado a la industria o una sociedad científica, por mínimo que sea, debería ser excluido de la editorial de la guía.

Según el instrumento AGREE, una guía puede considerarse metodológicamente aceptable cuando en cada uno de los apartados presenta una valoración superior al 60 %. Realmente es un sistema exigente.

Niveles de evidencia

Una vez presentado el problema del rigor metodológico en su desarrollo, entramos en la cuestión de la evidencia: contamos con demasiados sistemas de clasificación de la evidencia y esto crea confusión, y además muchas recomendaciones están basadas en opinión de expertos.

A continuación vemos los niveles de evidencia de la Sociedad Española de Cardiología, que es una de las clasificaciones clásicas que más está en uso. A partir del nivel de evidencia, vemos también el grado de recomendaciones:

NIVELES DE EVIDENCIA	
A	Datos procedentes de múltiples ensayos clínicos aleatorizados o metaanálisis.
B	Datos procedentes de un único ensayo clínico aleatorizado o de grandes estudios no aleatorizados.
C	Consenso de opinión de expertos y/o pequeños estudios, estudios retrospectivos, registros.

CLASES DE RECOMENDACIONES	
Clase I	Evidencia y/o acuerdo general de que un determinado procedimiento diagnóstico/tratamiento es beneficioso, útil y efectivo.
Clase II	Evidencia conflictiva y/o divergencia de opinión acerca de la utilidad/eficacia del tratamiento.
Clase IIa	El peso de la evidencia/opinión está a favor de la utilidad/eficacia.
Clase IIb	La utilidad/eficacia está menos establecida por la evidencia/opinión.
Clase III	Evidencia o acuerdo general de que el tratamiento no es útil/efectivo y en algunos casos puede ser perjudicial.

El problema es que hay muchas más clasificaciones como la guía escocesa de evidencia (SING), muy compleja, o la de la AHA (American Heart Association) en relación a la IC, publicada este año en Circulation.

Un proyecto que ha contribuido al análisis de las recomendaciones es el programa GRADE. Éste comenzó en el año 2000 como una colaboración para abordar las deficiencias de los actuales sistemas de clasificación en la atención sanitaria. Su objetivo es desarrollar un método común y razonable para calificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones.

Instituciones que recomienden las guías

El siguiente planteamiento es: ante el aluvión de guías, cual elegimos. Es aconsejable que existan «instituciones» independientes que seleccionen las guías de calidad.

En este sentido en nuestro país existen GUIA SALUD desde el año 2002 (dependiente del Ministerio de Sanidad) y REDEGUIAS del Carlos III, que analiza las guías producidas en España.

Deteniéndonos un poco más en la primera, los criterios de calidad para que una guía forme parte de Guía Salud son:

- 1) Las Guías de Práctica Clínica -GPC-incluyen información para ayudar a profesionales de la salud y/o pacientes a tomar decisiones acerca de la atención adecuada para situaciones clínicas específicas.
- 2) Producidas en España. Las GPC producidas fuera de España se admiten si han sido traducidas y respaldadas por cualquiera de las instituciones o grupos citados previamente.
- 3) Las GPC han sido producidas y/o actualizadas y/o evaluada su validez en los últimos 5 años.

- 4) Los datos de los autores -nombre, institución, datos de contacto-y la declaración de conflicto de interés, aparecen de forma clara en la GPC.
- 5) Los métodos de búsqueda de la evidencia científica utilizados deben estar descritos.
- 6) Las recomendaciones de la GPC deben estar ligadas a bibliografía, de forma que puedan identificarse las fuentes y evidencias que las sustentan.

Situación actual de las guías

Una vez visto que existen sistemas de evaluación de la calidad de las guías, debemos preguntarnos cuál es la situación actual, para lo cual presento algunos datos a continuación extraídos de estudios muy recientes:

- El 90% de las guías analizadas no superaba una puntuación del 50% en el área que evalúa su aplicabilidad
- En estudios de nuestro país, entre el 70 y el 75% de las guías analizadas no cumplía el criterio de transparencia en su financiación y declaración de ausencia de conflictividad en los principios éticos.
- La mayoría de las Guías elaboradas en España tienen una calidad media muy baja. Sólo el 16% alcanzan una puntuación buena/muy buena, y hasta un 25% pueden catalogarse de muy mala calidad
- Otro dato interesante es que, desde su puesta en marcha, Guía salud de un total de 409 guías analizadas sólo ha incluido (que equivale a recomendar) 60, que es un 15 % del total.
- El número de recomendaciones se incrementa significativamente pero la consistencia de la evidencia no crece paralelamente a lo aportado por la investigación clínica
- Según un artículo publicado en JAMA en el año 2009: en las Guías de la ACC/AHA las recomendaciones en los últimos 20 años se han incrementado un 48% (de 1.330 a 1.976), especialmente las de grado de recomendación grado 2 (evidencia conflictiva y/o divergencia de opinión acerca de la utilidad/eficacia del tratamiento). Sólo un 11% de las recomendaciones actuales tienen un nivel de evidencia A (datos procedentes de múltiples ensayos clínicos aleatorizados o metaanálisis), mientras que el 48% tienen un nivel grado C (consenso de opinión de expertos y/o pequeños estudios, estudios retrospectivos, registros).
- En estudios de nuestro país entre el 70 y el 75% de las guías analizadas no cumplía el criterio de transparencia en su financiación y de-

claración de ausencia de conflictividad en los principios éticos. En USA, el 90% no supera una puntuación del 50% en un apartado básico para la credibilidad de una guía como es el de su independencia.

Un ejemplo en prevención cardiovascular

Finalmente quiere referirme en concreto a algunas recomendaciones que en materia de prevención de riesgo cardiovascular encontramos. Así, en la Guía europea de prevención cardiovascular de 2007 (y su adaptación en España) encontramos objetivos tan difíciles de conseguir en prevención primaria como alcanzar un colesterol total < 200 y un colesterol LDL < 130 . Como estos objetivos son en población de bajo riesgo, nos cuestionamos la necesidad de intervenir farmacológicamente (cuando fallan las recomendaciones en modificación de estilos de vida) en estos pacientes para alcanzar dichos objetivos. Si nos referimos a prevención secundaria con objetivos de colesterol < 175 (u opcional < 155) o LDL < 100 (u opcional < 80), esto en pacientes de alto riesgo ya nos puede parecer más lógico y es más justificado una mayor intervención para alcanzar dichos objetivos.

En cuanto a las exploraciones complementarias de control del paciente hipertenso, hay que reconocer a la Guía europea que nos clasifica las pruebas según el entorno en el que vaya a desarrollarse la atención clínica; de manera que sean de rutina (deben hacerse siempre), recomendadas (deberían hacerse siempre que se pudiera según las características del sistema sanitario) y otras (para situaciones más complejas):

DE RUTINA

- Analítica elemental: glucosa, creatinina (estimación del FG), ác. úrico, perfil lipídico, potasio, hemograma, sedimento y estimación de la excrección urinaria de albúmina (tira de orina).
- ECG.

RECOMENDADAS

- Excrección urinaria de albúmina: cuantificación con cociente alb/creat.
- TSOG si cifras en rango de glucosa basal alterada
- Fondo de ojo
- Índice tobillo/brazo (ITB)
- Ecocardiograma
- Ecografía carotídea
- Exámene de la velocidad de la onda de pulso

OTRAS

- Estudio de afectación visceral: cerebral, cardiaca, renal o vascular
- Despistaje de HTA secundaria.

En cuanto a las pruebas de rutina, estamos de acuerdo en que son básicas y necesarias y que deberían hacerse siempre.

Las exploraciones recomendadas también deberían hacerse siempre en un país con un sistema sanitario como el nuestro, lo que nos puede llevar a la reflexión de su posible aplicabilidad en el trabajo clínico del día a día. De acuerdo en la realización de la detección de excreción urinaria de albúmina, pues es una prueba con un gran rendimiento y de bajo coste. Ya es más discutible si a todo aquel que tenga una glucemia entre 100-125 tenemos que hacerle un test de sobrecarga oral de glucosa para despistaje de una Diabetes Mellitus tipo II, técnica de preparación compleja. En cuanto al fondo de ojo, ya aclara que se realice si los pacientes tienen una HTA severa, hay que dejar de mandar a todos los pacientes hipertensos a realizarse un fondo de ojo. En cuanto al índice tobillo/brazo es una prueba que, con la carga asistencial que tenemos exige entrenamiento y tiempo para el personal que lo va a realizar, por tanto de difícil aplicabilidad en nuestro entorno actual de AP. A la ecocardiografía no tenemos acceso directo los médicos generales de esta comunidad y la ecografía carotídea es una técnica que ni siquiera nuestro hospital del sector la practica. En cuanto a la medición de la velocidad de la onda del pulso, decir sin más comentarios que no tiene sentido.

Sirva este ejemplo para remarcar que las recomendaciones de las guías de práctica clínica tienen que enmarcarse en el contexto de la realidad asistencial del día a día de nuestros equipos de Atención Primaria. Y como ejercicio de reflexión final, he trasladado la recomendación de realizar la prueba índice tobillo/brazo a la realidad de nuestro equipo de Atención Primaria, llegando a la siguiente conclusión:

- En un Centro con 12.000 TSI y con unos 2.050 hipertensos captados, si hiciéramos un ITB tan sólo a la mitad de ellos necesitaríamos una enfermera a dedicación plena unos 75 días laborables. Esto supone unos 4 meses naturales prescindiendo de una enfermera para otras tareas en una plantilla global de 6 enfermeras de adultos.

Debate*

Guías clínicas

Se inicia el debate planteándose el problema de seguir guías de práctica clínica que proceden de expertos, que siempre suelen ser los mismos y que éstos además están ligados a la industria. Otro problema son nuestras gerencias que nos transmiten la idea de que sólo les preocupa el gasto. De hecho años atrás estaban penalizados los IECAs y las estatinas en los indicadores de farmacia por considerarse medicación cara, lo cual pudo suponer el retraso en la incorporación a la clínica diaria de una medicación útil. No debemos olvidar que el exceso de tratamiento en estos casos puede haber contribuido a que la mortalidad cardiovascular haya pasado de ser en los años 80 del siglo pasado de un 50% de la mortalidad global a un 32% en la actualidad. Cada año disminuye la mortalidad por IC, cardiopatía isquémica, accidente cerebro vascular (ACV) y exclusivamente aumenta muy ligeramente por enfermedad hipertensiva. En relación a las guías de práctica clínica cabe preguntarse ¿dónde está la verdad, con qué guía me quedo? Lo mejor es el criterio personal de que es lo mejor para mi paciente en concreto.

Habría que evaluar si la utilización de guías de práctica clínica y la buena praxis, aunque resulte más caro, conducen a un mejor resultado de salud. Lo que si está claro es que conducen a un mejor control de los factores de riesgo cardiovascular, pero no sabemos si contribuyen a algo más

Como médicos de familia debemos actuar con criterio propio, teniendo en cuenta que tenemos un contrato social como médicos del sistema público. Pero la autoridad sanitaria me debe indicar que guía debo aplicar yo; pero no sólo yo, también mis compañeros del centro, los compañeros del hospital, los de otras Comunidades Autónomas (CCAA), es decir guías comunes para todos y no cada grupo de profesionales con sus guías. Esto no es así, no se recibe la misma atención según se vaya a un centro o a otro, o según se acuda a un médico u otro. Pero no debería ser así ya que va en contra la equidad del sistema público de salud, la cual debe ser una de las características más importantes de un sistema nacional de salud.

* Los participantes en el debate han sido: Alberto Anguera Puigserver, Arturo Arenas Abad, Antonio Bernad Ceresuela, Miguel Caldentey Tous, Eusebi Castaño Riera, Maite Corredor Ibañez; Rosa Duro Robles, José Estelrich Bennasar, Miquel Ferragut Galvañ, Juan Gérvas, Carlos Montañés Rusllet, Bernardino Oliva Fanlo, Jaime Orfila Timoner, Juan A. Pérez Artigues, Josep Ribot Florit, Tomás Rodríguez Ruiz, Federico Sbert Muntaner, M^ª del Mar Sureda Barbosa.

Para hablar de equidad, hablemos de los hipertensos que no consultan, que no cumplen con las citas, porque no ofrecemos el acceso necesario a quien lo necesita. Hacemos prevención sólo en gente que se deja, por lo que nos hemos convertido en «médicos de crónicos estabilizados obedientes» que generan listas de espera al médico de familia, el cual ofrece una atención protocolaria.

Las guías clínicas bien elaboradas deben adaptarse a las circunstancias del entorno y a los recursos del ámbito en el que van a aplicarse, es por lo que no pueden generalizarse tanto para niveles sanitarios distintos y CCAA con distintos grados de prestaciones. Surge la cuestión sobre si hay datos de utilización de las guías, hay estudios al respecto a nivel hospitalario donde, si usan las guías, disminuye la morbimortalidad. También hay datos sobre el grado de conocimiento y si se siguen las guías en AP y en atención especializada, obteniendo una puntuación de 3-4 en un posible rango de 1 a 5. Los finlandeses valoran en un coste de 250.000€ el desarrollo y la implementación de una guía clínica así como en conseguir su utilización y actualización. Como criterio, es importante puntualizar que las guías te ofrecen opciones y tu eliges la mejor, no son protocolos cerrados para aplicar indiscriminadamente.

También hay quien plantea que no es necesaria tanta guía clínica, ya que la utilidad de algunas es cuando menos dudosa, por ejemplo el programa de cribado de cáncer de mama me sigue obligando hacer mamografías cuando su utilidad como cribado está cuestionada.

Ante los indicadores asistenciales que implanta la gerencia en los contratos de gestión, discutimos si la cifra de buen control de una hipertensión debe ser de 140/90 o si un buen control de un diabético debe medirse con una hemoglobina glicada (Hba1c) de 7. Nos centramos en las cifras, las cuales a su vez van ligadas de forma perversa a incentivos, y perdemos de vista al individuo y su contexto social.

Como reflexión: no podemos criticar al mismo tiempo la variabilidad de la práctica clínica y las guías de práctica clínica. Además estas guías dependen de los profesionales, las elaboramos nosotros mismos, y los tan denostados indicadores ¿no los elaboran grupos de trabajo con la participación de los propios profesionales? Otro problema es la limitación de pruebas complementarias a la que tiene acceso el médico general. Aunque cada vez más hay pruebas que podemos solicitar, sigue habiendo limitaciones; nosotros no podemos pedir, por ejemplo, un ecocardiograma.

Las guías son mejorables, ya que sólo un 15% pasan el filtro de calidad metodológica. Si lo pasan las de la SEPAR, las cuales han incorporado epidemiólogos y expertos en elaboración de guías. Claro que las guías cues-

tan, ya hemos puesto el ejemplo de los 250.000 € que cuesta el proceso completo de una guía en los países nórdicos. Además, otro aspecto que no solemos cumplir es la incorporación de la opinión de nuestros pacientes en las guías que elaboramos.

Se plantea el debate sobre si la medicina no es arte, sino ciencia y debe basarse en la evidencia. En cuanto a la variabilidad de la práctica clínica está demostrado que las tasas de histerectomía, si se consulta a dos ginecólogos diferentes, bajan; lo mismo ocurre con las amigdalectomías, si se consulta a dos otorrinos diferentes. En cuanto a la medición del producto de AP: de un grupo de profesionales de AP saldrá una propuesta de indicadores distinto que si los propone otro grupo, o incluso una propuesta distinta del mismo grupo en un momento o en un contexto distinto. Lo importante es ponernos de acuerdo en que tenemos que evaluar y medir lo que hacemos, basados en la evidencia, pero ¿quién es la autoridad científico-sanitaria que marca la evidencia? A una guía le pediría por ejemplo sobre un tema concreto que dijera: no hay conocimiento para hacer una guía sobre este problema. Un ejemplo de autoridad científica que elabora guías es el NICE del Reino Unido.

Para un gerente, las guías de práctica clínica dan tranquilidad siempre que se hayan elaborado por profesionales para que sean aceptadas y utilizadas por ellos. Lo mismo ocurre con los indicadores, normalmente elaborados con la participación de grupos de profesionales. Los indicadores, que suelen ser criticados, no son malos, el problema es el uso perverso de los mismos.

Prevención

Los médicos mentimos, si por registrar fiebre no se cobra en Estados Unidos, pues ésta no se registra... se registra probable gripe, probable neumonía. En el Reino Unido se implantaron incentivos fortísimos, en el primer año cumplieron el 95% de médicos, porque destinaron personal de enfermería a rellenar datos, fueran éstos verdaderos o falsos. Esto va contra la prevención cuaternaria y desvirtúa al clínico. El clínico no guarda la imparcialidad que debería guardar frente a los expertos o frente a la gerencia. Cuando nos llega algún programa nuevo (ligado o no a incentivos) de la gerencia, podemos contestar con una carta amable que no estamos de acuerdo en la aplicación de dicho programa y renunciar a los incentivos si los hubiera. Por ejemplo, está demostrado desde los años 60 del siglo pasado que una Hba1c por debajo de 7 en diabéticos tipo II produce muertes,

hay que renunciar a implantar cualquier programa (y sus incentivos) que pretenda este objetivo en estos pacientes.

Volviendo a la prevención cuaternaria, cabe preguntarse si la practicamos en la consulta diaria y si somos conscientes de ello. Según Gervas, la practicamos en el encuentro médico paciente de nuestras consultas, donde hacemos 7 cosas:

1. Atender al problema que se presenta en ese momento: acude a la consulta por tos.
2. Preguntar por problemas previos: ¿cómo está de la lumbalgia por la que consultó en la última visita?
3. Problemas cónicos: como va de su diabetes.
4. Problemas familiares: me contó que su madre...
5. Uso de servicios: para esto no vaya usted a urgencias, no tome este fármaco.
6. Prevención según oportunidad: ¿ le pongo la dosis de la vacuna de tétanos que le falta?
7. Dar seguridad.

Practicamos prevención cuaternaria aún sin ser conscientes de ello, pero se hace mejor cuando nos concienciamos y la incluimos en el listado de las 7 cosas que hacemos en la consulta. Aunque, contra la prevención cuaternaria, también hay algunos profesionales que solicitan un exceso de pruebas como manera de hacer «medicina defensiva» de cara a prevenir una posible demanda judicial, por cierto en Estados Unidos los médicos generales suelen sufrir una demanda judicial anual.

La medicina general es fuerte en los países que produce ciencia. El problema es que nosotros no producimos ciencia, nos falta autoridad. Nos falta conocimiento, que es el principal recurso, del cual hemos ido cediendo parcelas. En cambio nos dejamos llevar por los expertos, los cuales cambian de opinión según la moda, lo cual es una vergüenza. Falta conocimiento cuando no debería ser así ya que en nuestra práctica manejamos 20 o como mucho 30 problemas de salud, y tenemos acceso a buenas revistas gratis como Gestión clínica y sanitaria o Boletín de Información Terapéutica del País Vasco o la posibilidad de estar en la lista de Medfam. Por tanto la ignorancia no es de recibo.

Otras veces nos falta ética de la negativa frente al paciente, pero también frente a la gerencia, que como hemos dicho les deberíamos contestar o nosotros o nuestros representantes a través de sociedades científicas.

Otro problema es que no hay profesionalismo que se oponga, por ejemplo, cuando las gerencias nos implantan programas como el de la osteopo-

rosis. Tampoco hay conocimiento: en España se sigue creyendo que hay que hacer prevención de la endocarditis y realmente no hay que hacerlo pues está demostrado desde hace más de 10 años que no es necesario y su práctica produce muertes. Otra cuestión es intentar producir homogeneidad con el riesgo de producir errores sistemáticos, como medirnos con el indicador de Hba1c menor de 7 el control de los diabéticos.

Este tipo de indicadores debería ir acompañado de otros como los ingresos en el hospital por comas hipoglucémicas o el indicador de que todos los diabéticos tratados con insulina tengan en domicilio glucagón y que lo sepan usar sus familias. Equivaldría a evaluar también los efectos adversos que producimos con el cumplimiento de los indicadores.

Se está de acuerdo en que el consejo antitabaco es efectivo, pero puede en algunas personas tener un efecto negativo al reforzar el hábito. Por ello es necesario que sepamos, para poder explicar al paciente que de cada 800 que no fuman uno se muere de cáncer de pulmón y que de cada 8 que fuman uno se muere de cáncer de pulmón. Como efectos secundarios de los consejos, podemos hablar de la estigmatización de las personas a las que se les ha detectado factores de riesgo cardiovascular y se les intenta someter a dietas estrictas. Frente a ello, mejor intentar explicar hábitos de vida más saludables que incluyan información y consejos sobre alimentación y práctica de ejercicio físico. Se plantea la situación de muchos de estos pacientes que actúan como sujetos pasivos que vienen a consulta cuando toca, se hacen sus análisis pero ellos apenas modifican sus estilos de vida, hacen invertir una gran cantidad de recursos en seguimiento, control y cuidados, no responsabilizándose ellos de su propio cuidado en salud.

Lo bueno es más barato, si se trata la hipertensión de forma correcta, esto implica menos coste (está publicado en gaceta sanitaria). Trabajar con calidad disminuye el coste.

Al tratar con personas, no debemos olvidar el coste-oportunidad de nuestras decisiones, e individualizar en cada paciente, no es lo mismo una mujer que pregunta sin más sobre el cribado de un cáncer de mama, que aquella que consulta sobre el mismo tema, pero con la carga emocional de haber fallecido días atrás su prima por una neoplasia de mama.

La cuestión clave es ¿cómo medir el impacto en la salud de nuestras actuaciones? Deberían medirse en mortalidad, por ejemplo, no en cifras de tensión arterial o de Hba1c. Ciertamente es que la gente cada vez vive más, ya que el sistema sanitario ha contribuido y contribuye en algunos aspectos en la mejora de la salud, como ha sido el caso de la aparición y uso de los antibióticos. Se ha comprobado que es peor para la salud si se tiene acceso di-

recto a los especialistas, como suele suceder a la población de clase alta, sin tener al médico de AP que haga su función de «filtro». Esta función está claramente enmarcada en el concepto de prevención cuaternaria.

Un aspecto importante para los pacientes crónicos sería la autorresponsabilidad del paciente con su propia salud junto con su familia. El paciente con IC debe saber que una parte importante de su control depende de él mismo mediante el control del peso y la administración de diuréticos. Pero el hecho de mantener el control por los médicos nos interesa, si el paciente empieza a hacerse él mismo su propio control del tratamiento con Sintrom mediante el INR, se acaba el «negocio» para el especialista, o para el médico general, o para el personal de enfermería. ¿Quién debe pues controlar a los pacientes crónicos?, quien tenga mejor resultado en salud.

Existe la cultura de que siempre habrá un fármaco que me salvará, además hay un problema de marketing de la industria que va más allá del sistema sanitario llegando a todos los ámbitos de la sociedad como los colegios.

Los chequeos de las empresas son inútiles al 100%, sino peligrosos, pero «venden», así el Rey se hace un chequeo cada año. En USA, el contacto con el sistema sanitario más frecuente es a través del chequeo, es pues un negocio para los propios médicos y en este caso nada tiene que ver la industria farmacéutica a la que culpamos de muchos males.

En su momento, la implantación de programas ha contribuido a crear plazas, como por ejemplo el programa del niño sano a raíz del cual se crearon muchas plazas de pediatras, Como en otras ocasiones hemos creado una necesidad, como la necesidad de hacer prevención en personas sanas que suele gustarle a las enfermeras. Así Gervas publicó en Gestión clínica y sanitaria «los pacientes son el combustible del sistema sanitario, o sólo lo parecen» en donde vemos que los indicadores se basan en lo que nos gusta a los médicos y enfermeras como los factores de riesgo cardiovascular, sin embargo es más importante la introducción de IECAs en la IC que el control de la HTA. La cuestión de los indicadores es que impacto producen en la población. Faltan por ejemplo indicadores para la esquizofrenia, que tiene una prevalencia del 1%. Por ejemplo está demostrado que en estos pacientes se retrasan los diagnósticos de IAM y cáncer, como también es llamativo que en las mujeres minusválidas se retrasa el diagnóstico del cáncer de mama. ¿Por qué no se pone algún incentivo para corregir esta situación? También sabemos que a los médicos no nos gustan los domicilios, pues que se ponga algún incentivo, porque lo que nos gusta ya lo hacemos y no necesitamos incentivos. Dejamos de hacer cosas

que no nos interesan, así en el Atlas de variación de la práctica clínica podemos comprobar como algún hospital deja de intervenir «hallux valgus» porque no le interesa. Los médicos hemos entrado en lo que se ha venido a denominar fascinación tecnológica, ésta existe también para el médico de familia.

Se plantea la necesidad de formación continuada para los profesionales, aunque la formación cada vez es mejor. Tenemos, además, un buen sistema MIR de formación de especialistas; pero sigue faltando tiempo para formación y la que nos facilita la empresa es fuera del horario laboral con el consiguiente coste-oportunidad que ello supone. De acuerdo con que las cosas van a mejor, pero necesitamos mucha más formación que antes. Tengo que saber muchísimo más y es inadmisibile que se produzcan errores por falta de conocimiento del médico.

En cuanto al factor tiempo, éste se puede optimizar tanto en la consulta como a lo largo del día, porque al terminar la consulta hay que seguir siendo médico y si gerencia me ha implantado un programa, de la vacuna contra el virus del papiloma humano, por ejemplo, tengo la obligación de revisarlo. Así debería preguntar ¿dónde está el apartado de efectos adversos? porque hemos dejado claro que toda actividad que me proponen tiene efectos adversos. Si del programa de cribado del cáncer de mama se trata, hay que preguntar ¿tiene el valor predictivo negativo del cribado del cáncer de mama? Ahora se va instaurar el programa de cribado de cáncer de colon, aunque pueda ser distinto porque ya conocemos mucho de la historia natural del cáncer de colon, también hay que preguntar ¿qué efectos adversos tiene el cribado en general de este cáncer, y la colonoscopia en particular? Yo y mis pacientes necesitamos saber las respuestas a estas preguntas y si no nos dan la respuesta, no aplico el programa. Sólo está en tener la misma suspicacia que tenemos cuando nos presentan resultados de ensayos clínicos para intervenciones curativas, y por tanto exigir el mismo rigor en actividades preventivas.

Por cierto resulta que, aún sin cribado, ¿los cánceres de colon se diagnostican con la misma precocidad que los de boca?, se preguntó «The Lancet». Nos cuesta explorar la boca de los fumadores, bebedores o los de clase social baja que la tienen mal cuidada y huele mal, cuando no requiere ninguna técnica más que la sencilla maniobra de abrir la boca y ver.

Bibliografía recomendada

- Gérvas J.** Innovación tecnológica en Medicina: una visión crítica. *Rev Port Clín Geral.* 2006; 22: 723-7.
- Gérvas J.** Los pacientes son el combustible del sistema sanitario (o así parece, al menos). *GCS.* 2007; 9: 31.
- Gérvas J, Pérez Fernández M, González de Dios J.** Problemas éticos y prácticos de la prevención secundaria. A propósito de dos ejemplos en pediatría. *Rev Esp Salud Pública.* 2007; 81: 345-52.
- Gérvas J, Starfield B, Heath I.** Is clinical prevention better than cure? *Lancet.* 2008; 372: 1997-9.
- Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I.** The concept of prevention: a good idea gone astray. *J Epidemiol Community Health.* 2008; 62: 580-3.
- Gérvas J, Pérez Fernández M.** Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit.* 2008; 20 (Supl 3): 66-71.

