

EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: EVOLUCIÓN RECIENTE (1997-1998)



Guillem López i Casanovas (Dir.)

FUNDACION BBVA

El análisis de la evolución reciente del sistema sanitario y la necesidad urgente de una reforma están provocando un intenso debate en la sociedad española. La mayoría de los esfuerzos realizados hasta el momento se han centrado en la gestión y política sanitarias. Sin embargo, la búsqueda de un único indicador que permita evaluar la evolución de todo el sistema sanitario se ha mostrado hasta el momento poco satisfactoria, y la necesidad de avanzar hacia evaluaciones en términos de coste-beneficio topa enseguida con serias dificultades a la hora de obtener medidas de resultado sanitario que recojan adecuadamente este concepto. Además, el análisis en términos de macroeficiencia puede no guardar una relación directa con la eficiencia en la gestión de los centros y la gestión clínica.

El objetivo básico de esta obra consiste en contribuir al conocimiento y debate sobre las realidades y perspectivas de futuro del sistema sanitario, desde una perspectiva teórica, fundada en la Economía de la Salud como disciplina, pero también desde una óptica aplicada, relativa a la gestión de los servicios sobre la base del conocimiento científico.

La primera parte del libro recoge los estudios que se refieren a los aspectos macroeconómicos o agregados en el funcionamiento del sistema sanitario. Se analizan a continuación las investigaciones relativas a la gestión en centros asistenciales. Por último, la tercera parte de la obra incluye una serie de trabajos cuyo objetivo es el conocimiento de los comportamientos individuales de los principales agentes del sistema.

EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: EVOLUCIÓN RECIENTE (1997-1998)

Guillem López i Casanovas (Dir.)

FUNDACION BBVA

La decisión de la Fundación BBVA de publicar el presente libro no implica responsabilidad alguna sobre su contenido ni sobre la inclusión, dentro del mismo, de documentos o información complementaria facilitada por los autores.

El sistema sanitario español: evolución reciente (1997-1998)

© Fundación BBV

Plaza de San Nicolás, 4

48005 Bilbao

Depósito legal: M. 12.971-2001

I.S.B.N.: 84-95163-43-8

© Ilustración de portada:

INEEDIT

Imprime Sociedad Anónima de Fotocomposición

Talasio, 9 - 28027 Madrid

**El sistema sanitario español:
evolución reciente (1997-1998)**

ÍNDICE

Presentación	9
Preámbulo	13
Parte I. Eficiencia en la macrogestión del sistema sanitario.	17
1. Claves en la macroevolución del sistema sanitario.	21
2. El gasto y el consumo farmacéuticos en España .	30
3. Coordinación y relaciones organizativas entre niveles asistenciales	35
4. El nivel asistencial de la AP desde la perspectiva comparada	48
5. Percepción de los usuarios frente a las coberturas sanitarias públicas y privadas	50
6. Cobertura de nuevas necesidades en el sistema sanitario	54
7. La contratación de servicios asistenciales.	55
8. Evaluación de algunos programas asistenciales...	62
Parte 2. Meso-eficiencia en la gestión de los centros asistenciales	69
1. Claves en la evolución de la meso-eficiencia del sistema sanitario	73
2. La prescripción y el consumo farmacéuticos frente a reformas organizativas	80
3. La calidad asistencial y la eficiencia en los centros de AP	90
4. La calidad asistencial y la eficiencia en los centros de AE	96
5. Metodología de evaluación	109

Parte 3. Micro-eficiencia en la gestión de los comportamientos profesionales y de demanda asistencial.	111
1. Claves en la evolución reciente de micro-eficiencia del sistema sanitario.....	115
2. La utilización y la eficiencia de los servicios hospitalarios	125
3. Los comportamientos de prescripción y consumo farmacéuticos	145
4. Percepción de los profesionales sobre la demanda asistencial	156
5. Metodología de evaluación	157
Glosario	159
Bibliografía	163
Anexo	175
Nota sobre los autores	181

PRESENTACIÓN

El análisis de la evolución reciente del sistema sanitario español y la necesidad urgente de una reforma están provocando un intenso debate en la sociedad. La obra que ahora presentamos continúa el trabajo iniciado con la publicación *El sistema sanitario español: Informe de una década*, editada en 1999 por nuestra Fundación; obra que recopila una serie de trabajos en los que se evalúa el funcionamiento del sistema sanitario, y que fueron publicados durante los años 1997 y 1998.

Las dos investigaciones se enmarcan dentro del acuerdo de colaboración entre nuestra Fundación y el Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) de la Universitat Pompeu Fabra, cuyo principal objetivo es contribuir al conocimiento de las realidades y perspectivas de futuro de la sanidad en España.

El análisis sistemático de los trabajos de evaluación del sistema sanitario español que han realizado los distintos autores tiene como finalidad estudiar la eficiencia de la prestación sanitaria, valorando —siempre que ha resultado posible— la eficiencia en sentido amplio: esto es, la consecución de los objetivos establecidos al menor coste social.

Para ello, no se pretende hallar un único indicador que juzgue la evolución de todo el sistema sanitario, puesto que son múltiples las facetas de un sistema sanitario. No se trata exclusivamente de gastar poco o de incrementar la esperanza de vida como única meta —la calidad funcional con la que se vive cuenta—; también hay que considerar el bienestar individual, y hacerlo dentro del contorno social dibujado para nuestro sistema de salud.

Continuando y actualizando los conocimientos resumidos en el *Informe de una década* antes mencionado, se ha realizado el análisis siguiendo la anterior distinción en tres niveles de la gestión sanitaria: *micro* (gestión clínica), *meso* (gestión de centros) y *macro* (gestión y política públicas).

Se ha puesto especial énfasis en la visualización de los resultados de los diferentes estudios, que constituyen elementos interpretativos clave para la comprensión de la evolución del sistema sanitario. Asimismo, se destacan aquellos estudios que analizan las reformas más recientes en el sistema sanitario español, a partir del flujo de conocimientos que incorporan.

La primera parte del libro recoge los estudios que se refieren a los aspectos macroeconómicos o agregados en el funcionamiento del sistema sanitario, mientras que en la segunda parte se analizan los estudios relativos a la gestión en centros asistenciales. Por último, la tercera parte hace referencia al análisis de comportamientos individuales entre los principales agentes del sistema.

Con esta visión de conjunto que se ofrece al lector, la Fundación BBVA espera contribuir al debate y conocimiento de las realidades y perspectivas de futuro del sistema sanitario, desde la dimensión (teórica) fundada en la Economía de la Salud como disciplina, pero también desde la dimensión (aplicada) relativa a la gestión de los servicios sobre la base del conocimiento científico.

Fundación BBVA

PREÁMBULO

Para todos son claras las dificultades que entraña el realizar un análisis global del sistema sanitario de un territorio o país. En un primer momento, parece lógico que la perspectiva que tome un ejercicio como éste va a venir determinada por los objetivos del mismo. Posiblemente uno de los principales objetivos que pueden guiar una perspectiva de análisis desde la economía es la eficiencia con que el sistema sanitario acabe ofreciendo a los usuarios la asistencia sanitaria.

Tomando como punto de partida la distinción realizada por Ortún (1996) respecto a los niveles de gestión sanitaria *micro* (gestión clínica), *meso* (gestión de centros) y *macro* (gestión y política públicas), podemos establecer un paralelismo con los niveles de eficiencia que cabe recoger en un análisis del sistema sanitario.

Muchos de los esfuerzos realizados hasta el momento en la evaluación de sistemas sanitarios se han centrado en el nivel más agregado de gestión y política públicas. El objetivo de hallar un único indicador que permita juzgar de forma satisfactoria la evolución de todo el sistema sanitario esconde, sin embargo, algunas limitaciones en el análisis. El estudio de las series temporales de consumos y gastos sanitarios, aunque aleccionador e interesante, constituye tan sólo una cara de la moneda. La contención de costes sanitarios pierde su sentido como objetivo que guíe las políticas sanitarias a no ser que se relacione de alguna forma con los resultados obtenidos por éstas. La necesidad de avanzar hacia evaluaciones en términos de coste-beneficio del sistema sanitario topa enseguida con las dificultades de obtener medidas de resultado sanitario que recojan adecuadamente este concepto ¹.

¹ Algunos intentos han surgido en el ámbito norteamericano desde la perspectiva del *capital salud* (Cutler y Richardson, 1998).

Más aún, el análisis en términos de macroeficiencia del sistema sanitario puede no guardar una relación directa con la eficiencia en términos de los comportamientos *meso* y *micro* que en éste se producen.

Todos estos problemas no deben suponer coartadas para la inacción. Las alternativas de análisis propuestas van desde el estudio de los sistemas sanitarios a la luz de la experiencia comparada, hasta el diseño y análisis temporal de una batería de indicadores que recojan *hacia dónde se mueve* el mismo. El enfoque que propone este texto es la recolección más o menos sistemática de aquellos estudios y trabajos de evaluación del funcionamiento *macro*, *meso* y *micro* de nuestro sistema sanitario. Abandonamos aquí todas aquellas evaluaciones más cualitativas, con la intención de fundamentar y objetivizar al máximo nuestro intento.

El texto recoge en su *primera parte* los estudios que atañen a la eficiencia en términos de gestión pública del sistema sanitario, descendiendo en la *parte segunda* hacia los principales resultados en términos de gestión de centros asistenciales. Para finalizar, en la *parte tercera* se recogen aquellos trabajos cuyo objeto de estudio ha sido el análisis de comportamientos individuales entre los principales agentes del sistema. Cada una de las secciones viene introducida por un primer epígrafe en el que se esquematizan los resultados en los diferentes estudios que se tratan a continuación, que constituyen a nuestro entender elementos clave en la evolución del sistema sanitario.

Guillem López i Casasnovas

PARTE I

**EFICIENCIA EN LA MACROGESTIÓN
DEL SISTEMA SANITARIO**

Manteniendo una perspectiva global del sistema sanitario, presentamos a continuación un breve comentario de los principales resultados que los trabajos de evaluación han aportado. Eminentemente, se ha puesto un mayor énfasis en el análisis de la evolución económica del mercado farmacéutico, la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, la evaluación de la organización (desde la perspectiva comparada) de nuestra Atención Primaria (AP), el análisis de la cobertura de servicios sanitarios públicos, la aparición de nuevas realidades sanitarias y sociosanitarias, así como la evaluación de sistemas de contratación de servicios y de algunos programas asistenciales específicos.

1. Claves en la macroevolución del sistema sanitario

1.1. Mercado farmacéutico

Una de las preocupaciones que ha centrado más la atención de evaluadores y analistas del sistema sanitario son los mecanismos (macro, meso y micro) de política y gestión sanitaria para conseguir un consumo farmacéutico (tanto económica como sanitariamente) más racional. Este es un tema reiterativo en los ejercicios de evaluación tanto en esta primera sección como en las que siguen en el informe. Desde la perspectiva de *mercado* farmacéutico cabe resaltar algunos puntos en la evolución reciente tanto del marco de regulación como de la oferta de medicamentos financiada por fondos públicos:

1.1.1. En la década de los noventa, el regulador-financiador ha mejorado su capacidad de evaluar la eficacia terapéutica, la seguridad y calidad de los medicamentos en el mercado.

1.1.2. El coste medio por receta ha sido el principal elemento impulsor del gasto farmacéutico en nuestro país en este período.

1.1.3. Frente a la cuestión de la efectividad en la contención del gasto público en especialidades farmacéuticas, la reducción gradual de la participación de los pacientes constituye una plausible explicación al crecimiento de la prestación farmacéutica real por persona protegida.

1.1.4. La evolución en las últimas dos décadas de la oferta farmacéutica financiada públicamente muestra una cierta tendencia hacia: I) el incremento del valor intrínseco (eficacia) de las especialidades monocomponentes; II) la persistencia de un elevado número de copias, y finalmente; III) el incremento del coste de esta oferta farmacéutica.

1.2. Coordinación y continuidad en la asistencia sanitaria

La *continuidad* en la asistencia sanitaria provista al usuario es otra de las dimensiones de calidad y eficiencia del sistema sanitario, que, a un nivel de política sanitaria plantea la necesidad de una *óptima* coordinación e integración de los niveles asistenciales para la consecución de objetivos comunes. En este sentido, son varios los trabajos de evaluación de los que cabe destacar los siguientes resultados:

1.2.1. En un análisis *Delphi* sobre la relación que se establece entre los niveles de asistencia especializada y primaria en España, se destacan como principales problemas: I) el desconocimiento de las actividades realizadas en el otro nivel asistencial (ámbito personal, profesional...); II) la falta de comunicación y de diálogo entre niveles asistenciales; III) la masificación de la asistencia en ambos niveles; IV) la falta de consideración profesional del hospital/especializada hacia la atención primaria; o V) la desmotivación del personal sanitario. Como posibles alternativas para la solución de este problema se resaltan: I) la elaboración de protocolos comunes y consensuados (terapéuticos, derivación, etc.); II) la creación de comisiones mixtas para la realización de reuniones organizativas; III) la realización de reuniones de coordinadores de centros de salud/jefes de servicio y directores de AP/gerentes de hospital; IV) la ampliación de técnicas diagnósticas en AP; o bien, V) la mejora de los circuitos de pacientes.

1.2.2. En un estudio encuestal sobre las opiniones de los médicos de AP sobre los servicios que les ofrecen los hospitales de referencia (Alicante) destacan como aspectos mejor valorados: I) la frecuencia con que recibían el informe de alta de los pacientes; II) la capacidad de resolución de los problemas; III) la adecuación de recursos disponibles por parte del hospital; y IV) la información facilitada era correcta. Contrariamente, los aspectos peor valorados fueron: I) las oportunidades de formación ofrecidas por el hospital (hacia los médicos de AP); y II) el desconocimiento del nombre del especialista.

1.2.3. La *coordinación informativa* entre Atención Especializada (AE) y AP puede juzgarse, a los ojos de una evaluación realizada en

el Área de Salud de Burgos, como adecuada en relación con el proceso de citación (fundamentalmente administrativo). Pese a ello se detectaron deficiencias importantes en referencia directa a la retención de las hojas de interconsulta (HIC) por parte de los especialistas y el grado de cumplimentación de los datos de las HIC (mientras los datos registrados en la AP muestran generalmente elevados % de cumplimentación, este es reducido en la AE). También la calidad de los datos aportados por el médico general en las HIC parece ser claramente mejorable.

1.2.4. En otra experiencia concreta para un programa de detección precoz del cáncer de mama se encuentra beneficiosa la colaboración entre los Equipos de AP y la AE, obteniendo resultados positivos en la coordinación comunicativa y detección precoz de casos de cáncer de mama en un área rural de Asturias.

1.2.5. En cuanto a la *coordinación en los cuidados de enfermería*, un estudio de evaluación de un circuito de comunicación de informes de enfermería al alta en el sector sanitario 2 de Madrid denota un grado aceptable de cumplimentación de los indicadores definidos, a excepción del cumplimiento del plazo de comunicación previsto, lo cual puede dañar la continuidad en este tipo de asistencia. Más interesante resulta el marco de trabajo constante y directo que se establece entre AE y AP a partir de este tipo de experiencias.

1.2.6. La ampliación de la oferta en la AP en el Área Básica de Salud (ABS) de Riudoms (apertura de un centro con un turno de Atención Continua) produjo una disminución significativa (17,1 %) en la utilización del Servicio de Urgencia Hospitalario del hospital de referencia. Ello puede representar una mejora en la eficiencia del sistema sanitario, siempre que se considere que parte de esta utilización se produce por deficiencias en la accesibilidad de los usuarios a los servicios de AP, acudiéndose pues *innecesariamente* a los servicios de urgencia hospitalarios.

1.2.7. Algunos de estos extremos son confirmados en un estudio realizado en el Área Básica de Salud de Llefià. En una revisión de la utilización de los servicios de urgencia hospitalarios en este ABS se determina que el 89,4 % de los pacientes acudieron a estos servicios por iniciativa propia. El grado de inadecuación de la asistencia fue del 54,7 %. Los principales motivos de consulta de los pacientes que acudieron por iniciativa propia fueron (por este orden): I) las ventajas que ofrece la atención hospitalaria; II) la sensación de urgencia; III) debido a las listas de espera; IV) debido a que no mejoraba con el tratamiento; V) debido a que se ha encontrado el ABS cerrado.

1.2.8. En el Área Centro de Sevilla se observa que, según el medio de procedencia en la utilización de *los servicios de urgencia hospitalarios*, se puede constatar que este servicio es utilizado en la misma cuantía por pacientes que provienen de medios urbanos y rurales. Si nos fijamos en las patologías tratadas parece indicarse una mayor capacidad resolutive por parte del médico rural. El médico rural parece ser el primero en tratar tanto la patología grave como la banal, mientras que en el medio urbano el paciente grave acude directamente al hospital.

1.2.9. El análisis de la implantación de un cambio organizativo (de reordenación de la Atención Especializada, RAE) en Ciutat Vella (Barcelona) resalta los resultados de mejora de la capacidad resolutive del especialista en el ámbito de la AP, junto a una mejora de la accesibilidad del usuario a la AE (reducción de los días de espera). Uno de los resultados que avalan estas afirmaciones es la disminución del volumen de derivaciones realizadas al hospital pese a que en dicho análisis no se establece un criterio objetivo de adecuación de las mismas. Dicha medida suponía cambios significativos en términos de coordinación y continuidad de la asistencia sanitaria que suponían una mayor interacción entre los especialistas y los Equipos de AP.

1.2.10. Pese a que las derivaciones pueden constituir un indicador de ineficiencia (por exceso o defecto) en la coordinación entre AP y AE, se requiere para ello establecer un criterio objetivo que permita delimitar la idoneidad de derivar un paciente entre niveles asistenciales. Un ejemplo puede ser la coincidencia entre los diagnósticos realizados en la AP y la AE. Para un análisis de los diagnósticos de AP a través de su confirmación por los servicios de psiquiatría de la AE en la unidad de salud mental de Sagunto y el centro de salud Puerto de Sagunto (Valencia) se encuentra una coincidencia de diagnósticos psiquiátricos en torno al 70 %, cifra superior a la encontrada en estudios previos, aunque en opinión de los autores la comunicación es mejorable entre ambos servicios. Entre las posibilidades de mejora se aducen la necesidad de una formación continua de los médicos de AP en temas relacionados con la salud mental, la correcta cumplimentación de la hojas de interconsulta, la integración de ambos servicios (consulta única, o reuniones entre AE y AP), o bien, la consulta telefónica entre niveles asistenciales.

1.2.11. Tomando como referencia el tratamiento de un problema de salud (asma) se encuentra que en 6 Centros de Salud de Gijón, los niveles de AP y AE, pese al hecho de tratar con grupos demográfica y clínicamente homogéneos, muestran diferencias significativas respecto al tratamiento recibido. Ambos niveles comparten

un porcentaje similar de pacientes tratados adecuadamente. Pese a ello, el estudio muestra también que existe un alto grado de infra-tratamiento (farmacológico) de los pacientes tratado por la AP, así como un grado de adhesión al tratamiento superior en el grupo de pacientes tratado por la AE.

1.3. Esquema organizativo de la AP

Uno de los elementos de análisis del sistema sanitario ha sido la comparación internacional en el funcionamiento del sistema sanitario. En este caso se destacan algunos puntos que sitúan a la AP en España frente a la de otros países con sistemas de asistencia organizativamente comparables:

1.3.1. Entre aquellos países (España, Finlandia, Portugal y Suecia) caracterizados por compartir un modelo de AP similar (el modelo sanitario público asalariado), podemos decir que Portugal y España son los que ofrecen un grado relativamente mayor de longitudinalidad y continuidad, mientras que Suecia y Finlandia se sitúan en la cola.

1.3.2. En España, las consultas son de corta duración y con un escaso uso de los sistemas de prescripción repetida.

1.4. Cobertura (pública y/o privada) de los servicios sanitarios

La reforma del grado de aseguramiento, provisión y financiación público y privado ha constituido posiblemente el tema de debate más importante en relación a los sistemas sanitarios de los países desarrollados. Ante la eventualidad de estas reformas parece interesante conocer cuál es la percepción de los usuarios frente a las coberturas sanitarias públicas y privadas. Estos resultados provienen de una amplia encuesta realizada a los usuarios de un hospital universitario de Madrid:

1.4.1. Como punto de partida podemos decir que existe un desconocimiento importante por parte de los ciudadanos respecto a variables como la estructura, organización y dependencia funcional de los centros asistenciales del sistema sanitario.

1.4.2. Un elevado porcentaje de ciudadanos (80 %) considera adecuado el grado de cobertura sanitaria pública.

1.4.3. En cuanto a los grandes déficits percibidos en el sistema sanitario público, los entrevistados destacan la odontología

(30-37 %), pasando a un segundo plano problemas como la mala atención (14-17 %), el tiempo de espera, las listas de espera (12-28 %), una escasa cualificación profesional, la masificación de los servicios y la cobertura oftalmológica.

1.4.4. Entre los valores que soportan la imagen de la sanidad privada para los ciudadanos hay que destacar: la rapidez (en contraposición con las listas de espera), la posibilidad de elección, el trato profesional recibido y la confortabilidad (como factor coadyuvante de la postura crítica frente a lo público).

1.4.5. Analizando las preferencias de los usuarios frente a problemas de salud percibidos como preocupantes (graves) y no preocupantes (leves) se observa que la mayoría se decide por la institución pública (el 59 y 58 %, respectivamente, para problemas leves y graves) y entre el 20-22 % por la privada.

1.4.6. El modelo sanitario mejor valorado entre los ciudadanos es el actual, definido por la universalidad de la asistencia pública y por la posibilidad de complementar la cobertura de sus necesidades por la vía privada (53 % de los encuestados).

1.4.7. Finalmente, existe una conciencia compartida entre la población de que la prestación sanitaria pública está siendo recortada (el 62 % lo percibe), si bien dichos recortes les han afectado personalmente a un porcentaje inferior (57 %).

1.4.8. Estos resultados pueden contraponerse a las opiniones surgidas del Eurobarómetro (1996), donde se preguntaba a diferentes ciudadanos de países pertenecientes a la Unión Europea en relación a su valoración global de los Sistemas Nacionales de Salud o sistemas de aseguramiento público sanitario nacionales: España se sitúa por debajo de una hipotética norma de satisfacción europea frente a los sistemas sanitarios cuando se controla el efecto de gastos sanitarios capitativos nacionales. La situación en España destaca también en el grado de encuestados que muestran *indiferencia* frente a este tipo de cuestiones.

1.5. Nuevas prestaciones sanitarias y sociosanitarias

Uno de los puntos clave de política sanitaria en años venideros va a ser la cobertura de nuevas necesidades sanitarias y sociosanitarias dada la previsible evolución sociodemográfica de la población española. A este respecto podemos señalar algunos puntos de interés en relación a un estudio realizado en 1994 en un centro hospitalario de Valencia:

1.5.1. En relación a las necesidades frente a los servicios sociosanitarios (ayuda domiciliaria, hospital de día, hospital de crónicos), al obtener el alta en un hospital de agudos, podemos decir que cifra una ubicación inadecuada de los pacientes tras el alta en torno al 28 % de los casos.

1.6. La contratación de los servicios sanitarios

Otro de los elementos de análisis más interesantes en el área de la política sanitaria son los mecanismos (y la eficiencia en su funcionamiento) en la contratación de servicios asistenciales:

1.6.1. Algunos resultados de valoración de la actividad quirúrgica con internamiento en los hospitales pertenecientes al INSALUD Gestión Directa muestran que la concreción de la actividad contratada en una u otra unidad de medida (en este caso se evalúa la utilización de las UPAs y las EVAs como escalas relativas de valor) tiene influencia sobre los incentivos implícitos que incluye el contrato.

1.6.2. En un análisis de los contratos suscritos por hospitales del INSALUD en Asturias se encuentran indicios que respaldan la hipótesis de existencia del efecto *trinquete*, lo cual puede debilitar la credibilidad de los contratos a largo plazo: si una buena gestión es penalizada con más actividad se está incentivando efectivamente a no cumplir lo pactado.

1.6.3. En un estudio sobre la relación entre la estructura del mercado y los niveles de eficiencia de los centros hospitalarios de agudos en Cataluña se encuentra que, desde el punto de vista de política sanitaria, dicho sector se estructura en dos subsectores. Un primero compuesto por 22 mercados pequeños y muy concentrados, de los que 8 mercados tienen un solo centro (monopolios geográficos) y 6 tienen 2 hospitales. El segundo subsector representa un único mercado con 37 centros, 3,4 millones de habitantes y caracterizado por un nivel de competencia elevado. El análisis demuestra que, complementariamente: I) no se pueden utilizar las definiciones administrativas de áreas sanitarias como equivalentes de mercados hospitalarios geográficos; II) el ajuste de casuística cuando se producen flujos de pacientes entre mercados no es importante. En el análisis explicativo de los niveles de eficiencia, los autores destacan que tan sólo el número de hospitales competidores en el mercado local (como variable ambiental) contribuye de forma significativa a explicar las diferencias en los niveles de eficiencia técnica pura y global entre los mercados locales, donde ambas aumentan con el aumento del número de competidores. Más allá, otras variables como el factor propiedad no parecen explicar

los niveles de eficiencia. Parece confirmarse que la ineficiencia de escala mantiene una estrecha relación entre el tamaño del centro y probablemente también con los rendimientos a escala decrecientes de los hospitales más grandes: los niveles de eficiencia parecen mejorar al mismo tiempo que lo hace la dimensión del centro, pero en proporción decreciente. Otro elemento positivo para la eficiencia de escala parece ser la variable de gravedad de la enfermedad, que podría considerarse también como aproximación al grado de especialización del centro.

1.6.4. Un análisis empírico sobre el coste diferencial que puede suponer para un centro su estatus docente reseña la necesidad de desarrollar factores de compensación en la financiación que vayan más allá del efecto del factor de complejidad en los casos que trata el centro: los costes resultan superiores en los hospitales docentes que para aquellos sin el estatus docente. Esta diferencia queda sólo explicada parcialmente debido al relativo grado de complejidad de los casos tratados en estos centros: mientras la complejidad (medida según el índice de casuística) es un 30 % superior en los centros docentes, los costes superan, en media, el 275 % a los hospitales no docentes. Además, todos los efectos de las variables consideradas resultan positivos, a excepción del número de camas y el índice anual de rotación. El efecto de este último implica, como esperábamos, que una mayor rotación supone menores costes. El signo negativo entre el número de camas y los costes (incluso para la regresión simple) muestra la existencia de complementariedades en cuanto a costes en los centros analizados. Es reseñable también que todas las elasticidades estimadas resultan inferiores a la unidad. El impacto sobre los costes del factor docente depende del número de residentes existentes: 24,1 % para los hospitales con menos de 20 residentes, 37,1 % para aquellos con un número de residentes entre 20 y 84; 76,3 % (entre 85 y 204) y 83,7 % para centros con más de 204 residentes (todos expresados en valores medios). Finalmente, los autores señalan que son los efectos aleatorios los que principalmente recogen la variación en los costes, siendo los errores de medida la segunda fuente de variación. La heterogeneidad en el estatus docente de los centros resulta el elemento particular de mayor influencia como componente de la variación.

1.7. Evaluación de algunos programas asistenciales específicos

Finalmente, cabe también introducir algunos de los resultados frente a programas asistenciales específicos que pueden determinar vías de acción futura en el sistema sanitario. Cabe recordar que el ámbito territorial reducido de este tipo de análisis no permite hacer generalizaciones automáticas:

1.7.1. *Programa de Hospitalización Domiciliaria* como mecanismo de relación asistencial entre AP y AE:

1.7.1.1. Este tipo de programas muestra que un impacto de la medida es la reducción de un mínimo de cuatro días de la estancia media de hospitalización convencional sin producir una sobrecarga de trabajo en el nivel asistencial de AP (Hospital Juan Canalejo de La Coruña).

1.7.1.2. En una experiencia similar en Lleida, se encuentra un ahorro aproximado de 358 estancias hospitalarias (3,5 habitaciones/día de media) donde sólo un caso tuvo complicaciones infecciosas (tratadas en el propio domicilio) y se produjo un solo ingreso hospitalario (como una medida de ajuste de calidad en el servicio de hospitalización domiciliaria).

1.7.1.3. Un estudio de costes realizado en un Hospital Universitario del Servei Valencià de Salut muestra cómo la Hospitalización Domiciliaria (HD) es una alternativa más eficiente que la convencional, cuando las decisiones obligan a tener en cuenta los costes medios (abrir una unidad frente a una planta de hospitalización) o cuando se crea como recurso sustitutivo mediante la transformación de recursos preexistentes, pero pierde sus ventajas en costes cuando se crea como recurso complementario. El coste medio fue de 172.043 ptas., menor en el episodio de hospitalización domiciliaria (25.565 ptas. menos por estancia). Respecto a los costes marginales, las diferencias se situaron en torno a las 14.987 y 2.913 ptas. menos para el episodio y la estancia, respectivamente, a favor de la hospitalización a domicilio. Cuando se considera el coste de personal en HD como un coste diferencial (supuesto en el que debe crearse una unidad de HD con nuevas plantillas) el coste marginal por episodio en HD es 2.276 ptas. mayor que en el hospital.

1.7.2. *Programa de Cita Previa en AP* como mecanismo de planificación de la demanda asistencial: este programa desarrollado en 10 Equipos de AP del Área 10 de Madrid muestra que las campañas encaminadas a variar los hábitos del usuario no han tenido efecto, con lo que parece más interesante adecuar la oferta asistencial mediante medidas de organización operativa de los servicios.

1.7.3. *Programa de monitorización ambulatoria de la presión arterial en AP (MAPA)* como instrumento de innovación asistencial:

1.7.3.1. El impacto económico de este programa desarrollado en un centro de salud urbano de Badajoz se estima en términos del ahorro farmacológico que produce. El ahorro oscila entre las

150.000 y 5.000.000 de ptas. (en tres años), según se tome el fármaco más barato o más caro en el mercado.

1.7.3.2. Un análisis coste-efectividad de un programa de control de la hipertensión arterial en Valencia muestra que un tercio de los pacientes hipertensos del centro están bien controlados de acuerdo con los criterios de control óptimo establecidos (aunque estos resultados varían significativamente al variar también estos criterios). Las consecuencias económicas del control de la hipertensión arterial pueden observarse según los datos de coste-efectividad que obtiene el estudio: la relación coste-efectividad es un 41 % superior en los pacientes con control óptimo (Tensión arterial < 140/90) que en los pacientes con control subóptimo (Tensión arterial < 160/90).

2. El gasto y el consumo farmacéuticos en España

Una de las preocupaciones principales, a la luz de la evolución macroeconómica de la factura farmacéutica en nuestro país, ha sido el análisis del mercado farmacéutico y más particularmente el marco regulatorio en que se desarrolla. Dicha perspectiva puede ser complementada con el análisis de la oferta pública de medicamentos, lo que nos ofrece una descripción más específica de la composición de dicha oferta como reflejo tanto de los cambios en la regulación farmacéutica como de las estrategias propias de la industria.

Un reciente trabajo de Nonell y Borrell (1998) analiza la evolución en la década de los noventa de la regulación del mercado de medicamentos en España (véase el siguiente *Cuadro* resumen) y su influencia sobre los niveles de gasto farmacéutico asumidos por el SNS español.

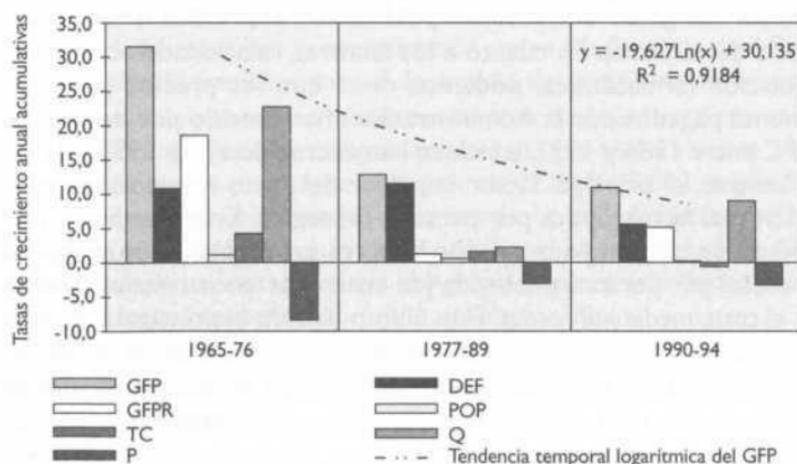
Los autores determinan que el regulador-financiador ha mejorado su capacidad de evaluar la eficacia terapéutica, la seguridad y calidad de los medicamentos en el mercado. Las modificaciones introducidas por la *Ley del Medicamento de 1990* han aportado al regulador mecanismos de información más eficaces que le permite ajustar los precios de los medicamentos a los costes de producción de la industria farmacéutica, y finalmente dispone de mecanismos (léase la posibilidad de exclusión de determinados productos de la financiación pública y el sistema de precios de referencia) que aumentan su poder de negociación. Estos tres elementos configuran un marco institucional capaz de conciliar de forma más eficiente la difícil combinación de remunerar el esfuerzo innovador de la industria farmacéutica y promover, a su vez, el consumo de aquellos medicamentos que aportan mejoras terapéuticas.

Regulación del mercado farmacéutico en los noventa

Regulación en relación a: (Órganos de decisión)	Entrada, salida y grado de competencia en el mercado	Precios	Provisión pública de medicamentos
	Normas sobre producción. DGF-MSC	Precio de venta del laboratorio (PVL) de introducción (y revisiones anuales). Gobierno, CDGAE, MSC y CIPM-MSC	Control presupuestario. INSALUD, SRS, MSC y MEH
	Registro de productos. DGF-MSC y AEM-MSC.	Margen de distribución. Gobierno	Copago. Gobierno
	Sistema de Patentes. OPM-MINER	Margen de farmacia. CDGAE, Gobierno	Exclusiones. Gobierno, MSC
	Retirada de productos. DGF-MSC	Revisiones coyunturales del PVL. CDGAE	Acuerdos laborales. MSC-CISNS-Farmaindustria Acuerdos farmacias. INSALUD, SRS-Colegios de farmacéuticos

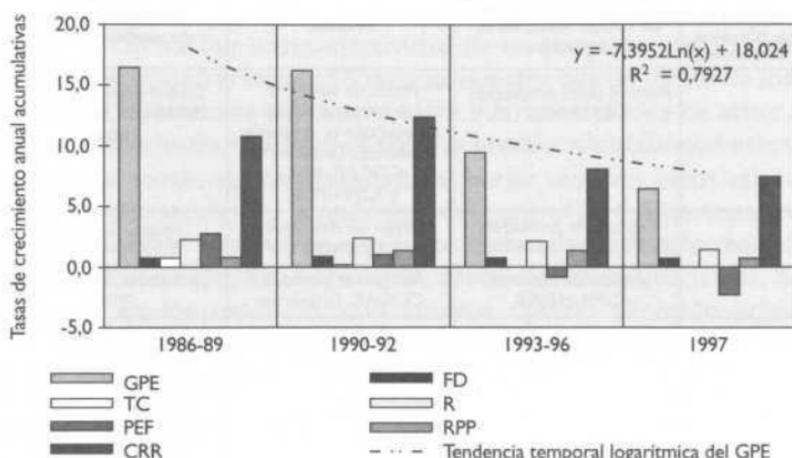
Notas: MSC: Ministerio Sanidad y Consumo; DGF: Dirección General de Farmacia (dependiente del MSC); AEM: Agencia Española del Medicamento (Org. Autónomo adscrito al MSC); OPM: Oficina de Patentes y Marcas; CDGAE: Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos; CIPM: Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (adscrita al MSC); SRS: Servicios Regionales de Salud, CISNS: Consejo Interterritorial del SNS.
FUENTE: Adaptado de Nonell y Borrell (1998).

Desagregación tasas de crecimiento de la factura farmacéutica total (1964-1994)



Notas: GFP: Gasto Farmacéutico Público a precios corrientes. Millones Ptas. INSALUD; DEF: De-
flactor implícito del PIB. Índice. INE; GPPR: Gasto Farmacéutico Público Real, precios constantes
(usando deflactor del PIB). Millones Ptas. 1980; POP: Población total. Miles. INE; TC: Tasa de Co-
bertura de la asistencia sanitaria pública (pobl. protegida/población total). %. INSALUD-INE; Q:
Gasto farmacéutico por persona protegida a precios const. Ptas. 1980. Residuo; P: Índice real de
los precios de medicamentos (diferencia deflactor del PIB-índice precios industriales). INE.
FUENTE: Elaboración propia a partir de Nonell y Borrell (1998).

Desagregación crecimiento del gasto público en especialidades farmacéuticas (1985-1997-I)



Notas: GPE: Gasto Público en Especialidades farmacéuticas (a través de oficinas de farmacia). Millones Ptas. INSALUD; FD: Factor Demográfico ($FD = P1 + 3,3^{\circ}P2$), P1 menores 65, P2 mayores 65. Miles. INE; TC: Tasa de Cobertura (Pobl. Protegida/Pobl. Total). %. INSALUD-INE; R: Número de Recetas. Millones. INSALUD; PEF: Precios especialidades farmacéuticas, estimación revisiones y descuentos. Índice; RPP: Recetas por Persona Protegida. INSALUD-INE; CRR: Coste Real por Receta. Ptas. Residuo.

FUENTE: Elaboración propia a partir de Nonell y Borrell (1998).

Los autores² reconocen un impacto reducido de los factores externos (el factor demográfico no tiene un peso determinante, mientras que el grado de cobertura ha dejado de ser un factor impulsor del gasto farmacéutico público con la práctica universalización del sistema). En cuanto a los factores relacionados con la regulación farmacéutica, podemos decir que los precios (efectivamente pagados por la Administración) han crecido por debajo del IPC entre 1986 y 1992, e incluso han decrecido entre 1993 y 1996. Mientras, el principal factor impulsor del gasto ha sido la prestación real farmacéutica por persona protegida. Esta prestación real media se descompone en dos factores principales, el número de recetas por persona protegida (de una importancia relativa menor) y el *coste medio por receta*. Este último ha sido el principal impulsor del gasto, directamente relacionado a los fenómenos de introducción de nuevos medicamentos más caros en el mercado y al desplazamiento del consumo hacia este tipo de prestaciones.

² Respecto al impacto de estas medidas de regulación sobre la evolución del gasto público efectivo en farmacia, los autores descomponen los factores explicativos de ésta en factores exógenos (factor de envejecimiento demográfico relativo y de aumento de la cobertura sanitaria) y aquéllos más íntimamente relacionados con la regulación introducida en el mercado farmacéutico.

tación (excepto en los resultados de pruebas complementarias), los datos registrados en la AE muestran en general bajos % de cumplimentación a excepción de los diagnósticos y el registro del tratamiento, que mejoraron en 1995. Para 1995 se evalúa la calidad de los datos aportados por el médico general en las hojas de interconsulta, llegando a la conclusión de que ésta es claramente mejorable.

Fernández-Hidalgo y col. (1998) analizan en este mismo sentido una experiencia concreta de coordinación entre AP y AE. En el programa de detección precoz de cáncer de mama en el área II del Principado de Asturias se fijan objetivos claros de coordinación comunicativa para la mejora de la efectividad en la acción preventiva. La evaluación en este sentido (tiempo de demora en la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales) se muestra resumida en el Cuadro siguiente:

Tiempos medios de demora desde la realización del estudio mamográfico

Hasta:	
Recepción del informe médico de atención primaria	3 días
Comunicación de resultados al paciente	5 días
Práctica de tratamiento quirúrgico (en casos necesarios)	14 días

FUENTE: Fernández-Hidalgo y col., 1998.

A juicio de los autores, la coordinación entre los Equipos de AP y AE ha facilitado notablemente el desarrollo del programa de detección precoz de cáncer de mama en un área de salud extensa con población rural dispersa, obteniendo resultados técnicamente satisfactorios: la tasa de respuesta fue de un 72,21 % (2.562 mujeres) con una detección de tumores malignos de 14 (tasa 5,46 por mil) y la tasa de biopsias fue de 1,25 %. La participación del médico de AP permite disponer de anamnesis dirigida y exploración física, y de contribuir a la concienciación de la población diana.

Custey Malé y col. (1997) presentan en este mismo sentido los resultados de una evaluación interna, a partir de una batería de indicadores, de un programa de coordinación de la asistencia sanitaria⁷. Este programa (Coordinación de Cuidados, COORCUID),

⁷ Se estudian entonces los informes recibidos desde febrero de 1994 a diciembre de 1995 en todos los centros del sector sanitario 2 de Madrid (Hospital de La Princesa, Hospital de Santa Cristina y la Gerencia de AP perteneciente a los 20 centros de salud del área). Los aspectos a monitorizar fueron: 1) Centro donde

iniciado en 1994, diseñaba y monitorizaba un circuito de comunicación de informes de enfermería al alta con el objetivo de ofrecer una atención sanitaria *continua* a los usuarios: el instrumento de gestión de la coordinación entre niveles asistenciales es, pues, el informe de enfermería al alta. Toda vez que ha finalizado la estancia hospitalaria pueden persistir en el paciente la necesidad de cuidados de enfermería en la AP. En este sentido, parece tan importante que el informe sobre la asistencia hospitalaria recibida contenga una óptima información como que ésta llegue efectivamente al siguiente nivel de asistencia.

Los resultados muestran que se recibieron 688 informes en 1994 y 1.860 en 1995. Se obtuvo un grado aceptable de cumplimiento de los indicadores definidos, a excepción del indicador de cumplimiento de plazo previsto. Ello puede erosionar claramente el objetivo de continuidad en la asistencia: si el informe es recibido tras cuarenta y ocho horas a partir del momento del alta hospitalaria aumentan las probabilidades de recibir una asistencia sin el necesario soporte informativo. La actividad que generaron estos informes al alta fue principalmente de consulta de enfermería y, de forma más secundaria, de atención domiciliaria. Una de las conclusiones más interesantes de este estudio es el diseño de un marco de trabajo en contacto directo y constante entre las direcciones de enfermería de la AE y AP. Dicho entorno de trabajo favorece la elaboración de medidas conjuntas de protocolización de la asistencia en favor del objetivo común de la continuidad y calidad de la asistencia al paciente.

En un trabajo de Carrascosa, R. y col. (1997) se estudia cómo un cambio organizativo en la AP puede o no promover la eficiencia fuera de este ámbito asistencial⁸. En esta ocasión se evalúa cómo la ampliación de la oferta asistencial en la AP puede mejorar la eficiencia en la utilización de los servicios de urgencia hospitalarios (SUH). La hipótesis inherente en este tipo de estudios es la de que

se remite el informe; II) Hospital; III) Fecha de recepción y de alta; IV) Cumplimiento del plazo; V) Datos del paciente; VI) Datos del centro; VII) Pertenencia al mismo; VIII) Lugar de atención de enfermería; y IX) Número de llamadas telefónicas.

⁸ Dicho análisis se efectúa en la comarca del Baix Camp (Tarragona) con el objetivo de evaluar el impacto de una ampliación de la oferta asistencial en un centro de AP en mayo de 1995 sobre la utilización del servicio de urgencias hospitalarias (SUH) del hospital de referencia (Hospital Universitari Sant Joan de Reus) para dicha área básica de salud (rural) (ABS Riudoms). La medida establecía un horario adicional de *atención continua* (AC: Atención Continua que se define en el estudio como atención a las demandas de la población que se realiza fuera del horario normal de la actividad de los EAP, tanto en el mismo centro como en el domicilio de los usuarios) para el CAP, analizando pues la evolución de la *frecuentación de los servicios de urgencia hospitalaria* (incluye en análisis de variables como el número total de asistencias, variables sociodemográficas de los usuarios—edad, sexo, población de procedencia—, horario de asistencia, día de la semana, lugar de asistencia, derivaciones y patología atendida) y AP durante mayo de 1995 a mayo de 1996.

Principales resultados de la relación entre AP y AE: problemas y vías de solución apuntadas

Problemas	
1.	Desconocimiento de las actividades realizadas en el «otro nivel» asistencial (ámbito personal, profesional...)
2.	Falta de comunicación y de diálogo
3.	Masificación de la asistencia en ambos niveles
4.	Falta de consideración profesional del hospital/especializada hacia la atención primaria
5.	Desmotivación del personal sanitario
6.	Desinterés de algunos médicos de atención primaria (MAP) por cambiar su modo de actuación (más tiempo de trabajo, más responsabilidad...)
7.	Poca accesibilidad del hospital para el MAP
8.	Existencia de especialistas de ambulatorio no integrados en el hospital. Desconexión entre especialistas de ambulatorio/hospital
9.	Falta de coordinador/director único de atención primaria y especializada
10.	Falta de uniformidad de criterios. No existencia de protocolos comunes
11.	Mala organización de las urgencias tanto hospitalarias como extrahospitalarias
12.	Pocos centros de salud con atención continuada
13.	Exceso de lista de espera en ambulatorios
14.	Prescripción delegada al MAP por el especialista
15.	Persistencia de consultorios/ambulatorios y pocos centros de salud
16.	Falta de medios administrativos
17.	Escasez de personal
18.	Falta de planes de educación sanitaria
19.	Falta de impulso por parte de la Administración para la formación continuada
20.	Falta de seguimiento del MAP a pacientes ingresados por el hospital. Ausencia de cauces de información rápidos y eficaces (por ejemplo, teléfono)
21.	Interconsultas injustificadas al especialista
22.	Distinto concepto de salud en el hospital que en atención primaria
23.	Rechazo de interconsultas por parte de especialistas de forma injustificada
24.	Falta de visión integral del paciente
25.	Lejanía física entre el hospital y atención primaria

Soluciones	
1.	Elaboración de protocolos comunes y consensuados (terapéuticos, derivación, etc.)
2.	Creación de comisiones mixtas para la realización de reuniones organizativas
3.	Reuniones de coordinadores de centros de salud/jefes de servicio y directores de atención primaria/gerentes de hospital
4.	Ampliación de técnicas diagnósticas en atención primaria
5.	Mejora de los circuitos de pacientes
6.	Listas negativas de derivación en lugar de listas positivas (patología que no hay que derivar)
7.	Primera prescripción, recetas de larga duración. ILT y citación por parte del especialista
8.	Existencia de una dirección conjunta única (especialista/atención primaria)
9.	Desaparición de los especialistas de ambulatorio no integrados en el hospital
10.	Acceso directo de los pacientes a oftalmología y ginecología
11.	No derivaciones burocráticas al centro de AP
12.	Montaje de urgencias por servicio de urgencias hospitalario
13.	Reuniones lúdico-deportivas
14.	Educación sanitaria
15.	Autocitación de especialistas
16.	Especialista interconsultas con el centro de AP
17.	Acceso de los MAP a pacientes ingresados en el hospital
18.	Realización de guardias en el hospital
19.	Mejora de la comunicación bidireccional, control de calidad del intercambio de información
20.	Historia clínica única informatizada
21.	Cursos de formación continuada para atención primaria o mixtos de temas de especializada
22.	Sesiones clínicas conjuntas
23.	Rotaciones periódicas de los MAP en el hospital por distintos servicios (consultas externas, urgencias...)
24.	Realización de cursos periódicos por correspondencia

respecto a su hospital de referencia fueron: I) la frecuencia con que recibían el informe de alta de los pacientes; II) la capacidad de resolución de los problemas; III) la adecuación de recursos disponibles por parte del hospital; y IV) la información facilitada era correcta. Contrariamente, los aspectos peor valorados fueron: I) las oportunidades de formación ofrecidas por el hospital (hacia los médicos de AP); y II) el desconocimiento del nombre del especialista. En resumen, si bien los profesionales de AP opinan que los hospitales resuelven positivamente los problemas y prestan unos cuidados adecuados, no están satisfechos con el apoyo que les brindan los hospitales de referencia.

El trabajo de Rivas Crespo y col. (1997) tiene como objetivo la evaluación del grado de *coordinación* existente entre la medicina general y la AE en un Área de Salud de Burgos⁶. Los resultados principales muestran que para este Área de Salud no se han producido cambios relevantes entre 1993 y 1995 en los procesos de coordinación entre la AP y AE. Como indicadores de citación se tomaron el número de solicitudes de interconsulta (de AP a AE) que en el plazo de cuarenta y ocho horas no recibieron día y fecha (cita) para su realización. Este proceso de citación, fundamentalmente administrativo, fue adecuado tanto en 1993 como en 1995, donde el porcentaje de solicitudes sin citar fue del 1,21 % y del 1,30 %, respectivamente.

Sin embargo, el proceso de coordinación presentó deficiencias relevantes en cuanto al funcionamiento del circuito entre AP y AE, que no se vieron subsanados en el transcurso del período 1993-95. Al analizar el número de hojas de interconsulta devueltas a la AP tras seis meses de la fecha de solicitud se observó un porcentaje del 24,10 % en 1993 y del 22,03 % en 1995. Entre los factores determinantes de estos fallos en el circuito de comunicación y coordinación de la AE y AP destaca la retención de las hojas de interconsulta por parte de los especialistas (un 61,25 % en 1993 y 52,06 % en 1995). Respecto al grado de cumplimentación de los datos de las hojas de interconsulta se reflejan diferencias relevantes en función del nivel asistencial donde nos situamos: mientras los datos registrados en la AP muestran elevados % de cumplimen-

⁶ Para ello, el estudio analiza las *solicitudes de interconsulta* a la atención especializada (Hospital General Yagüe de Burgos y Hospital Santos Reyes de Aranda) entre enero de 1993 y 1995 desde los 21 CAP existentes en este área. Tomando una muestra aleatoria de estas solicitudes se analiza en profundidad los datos contenidos en las *hojas de interconsulta (HIC)* y su evolución temporal. Más concretamente, el estudio se planteaba la revisión de la coordinación entre AP y AE respecto: I) al proceso de citación entre AP y AE; II) al funcionamiento del circuito entre AP y AE; III) el grado de cumplimiento de la HIC; y IV) para 1995, la calidad de los datos contenidos en las HIC.

- II) el programa selectivo de revisión de medicamentos (PROSE-REME) iniciado por la Dirección General de Farmacia en 1983. Este último puede haber tenido también consecuencias en términos de incremento constante de la calidad de la oferta farmacéutica (valor intrínseco) iniciado en 1979 y que se ha mantenido hasta la actualidad.

En cuanto al decreto, la mayoría de los fármacos afectados por el mismo son más antiguos, más baratos, de peor calidad y contienen un mayor número de principios activos. Los autores consideran que parece evidente que, pese a las críticas recibidas, el decreto de 1993 no tuvo una finalidad eminentemente economicista. Así pues, la medida tampoco puede ser considerada como efectiva en relación a la contención del coste farmacéutico de la oferta de medicamentos. Un desplazamiento del consumo hacia productos de características parecidas y de mayor coste económico puede hacernos entender este hecho. Sin embargo, y pese a las mejoras introducidas por el decreto en términos de calidad de la oferta de medicamentos, podemos considerarla como insuficiente si consideramos que todavía persiste un 31 % de la oferta sin eficacia clínica demostrada (el 31,05 % de la oferta presenta un valor intrínseco no elevado, y un 31,42 % con un grado de potencial uso impropio).

Respecto a la evolución del coste de la factura farmacéutica (aumento del precio medio del medicamento), los autores consideran que la industria farmacéutica opta, ante la imposibilidad de trasladar sus costes (I+D, producción, comercialización...) a una estructura de precios regulados públicamente, por introducir nuevas especialidades farmacéuticas (en su mayoría *me-toos*) que incorporen adecuadamente sus márgenes comerciales. Estas nuevas incorporaciones al mercado de medicamentos tienen mucho que ver con la expansión en los costes si atendemos que, en el primer trimestre de 1996, los medicamentos registrados hace menos de cinco años representaron un 39 % del valor total del coste farmacéutico y sólo el 20 % de la cifra de envases vendidos.

3. Coordinación y relaciones organizativas entre niveles asistenciales

Uno de los elementos más interesantes con relación a la evaluación en el funcionamiento del sistema sanitario es el grado en que el marco de relaciones organizativas entre niveles asistenciales (léase entre AP y AE) puede promover o frenar la eficiencia global del sistema. La eficiencia se entiende en este punto como la coor-

dinación *óptima* entre niveles asistenciales que ha de permitir una asistencia *continua* al paciente.

En la relación existente entre los Centros de AP y sus hospitales de referencia se pueden aventurar ciertos elementos problemáticos como los *factores institucionales y organizativos*: debe superarse la concepción organizativa basada en la creencia que el centro hospitalario tiene un rango institucional superior al de los centros de AP. Asimismo existen *factores asistenciales o profesionales* que constituyen un freno a la continuidad en la asistencia sanitaria. Así pues, la información que se intercambian ambos niveles es, a menudo, deficitaria. En tercer lugar aparecen como problemáticos algunos *factores formativos o docentes*, en el sentido que la formación específica en AP es aún escasa. Respecto a la formación posgraduada, pese a su incremento relativo en el tiempo, abarca aún a un número insuficiente de los profesionales de la AP (10 %). Finalmente, se piensa que los *factores relativos a la investigación* pueden también tener una influencia en relación a la necesidad de avanzar en la coordinación de ambos niveles asistenciales: hasta hace poco, por ejemplo, la aportación de la AP a este ámbito ha sido prácticamente nula.

Con estas hipótesis de partida, Gómez Moreno y col. (1997) realizan un trabajo que tiene como objeto de estudio describir la actual situación de la relación entre el médico de AP y de AE y que recoge la opinión (a través de una metodología tipo *Delphi*) entre los expertos implicados para la Comunidad Valenciana. Los resultados, fruto de las entrevistas realizadas a directores médicos de área, coordinadores médicos de los Centros de AP, directores médicos de hospital, jefes de servicio de medicina interna y jefes de servicios de urgencia hospitalarios, se resumen en la tabla siguiente.

Es precisamente con relación a algunos de los problemas apuntados por este estudio Delphi (Falta de comunicación y de diálogo; Interconsultas injustificadas al especialista; Rechazo de interconsultas por parte de especialistas de forma injustificada) donde se han producido algunos ejercicios interesantes de evaluación.

Mira y col. (1997) realizan un análisis de las opiniones de los médicos de AP en Alicante respecto al grado de coordinación con su hospital de referencia. Dicho análisis surge de la oportunidad, en este área determinada, de utilizar dichas opiniones como dimensión de calidad en la asistencia que ofrecen los centros hospitalarios⁵. Los aspectos mejor valorados por los profesionales de la AP

⁵ Se realiza una encuesta a los médicos de AP de tres áreas de salud de la provincia de Alicante en relación a su hospital de referencia. La encuesta se envía a 225 profesionales, obteniendo una cobertura de respuesta del 43,55 %.

Frente a la cuestión de la efectividad de los instrumentos de regulación para la contención del gasto público en especialidades farmacéuticas, los autores concluyen: I) la contención de los precios pagados efectivamente por la administración —acuerdos para la reducción de los PVL (1993) y reducción de los márgenes de la industria y las oficinas de farmacia (1997)— no parece ser la causa del aumento de la prestación farmacéutica real por persona protegida si atendemos a la rigidez de la demanda pública de medicamentos frente a los cambios en el precio (Nonell y Borrell, 1997)³; II) la reducción gradual de la participación de los pacientes puede haber sido un elemento impulsor del crecimiento de la prestación farmacéutica real por persona protegida, atendiendo de nuevo a la sensibilidad de la demanda (esta vez de los particulares) frente al precio (en relación directa al grado de participación de los pacientes en el coste) y al hecho que entre 1985 y 1996 los % de consumo farmacéutico del segmento de población no exenta de copago ha pasado de un 33,22 % a un 27,95 %; III) la exclusión de productos de la financiación pública (copago del 100 %) en 1993 no ha mostrado una suficiente efectividad en relación al ahorro en la factura farmacéutica, lo que puede ser debido tanto a un proceso de adaptación de los profesionales a la lista negativa, una variación en sus pautas de prescripción, o bien al efecto sustitución de los medicamentos sustituidos por otros con efectos terapéuticos similares; finalmente, IV) no parece claro el efecto que la fijación de precios máximos pueda tener en este sentido.

Una aproximación empírica alternativa en este sentido la constituye un estudio del catálogo de especialidades farmacéuticas⁴, donde

³ Los autores realizan una estimación de la demanda pública de medicamentos entre 1964 y 1994, encontrando una elasticidad frente a la participación en los costes (aproximación al precio) casi nula, y muy parecida a la de otros estudios similares (Puig, 1988; Huttin, 1993). Nonell, R. y Borrell, J. R., «Demand for medicines, regulatory policy and government-firms relationship in Spain», *Working papers*, núm. 0897, Research unit on public policy analysis and evaluation, Universitat de Barcelona, 1997.

⁴ En particular se realiza una revisión de 11.482 presentaciones farmacéuticas (PF) financiadas por el sistema público de salud, poniendo especial atención en el valor intrínseco (como indicador de la eficacia del fármaco), el grado potencial de uso (indicador del grado esperado de utilización de un fármaco en AP) y el indicador de cronicidad (medida que interacciona la indicación más habitual de un medicamento, la duración del tratamiento en > o < de tres meses, su eficacia y el origen teórico de la prescripción) de cada presentación. Asimismo, se identifican en las 3.285 especialidades farmacéuticas (EF) del catálogo los valores *me-agains* (marcas comerciales que repiten uno/s mismo/s principios activos (PA) en su composición y dosificación) y entre los 879 PA distintos hallados en las EF monocomponentes los valores *me-toos* o *genéricos*. A partir del análisis de evolución temporal de estas variables se pretende también evaluar el impacto del Decreto 83/1993, sobre la calidad y coste de la oferta farmacéutica. Los datos utilizados son los del Catálogo de especialidades farmacéuticas. Base de Datos del Medicamento. BOT. Madrid: Consejo General del Colegio de Farmacéuticos, 1992 y 1996.

se analizan la evolución tanto en términos de calidad como del precio (coste) de la oferta farmacéutica financiada mediante fondos públicos en los últimos veintiocho años (1968-96) (Grau Bartomeu y col., 1997).

Los resultados muestran que la oferta farmacéutica financiada públicamente presenta una tendencia hacia:

- I) El incremento de su valor intrínseco de las especialidades monocomponentes,
- II) la persistencia de un elevado número de copias y, finalmente,
- III) el incremento del coste de esta oferta farmacéutica.

La desproporción existente entre el número de especialidades farmacéuticas y la cifra de principios activos registrados puede venir determinada a juicio de los autores por la lucha por mayores cuotas de mercado que condicionan la coexistencia de una multiplicidad de especialidades farmacéuticas *me-agains* en la oferta. Pese a ello es previsible que con la entrada en vigor de la *Ley Europea de Patentes (1992)* se vayan comercializando un máximo de tres copias por principio activo.

Entre los principios activos que se extraen anualmente de la oferta se identifica a un reducido número de principios activos innovadores y una constante inclusión de *me-toos*. Pese a que la coexistencia de tantas copias puede generar beneficios terapéuticos en términos de una farmacocinética diferente de cada una de ellas, los autores señalan que este hecho puede indicar una ineficiencia en la oferta farmacéutica fruto de:

- I) La ausencia de ventajas farmacodinámicas y de utilidad clínica de copias alternativas, y
- II) la malversación de fondos, que supone desarrollar nuevos agentes con el mismo mecanismo de acción.

El elevado número de *me-toos* encontrados podría ser debido al bajo coste que supone, en I+D para la industria, la comercialización de estos productos. La disminución persistente de policomponentes puede haberse visto afectada por:

- I) Las resoluciones en 1973 de la Dirección General de Sanidad, que establecen por primera vez normas sobre el registro de especialidades farmacéuticas a base de asociaciones medicamentosas; y

to al tratamiento para los pacientes asmáticos que reciben la atención y el seguimiento en su enfermedad bien sea desde la AP, o bien desde alguno de los servicios de neumología de la AE en los hospitales de referencia para este área de salud¹³. El estudio viene motivado por el interés de los autores por potenciar el papel de la AP en el control de este tipo de enfermedades y se inscribe en un debate sobre la capacidad de los médicos de familia para ofrecer un *tratamiento adecuado* de los enfermos crónicos.

Características del tratamiento en los 2 grupos de pacientes

	Grupo MF (n = 132)		Grupo MN (n = 63)		P
	Número	% (IC 95 %)	Número	% (IC 95 %)	
<i>Tratamiento</i>					
Correcto	37	28 (20,4-35,5)	25	39,7 (27,8-51,6)	NS
De más	26	19,7 (13,1-26,3)	18	28,6 (17,7-39,5)	NS
De menos	69	52,3 (43,9-60,7)	20	31,7 (20,4-43)	0,011
<i>Adhesión del paciente al tratamiento</i>					
Buena.....	33	25 (17,8-32,2)	22	34,9 (23,2-46,6)	NS
Mala.....	99	75 (67,8-82,2)	41	65,1 (53,4-76,8)	NS
<i>Técnica inhalación</i>					
Correcta	29	22 (15-29)	23	36,5 (24,8-48,2)	NS
Incorrecta	100	75,8 (68,6-83)	40	63,5 (51,8-75,2)	NS
No usan.....	3	2,3 (0-4,8)	—	—	—

Notas: IC 95 %: intervalo de confianza estadística del 95 %; NS: No significativo.

FUENTE: Cimas, J. E. et al. (1997).

Pese a tratar con grupos demográfica y clínicamente homogéneos se detectaron diferencias significativas respecto al tratamiento recibido por ambos grupos de enfermos de asma. Ambos grupos comparten un porcentaje de pacientes tratados adecuadamente¹⁴ similar. Pese a ello, el estudio muestra también que existe un alto grado de infratratamiento (farmacológico) de los pacientes tratados por los médicos de familia (MF). Éstos parecen recetar un número menor de fármacos de los recomendados (corticoides inhalados) para este problema de salud a más del 50 % de sus pacientes.

¹³ Se realizó un total de 195 entrevistas personales a enfermos asmáticos entre catorce y sesenta y cinco años elegidos aleatoriamente entre la población enferma adscrita en 6 Centros de Salud de Gijón, diferenciando para el análisis aquellos que eran atendidos por médicos de familia (MF) o bien por médicos neumólogos (MN).

¹⁴ A cada paciente se le realizó una entrevista estructurada y una espirometría. Se determinaba qué médico seguía habitualmente su enfermedad, así como datos sociodemográficos, parámetros de morbilidad, tratamiento prescrito y adhesión al mismo. La corrección o no al tratamiento prescrito se valoró atendiendo a las recomendaciones del Congreso Internacional para el Diagnóstico y Tratamiento del Asma en función del escalón de gravedad donde se situara el enfermo asmático.

También el hecho de que la adhesión al tratamiento sea superior en el grupo de pacientes tratado por los médicos neumólogos (MN), cuando éstos sólo visitan de forma ocasional a los enfermos, es preocupante para la AP. Respecto al seguimiento de la enfermedad, los comportamientos entre los médicos de familia y los médicos neumólogos no difieren significativamente. Los autores hacen incidencia entre sus recomendaciones en el hecho de que debe insistirse en la naturaleza inflamatoria del asma y dar a conocer más ampliamente a los médicos de familia las directrices del consenso internacional del asma.

4. El nivel asistencial de la AP desde la perspectiva comparada

Desde el punto de vista de la calidad asistencial, dos elementos a tener en cuenta en la AP como *primer nivel* asistencial del sistema son la *continuidad* y *longitudinalidad* con que el paciente recibe la atención sanitaria. Éste es precisamente el objetivo del trabajo de Pastor Sánchez y col. (1997). Se pretende entonces comparar los grados de continuidad y longitudinalidad en los cuidados de AP¹⁵ en cuatro países (España, Finlandia, Portugal y Suecia), caracterizados por compartir un modelo de AP similar: el modelo sanitario público asalariado, como lo caracterizan los autores¹⁶.

El 92 % de los encuentros fueron en el despacho médico, produciéndose la visita en un 2 % en el propio domicilio de los pacientes y en el 6 % restante mediante consulta telefónica. El número medio de consultas atendidas semanalmente por los médicos de AP fue de 103, siendo superior para el caso de los médicos de AP españoles (154). La duración de la visita fue menor de cinco minutos en el 37 % de los casos, duró de cinco a nueve minutos en un 29 % de las consultas, de diez a catorce minutos en el 21 %, y quince o más minutos en el 13 % de encuentros entre médico-paciente. Los

¹⁵ Cabe predefinir correctamente las variables de estudio, ya que, a juicio de los autores, ambos términos suelen confundirse. La longitudinalidad es por tanto el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por parte del mismo médico. La continuidad por su parte es el seguimiento por el mismo médico de un problema específico de un paciente. Considerando la longitudinalidad como elemento básico en la AP, podemos destacar los elementos diferenciales entre ambos conceptos: mientras la continuidad no requiere de una relación médico-paciente estable, ya que puede ser solventada con unos registros informativos (historia e informes clínicos) adecuados, la longitudinalidad requiere de una estabilidad (en el tiempo y en el espacio) en la interrelación médico-paciente.

¹⁶ El análisis se fundamentó en un estudio descriptivo y prospectivo de los encuentros (directos e indirectos) de 63 médicos de AP con sus pacientes durante una semana en septiembre de 1994. Se analizaron en total 6.495 consultas médicas.

dos que avalan estas afirmaciones es la disminución del volumen de derivaciones realizadas al hospital (véase el *Cuadro* siguiente).

Descripción de las reformas introducidas por la RAE

	Modelo contingente de cartillas. 1993. Especialistas de 2 horas	Modelo de RAE. 1995
<i>Provisión de servicios</i>	Proveedor único para todas las especialidades (ICS).	Diferentes proveedores para dar servicio de AE. IMAS en el caso de cardiología, reumatología y cirugía general. FHSP Claver para la dermatología. ICS para ORL.
<i>Coordinación</i>	Especialistas no integrados en el hospital. La actividad se realiza en un centro específico donde se ubican todos los especialistas (CAP-II).	Especialistas integrados en el hospital. La actividad se realiza descentralizadamente en cada uno de los CAP donde trabajan los EAP.
<i>Capacidad resolutive</i>	La cartera de servicios incluye exclusivamente visitas.	La cartera de servicios incluye la realización de visitas, crioterapia y cirugía menor, si se requiere.
<i>Continuidad asistencial</i>	La información clínica generada se recoge en historias clínicas para cada especialidad e independientes de la HCAP. Especialistas diferentes a nivel de AP y hospital. En general, no se realizan reuniones conjuntas entre especialistas y el EAP.	La información clínica generada se recoge en la misma historia clínica de AP (HCAP). El especialista que actúa a nivel de la atención primaria y hospital es el mismo. Se realizan sistemáticamente sesiones y consultorías entre especialistas y EAP.
<i>Accesibilidad</i>	Diferentes ámbitos de responsabilidad en la gestión de la lista de espera. Rigidez horaria y de programación. Poca capacidad de priorizar las derivaciones al hospital según gravedad.	Un solo ámbito de responsabilidad en la gestión de la lista de espera. Capacidad de modular la dedicación horaria por especialidad, según necesidades. Capacidad de filtrar las derivaciones del hospital según prioridad del caso.

Notas: ICS: Institut Català de la Salut; IMAS: Institut Municipal d'Assistència Sanitària; FHSP Claver: Fundació Hospital Sant Pere Claver.

FUENTE: Grenzner y col. (1998).

Volumen global de derivaciones realizadas al hospital

Especialidad	1993			1995			Ratio 95/93
	N.º deriv. EAP	N.º deriv. especialistas	N.º deriv. totales	N.º deriv. EAP	N.º deriv. especialistas	N.º deriv. totales	N.º deriv. totales
Cardiología ...	84	137	221	92	97	189	0,86
Cirugía	301	758	1.059	328	156	484	0,46
Reumatología . .	399	186	585	116	64	180	0,31
Dermatología . .	361	147	508	82	17	99	0,19
ORL	102	363	465	155	249	404	0,87
Total	1.247	1.591	2.838	773	583	1.356	0,48

FUENTE: Grenzner y col. (1998).

Como se observa, se ha obtenido una disminución del 52 % de las derivaciones, afectando ésta más intensamente a los servicios de cirugía, reumatología y dermatología.

Pese a que las derivaciones pueden constituir un indicador de ineficiencia (por exceso o defecto) en la coordinación entre AP y AE, se requiere para ello establecer un criterio objetivo que permita delimitar la idoneidad de derivar un paciente entre niveles asistenciales. Un ejemplo puede ser la coincidencia entre los diagnósticos realizados en la AP y la AE. García-Testal y col. (1998) evalúan los diagnósticos de AP a través de su confirmación por los servicios de psiquiatría de la AE en la unidad de salud mental de Sagunto y el centro de salud Puerto de Sagunto (Valencia) ¹².

La coincidencia de diagnósticos psiquiátricos en este caso concreto, 70 % (IC del 95 %, 59,6-78,8), resulta superior a la encontrada en estudios previos. El valor predictivo obtenido (diagnósticos confirmados sobre el total de diagnósticos de AP) es del 55 %. Pese a ello, en opinión de los autores, la comunicación es mejorable entre ambos servicios. La mayoría de errores se deben a la confusión entre depresión y trastornos secundarios a situaciones estresantes. Entre las posibilidades de mejora se aducen la necesidad de una formación continua de los médicos de AP en temas relacionados con la salud mental, la correcta cumplimentación de la hojas de interconsulta, la integración de ambos servicios (consulta única, o reuniones entre AE y AP), o bien, la consulta telefónica entre niveles asistenciales.

Resultados de los estudios de coincidencia en los diagnósticos de salud mental entre AP y AE en España

	Informes emitidos por AP sin diagnóstico (%)	Diagnósticos coincidentes AP-AE (%)	Derivaciones sin psicopatología (%)
Padierna, 1988	—	—	0
García, 1993	48	—	20
Rauís, 1995	20,4	68,4	3,8
Chocrón, 1996	53	36,7	—
García-Testal y col., 1998 .	21	70	14

FUENTE: García-Testal y col., 1998.

Una perspectiva alternativa para evaluar la eficiencia en la asistencia sanitaria recibida desde el sistema (sea desde la AP y/o desde la AE) es la de tomar un problema de salud en concreto. En un estudio de Cimas y col. (1997) para algunos Centros de AP de Gijón se plantea como objetivo el determinar si existen diferencias respec-

¹² Los autores realizan un estudio observacional, descriptivo retrospectivo, de las interconsultas entre AP y el servicio de salud mental entre junio de 1996 y mayo de 1997, analizando un total de 147 pacientes.

Perfil del usuario que acude injustificadamente al SUH

Perfil del usuario	Varón	Mujer
Número.	84	113
Media de edad.	42,9 (DE 18,6)	48 (DE 20,28)
Estado civil: casado.	63,1 %	48,7 %
Estudios: primarios.	64,3 %	46,9 %
Situación laboral: en activo.	53,6 %	30,4 %
Profesión: trabajador cualificado/sin profesión.	50 % (t. cual.)	40,2 % (s. prof.)
Convive con familiar de primer grado.	75 %	76,1 %
Sin patología crónica.	76,2 %	54,9 %
Si conocen MG en ABS.	60,7 %	77,9 %
No conocen existencia SEU.	52,4 %	57,5 %

Notas: DE: desviación estándar; MG; médico de guardia; ABS: área básica de salud y SEU: servicio especial de urgencias.

FUENTE: Escobedo F. et al. (1997).

Garrido Cruz y col. (1997) se plantean como objetivo el análisis de las posibles diferencias clínico-epidemiológicas de los pacientes que utilizan un servicio de urgencia de tercer nivel remitidos por otro facultativo en función del medio de procedencia rural o urbano. También se pretende detectar aquellos problemas en la práctica urgente extrahospitalaria, centrada especialmente en la problemática de la AP en el mundo rural¹⁰.

Los resultados muestran que el servicio de urgencia hospitalario es utilizado en la misma cuantía por pacientes que provienen de medios urbanos y rurales. Desde la AP rural llegan más pacientes derivados y mejor seleccionados. Es decir, del medio rural llega un mayor porcentaje de derivados (48,62 % desde el medio rural frente a un 28,59 % desde el medio urbano), supuestamente debido a la mayor accesibilidad al hospital desde el medio urbano. Respecto al tipo de problemas de salud implicados, desde el medio rural se remite un conjunto de patologías cuyo denominador común parece ser la necesidad de medios diagnósticos adecuados para la resolución del problema en el nivel de la AP (léase dolor abdominal -12,8 %-, dolor precordial -8,5 %-, o cuerpos extraños -2,6 %-). Mientras, desde el medio urbano se derivan un número relativamente menor de otras patologías que sólo precisan de una correcta historia clínica y unos recursos mínimos (vértigos o bien cirugía menor). Todo ello parece indicar una mayor capacidad resolutoria por parte del médico rural. El médico rural parece ser el primero

¹⁰ El estudio, realizado en el Área Centro de Sevilla, se desarrolló a lo largo del año 1995 en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, analizando un total de 16.724 pacientes derivados al SUH a partir de sus características socio-demográficas, frecuentación, derivación, diagnóstico y destino final de los pacientes.

en tratar tanto la patología grave como la banal, mientras que en el medio urbano el paciente grave acude directamente al hospital.

Con estos mismos datos en la mano, Caballero Oliver (1997) reflexiona sobre la cuotas de responsabilidad en cuanto a la saturación de los SUH como reflejo de un mal funcionamiento de la AP. A juicio del autor, parece claro que al menos un 10 % de las patologías atendidas en los dispositivos extrahospitalarios de urgencias se deriva a los SUH. Cabe considerar además que parte de los pacientes acuden a los SUH por razones que tienen que ver con potenciales carencias de la AP: *I)* las expectativas de los pacientes respecto a la rapidez en la atención y la comodidad no se ven satisfechas en la AP, o bien, *II)* se acude a la AE por una supuesta *excelencia* (relacionada muchas veces con el tratamiento diagnóstico complejo de problemas de salud leves) de estos servicios frente a la AP. La configuración actual de los SUH tienen también cuotas de responsabilidad en esta saturación: *I)* admisión de pacientes que desde ningún punto de vista requieren de AE, o bien, *II)* la práctica de exploraciones complementarias que no son pertinentes. Tanto la AP como la AE pueden promover cambios que actúen en línea con la descongestión de los SUH: la AP puede: *I)* adecuar su cartera de servicios a las necesidades de la población, y/o *II)* educar sanitariamente a los usuarios para que utilicen de modo más correcto los recursos disponibles; mientras que la AE puede por su parte: *I)* disponer de una plantilla de médicos con un perfil más adecuado (médico de familia) y/o *II)* controlar la praxis realizada y potenciar la coordinación entre niveles.

Grenzner y col. (1998) analizan los resultados obtenidos en términos de mejora en la continuidad asistencial, capacidad resolutive y accesibilidad por la implantación del cambio organizativo con la Reordenación de la Atención Especializada (RAE) en el sector sanitario Ciutat Vella (Barcelona)¹¹.

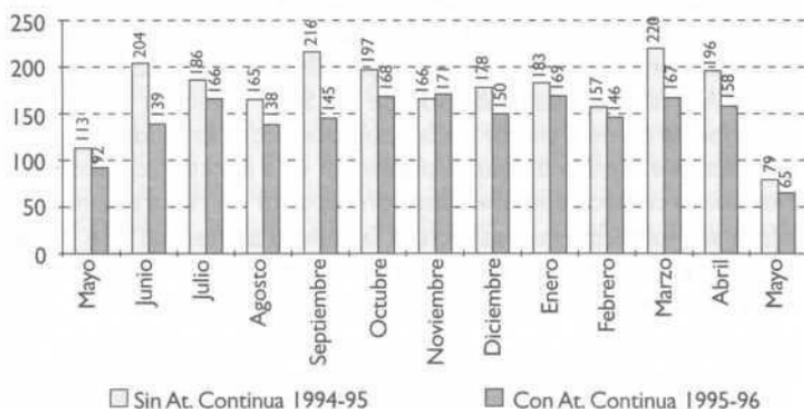
Según los autores, el modelo de RAE cumple con los objetivos básicos que plantearon su diseño: se produce una mejora de la capacidad resolutive del especialista en el ámbito de la atención primaria, junto a una mejora de la accesibilidad del usuario a la atención especializada (reducción de los días de espera). Uno de los resulta-

¹¹ El nuevo modelo de funcionamiento de la AE afecta a los 4 EAP gestionados por el ICS, los cuales tienen adscrita una población de 74.449 personas según el padrón de 1991. Para monitorizar y evaluar el proceso se estableció un sistema de recogida de información en función de datos sobre actividad asistencial, derivaciones hospitalarias (por el EAP y especialistas), las pruebas complementarias solicitadas por el especialista, lista de espera, sesiones, diagnósticos y calidad del registro en la historia clínica de AP (HCAP).

unas tasas elevadas de utilización/frecuentación de los SUH pueden producirse como reflejo de una oferta asistencial insuficiente en el nivel asistencial de la AP. En este sentido, la implementación de una medida de Atención Continua puede reubicar en la AP la utilización *inadecuada* de los SUH.

Este análisis establece que la apertura de un centro con un turno de Atención Continua produce una disminución significativa en la utilización del servicio de urgencia del hospital de referencia. Dicha reducción se evalúa en torno a una disminución en el número de pacientes que acuden a los servicios de urgencia de un 17,1 % (véase el Gráfico siguiente). Aun así, el número de pacientes que acuden por propia iniciativa parece excesivo si atendemos al hecho que no han pasado previamente por el Centro de AP. Resulta clave aquí entender que el nivel asistencial de la AP actúa efectivamente como filtro del sistema sanitario, estableciendo pues una utilización adecuada de los servicios de urgencia hospitalarios y liberando recursos en el siguiente nivel de asistencia, la atención hospitalaria. Los autores del estudio achacan este hecho a variables de accesibilidad a los servicios, como la privilegiada ubicación del hospital de referencia en este área rural de Tarragona (Reus) y/o al corto espacio de tiempo que lleva funcionando el nuevo turno de atención continuada.

Utilización SUH Hospital Referencia de la ABS



FUENTE: Elaboración propia a partir de Carrascosa et al. (1997).

En un estudio similar (Escobedo y col., 1997) se realiza un análisis descriptivo de los pacientes remitidos desde la AP hacia el servicio de urgencia (SUH)⁹. Uno de los resultados más significativos es

⁹ Se analizaban las características sociodemográficas de los usuarios, los motivos y características de las consultas del SUH recibidos desde una ABS urbana

que el 89,4 % de los pacientes acudieron al SUH por iniciativa propia. El total de urgencias no justificadas, y por tanto el *grado de inadecuación de la asistencia*, fue del 54,7 %. A continuación se desglosan los motivos de consulta de los pacientes que acudieron por iniciativa propia:

Motivos de consulta de los pacientes que acudieron al SUH por iniciativa propia. Diferencias según el grado de adecuación de la consulta

	Injustificada %	Justificada %	Global %
Ventajas que ofrece la atención hospitalaria	30,1	22,2	27,0
Sensación de urgencia	20,9	32,5	25,5
Debido a las listas de espera	12,2	4,8	9,3
No mejora con el tratamiento	12,8	4,0	9,3
ABS cerrado	8,2	11,1	9,3
Debido a un accidente	3,1	13,5	7,1
Ignorancia respecto al SEU	7,7	4,0	6,2
Otros	3,1	6,3	4,3
Falta de confianza en el CAP	2,0	1,6	1,9

Notas: SEU: Servicio Especial de Urgencias; CAP: Centro de Atención Primaria; ABS: Área Básica de Salud.

FUENTE: Escobedo F. et al. (1997).

Otro hecho que cabe remarcar es la relación entre la demanda asistencial en AP y los servicios de urgencia hospitalarios, y la accesibilidad de los usuarios. Un alto porcentaje de los pacientes son individuos activos, lo cual refuerza el supuesto que una mayor accesibilidad (en forma de mayor disponibilidad horaria de los servicios de AP) favorece la utilización de los SUH como un centro de AP por parte de este sector de la población. Los resultados remarcan también el hecho de que la población ve a los centros hospitalarios como centros con una dotación superior de recursos, lo que mejora sus expectativas respecto a la calidad asistencial que van a recibir en el tratamiento. Los autores achacan este hecho al deficitario grado de educación sanitaria que recibe la población.

(ABS de Llefià, Badalona). Se estudiaba, por tanto, el grado en que la demanda de dicho servicio era o no justificable. Las urgencias eran calificadas de *justificadas* cuando: I) aparece una necesidad de ingreso hospitalario; II) aparece una necesidad urgente de tratamiento no proporcionable en AP; III) conveniencia de la asistencia y/o tratamiento inmediato por un médico especialista no disponible en ese momento en AP; IV) signos y síntomas que sugieren al paciente peligro para su vida; V) síntomas ya conocidos por el paciente y que en otras ocasiones han requerido de atención hospitalaria; VI) valoración como urgente por algún médico si el paciente fue previamente visitado; y VII) aparece la necesidad de exploraciones complementarias no disponibles con carácter inmediato en AP. En el resto de supuestos se considera la consulta de urgencias como *injustificada*. Dicho análisis se efectuó desde febrero a junio de 1995 sobre una muestra de 360 pacientes mayores de catorce años que acudían al ABS con un informe de un SUH de cualquiera de los tres hospitales de referencia del área.

rios al obtener el alta en un hospital de agudos, analizando el encaje entre la ayuda que requieren los propios pacientes y la que efectivamente reciben del dispositivo asistencial público ²¹.

En el momento del alta, el 17 % de los pacientes precisaban ayuda parcial y el 21 % ayuda completa. El 23 % era candidato a recibir ayuda domiciliaria, el 9 % a ser tratado en un hospital de día y el 6 % en uno de crónicos. Los pacientes demandaban mayoritariamente vivir en su casa. Al mes del alta, sólo un 2 % de los pacientes recibía ayuda domiciliaria, ninguno era tratado en hospital de día ni de crónicos, y un 3 % volvía a estar ingresado en un hospital de agudos. Un 8 % de los pacientes que vivían solos antes del ingreso, y un 5 % de los que vivían acompañados, pasaron a vivir en casa de familiares. En definitiva, se encuentra en este contexto una cierta resistencia al cambio en la ubicación habitual de los pacientes frente a otros resultados situados en los EE.UU. Los autores cifran una ubicación inadecuada de los pacientes tras el alta similar a la de otros estudios de nuestro entorno (Masdeu *et al.*, 1992), del 28 %.

7. La contratación de servicios asistenciales

Uno de los elementos de mejora en este nivel de política sanitaria es el intento de introducir en el sistema una separación entre comprador y proveedor de servicios, cuya relación organizativa en el sistema sanitario pasa a ser ahora contractual. González López-Valcárcel (1998), gran concedora en nuestro país del proceso de implementación de los Contrato-Programa a partir de 1992, así como de la estructuración de sus contenidos y gestión de los mismos, realiza una evaluación de la sensibilidad de los diferentes niveles de actividad hospitalaria dependiendo de la unidad de medida escogida en su caso para establecer las cláusulas asistenciales del contrato ²².

²¹ Se estudian entonces 193 pacientes mayores de sesenta y cuatro años del Área 10 de Valencia ingresados en el Hospital General de Valencia entre febrero y abril de 1994. Mediante una entrevista al alta y la historia clínica, se obtuvieron datos sobre características sociodemográficas, capacidad para el autocuidado, estado mental, diagnóstico principal y comorbilidad. Un equipo multidisciplinar valoró en cada caso la ayuda sociosanitaria requerida. Una segunda entrevista un mes después del alta aportó datos sobre la ayuda real recibida por el paciente.

²² Dicho análisis se centra en el ámbito (asistencial) hospitalario y (organizativo) del INSALUD, centrándose en cómo han afectado los cambios que se sucedieron a partir de 1997 y que desembocaron en el Plan Estratégico y los nuevos Contratos de Gestión para los centros pertenecientes al territorio INSALUD G.D. Más concretamente, se compara la valoración de la actividad quirúrgica con internamiento en los hospitales INSALUD G.D. con dos unidades de medida de la actividad asistencial diferentes: I) las UPAs, unidades realmente utilizadas en los contratos-programa; y II) las EVAs, según el criterio seguido en la comunidad autónoma andaluza.

**Valoración comparada EVA/UPA de la actividad quirúrgica con internamiento.
Simulación de los hospitales generales de Insalud GD valorados en EVAs**

Año	% de sobrevaloración de la actividad quirúrgica con internamiento si se empleara la EVA				% de hospitales que ganarían
	Media	Desv. Típica	Mínimo	Máximo	
1994	4,6	7,2	-11,6	26,9	76,8
1995	2,2	8,1	-11,2	25,9	53,6
1996	6,1	8,1	-7,4	28,3	74,8

FUENTE: González López-Valcárcel (1998).

Los resultados principales (véase *Cuadro anterior*) de la comparación efectuada dejan bien claro que existen incentivos implícitos bien diferentes según la escala de valoración adoptada.

Ventura y González (1998) realizan un análisis empírico con el objetivo de clarificar la hipótesis sobre la existencia de efecto *trinquete* (*Ratchet effect*)²³. Dicho efecto se daría en el caso que el grado de cumplimiento de los objetivos pactados en el Contrato-Programa pudiera influir en el proceso de fijación de objetivos para el período contractual siguiente. En la medida que esto fuera así, cada centro tendría entonces incentivos a no esforzarse en el cumplimiento estricto del contrato más allá del límite a partir del cual el riesgo de sanciones se incrementara.

Observando el *Cuadro* siguiente podemos concluir algunos indicios que respaldan la hipótesis de la existencia de un efecto *trinquete*: el coeficiente correspondiente a la variable CPL (porcentaje de cumplimentación sobre las UPAs pactadas para el hospital *i* en el año *t*) es positivo y estadísticamente significativo. Asimismo, la estimación del modelo confirma la relación existente entre la variación en la estancia media (y en el ratio de consultas) y la variación de la actividad pactada. Los autores señalan que estos resultados sobre el efecto *trinquete* debilitan la credibilidad de los

²³ Para verificar o desmentir esta hipótesis se realiza un estudio con un panel de datos de los hospitales asturianos entre 1993-1996. El modelo utilizado es un modelo de efectos fijos, donde la variable dependiente es el porcentaje de variación en las UPAs pactadas para el hospital *i* entre el año *t* y el año *t* + 1. Las variables explicativas utilizadas en este caso son: I) el porcentaje de cumplimentación sobre las UPAs pactadas para el hospital *i* en el año *t* (CPL); II) el porcentaje de variación de la EM pactada para el hospital *i* entre el año *t* y el año *t* + 1 (VEM); y III) el porcentaje de variación en el índice de consultas sucesivas sobre primeras programado para el hospital *i* entre el año *t* y el año *t* + 1 (VCON). Realizada la estimación los resultados se muestran en la *Tabla*.

Actitud ante los modelos sanitarios

Modelos sanitarios	De acuerdo (%)	En desacuerdo (%)
1. Pienso que todos los ciudadanos tienen derecho a la sanidad pública y que la sanidad privada debería estar prohibida.	13	21
2. Pienso que todos los ciudadanos tienen derecho a la sanidad pública, pero pueden contratar un seguro privado, si así lo desean, costeándoselo	53	3
3. Los ciudadanos que tengan ingresos elevados (más de 350.000 ptas./mes) no deben tener derecho a la sanidad pública, aunque sigan pagando impuestos y cotizando como hasta ahora	4	15
4. Creo que todos los ciudadanos deben poder elegir entre la sanidad pública o privada, sin que les suponga un coste adicional al de ahora.	29	2
5. Pienso que el sistema debería organizarse de forma que los ciudadanos deben contratar el seguro privado que prefieran sin pagar más y que la sanidad pública sólo debe atender a personas sin recursos (parados, jubilados, etc.) .	5	8
6. Opino que sólo debería existir sanidad privada. La pública debería desaparecer.	1	57

FUENTE: Martín Sánchez y de la Mata Barranco (1997).

muestran escépticos. La valoración global del sistema sanitario público es que éste necesita cambios profundos o de reforma completa (71 %).

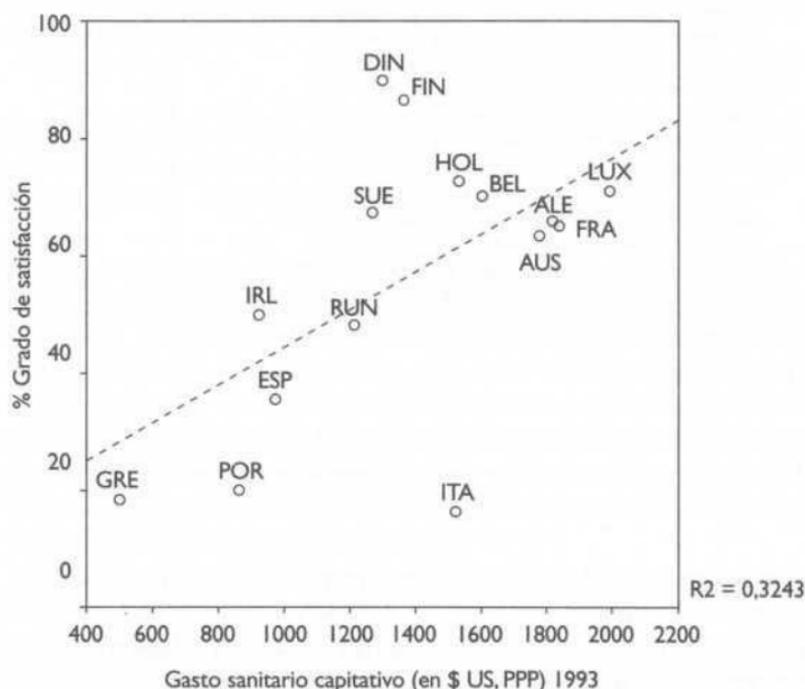
Como punto de referencia podemos tomar los resultados mostrados por el Eurobarómetro (1996), donde se preguntaba a diferentes ciudadanos de países pertenecientes a la UE en relación a su valoración global de los Sistemas Nacionales de Salud o sistemas de aseguramiento público sanitario nacionales (Mossialos, 1997)²⁰. Estos resultados muestran de nuevo una relación positiva en los niveles de gasto sanitario per cápita y de satisfacción global en referencia al sistema sanitario (véase el Gráfico siguiente).

España, Grecia y Portugal muestran niveles de satisfacción y gasto sanitario significativamente reducidos respecto al resto de países de la Unión Europea. En este mismo sentido, Irlanda muestra niveles de satisfacción superiores a los españoles, pese a que es un país que gasta en términos capitativos menos que España. Cabe resaltar el hecho que en España el porcentaje de población que se muestra indiferente (*ni satisfecho ni insatisfecho*) es significativamente supe-

²⁰ Mossialos, E., «Citizen's views on health care systems in the 15 member states of the European Union», *Health Economics*, vol. 6: 109-116, 1997.

rior al resto de países. Esta encuesta muestra también la actitud de la población en relación con la necesidad de introducir reformas sustanciales en el sistema, mostrándose resultados compatibles con los de satisfacción: mayores niveles de insatisfacción se asocian a percepciones más intensas en favor de introducir reformas en el sistema.

Niveles de satisfacción y gasto sanitario per cápita en los países de la UE



FUENTE: Elaboración propia a partir de Mossialos (1997).

6. Cobertura de nuevas necesidades en el sistema sanitario

La falta de recursos sociosanitarios lleva en muchos casos a que la familia asuma los cuidados. Como muestra el trabajo de Iturria Sierra y Márquez Calderón (1997), realizado en un centro hospitalario de Valencia, muchos de los procesos que motivan un ingreso hospitalario en las personas ancianas (> 64 años) pueden conllevar un deterioro de su nivel de salud en el momento del alta hospitalaria. Este trabajo se planteaba pues la evaluación del grado de necesidad y dependencia del paciente frente a los servicios sociosanita-

Preferencias de elección de opciones sanitarias

Institución sanitaria	Médico General		Pediatría		Médico Especialista		Urgencia no hosp.		Urgencia hosp.		Hospitalización	
	NP	P	NP	P	NP	P	NP	P	NP	P	NP	P
	Con seguridad al público.	59	58	54	52	55	55	60	58	63	60	59
Probablemente al público.	2	12	12	12	13	12	14	12	13	11	12	12
Con seguridad al privado.	20	22	21	23	22	23	19	20	18	20	20	21
Probablemente al privado.	9	9	10	11	10	11	7	10	7	9	9	8

NP: problemas no preocupantes; P: problemas preocupantes.

FUENTE: Marín Sánchez y de la Mata Barranco (1997).

los servicios y la cobertura oftalmológica. Los autores destacan también el hecho de que, frente a ideas preconcebidas sobre la calidad asistencial, no sean los servicios de hostelería, y en particular los de alimentación, los que destaquen negativamente en la prestación pública. Ello puede deberse a la naturaleza del propio hospital (donde se valoran aspectos profesionales y tecnológicos por encima de los meramente hosteleros) o bien al posicionamiento de la población en la Comunidad Autónoma de Madrid, que ha mostrado no valorar excesivamente esta dimensión de la prestación sanitaria ¹⁹.

Entre los valores que soportan la imagen de la sanidad privada para los ciudadanos hay que destacar: la rapidez (en contraposición con las listas de espera), la posibilidad de elección, el trato profesional recibido y la confortabilidad (como factor coadyuvante de la postura crítica frente a lo público). Analizando las preferencias de los usuarios frente a problemas de salud percibidos como preocupantes (graves) y no preocupantes (leves) se observa (véase el Cuadro anterior) que la mayoría se decide por la institución pública (el 59 y 58 %, respectivamente, para problemas leves y graves) y entre el 20-22 % por la privada.

Estos datos contrastan con los datos de elección del conjunto de funcionarios de mutualidades que tienen la opción de elegir entre una provisión pública o privada. Un estudio del CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) para el INSALUD en 1990 corrobora los resultados encontrados por este estudio: entre el 70-88 % preferiría la Seguridad Social, entre el 4-6 % optaría por otro tipo de seguro y entre el 6-16 % elegiría la medicina privada, dependiendo de las especialidades.

El modelo sanitario mejor valorado entre los ciudadanos es el actual, definido por la universalidad de la asistencia pública y por la posibilidad de complementar la cobertura de sus necesidades por la vía privada (53 % de los encuestados) (véase el Cuadro siguiente). Finalmente, existe una conciencia compartida entre la población de que la prestación sanitaria pública está siendo recortada (el 62 % lo percibe), si bien dichos recortes les han afectado personalmente a un porcentaje inferior (57 %). Esta percepción se evidencia más claramente en relación con la prestación farmacéutica.

La mayoría de los usuarios (69 %) han percibido una evolución positiva en la asistencia sanitaria pública durante los últimos diez años. Respecto a la evolución futura del mismo, los usuarios se

¹⁹ Consejería de salud, *El ojo público sanitario*, 1995, 195.

Características de los encuentros paciente-médico en cuatro países: España, Portugal, Finlandia y Suecia

N = 6.495	España	Finlandia	Portugal	Suecia	Media
<i>Días de espera para consulta (%):</i>					
0-1 días	92	39	50	37	57
2-4 días	8	22	10	9	13
5-8 días	0	33	15	27	18
≥ 9 días	0	6	25	27	13
<i>Pacientes/semana/médico (media).</i>	154	94	89	90	103
<i>Duración del encuentro (%):</i>					
> 5 minutos	52	29	30	36	37
5-9 minutos	35	27	25	27	29
10-14 minutos	10	29	29	17	22
15 minutos	3	15	16	20	13
<i>Tipo de problema (%):</i>					
Agudo	34	38	17	35	31
Subagudo	18	21	13	23	18
Crónico	43	29	55	39	42
Preventivo	5	11	13	2	8
Otro	0	1	2	1	1
<i>Atendido previamente (%):</i>					
Este problema	64	49	78	62	63
Otro problema	79	69	90	78	79
Algún familiar	70	54	82	54	66
<i>Seguimiento (%):</i>					
No	48	40	24	30	36
Mismo médico	41	44	64	57	51
Otro médico general	1	9	1	3	4
Especialista	10	7	11	10	9

FUENTE: Elaboración propia a partir de Pastor Sánchez, R. y col. (1997).

problemas de salud atendidos con mayor frecuencia fueron los problemas crónicos (42 % de los casos) y agudos (31 %): para España los tres más frecuentes fueron el resfriado o infección respiratoria alta, las infecciones presumibles en el aparato digestivo y la bronquitis o bronquiolitis aguda (R74, D73 y R78, respectivamente, según la Clasificación Internacional de Enfermedades en AP, CIAP) para los problemas de tipo agudo. En el caso de las enfermedades crónicas, los tres problemas de salud más frecuentes fueron para España la hipertensión complicada, las artrosis o artritis y sus procesos asociados, y finalmente la diabetes mellitus (K86, L91 y T90, respectivamente). El paciente había sido atendido previamente por este problema en el 63 % de los encuentros, por otro problema en el 79 %, y conocía profesionalmente a algún familiar en el 66 % de los pacientes atendidos. El problema principal atendido no precisó de seguimiento en el 36 % de los casos, desencadenó en otra cita con el mismo médico general en el 51 % y se derivó a un especialista en un 9 % de los encuentros. Ello nos muestra una integralidad (capacidad de resolver la mayoría de problemas de salud de la población atendida) del 87 % en la AP.

Los países estudiados muestran por tanto un grado de longitudinalidad y continuidad en la asistencia variable: de mayor a menor po-

demos situar a Portugal y España entre los que ofrecen un grado relativamente mayor de longitudinalidad y continuidad, mientras que Suecia y Finlandia se sitúan en la cola. En España, las consultas son de corta duración y con un escaso uso de los sistemas de prescripción repetida que permita, a juicio de los autores, aminorar las denominadas como *consultas administrativas o burocráticas*. El contexto internacional se caracteriza por una AP en Portugal, donde el médico de AP tiene un mayor conocimiento previo del problema principal y sus familiares. El hecho de que las listas de espera en Portugal bloqueen la asistencia a problemas agudos puede explicar este mayor grado de seguimiento de los pacientes. Mientras, los médicos finlandeses son los que menor información obtienen (ello coincide con la descripción de una AP finlandesa, donde la falta de adscripción de un cupo de pacientes a su médico de cabecera crea un trato despersonalizado) (véase el *Cuadro anterior*).

5. Percepción de los usuarios frente a las coberturas sanitarias públicas y privadas

En un estudio de Martín Sánchez y de la Mata Barranco (1997) se analiza la imagen de la sanidad pública y privada entre los usuarios de la AE¹⁷. Los principales resultados muestran conclusiones interesantes en términos de la percepción ciudadana frente a la satisfacción con relación a los servicios, el grado de cobertura sanitaria ofrecido desde el dispositivo asistencial público, sus principales carencias y el papel, bien complementario, bien sustitutivo, que debe jugar la asistencia sanitaria privada en el sistema sanitario.

Como punto de partida, podemos decir que existe un desconocimiento importante por parte de los ciudadanos respecto a variables como la estructura, organización y dependencia funcional de los centros asistenciales del sistema sanitario. Un elevado porcentaje de ciudadanos (80 %) considera adecuado el grado de cobertura sanitaria pública. En cuanto a los grandes déficits percibidos en el sistema sanitario público, los entrevistados destacan la odontología (30-37 %), pasando a un segundo plano problemas como la mala atención (14-17 %), el tiempo de espera, las listas de espera (12-28 %), una escasa cualificación profesional¹⁸, la masificación de

¹⁷ El estudio, en un hospital universitario de Madrid (Hospital General Universitario Gregorio Marañón), recogía información cuantitativa a través de 1.000 entrevistas a pacientes provenientes de un muestreo aleatorio en sus consultas de urgencias (200), externas (400) e ingresos hospitalarios (400). Complementariamente se ofrece información cualitativa a partir de 12 grupos de trabajo y 15 historias de vida.

¹⁸ Este resultado contrasta con los de otras encuestas de opinión, donde la cualificación profesional de la sanidad pública obtiene siempre valoraciones elevadas.

Oterino y col. (1997) realizan una evaluación económica de la hospitalización domiciliaria frente a la convencional desde la perspectiva de los costes para el centro hospitalario, asumiendo unos resultados sanitarios (aquí definidos como efectividad de los cuidados) similares para ambas alternativas de hospitalización, adoptando pues un diseño de minimización simple de los costes para su com-

Distribución de los costes imputados directamente (ptas.) *

	Domicilio		Hospital	
	Promedio paciente	Promedio estancia	Promedio paciente	Promedio estancia
Personal	17.263	1.439	11.887	1.581
Médico	7.319	610	4.352	579
Enfermería	9.943	829	7.534	1.002
Farmacia	7.028	586	16.684	2.218
Material sanitario	3.329	277	2.556	340
Pruebas	131	11	3.316	440
Transporte	8.188	682	0	0
Total directos	35.937	2.995	34.443	4.580

Coste por paciente y por estancia en hospitalización a domicilio y convencional (ptas.) *

	Domicilio			Hospital		
	Total	Promedio paciente	Promedio estancia	Total	Promedio paciente	Promedio estancia
Costes directos ..	5.216.795	35.249	2.937	5.097.553	34.443	4.580
Costes indirectos.	2.795.424	18.888	1.574	28.377.048	191.737	25.496
Total	8.012.219	54.137	4.511	33.474.601	226.180	30.076

Costes marginales por estancia en la hospitalización a domicilio y tradicional (ptas.) *

	Domicilio		Hospital	
	Promedio paciente	Promedio estancia	Promedio paciente	Promedio estancia
Personal	17.263	1.439	0	0
Variables hostelería	0	0	11.107	1.474
Consumos sanitarios	10.488	877	22.556	2.998
Transporte	8.188	682	0	0
Total	35.939	2.998	33.363	4.472
Total sin personal	18.676	1.559	33.363	4.472

* Costes en pesetas de 1994.
FUENTE: Oterino y col., 1997.

paración. Tomando dos grupos de pacientes²⁸ en las dos alternativas de hospitalización se encuentran los resultados siguientes:

El coste medio fue de 172.043 ptas. menos en el episodio de hospitalización en Hospitalización Domiciliaria (HD) (25.565 ptas. menos por estancia). Respecto a los costes marginales, las diferencias se situaron en torno a las 14.987 y 2.913 ptas. menos para el episodio y la estancia respectivamente, a favor de la hospitalización a domicilio. Cuando se considera el coste de personal en HD como un coste diferencial (supuesto en el que debe crearse una unidad de HD con nuevas plantillas), el coste marginal por episodio en HD es 2.276 ptas. mayor que en el hospital.

La Hospitalización a domicilio por tanto es una alternativa más eficiente que la convencional, cuando las decisiones obligan a tener en cuenta los costes medios (abrir una unidad frente a una planta de hospitalización) o cuando se crea como recurso sustitutivo mediante la transformación de recursos preexistentes, pero pierde sus ventajas en costes cuando se crea como recurso complementario.

Farré Hurba y col. (1997) analizan de forma preliminar una experiencia piloto de *unidad de hospitalización a domicilio* (UHD) en la provincia de Lleida a lo largo de los dos meses y medio de funcionamiento de la unidad. Esta UHD se puso en marcha ante la necesidad de contar desde el hospital con un apoyo domiciliario al enfermo quirúrgico agudo, trasladando al enfermo a su domicilio habitual y consiguiendo pues una reducción de las estancias, una agilización de las listas de espera, una reducción en los costes y una mejora en la calidad asistencial²⁹. A la vista de este análisis descriptivo, los autores establecen un ahorro aproximado de 358 estancias hospitalarias (una media de 3,5 habitaciones/día), donde sólo un caso tuvo complicaciones infecciosas (tratadas en el propio domicilio) y se produjo tan sólo un reingreso en el hospital.

Para otro estudio en el Área 10 de Madrid se evalúa el funcionamiento del *programa de Cita Previa*, mediante un estudio del impacto del programa antes y después de la medida de reorganización del servicio administrativo de la AP (Fernández San Martín y col.,

²⁸ El estudio analiza dos grupos de pacientes y episodios de hospitalización lo más homogéneos posibles. La muestra final fue de 148 pacientes tanto para el grupo de hospitalización a domicilio como en el de hospitalización convencional. Se realizó un cálculo completo de todos los costes, desagregando según fueran directos o indirectos, y fijos o variables, utilizando costes calculados en los procesos de atención de los pacientes de la muestra, así como costes históricos.

²⁹ La evaluación, un tanto cualitativa, se limita a un análisis descriptivo del tipo de patologías tratadas en el caso de los 66 pacientes tratados por la unidad, así como el ahorro en estancias hospitalarias y habitaciones por día fruto del programa.

de los casos tratados en estos centros: mientras la complejidad (medida según el índice de casuística) es un 30 % superior en los centros docentes, los costes superan, en media, el 275 % a los hospitales no docentes.

- II) Todos los efectos de las variables consideradas resultan positivos, a excepción del número de camas y el índice anual de rotación. El efecto de este último implica, como esperábamos, que una mayor rotación supone menores costes. El signo negativo entre el número de camas y los costes (incluso para la regresión simple) muestra la existencia de complementariedades en cuanto a costes en los centros analizados. Es reseñable también que todas las elasticidades estimadas resultan inferiores a la unidad.
- III) El impacto sobre los costes del factor docente depende del número de residentes existentes: 24,1 % para los hospitales con menos de 20 residentes, 37,1 % para aquellos con un número de residentes entre 20 y 84, 76,3 % (entre 85 y 204) y 83,7 % para centros con más de 204 residentes (todos expresados en valores medios).
- IV) Son los efectos aleatorios los que principalmente recogen la variación en los costes, siendo los errores de medida la segunda fuente de variación. La heterogeneidad en el estatus docente de los centros resulta el elemento particular de mayor influencia como componente de la variación.

Teniendo en cuenta el hecho que son los hospitales públicos los que soportan organizativamente el grueso de la actividad formativa, los autores creen necesaria una clarificación en cuanto a la ponderación del sobre-coste que el factor docente impone sobre la financiación hospitalaria. Desde una perspectiva de política sanitaria, de este análisis emerge una clara conclusión respecto a que no es posible realizar una compensación del estatus docente de los centros únicamente en relación a los ajustes por casuística hospitalaria (y en base a una diferenciación tarifaria). La estimación muestra la necesidad de avanzar en los ajustes propuestos por estudios anteriores para el caso español (González y Barber, 1997), como en la clara diferenciación del tamaño de la actividad docente de los centros. La falta de un ajuste explícito en los centros hospitalarios españoles para los costes asociados a la docencia tiene que ser considerada como un claro *pitfall* para la introducción de mercados internos, o simplemente una competencia simulada entre hospitales.

8. Evaluación de algunos programas asistenciales

Finalmente, podemos obtener alguna noción sobre el grado de innovación, organizativa y asistencial, desplazando nuestro interés hacia algunos ejercicios de evaluación de programas asistenciales como los siguientes: I) Programa de Hospitalización Domiciliaria como mecanismo de relación asistencial entre AP y AE; II) Programa de Cita Previa en AP como mecanismo de planificación de la demanda asistencial; o bien un III) Programa de monitorización ambulatoria de la presión arterial en AP como instrumento de innovación asistencial.

En noviembre de 1995 la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Juan Canalejo de La Coruña inició un *programa de seguimiento domiciliario* en pacientes intervenidos quirúrgicamente por patología traumática. Dicho programa asistencial se marcaba como principal objetivo el disminuir la estancia media de estos pacientes en hospitalización convencional (Lamelo Alfonsín, F. y col., 1997)²⁷. Durante la aplicación del programa se atendieron un total de 70 casos, con el resultado de la disminución de un mínimo de cuatro días de media de hospitalización convencional. Tampoco el seguimiento domiciliario generó sobrecarga asistencial del personal médico de la unidad, puesto que las visitas médicas o de enfermería por paciente no fueron excesivas. Según los autores, la calidad de vida de los pacientes atendidos se ve también afectada, de forma que mejora debido a la disminución de la morbilidad que la propia estancia hospitalaria genera. Otra de las conclusiones del estudio es corroborar cómo un programa de coordinación entre la AP y AE puede permitir reducir la estancia hospitalaria sin sobrecargar en el nivel de atención primaria.

Estancia Media en hospitalización convencional

	Traumatología 1995		Pacientes en el Programa de Atención Domiciliaria			
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
Factura de cadera...	15,93	15,24	11,9	12,40	67	4
Coxartrosis	14,92	6,18	8,5	4,28	27	5
Gonartrosis	13,3	5,2	9,6	4,58	23	5

FUENTE: Lamelo Alfonsín, F. et al. (1997).

²⁷ Con el interés de evaluar este objetivo se realizó un seguimiento de los pacientes cuyo perfil coincidía con el requerido por el programa de hospitalización a domicilio, analizando variables como el número de pacientes atendidos, edad, días de estancia en hospitalización convencional, días de seguimiento domiciliario por parte de la unidad del programa, número de visitas domiciliarias médicas de enfermería que precisaron. La estancia media en hospitalización convencional se comparó con la que generaron el año anterior en el servicio de traumatología el mismo tipo de patologías.

niveles de eficiencia. Parece confirmarse que la ineficiencia de escala (I-EE) mantiene una estrecha relación entre el tamaño del centro y probablemente también con los rendimientos a escala decrecientes de los hospitales más grandes: los niveles de eficiencia parecen mejorar al mismo tiempo que lo hace la dimensión del centro, pero en proporción decreciente. Otro elemento positivo para la eficiencia de escala parece ser la variable de gravedad de la enfermedad, que podría considerarse también como aproximación al grado de especialización del centro.

López Casanovas y Sáez (1998) analizan las diferencias observadas producidas para los hospitales españoles en cuanto a financiación y costes, cuando entre sus actividades realizan también las de formación y docencia: en forma de una desviación sistemática en la financiación de los hospitales docentes. De hecho, y en un entorno de financiación hospitalaria prospectiva, aparece de forma natural la necesidad de introducir ajustes en la financiación por el denominado *factor docente*. Dichos ajustes vienen a equilibrar los sobre-costes que el desarrollo de la actividad docente de los hospitales pueda imponer sobre los gastos operativos de los centros. En España, de forma adicional, la necesidad de ajustes emerge de la implementación de mercados internos en la provisión de asistencia hospitalaria.

Los autores concluyen, en un repaso de los análisis empíricos en España, que el rango en que se mueven los resultados de estas estimaciones en nuestro país resulta similar al mostrado por estudios homólogos en otros países.

Con estos antecedentes, los autores realizan un análisis²⁶ donde los principales resultados muestran como:

²⁶ Siguiendo el enfoque de López y Wagstaff (1996), los autores utilizan una variante multiproducto de la función de costes de los hospitales (Granneman *et al.*, 1986) que construye la función de costes según variables de oferta y demanda (número de camas y visitas efectuadas, incluyendo tanto las ambulatorias como las de urgencias); el índice de rotación anual se incluye como variable de actividad hospitalaria; las visitas de urgencia diarias representa la variable relacionada con la actividad de urgencias; las variables quirúrgicas son las intervenciones (diarias) quirúrgicas programadas, así como el número diario de partos; el número de visitas ambulatorias por diálisis realizadas resulta la variable relacionada a la actividad ambulatoria. Para la variable de complejidad de la casuística relacionada con los internos del centro se ha optado por seguir el estudio previo de López y Wagstaff (1996). Como variables relacionadas a la actividad docente se utilizan tanto el estatus docente (DOC = 1 si el hospital es centro docente), así como el número de residentes en el centro. Debido a que tanto la casuística como las variables de docencia en el centro se encuentran tan sólo disponibles para un período (1995) de la serie temporal las hemos considerado constantes en el tiempo. Los datos describen la situación de 64 centros hospitalarios del INSALUD referidos al período 1992-1995, ambos incluidos.

Resultados empíricos del sobrecoste que supone el factor docente en España

Autor	Metodología	Factor docente supone un sobrecoste del:
López (1985)	Función determinista de costes: Mínimos Cuadrados Ponderados para los costes medios por paciente para una muestra de hospitales españoles, utilizando una variable dicotómica (<i>dummy</i>) y manteniendo constantes los restantes parámetros estructurales para centros hospitalarios docentes y no docentes.	El impacto del estatus docente parecía aumentar los costes medios (estimados) en un 17 %.
González (1993)	Réplica del ejercicio de López (1985).	El factor docente no tiene un impacto estadísticamente significativo.
Wagstaff (1989)	Estimación de la frontera de costes según la metodología de los Mínimos Cuadrados Generalizados para un panel de datos desde 1977 a 1981.	El factor docente no tiene un impacto estadísticamente significativo.
López y Wagstaff (1992, 1993)	Se realizan varias modelizaciones sobre un panel de datos desde 1982 a 1986.	Estiman coeficientes positivos y estadísticamente significativos para el factor docente. Que iban desde un 8 % a un 15 % (dependiendo de la modelización utilizada en último término) por encima del coste medio por paciente. No obstante, una vez repetido el ejercicio para el período 1984-1988, los coeficientes estimados no parecían ser robustos.
Quintana (1995)	Siguiendo el enfoque inicial (López, 1985) y estimando el impacto de los HD con una muestra de 34 hospitales para el período 1984-1988.	Se constata un incremento en el coste medio por paciente de un 8,4 %, pese a que las diferencias en la complejidad de los casos (se introduce un ajuste por casuística excesivamente simple) puede estar encubriendo errores de (infra) especificación econométrica relevantes.
González y Barber (1996)	Análisis global de la eficiencia de los centros basado en una muestra de 75 hospitales gestionado por INSALUD (Gestión Directa) para el período 1991-1993, utilizando un análisis de frontera de costes cuya variable de ajuste por casuística hospitalaria puede resultar insuficiente.	Impacto en el coste medio del 3,1 %.
López y Wagstaff (1997)	Análisis global de la eficiencia de los centros sobre una muestra que constituyen 43 centros hospitalarios de Cataluña para el período 1988-91. Los autores estiman una frontera de costes estocástica cuyo ajuste por casuística se deriva de la Teoría de la Información esgrimida por Barer (1992).	Impacto en el coste medio del 11,1 %.

FUENTE: Adaptado de López Casasnovas y Sáez, 1998.

- l) Los costes resultan superiores en los hospitales docentes que para aquellos sin el estatus docente. Esta diferencia queda sólo explicada parcialmente debido al relativo grado de complejidad

Estimación del efecto trinquete en los contratos-programa para una muestra de hospitales pertenecientes al territorio INSALUD G.D.

Parámetro	Coficiente	t-ratio
CPL	0,61	2,54**
VEM	0,61	3,59***
VCON	0,31	2,69**
<i>Efectos Fijos:</i>		
H1	3,73	1,88*
H2	6,16	3,36***
H3	-0,17	-0,11
H4	1,22	0,74
H5	1,43	0,82
H6	2,54	1,65
H7	1,08	0,66

Notas: $R^2 = 0,79$; * Nivel de significación 0,1 / ** Nivel de significación 0,05 / *** Nivel de significación 0,01.

FUENTE: Ventura y González (1998).

Contratos-Programa a largo plazo, dado que si una buena gestión es penalizada con más actividad, se incentiva efectivamente a no cumplir lo programado.

Como respuesta a las corrientes de reforma de los mercados sanitarios en España (definición de mercados hospitalarios para la creación de mercados internos como medida de control de costes, mejora de la eficiencia y estímulo de la competencia), los autores Puig y Dalmau (1998) presentan los resultados de una evaluación de los efectos sobre la eficiencia técnica de los centros hospitalarios de la estructura actual del mercado. Para ello toman el caso concreto de los hospitales de agudos de Cataluña, cuantificando empíricamente el mercado hospitalario y las variables ambientales que pueden explicar el nivel de eficiencia hospitalaria ²⁴.

²⁴ Se realiza un análisis de la estructura de los mercados locales hospitalarios a partir de datos de pacientes del centro, estimando para ello el índice de concentración de Herfindahl-Hirschman (IHH). Se utilizan para ello datos referentes a las altas médicas (N = 31.094) provenientes de 96 hospitales de agudos en 1990. Los límites del mercado local se han calibrado según una definición débil del criterio de Elzinga-Hogarty: se establece que aparece un mercado local cuando la salida de bienes hacia otras áreas, así como la entrada de bienes desde el exterior es relativamente poco importante, es decir, donde las importaciones y exportaciones del área representan como máximo un 25 % del flujo de productos. Para cuantificar el IHH de dichas áreas se utilizan datos de producto (número de altas médicas producidas en cada mercado) y de capacidad (número de camas de que dispone cada mercado). El análisis posterior se estructura en dos etapas. En una primera etapa se realiza un análisis de cuantificación de la eficiencia hospitalaria mediante una aproximación no paramétrica y determinista (AED), pasando a continuación a intentar descubrir las variables ambientales (especialmente el índice de Herfindahl-Hirschman y el número de competidores en el mercado local) sobre la eficiencia técnica.

Un primer resultado de distribución y estructura de los mercados locales de los centros hospitalarios de agudos en Cataluña muestra que, desde el punto de vista de política sanitaria, dicho sector se estructura en dos subsectores. Un primero compuesto por 22 mercados pequeños y muy concentrados, de los que ocho mercados tienen un solo centro (monopolios geográficos) y seis tienen dos hospitales. El segundo subsector representa un único mercado con 37 centros, 3,4 millones de habitantes y caracterizado por un nivel de competencia elevado. El análisis demuestra que, complementariamente: I) no se pueden utilizar las definiciones administrativas de áreas sanitarias como equivalentes de mercados hospitalarios geográficos; II) el ajuste de casuística cuando se producen flujos de pacientes entre mercados no es importante.

Un análisis envolvente de datos muestra una ineficiencia técnica media del 10,1 %, es decir, que los hospitales de agudos en Cataluña (1990) utilizan un 10,1 % más de factores productivos de los necesarios si estos centros se situaran sobre la frontera de eficiencia. Por su parte, los resultados de eficiencia técnica pura (ETP) y eficiencia de escala (EE) pueden verse en el Cuadro siguiente:

AED de eficiencia en los centros hospitalarios de agudos en Cataluña (1990)

	Media	Desv. estándar	Mínimo	Máximo
ETG	0,899	0,126	0,545	1,000
ETP	0,939	0,093	0,570	1,000
EE	0,957	0,093	0,545	1,000

FUENTE: Puig y Dalmau, 1998.

En el análisis explicativo de los niveles de eficiencia²⁵, los autores destacan que tan sólo el número de hospitales competidores en el mercado local (como variable ambiental) contribuye de forma significativa a explicar las diferencias en los niveles de eficiencia técnica global (ETG) y pura entre los mercados locales, donde ambas aumentan con el aumento del número de competidores. Más allá, otras variables como el factor propiedad no parecen explicar los

²⁵ Se utilizan como factores explicativos de la eficiencia si los centros son o no lucrativos, el IHH de concentración del mercado, el número de competidores en el mercado local, la proporción de ingresos por servicios que provienen del sistema sanitario estatal (como aproximación del efecto de la regulación en la actuación de los centros a través del sistema de financiación y de reglamentación que influye los flujos de pacientes). Se utilizan variables de control no recogidas convenientemente en el AED del grado de calidad de los servicios, complejidad relativa de los casos tratados y estatus docentes del centro.

1997)³⁰. La medida organizativa suponía en este caso el refuerzo del personal administrativo en cita previa junto a una campaña informativa al usuario sobre este tipo de servicios.

Los resultados indican que las campañas encaminadas a variar los hábitos de los usuarios no han tenido efecto, puesto que el comportamiento medio no ha variado significativamente entre 1993 y 1994. Vista esta rigidez en el comportamiento de los usuarios de los servicios de AP, el análisis ha permitido introducir una mejora en términos de gestión operativa del Centro de AP. Esta mejora se ha fundamentado en la reorganización de los recursos administrativos de AP (reubicación del personal administrativo entre servicios dentro del Centro de AP —de *tarjeta sanitaria* a *cita previa*—, junto a la redistribución del personal en función de los picos que se producen en las visitas al centro) consiguiendo una mejor adecuación de éstos al volumen de trabajo.

La hipertensión arterial (HTA) puede considerarse como un ejemplo paradigmático en el tratamiento de problemas de salud crónicos por parte de un sistema sanitario. En este caso nos encontramos frente a un problema de salud de una prevalencia elevada (20-25 % en España), con una implicación significativa en la aparición de trastornos vasculares cuyo efecto potencial futuro sobre la mortalidad por este tipo de enfermedades está por llegar en nuestro país con el proceso de envejecimiento relativo de la población española. Pese a que se goza de un creciente arsenal terapéutico de fármacos, hoy en día se reconoce un grado de control reducido (25-30 % de la población tratada) de nuestra población. Parte significativa de responsabilidad parece tenerla: I) los errores en la prescripción e indicación farmacéutica, como II) el desconocimiento respecto al grado de cumplimentación terapéutica de los pacientes (Puras, 1997).

Respecto a los errores en la prescripción por parte del profesional existen datos en nuestro entorno que muestran un cierto inmovilismo en el momento de realizar cambios en el tratamiento de la hipertensión arterial³¹. Cabe no obviar el origen de la información que el médico recibe en relación con las pautas terapéuticas de la HTA (el 50-60 % de la influencia en la prescripción médica la ejer-

³⁰ Para ello se analizan el volumen de citas tramitadas en las unidades administrativas de un total de 10 EAP y su impacto para corregir el exceso de citas en determinados horarios. El análisis se produjo primero entre el 4 y 8 de octubre de 1993, repitiéndose después del 28 de noviembre al 2 de diciembre de 1994.

³¹ En dos encuestas realizadas en España —948 médicos de AP sobre una muestra de 16.000 pacientes (Luque y col., 1995) y la segunda sobre 900 médicos (Aranda y col., 1996)— se concluye que en un porcentaje inferior al 20 % de los casos (13,8 % y el 19,6 %, respectivamente) se modifica el tratamiento cuando no se consigue un control óptimo de la presión arterial.

cen los visitadores médicos), ni los simples errores propios de la prescripción.

En este sentido, se presenta el trabajo de Pozuelo y col. (1997), donde se analiza el impacto aproximado sobre el consumo farmacéutico que se consigue con la introducción de un *programa de monitorización ambulatoria de la presión arterial* (MAPA). Este programa consiste en el registro de múltiples tomas de presión arterial a lo largo de veinticuatro horas en las condiciones habituales de vida del paciente hipertenso. Los efectos esperados de este programa se centran en su impacto económico en términos de ahorro farmacológico: la información que aporte el programa ha de facilitar la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, evitando pues un tratamiento farmacológico innecesario³².

El rango de ahorro oscila, según los resultados obtenidos, entre 153.628 ptas. (tomando como referente el fármaco más barato) y 5.208.258 ptas. (tomando en consideración el más caro) (véase el *Cuadro* siguiente). Este ahorro justifica, fuera de consideraciones de adecuación y efectividad médica de la asistencia, la inversión para la adquisición y mantenimiento del aparato para la realización de la MAPA (con un coste aproximado de 1.000.000 de ptas.). Otros aspectos, como la mejora en la calidad de vida de los pacientes o bien la efectividad de la asistencia, pueden ser considerados

Coste de la terapia antihipertensiva por grupo farmacológico

Grupo farmacológico	Intervalo de coste medio (ptas./día)		Ahorro estimado en tres años de tratamiento	
	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo
Inhibidores de la ECA	127,8	206,8	3.218.643	5.208.258
Bloqueadores beta	20,8	91,4	523.848	2.301.909
IECA más diuréticos	73,5	86,1	1.851.097	2.168.428
Bloqueadores beta más diuréticos	21,9	46,5	551.551	1.171.102
Tiazidas	6,1	8,3	153.628	209.035

FUENTE: Pozuelo, G. et al. (1997).

³² Con este objetivo se estudiaron un total de 23 casos con hipertensión arterial (HTA) reducida pertenecientes a un centro de salud urbano de Badajoz. Para el cálculo del ahorro farmacológico se realizaron estimaciones con los costes correspondientes al fármaco más caro y barato dentro de cada grupo farmacológico para el tratamiento de los pacientes con HTA. El ahorro se aproximó considerando la reducción en el consumo de fármacos para los 23 pacientes a lo largo del período medio de seguimiento (tres años), fruto de la aplicación del programa de MAPA.

para incorporarlos en la toma de decisión. Los autores advierten, del carácter no generalizable de estos resultados en relación a ciertos aspectos restrictivos del estudio.

El interés de medidas como la descrita anteriormente se acrecienta cuando observamos cómo las consecuencias de la hipertensión sobre el consumo inadecuado de fármacos (indicador de calidad en la asistencia) no yace tan sólo sobre el consejo farmacológico que reciba de la AP, sino también al seguimiento que más tarde tenga dicho consejo por parte del paciente. El estudio del perfil de pacientes que no realizan un seguimiento óptimo del tratamiento farmacológico resulta también relevante en este sentido (Piñeiro, F., 1997). Por su parte, el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial en España se cifra en torno a un 55,5 % (cumplimiento autodeclarado) y un 46,4 % (recuento de comprimidos) en una revisión de los trabajos de evaluación realizada por Puigventós y col. (1997). Pese a la heterogeneidad metodológica de los trabajos, puede concluirse una cumplimentación en el tratamiento significativamente reducida, frente a lo que Puras (1997) propone mejorar las fórmulas de intervención basadas en el intercambio de información entre el centro o área sanitaria, los profesionales y los pacientes.

Una fórmula más coherente de evaluación de la eficiencia en los servicios de AP es el contraste de los costes y los resultados que dicha asistencia pueda tener sobre los pacientes. Bonet y col. (1998) analizan (en 1996) el grado de control de los pacientes hipertensos registrados en el Equipo de AP Salvador Pau de Valencia, así como el coste-efectividad³³ de la asistencia sanitaria prestada a dichos pacientes.

Los resultados muestran cómo sólo un tercio de los pacientes hipertensos del centro está bien controlado de acuerdo con los criterios de control óptimo establecidos (aunque estos resultados varían significativamente al variar también estos criterios). Dichos resultados muestran coincidencias con los trabajos similares realizados en España, con lo que se denota un amplio margen de actua-

³³ Se analizan 200 pacientes diagnosticados de HTA por el EAP, estudiando variables de edad, sexo, año de diagnóstico e inclusión en el programa, número de visitas, exploraciones realizadas, cifras de TAS (sistólica) y TAD (diastólica) en cada visita, fármacos empleados, coste de los fármacos, coste de las exploraciones complementarias y coste de las actuaciones de los profesionales. Se establecen diferentes criterios de buen control cuantificando los costes en cada caso. Para analizar el grado de control se tomaron tres diferentes criterios para incluir a un paciente en el grupo de buen control.: 1, pacientes con cifras de tensión arterial (TA) menores de 140/90; 2, pacientes con cifras de TA menores de 160/90; y 3, pacientes con cifras de TAD menores de 90.

ción por parte de los profesionales de AP. Cabe reconocer que el grado de control puede verse influido por tres elementos, como son: I) el grado de adhesión de los pacientes al tratamiento, II) la discordancia entre los métodos de toma de la tensión arterial en la consulta y la monitorización ambulatoria de la tensión arterial (MAPA), y finalmente, III) la actitud de los pacientes con un mal control de la hipertensión arterial. Todos estos son aspectos mejorables a juicio de los autores, más aún si tenemos en cuenta las consecuencias económicas del problema de la HTA. La relación coste-efectividad es un 41 % superior en los pacientes con control óptimo (tensión arterial < 140/90) que en los pacientes con control subóptimo (tensión arterial < 160/90). Al contrastar los resultados económicos de este estudio con otros similares se encuentra que: I) los costes farmacológicos de la HTA tratada en la comunidad oscilan entre 30.000 y 35.000 ptas./enfermo/año; II) los costes medios no parecen diferir en exceso entre diferentes estudios (no así cuando se evalúan los costes medios de los enfermos bien controlados); y finalmente, el coste de los programas de control de la HTA parecen haber aumentado bastante en los últimos años. Este hecho parece ser consecuencia directa del peso relativo de la prescripción farmacéutica en el coste de los programas, y más concretamente del aumento en la prescripción del grupo de los IECA.

PARTE 2

MESO-EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE LOS CENTROS ASISTENCIALES

Otro elemento clave en la evolución de la eficiencia en el funcionamiento del sistema sanitario es la eficiencia propia con que funcionan los centros de provisión de servicios sanitarios. En este sentido, se han detectado en el informe estudios empíricos que analizan el impacto de algunas reformas organizativas de los centros o áreas en las pautas de prescripción farmacéutica. Adicionalmente, se localizan algunos esfuerzos de evaluación de la calidad y la eficiencia en los ámbitos de la AP y AE. Finalmente, destacamos algunas aportaciones en términos metodológicos para la mejora de estos ejercicios de evaluación de la meso-eficiencia.

I. Claves en la evolución de la meso-eficiencia del sistema sanitario

1.1. Reformas organizativas y pautas de prescripción farmacéutica

Uno de los elementos que ha generado mayor interés, al igual que en la sección anterior, ha sido las posibilidades de actuar sobre la prescripción y consumo farmacéutico desde las perspectiva de la gestión *entre* y *dentro* del centro asistencial o área de salud. Una constante en el análisis ha sido el dilucidar cómo las pautas de prescripción farmacéutica han variado significativamente frente a reformas organizativas. A continuación establecemos algunas de las principales conclusiones en este sentido:

1.1.1. En un estudio de evaluación de una experiencia de *formación farmacoterapéutica de los profesionales y descentralización organizativa en AP* (Mallorca, 1993-95) se encuentran resultados que avalan la posibilidad de una reducción efectiva del gasto farmacéutico (en torno a los 1.366 millones de ptas., o bien 2.248 ptas. per cápita) con una mejora de la calidad prescriptora. Dicho efecto puede ser atribuido, en parte, a la experiencia de descentralización organizativa de los centros si atendemos al hecho que las unidades descentralizadas han mostrado resultados de contención del coste superiores frente a las que permanecen en el marco organizativo tradicional.

1.1.2. Otra de las medidas de gestión más controvertidas resulta la de establecer sistemas de incentivar a los profesionales en línea con los objetivos del centro o área de salud. Una medida como

ésta se plantea como alternativa a la falta de creación de incentivos a la eficiencia de modelos organizativos tradicionales del dispositivo asistencial. Muestra de ello es el desconocimiento de los profesionales del resultado y coste económico que suponen (para el Sistema Nacional de Salud y para el usuario) sus decisiones asistenciales. Algunos trabajos evidencian algunos de estos extremos:

1.1.2.1. Un análisis realizado en 1997 evidencia que sólo el 41 % de los médicos de centros de salud a los que se preguntó el precio de un conjunto de fármacos de prescripción frecuente valoraron adecuadamente ($PVP \pm 25\%$) su coste real.

1.1.2.2. En otro artículo publicado en 1998 se presentan algunos resultados adicionales en relación a la calidad y el coste de las prescripciones farmacéuticas realizadas en AP. Se encuentra que respecto al conocimiento del valor terapéutico (VT) para un grupo de medicamentos, el 70,4 % de las valoraciones fueron correctas, siendo mayor el conocimiento sobre los medicamentos de VT elevado que sobre los de VT dudoso (37,9 %) o inaceptable (23,4 %). Cuando se analizan las estimaciones respecto a dos de los fármacos de mayor y menor precio se observa una tendencia a la infraestimación del precio de los medicamentos caros, y contrariamente, a la sobreestimación del coste de aquellos baratos, produciéndose un efecto de regresión a la media. Los especialistas en medicina familiar y comunitaria (vía MIR) son los que parecen gozar de un conocimiento del coste superior en relación a aquellos médicos con más de veinte años de experiencia y con plaza en propiedad. Destacan como soluciones alternativas (desde la perspectiva de los profesionales: I) la elaboración de guías de prescripción (7,64 sobre una escala de I a 9); II) la realización de sesiones clínicas/formación continua (7,55) y III) la difusión de información sobre minimización de costes (6,66).

1.1.2.3. Frente al grado de conocimiento sobre la calidad y el coste de la prescripción farmacéutica, los profesionales sanitarios declaran también algunas de las claves a tener en cuenta para la promoción de medidas de mesogestión: destacan entre los factores que frenan la eficiencia de las decisiones clínicas algunos de carácter organizativo (carga del trabajo y restricciones administrativas o de recursos) como aquéllas de carácter económico (coste para la administración y el usuario). Respecto a las propuestas de mejora del entorno para la mejor toma de decisiones clínicas, los profesionales de la AP destacan la potenciación de la formación y el acceso a la formación médica.

1.1.2.4. Un análisis realizado en Andalucía muestra divergencias en las opiniones sobre los sistemas de incentivos aplicados en esta

comunidad autónoma entre directores y profesionales sanitarios. Mientras los primeros consideran los sistemas insuficientes, los profesionales sanitarios destacan algunos elementos adversos (de desmotivación) sobre el desempeño profesional: I) las cuantías escasas que supone el sistema de incentivos; II) unas variables-objetivo inoportunas; III) la no existencia de mecanismos objetivos de evaluación; y, finalmente, IV) las escasas diferencias económicas conseguidas vía incentivos entre directivos y profesionales sanitarios.

1.1.3. Pese a los resultados positivos destacados en Mallorca y Madrid, en una experiencia similar en un Área Básica de Salud de Valladolid (1994-97) no se encuentra una relación clara entre la suscripción de *los Contratos-Programa* de las diferentes unidades organizativas y la existencia de un gasto farmacéutico menor, o bien la calidad en los comportamientos de prescripción profesionales (medida en esta ocasión según la proporción de prescripciones de Utilidad Terapéutica Baja). Ello indicaría problemas de falta de credibilidad de los Contratos-Programa como mecanismos de explicitación de responsabilidades financieras y organizativas. Se señala aquí que ambos elementos de ahorro y calidad prescriptora se ven influidos por otro tipo de variables como la presión asistencial y/o la frecuentación.

1.1.4. Un trabajo realizado en 36 Áreas Básicas de Salud de la Región Sanitaria Costa de Ponent (Barcelona) muestra algunos resultados interesantes en términos de *la calidad prescriptora* del sistema: el 25 % de las Áreas prescriben fármacos con un Valor Farmacológico Intrínseco (VFI) bajo (< 75 %), un 25 % lo hacen con un VFI elevado (> 80 %), mientras que el resto (50 %) se sitúan en los valores intermedios (75-80 %). Este trabajo establece un sistema de indicadores para la detección de aquellas áreas de salud que requieren de una intervención de control de la prescripción más intensa y sistemática.

1.2. Satisfacción y eficiencia en los centros de AP

En cuanto a la calidad asistencial y la eficiencia en los centros de AP podemos señalar los argumentos siguientes:

1.2.1. En relación a la percepción de calidad de los usuarios podemos apuntar los resultados de algunos estudios recientes:

1.2.1.1. Según el modelo organizativo (tradicional o reformado) de la AP, los estudios parecen consolidar un *grado de satisfacción superior* para el modelo reformado.

1.2.1.2. Este es también el resultado de una encuesta realizada (1995) a los usuarios de un centro de salud en Las Palmas de Gran Canaria, donde todos los indicadores seleccionados (el interés del facultativo por los problemas del paciente, valoración del tiempo que dedica el médico a la exploración clínica, acuerdo con la prescripción del médico, aclaración de dudas, uso de la historia clínica y satisfacción general con la atención recibida) ofrecieron resultados favorables al modelo reformado.

1.2.1.3. Contrariamente, otro estudio realizado en el Área 10 de Madrid muestra los resultados contrarios, centrándose en las reclamaciones recibidas por ambos modelos de AP. Los principales puntos de reclamación fueron el desacuerdo con el tratamiento y con el seguimiento recibidos.

1.2.1.4. Respecto a los elementos que centran la satisfacción de los usuarios, un trabajo realizado en Girona muestra un porcentaje medio de satisfacción del 85 % y la puntuación media recibida en una escala analógica del 0 al 10 fue de 7,4. Entre los aspectos peor valorados se encuentran los organizativos (servicio de admisión, organización del centro y falta de puntualidad), mostrando cuotas de mejora en este sentido. Contrariamente, los aspectos relacionales con el personal sanitario y no sanitario fueron los mejor valorados.

1.2.2. Las experiencias de descentralización e incentivación de la eficiencia habidas en AP (Gerencia AP Mallorca, Área 10 Madrid) muestran un balance positivo desde una perspectiva de la contención de los costes sanitarios. Ello no debe resultar extraño si atendemos a la lógica de *reparto de beneficios* de los sistemas diseñados. Pese a ello, los rendimientos en términos de ahorro en costes sanitarios parece ser decreciente en la experiencia en Madrid. En el caso de Mallorca se presentan algunos resultados interesantes en términos de la preferencia que los profesionales de la AP tienen frente a los distintos tipos de incentivos: en 1995, el 54 % prefería sistemas de incentivos mixtos (monetarios-no monetarios), el 19,9 % optaba por la incentivación monetaria directa al profesional, el 18,6 % por la indirecta (fondos para formación o mejoras en los centros) y finalmente, el 7,5 % restante optaba por los incentivos no monetarios. Facilidades para la formación y la investigación, mejoras en el lugar y en las condiciones de trabajo, promoción y desarrollo de la carrera profesional, estabilidad laboral, sentimiento de afiliación, movilidad geográfica voluntaria son también elementos motivadores del personal sanitario.

1.3. Eficiencia en los centros de AE

En relación a la eficiencia en los centros de AE algunos estudios han ofrecido resultados relevantes de los que destacamos los siguientes:

1.3.1. Para una muestra de altas en un centro hospitalario perteneciente al Servicio Andaluz de Salud se aproxima una *tasa de reingreso* (ineficiencia) en torno al 5 %, asociándose una mayor probabilidad de reingreso a la edad, y el sexo masculino junto con determinados diagnósticos (la amenaza de parto, el SIDA y sus complicaciones, la neoplasia de vejiga, el ángor inestable y la esquizofrenia paranoide) y servicios al alta: psiquiatría (20,5 %), hematología (16,8 %) y otorrinolaringología (6,7 %).

1.3.2. Otra dimensión de calidad asistencial, *la satisfacción de los usuarios de la AE*, es evaluada en el Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, encontrando que el tipo de variables más valoradas entre los usuarios son aquellas que tienen que ver con la accesibilidad al servicio y la relación con el profesional sanitario. Cabe destacar que las expectativas de los usuarios del hospital vienen condicionadas por el proceso o diagnóstico que motiva el ingreso.

1.3.3. Para un conjunto de indicadores de *actividad hospitalaria* de centros pertenecientes al Servei Valencià de Salut se constata el hecho que la patología más frecuente y simple es la que ocupa la mayor parte de la actividad de cualquier hospital. El número de camas de un hospital (aproximación a la complejidad organizativa del centro) se muestra relacionado con su estancia media (indicador de costes). Pese al ajuste de casuística aplicado, los autores muestran sus reticencias ante otros factores institucionales que pueden explicar los resultados obtenidos.

1.3.4. La evaluación de la *productividad de los centros hospitalarios* en Cataluña entre 1987 y 1992 permite corroborar una evolución negativa de la misma, en especial en 1989-90 y 1991-92, dos períodos donde los cambios han sido particularmente negativos. Con relación a la descomposición de la productividad se deduce que los resultados negativos del índice de Malmquist son principalmente debidos a que la frontera de eficiencia formada por los hospitales más productivos ha empeorado a lo largo del período estudiado. En cuanto a los factores que han incidido sobre este retroceso en la productividad, uno de los factores considerado por los autores son las huelgas por parte de los profesionales del sector sanitario. Otro de los posibles factores explicativos es la variación de los *outputs* e *inputs* habidos entre 1987 y 1992, años de inicio y final del estudio. En relación al binomio *estructura hospitalaria-productivi-*

dad, podemos decir que los hospitales con mejor evolución en términos de productividad son los que reúnen las siguientes condiciones: I) centros de propiedad privada, no forman parte de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP) y con una capacidad entre 401-800 camas seguidos de lo de 101-200 camas; y II) entre los centros públicos, de la XHUP y con una capacidad entre 201 y 400 camas.

1.3.5. Los resultados de una evaluación de la evolución de la productividad en los centros hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud (SAS) (1993-95) arroja también algunos resultados interesantes: se puede concluir un cambio productivo positivo entre 1993-95 en forma de una mejora de la eficiencia de los centros del SAS. Adicionalmente cabe destacar una reducción en la dispersión de los indicadores de eficiencia de los centros, lo cual tiene una lectura positiva en términos de homogeneización de la asistencia de la red pública sanitaria andaluza. En relación a la comparación de ambas metodologías (frontera multiejercicio e índices de Malmquist) bajo la hipótesis de tecnologías cambiantes, podemos decir que aportan en este caso valores casi idénticos en la medida del cambio productivo: en el modelo reducido la frontera multiejercicio nos reporta un crecimiento del 1,61 % y el índice de Malmquist de un 1,88 %. En el modelo UPAs, los valores son respectivamente del 3,5 % y 3,1 %.

1.3.6. La evaluación en el funcionamiento del Hospital Costa del Sol frente a los demás hospitales comarcales pertenecientes al SAS es positiva, tanto en términos de una batería de indicadores (según el índice de Georgopoulos) y los resultados derivados del análisis envolvente de datos. Este centro ha introducido algunas mejoras en el marco organizativo (sistema de control de gestión, marco laboral y sistema retributivo y de incentiación laboral), que son interpretadas como principales causantes de la posición de superioridad en cuanto a la eficiencia relativa. La evaluación temporal realizada por el SAS demuestra la complementariedad de metodologías como el *benchmarking* y el análisis envolvente de datos en la determinación de la eficiencia relativa de los centros.

1.3.7. Algunos resultados muestran que un 16 % de los costes totales de un centro hospitalario (Hospital General de Especialidades Ciudad de Jaén, SAS) es generado desde *centros de responsabilidad externos* al mismo. Este elevado porcentaje pone de manifiesto la necesidad de proponer medidas de reorganización, protocolarización de las relaciones entre hospital y centros periféricos, y control del gasto generado por estos otros centros de responsabilidad.

1.3.8. La *gestión de las listas de espera* es otro de los elementos de gestión hospitalaria de actualidad respecto a la eficiencia del sistema. Un estudio realizado en el Hospital Central de Asturias determina el impacto esperado de algunas políticas de gestión de listas de espera alternativas: I) el efecto de las concertaciones con otros centros asistenciales parece tener, tal como se aplica en la actualidad, un efecto nulo a largo plazo; II) el efecto del empleo de programas especiales tiene también un efecto nulo a largo plazo, si bien a corto plazo se observa cierta mejora en la lista; III) el efecto de un cambio de política de vacaciones del personal médico tiene como único efecto la eliminación de los picos estacionales de las listas de espera y como gran inconveniente el rechazo del personal a esta medida; IV) el efecto de aplicaciones de depuraciones sobre la lista de espera es positivo cuando la depuración tiene como objetivo la mejora de la información sobre la lista de espera y no la reducción artificial de la misma; V) el efecto de un análisis de la gestión de recursos asociados a la actividad quirúrgica resulta más adecuado cuando se realizan previsiones sobre la demanda del servicio que sobre la lista de espera, puesto que previsiones sobre esta última recogen errores del pasado sobre dotación de recursos y recoge efectos a corto plazo de las medidas normalmente empleadas.

1.4. Metodología de evaluación

Muchos de los estudios analizados realizan aportaciones en el ámbito de la metodología de evaluación de los servicios sanitarios. Como componente cualitativa de los resultados presentados en este informe, resulta también interesante hacerse eco del desarrollo científico en relación a la metodología de evaluación:

1.4.1. Respecto al proceso de *recogida de datos* para la toma de decisiones de gestión, el Sistema de Información Sanitaria (SIS) parece recoger correctamente la información necesaria sobre la presión asistencial.

1.4.2. En relación con las medidas de *producto* en el ámbito de la AP, parece haber un consenso respecto a la utilización (en este orden de importancia) del: I) producto alcanzado en la cartera de servicios; II) las coberturas alcanzadas en la cartera de servicios; III) el cumplimiento de normas técnicas mínimas (NTM); y finalmente, IV) la satisfacción *percibida* de los usuarios.

2. La prescripción y el consumo farmacéuticos frente a reformas organizativas

La influencia que medidas organizativas puedan tener sobre la eficiencia del sistema sanitario ha sido también objeto de evaluación por parte de gestores y profesionales del sistema sanitario. Más concretamente, se evalúan algunas experiencias de descentralización organizativa, implementación de relaciones contractuales en AP, etc.

En un estudio de Pou Bordoy y col. (1997) para Mallorca (1993-1995) se analizaba el impacto sobre la evolución en la calidad de la prescripción y el gasto farmacéutico tras una serie de medidas de reforma introducidas por la gerencia de atención primaria del área de AP. Dichas actuaciones iban dirigidas bien a: I) aumentar la *formación farmacoterapéutica*, así como a difundir una mayor información sobre calidad y costes derivados de la prescripción farmacéutica. En segundo lugar, las reformas organizativas de la gerencia iban encaminadas a: II) la mejora en la gestión e incentivación de la prescripción farmacéutica. Estas últimas conllevan de hecho un proceso de *descentralización de la gestión en Equipos de Atención Primaria*, cuyo éxito requería, según los objetivos de la reforma planteada, de la voluntad expresa de los profesionales de los centros asistenciales. Dicha medida se fundamenta en la transferencia de una serie de competencias organizativas, la gestión del presupuesto asignado (incluido el de farmacia) y el compromiso de cumplimiento de una serie de objetivos pactados. Parte del ahorro generado se revierte en los Equipos de AP tanto en la componente de productividad variable en la remuneración de los profesionales como en inversiones dirigidas al propio centro de AP.

Los resultados avalan la posibilidad de una reducción o contención del gasto farmacéutico de forma compatible con una mejora en la calidad en la prescripción. El impacto económico de la medida se evalúa en un ahorro de 1.366 millones de ptas. (2.248 ptas. por habitante) en términos de gasto farmacéutico. Todos los indicadores escogidos muestran una mejora tras la implementación de las medidas de reforma, aunque la responsabilización financiera de los centros parece haber actuado más intensamente en las unidades descentralizadas.

Pese a no establecerse categóricamente la responsabilidad de cada una de las medidas sobre la mejora económica y en términos de calidad en la prescripción farmacéutica, el estudio establece que la evolución es en parte explicable a la autonomía de gestión de los centros y las intervenciones realizadas.

Algunos resultados de la medida de descentralización administrativa

	1994	1995
N.º Equipos de Atención Primaria (EAP) con gestión descentralizada	14	19
N.º EAP con ahorro en gasto farmacéutico	7	11
Ahorro en farmacia de los equipos descentralizados (en ptas. corrientes)		
Total EAP descentralizados	142.600.581	108.164.400
Media por EAP	12.963.569	15.452.057
D.S.	7.899.498	8.526.081
Porcentaje de reversión del ahorro en incentivos (*)	46,1 %	48,3 %
Incentivos recibidos por los EAP		
Total EAP descentralizados	56.022.453	45.953.600
Media por EAP	5.092.950	6.564.800
D.S.	3.626.307	3.514.321
Máximo por EAP	12.693.600	
Máximo por profesional	500.000	

(*) Calculado según la medición del producto de cada EAP.
FUENTE: Pou Bordoy y col. (1997).

Resultado indicadores de calidad de prescripción

Indicadores calidad	1993	1994		1995	
	Total EAPs	EAPs descentralizados	EAPs no descentralizados	EAPs descentralizados	EAPs no descentralizados
Valor Intrínseco	64,13	73,53 %	72,28 %	75,93 %	72,96 %
Antibióticos de uso restringido en AP en envases/100 hab.	14,6	12,1	12,4	12,6	11,4
Vasodilatadores en envases/100 hab. > 65 años.	240,7	223,2	193,0	200,6	166,1
Asociaciones no recomendadas en envases / 100 hab.	171,4	146,5	129,4	119,6	109,6
Estatinas en envases por 100 hab. > 14 años ...	5,3	4,5	4,0	4,6	4,3

FUENTE: Pou Bordoy y col. (1997).

Evolución del gasto farmacéutico: diferencias según el grado de descentralización de las ZBS

	Gasto Farmacéutico (1)		Gasto Farm. directo por habitante (3)			
			ZBS no descentralizadas		ZBS descentralizadas	
	Mill. Ptas.	Tasa variación (2)	Ptas.	Tasa variación	Ptas.	Tasa variación
1988	6.680,159	—	—	—	—	—
1989	7.628,909	14,20 %	—	—	—	—
1990	8.291,492	8,69 %	—	—	—	—
1991	8.999,381	8,54 %	—	—	—	—
1992	9.928,568	10,33 %	—	—	—	—
1993	10.097,500	1,70 %	12.412	—	12.093	—
1994	9.639,099	-4,54 %	12.055	-2,87 %	11.517	-4,76 %
1995	10.434,930	8,26 %	14.448	19,80 %	12.468	8,25 %
1988-92	—	10,41 %	—	—	—	—
1993-95	—	1,66 %	—	16,40 %	—	3,10 %

NOTAS:

(1) Incluye Gasto farmacéutico en Mallorca para la atención especializada y primaria. Recetas, efectos y accesorios en PVP para ptas. constantes 1995.

(2) Valora medios acumulativos para 1988-92 y 1993-95.

(3) Ptas. constantes y población ajustada según proporción de pensionistas.

FUENTE: Elaboración propia a partir de Pou Bordoy et al. (1997).

Tamborero Cao y Pou Bordoy (1997) reflexionan sobre las fórmulas para encontrar un método adecuado de incentivos que consiga mejorar la prescripción facultativa de medicamentos en España. Las cuestiones fundamentales a este respecto son: I) si los incentivos son capaces de mejorar los hábitos de prescripción; II) cuál es el objetivo a incentivar, y finalmente, III) si existen métodos válidos para evaluar la calidad de la prescripción. En principio debemos considerar si la prescripción inadecuada constituye o no un problema, frente a lo cual podemos aportar en nuestro país algunos trabajos que confirman esta hipótesis (Almirante, 1995³⁴; Gascón y Saturno, 1997³⁵). Los autores creen posible la incentivación de la oferta (médicos prescriptores) en relación con el objetivo de obtener una prescripción farmacéutica coste-efectiva.

Con este objetivo de eficiencia en la prescripción cabe señalar algunas apreciaciones interesantes de los autores en cuanto al coste de la prescripción farmacéutica en nuestro país:

I. El médico de AP desconoce el coste de los medicamentos que prescribe (véanse en este sentido los trabajos de Juncosa, 1992³⁶;

³⁴ Almirante, B., «¿Sabemos tratar el resfriado común?», *Med. Clin. (Barc.)*, 1995, 104: 535-537.

³⁵ Gascón, J.J. y Saturno, P.J., «El uso racional de medicamentos. La conducta terapéutica frente al anciano», *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1997, 32: 5-11.

³⁶ Juncosa, S., «¿Deben los médicos generales considerar los costes de su prescripción? Reflexiones a partir del "White Paper" y una encuesta de opinión», *Gac. Sanit.*, 1992, 6: 40-44.

Alastrué y Meneu, 1997³⁷; Gil et al., 1997³⁸). Así pues, sólo el 41 % de los médicos de centros de salud a los que se preguntó el precio de un conjunto de fármacos de prescripción frecuente valoraron adecuadamente (PVP \pm 25 %) su coste real (Alastrué y Meneu, 1997).

2. El coste, como tal, no es un concepto que se circunscribe al PVP. Para entender el coste en farmacia debemos tener en cuenta dimensiones como las que siguen:

- Coste del fármaco (PVP, componente financiado + copago).
- Coste de administración (aplicación de inyectables, etc.).
- Coste de vigilancia y seguimiento (pruebas de laboratorio requeridas y visitas de seguimiento).
- Costes de los efectos secundarios/adversos (Pérdida de productividad laboral, pérdida de calidad de vida o incapacidad generada por los fármacos; Tratamiento o muerte fruto de los efectos adversos; Dependencia, interacciones, intoxicaciones accidentales o provocadas, o accidentes debidos al consumo de fármacos).
- Costes indirectos (incumplimiento, pérdidas por caducidad, costes de oportunidad, etc.).

A este respecto, el estudio de Alastrué y col. (1998) tiene como principal objetivo la obtención de información sobre los conocimientos, opiniones y actitudes de los médicos generales y de familia con relación a la eficacia y eficiencia de la prescripción farmacéutica. La motivación para ello es la de actuar sobre uno de los grupos de agentes más relevantes a la hora de conseguir la reducción del gasto farmacéutico³⁹.

Respecto al conocimiento del valor terapéutico (VT) de un grupo de medicamentos, el 70,4 % de las valoraciones fueron correctas, siendo mayor el conocimiento sobre los medicamentos de VT elevado (con un porcentaje de estimaciones correctas del 97,2 %) que sobre los de VT dudoso (37,9 %) o inaceptable (23,4 %). En cuanto al conocimiento del precio de los medicamentos, podemos mostrar la información del Cuadro siguiente.

³⁷ Alastrué, I. y Meneu, R., «Conocimientos de los médicos de los CS de Valencia sobre la eficacia y eficiencia de su prescripción de medicamentos», *Implicaciones para la presupuestación farmacéutica*, Murcia: XVII Jornadas de Economía de la Salud, 21-23 mayo 1997: 259-262.

³⁸ Gil, A. y col., «Estudio sobre los hábitos de prescripción antihipertensiva», en *AP. Med. Cli. (Barc.)*, 1997, 108: 236-237.

³⁹ El estudio se realizó mediante un cuestionario que finalmente rellenaron 94 de los 109 médicos de la muestra (81,7 %).

Valoraciones de los médicos generales sobre el precio de los medicamentos

Estimaciones sobre precios	N	%
Infraestimación	759	38,1
Correcto	815	40,9
Sobreestimación	416	20,9
Total	1.922	100,0

FUENTE: Alastrué y col. (1998).

Cuando se analizan las estimaciones respecto a dos de los fármacos de mayor y menor precio se observa una tendencia a la infraestimación del precio de los medicamentos caros, y contrariamente, a la sobreestimación del coste de aquellos baratos, produciéndose un efecto de regresión a la media. La relación entre conocimientos y el tipo de médicos arroja también resultados interesantes: los especialistas en medicina familiar y comunitaria (vía MIR) son los que obtienen unos resultados mejores. Contrariamente, aquellos médicos con más de 20 años de experiencia y con plaza en propiedad son los que obtienen peores resultados en cuanto al conocimiento tanto de los precios como de la eficacia de los medicamentos. El siguiente cuadro recoge las opiniones de los médicos encuestados con relación a las alternativas de intervención para la mejora de la prescripción. Existe, en este sentido, una clara preferencia por las intervenciones de tipo formativo frente a aquellas relacionadas con la transferencia de riesgos a los profesionales.

Puntuaciones asignadas por los médicos a las distintas intervenciones evaluadas

Intervenciones evaluadas	Media	DE	Mediana
1. Elaboración de guías de prescripción	7,64	1,39	8
2. Realización de sesiones clínicas/formación continua	7,55	1,76	8
3. Información sobre minimización de costes ...	6,66	1,83	7
4. Asignación de incentivos no monetarios ligados a objetivos	6,28	2,34	7
5. Información sobre la prescripción de cada facultativo	5,65	1,92	6
6. Información individualizada por farmacéuticos de AP <i>academic detailing</i>	5,44	2,13	5
7. Revisión de la prescripción entre facultativos <i>peer review</i>	4,80	2,36	5
8. Asignación de incentivos monetarios ligados a objetivos	4,62	2,68	5
9. Autogestión del capítulo de farmacia	3,60	2,47	3
10. Aplicación de sanciones a quienes presenten desviaciones injustificadas en su prescripción .	3,54	2,42	3

Valoración: 1 (nada útil) a 9 (muy útil).

AP: atención primaria.

FUENTE: Alastrué y col. (1998).

En un contexto algo más general, Larizgoitia y col. (1998) realizan un análisis basado en una encuesta realizada a 800 médicos de AP sobre aspectos relacionados con la toma de decisiones clínicas, poniendo especial interés en las pautas de prescripción en la AP. Uno de los resultados más interesantes es la percepción por parte de estos profesionales de que determinados aspectos organizativos influyen significativamente en el momento de tomar decisiones clínicas. El siguiente *Cuadro* resume los factores más relevantes en este sentido.

Principales factores que influyen en la toma de decisiones del médico de atención primaria

Factores	Moderada o mucha influencia (%)	Mucha influencia (%)
Carga diaria de pacientes	57,1	21,6
Coste para el paciente del fármaco o prueba	57,9	15,4
Coste para la Administración	51,3	11,5
Restricciones administrativas o de recursos	48,5	12,6
Corrientes, estilos, de práctica clínica	46,6	8,6
Prevención a posibles litigios	36,7	8,3
Deseos o expectativas del paciente	36,1	6,9
Información facilitada por la industria	21,9	2,7
Publicidad de fármacos o técnicas	20,1	2,6

FUENTE: Larizgoitia y col., 1998.

Como se observa, destacan entre los factores algunos de carácter organizativo (carga del trabajo y restricciones administrativas o de recursos) como aquéllas de carácter económico (coste para la administración y el usuario). Respecto a las propuestas de mejora del entorno para la mejor toma de decisiones clínicas, los profesionales de la AP destacan la potenciación de la formación y el acceso a la formación médica.

Frecuencias sobre alternativas que propiciarían un mejor entorno para la toma de decisiones clínicas en AP

Alternativas de mejora	Muy importantes %
Potenciando la formación continua	73,0
Educando al paciente	58,8
Aumentando el contacto con otros profesionales: sesiones, conferencias	41,8
Mejorando el acceso a la información médica	39,9
Aumentando protocolos/guías médicas	29,9
Aumentando incentivos económicos o profesionales	27,6
Restringiendo la información comercial y publicitaria	15,0

FUENTE: Larizgoitia y col., 1998.

La calidad en la prescripción suele aproximarse mediante un conjunto de indicadores, entre ellos algunos de tipo genérico (valor intrínseco, consumo de medicamentos de utilidad terapéutica baja, el grado potencial de uso o la dosis diaria definida) junto a otros de tipo específico de determinadas patologías o grupos terapéuticos. No cabe olvidar que tras la utilización de este tipo de indicadores se encuentra la hipótesis que una prescripción adecuada desembocará en unos resultados o beneficios sanitarios superiores.

En el caso de la gerencia de AP Mallorca, los incentivos relacionados con la prescripción farmacéutica se insertan en la lógica global de un sistema de incentivos a la AP: dentro del grupo de incentivos de *actuación/competencia profesional*, que incluye 48 indicadores, se integran cinco específicos de comportamiento prescriptor en AP con un peso en la estructura global de incentivos de un 12 %. La cumplimentación de estos indicadores tiene como consecuencia directa la reversión superior de cada centro de salud sobre el posible superávit presupuestario que generen. Adicionalmente, estos indicadores contribuyen a la asignación presupuestaria de farmacia dentro del capítulo IV: el presupuesto es asignado en base al gasto medio por

Indicadores de valoración de la prescripción utilizados por diversas instituciones

Institución	Variables de prescripción
INSALUD Contrato programa para 1997	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción consumida de fármacos de UTB. • Consumo de calcitoninas por pensionistas (en PVP).
Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària Comisión Mejora de la Calidad, 1993.	<ul style="list-style-type: none"> • VI de los fármacos empleados. • Antibióticos (quimioprofilaxis de la TBC, utilización de antibióticos en catarros de vías altas). • Anticonceptivos orales. • Fármacos con alto riesgo de defectos indeseables diuréticos, digoxina, vasodilatadores cerebrales.
Regió Sanitaria Centre (Barcelona) Contrato compra de los servicios de AP de salud, 1996-98.	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de fármacos con VI elevado. • Consumo de ciertos fármacos priorizados (antihipertensivos, antidiabéticos...) • Existencia de protocolos terapéuticos para las patologías priorizadas.
Gerencia de AP Mallorca	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de fármacos con VI elevado: indicador global de calidad. • Consumo de ciertos fármacos, como los vasodilatadores y nosotropos: indicadores negativos, ya que muestran una eficacia terapéutica incontrovertible. • Prescripción de asociaciones a dosis fijas no recomendadas: indica un aspecto mejorable y un problema frecuente en AP. • Utilización de antibióticos de uso restringido en AP: aproxima el problema de la aparición de resistencias bacterianas, entre otros. • Prescripción de estatinas: en revisión debido a evidencias recientes sobre sus indicaciones.

Evolución de los indicadores de calidad de prescripción

	VI elevada prescripción %	Asociaciones dosis fijas	Antibióticos restringidos	Vaso- dilatadores y nosotropos	Estatinas
1993 Total.	62,13		14,6		
1994 EAP desc.	75,53		12,1		
EAP no desc.	72,28		12,4		
1995 Total.	80,9	126,9	13,1	195,5	4,4
EAP desc.	75,93		12,6		
EAP no desc.	72,96		11,4		
1996 EAP Total.	81,3	121,4	11,6	196,7	5,3

FUENTE: Tamborero Cao, G. y Pou Bordoy, J. (1997), y elaboración propia.

habitante de los cuatro Equipos de AP con mejores indicadores de calidad de prescripción, ajustado por proporción de pensionistas y otros índices sociodemográficos. Estos indicadores están en proceso de revisión debido al reconocimiento de la necesidad de vincular la adecuación de la prescripción con el diagnóstico, y verificar la dosificación y duración de los tratamientos, prestando atención tanto a la hipoprescripción como a la terapéutica inadecuada.

Los resultados principales de la experiencia se muestran en la tabla anterior. Como conclusiones, los autores afirman que es necesario un sistema de incentivos, pero no específico de farmacia, sino global, para eliminar posibles efectos perversos entre niveles de asistencia. También apuntan la idea de no utilizar sólo incentivos económicos, sino también aquellos no monetarios. Los siguientes puntos resumen los elementos clave en la incentivación de la prescripción farmacéutica a raíz de la experiencia comentada:

Elementos clave en la incentivación de la prescripción farmacéutica

1. Los incentivos han demostrado su capacidad para modificar los hábitos de prescripción.
2. La incentivación en farmacia debe dirigirse a potenciar la prescripción con una mejor relación coste-beneficio.
3. En AP existe un importante desconocimiento del coste de los fármacos, incluso de los habitualmente utilizados, y una notable inadecuación en la prescripción.
4. Existen importantes limitaciones metodológicas para disponer, en AP, de indicadores que reflejen realmente el coste terapéutico y el beneficio obtenido.
5. Destacan dos métodos de incentivación: I) selectiva o específica, en función de la prescripción (más potente pero más susceptible de perversiones); y II) incentivación global, según el producto (más integradora y resistente a perversiones).
6. La incentivación económica no está exenta de posibles perversiones y comportamientos oportunistas, que el organismo financiador-regulador tiene obligación de minimizar.
7. Probablemente, una combinación ponderada de incentivos económicos y no económicos, en función de los intereses y expectativas de los profesionales, es más adecuada que el uso aislado de motivadores financieros.

FUENTE: Elaboración propia a partir de Tamborero Cao, G. y Pou Bordoy, J. (1997).

En otro análisis para el área básica de salud Este de Valladolid⁴⁰ se evalúa la influencia del Contrato-Programa sobre el *comportamiento prescriptor en la AP* durante los años 1994-1997 (Muñoz Hernández y col., 1998). El Contrato-Programa como mecanismo de gestión pretende explicitar entre financiador y proveedor de la asistencia sanitaria: I) el tipo de servicios que se van a proveer efectivamente; II) el coste que ello va a suponer, y III) la calidad con que esta cartera de servicios va a proveerse (según el cumplimiento de las denominadas Normas Técnicas Mínimas (NTM)). La racionalidad de una medida de explicitación de responsabilidades como esta cabe situarla en un entorno de descentralización de responsabilidades de gestión hacia los centros asistenciales. Así pues, se ofrece una mayor autonomía de gestión bajo el supuesto que ello fomentará la (meso)eficiencia, introduciendo cierta presión competitiva entre los proveedores sanitarios por la vía de la comparación de sus costes asistenciales. El financiador obtiene, por su parte, un mecanismo de financiación prospectivo (transitando desde una presupuestación basada en precios hacia otra fundamentada en costes) y una batería de indicadores de productividad (en términos de cantidad y calidad de la asistencia) útil en una relación contractual a largo plazo⁴¹.

Evolución de la presión asistencial, frecuentación y el consumo farmacéutico

	Consumo UTB (1)		Gasto farm. por persona (2)		Presión Asistencial (3)		Frecuentación (3)	
	Media	Desv. Típica	Media	Desv. Típica	Media	Desv. Típica	Media	Desv. Típica
1994 ..	15,88	2,609	14.134	2,347	—	—	—	—
1995 ..	15,21	2,403	15.938	2,754	—	—	—	—
1996 ..	14,51	2,699	17.985	3,512	36,87	12,051	6,96	2,444
1997 ..	13,84	2,541	18.707	3,519	36,13	12,201	7,16	2,83

Notas: (1) UTB expresados en número de envases; (2) Gasto en ptas.; (3) Frecuentación y presión asistencial expresada en número de pacientes por año y día, respectivamente.

FUENTE: Elaboración propia a partir de Muñoz Hernández et al. (1998).

Los resultados muestran cómo el hecho que un centro tenga firmado un contrato programa no tiene influencia ni sobre el gasto farmacéutico ni sobre la prescripción de medicación de utilidad

⁴⁰ Este ABS comprende 8 Centros de Salud Urbanos, 2 Ambulatorios y 10 Centros de Salud Rurales.

⁴¹ Para el caso concreto del estudio de Muñoz Hernández y col. (1998), la cuestión básica es cuáles son los efectos del CP sobre: I) el comportamiento prescriptor de los médicos de AP, II) la relación que se establece entre prescripción y frecuentación en este ámbito asistencial, y III) evaluar la influencia de la presión asistencial sobre el coste de la prescripción y consumo de medicamentos. Para ello se analizan para el período 1994-97 variables de gasto y consumo farmacéutico total y capitativo, junto a informaciones sobre frecuentación y presión asistencial de los centros de AP.

terapéutica baja (UTB). Estos dos parámetros únicamente se ven influidos por variables como el número de veces que acude una misma persona al centro por año (*frecuentación*) y el número de pacientes diarios que tiene cada centro (*presión asistencial*) (véase el Cuadro siguiente).

Relación entre las variables de presión y frecuentación asistencial con el consumo farmacéutico. Coeficientes no estandarizados

	Presión asistencial		Frecuentación	
	1996	1997	1996	1997
Gasto por persona.	-0,101	-0,104	1,013	0,896
Consumo UTB.	-0,004	-0,008	0,628	0,63

FUENTE: Elaboración propia a partir de Muñoz Hernández et al. (1998).

Esta falta de efectividad de los Contrato-Programa como mecanismo incentivador de la eficiencia en los centros asistenciales coincide con los resultados de otros estudios en el ámbito hospitalario. Algunos de los factores determinantes de esta reducida efectividad puede que se centren en la falta de credibilidad del mecanismo como instrumento de explicitación de responsabilidades financieras; o bien en el contexto organizativo (típicamente burocrático) en que se ofrecen márgenes de gestión a los centros. Los resultados de la tabla anterior pueden deberse a juicio de los autores a que: I) un aumento en la presión asistencial viene a reducir el tiempo de consulta por persona, con lo que ambos, paciente y profesional, se centran en el motivo principal de la consulta sin dejar lugar a problemas de salud secundarios y que podrían motivar un consumo farmacéutico superior. II) Por otra parte, una mayor frecuentación se deriva en un mayor consumo farmacéutico, siendo este factor predominante cuando lo comparamos con I). Todo ello corrobora una evolución en el gasto farmacéutico creciente, acompañada por un incremento en la frecuentación.

Amado y col. (1997) proponen un sistema de indicadores cualitativos que permita establecer una clasificación de las áreas básicas de salud (ABS) con el objetivo de priorizar y establecer el grado de necesidad en relación con una intervención para la mejora de la prescripción farmacéutica. Pese a que el análisis tiene como principal objetivo evaluar la validez de este sistema de indicadores utilizando datos retrospectivos (1995) sobre prescripción farmacéutica de 36 ABS de la región Costa de Ponent (Barcelona), también arroja algunos resultados en cuanto a la calidad prescriptora (en su vertiente cualitativa) en la AP.

El sistema de indicadores propuesto muestra una estructura escalonada donde, en primer lugar: I) se analiza el valor intrínseco (% de especialidades con un valor intrínseco farmacológico elevado); en segundo lugar: II) se establecen unos trazadores de hiperprescripción para identificar y reducir los perfiles de sobreprescripción (número de dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día, para los fármacos como los antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos y las benzodiacepinas); y finalmente se establece un tercer escalón donde se analizan los trazadores de selección o uso relativo de los medicamentos para identificar patrones de infraprescripción.

En resumen, los resultados muestran cómo:

- I) El 25 % de las ABS prescriben fármacos con un Valor farmacéutico intrínseco (VFI) bajo (< 75 %), un 25 % lo hacen con un VFI elevado (> 80 %), mientras que el resto (50 %) se sitúan en los valores intermedios (75-80 %).
- II) La relación entre los indicadores del primer y segundo escalón se encuentra en un menor consumo de antibióticos en las ABS con VFI alto. Esta relación no se da en el caso de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y las benzodiacepinas.
- III) En general y con la utilización de este sistema de indicadores, las principales conclusiones de este ejercicio proponen que las ABS con un VFI bajo es donde se concentran los niveles de hipertensión más altos y mayores problemas de selección, definiéndose por tanto como un grupo de ABS donde la intervención debe ser más intensiva y sistemática.

3. La calidad asistencial y la eficiencia en los centros de AP

Respecto a la *percepción sobre la calidad* por parte de los usuarios podemos decir que los índices globales de reclamaciones muestran diferencias significativas (en relación a la frecuencia de las mismas) según el *modelo de AP* que analicemos: la AP reformada que actúa según los Equipos de AP, o bien, el modelo tradicional de asistencia primaria.

Estos resultados se desprenden de un estudio de Garzón González (1998), que fue realizado en el área 4 del INSALUD de Madrid, de las reclamaciones presentadas por los usuarios durante el año 1993 (N = 448) en los centros de AP. Los motivos por los cuales se daba una mayor frecuencia en las reclamaciones en los Equipos

de AP son los de desacuerdo con el tratamiento y con el seguimiento. Estos resultados parecen ser contradictorios con los encontrados por otros estudios donde se refleja un modelo de AP reformada con mayor calidad asistencial. A la vista de esto, los autores sugieren que, considerando que los indicadores de perfiles de prescripción y de seguimiento de protocolos son mejores en los Equipos de AP que en el modelo tradicional, quizá sea necesario hacer más partícipes a los usuarios en la toma de decisiones clínicas para que la implantación de mejoras en la calidad técnica del tratamiento y el seguimiento de patologías crónicas sean percibidas como tales en lugar de generar mayor insatisfacción, como sugiere este trabajo.

En otro trabajo similar (Gómez Castro y col., 1997) en Las Palmas de Gran Canaria se encuentra una relación positiva entre los niveles de satisfacción y la reforma del complejo asistencial de la AP. La satisfacción de los usuarios en relación con alguno de los aspectos del proceso asistencial y su posible asociación con el modelo organizativo de la AP tienen especial interés como elemento de mesogestión (evaluación y control de los servicios sanitarios) en general, así como en su vertiente más particular de indicador de mejora asistencial introducida tras el proceso de reforma de la AP. No cabe olvidar, sin embargo, que la satisfacción del usuario queda englobada dentro del concepto más amplio de *calidad asistencial*, teniendo este último una naturaleza multidimensional donde se incluyen también elementos de efectividad clínica en los tratamientos, la calidad en los procedimientos asistenciales, etc.

La población de referencia en este estudio es la adscrita al Centro de Salud de Escaleritas en Las Palmas de Gran Canaria, donde conviven los modelos reformados y no reformados de AP. Se realizaron (1995) un total de 538 encuestas telefónicas, de las que 397 se consideraron como válidas (73,8 %), correspondiendo un 55 % de los encuestados al modelo reformado. Las variables que se estudiaban respecto a la satisfacción en la relación entre usuario y médico eran: el interés del facultativo por los problemas del paciente, valoración del tiempo que dedica el médico a la exploración clínica, acuerdo con la prescripción del médico, aclaración de dudas, uso de la historia clínica y satisfacción general con la atención recibida. Los resultados de este trabajo reflejan un grado de satisfacción superior entre los usuarios del modelo reformado para cada una de las variables de la encuesta. Debe considerarse, sin embargo, el hecho que ambos modelos estén situados físicamente en el mismo edificio, lo que a juicio de los autores puede estar introduciendo un sesgo fruto de la comparación en los recursos físicos y la población adscrita a los centros. Paradójicamente, y a diferencia del resto de estudios de satisfacción de los usuarios, un tiempo de espera

superior en el modelo de AP reformado no redonda en una valoración inferior de la asistencia.

González y col. (1998) realizan un estudio encuestal entre los usuarios ⁴² donde el porcentaje medio de satisfacción proporcionado por la encuesta fue del 85 % y la puntuación media recibida en una escala analógica del 0 al 10 (preguntando a los usuarios por la satisfacción global) fue de 7,4. Estos resultados son similares a los obtenidos por trabajos similares. Entre los aspectos peor valorados se encuentran los organizativos, mostrando cuotas de mejora en este sentido. Contrariamente, los aspectos relacionales fueron los mejor valorados (véase el *Cuadro* siguiente).

Resultados de los factores mejor y peor valorados por los usuarios de un centro de AP

Resultado de la pregunta: ¿qué es lo que menos le gusta del centro?	%
Servicio de admisión	32,3
Organización del centro	22,3
Falta de puntualidad	16,5
Infraestructura	13,0
Personal sanitario	3,8
Otros	6,0
Falta de continuidad	4,3
Resultado de la pregunta: ¿qué es lo que más le gusta del centro?	
Trato del personal sanitario	60,4
Todo	22,3
Accesibilidad del centro	6,5
Trato del personal no sanitario	6,0
Infraestructuras	3,8
Organización	1,0

FUENTE: González y col. (1998).

Algunos autores (Jiménez Palacios, 1997; Tamborero Cao, 1997) han analizado sus recientes experiencias en la implementación de sistemas de incentivos en el ámbito de las organizaciones sanitarias y más concretamente en la AP. Entre los principales condicionantes que de partida podemos encontrarnos son, según Tamborero Cao (1997):

⁴² Se trata de una encuesta realizada a 1.349 usuarios de AP en 4 centros de 3 ABS de Girona para evaluar la satisfacción de los mismos. El cuestionario se estructuraba en 4 bloques temáticos (organización, relación, coordinación, confort), estableciéndose un último bloque *general* de preguntas abiertas para la evaluación cualitativa complementaria de la satisfacción de los usuarios.

- I) Marco jurídico poco propicio (marco normativo público rígido y burocrático).
- II) Falta de tradición incentivadora (ausencia tradicional de mecanismos de estímulo monetarios).
- III) Aversión al riesgo de los profesionales (implica la aplicación de incentivos de baja intensidad).
- IV) Resistencia sindical (la retribución variable significa una pérdida por parte de los sindicatos del control sobre la masa salarial).
- V) Costes de información necesaria para la incentivación (costes de transacción y de control).
- VI) Necesidad de definir las actividades incentivadas (de forma operativa para conocerlas, medirlas y negociarlas).

En 1993 el INSALUD pone en marcha un proceso de descentralización de la gestión que se incorpora al Contrato-Programa de 1994. Este proceso, iniciado por la Subdirección General de AP del INSALUD, tiene los objetivos principales de: I) reconocer a los profesionales como los auténticos gestores del sistema; II) establecer unidades de provisión de servicios, asignación de recursos e imputación de costes; III) establecer un sistema de incentivación a las unidades de responsabilidad en virtud del balance entre recursos consumidos y servicios prestados; IV) descentralización progresiva del proceso de toma de decisiones en la organización; y V) establecer como funciones de los Equipos Directivos la gestión de las decisiones de los profesionales, garantizar la cantidad y calidad de los Servicios, proporcionar el adecuado apoyo técnico y evaluar la gestión de recursos y de los servicios (Jiménez Palacios, A., 1997). Tras una necesaria acreditación por parte de la Gerencia del área de AP respecto a la existencia de las herramientas de gestión suficientes, dichas áreas pueden acceder al desarrollo del sistema de incentivación.

Para la experiencia de incentivación en las gerencias de AP de Mallorca y el Área 10 de Madrid se recurre, de forma resumida, a un sistema de incentivos basado en la reversión parcial a cada centro de salud del ahorro generado sobre el presupuesto asignado (véase el Anexo final para un detalle de las experiencias).

La evaluación cualitativa del impacto de esta medida de incentivación en Mallorca está en fase de análisis (1997). Los autores que revisan esta experiencia extraen un *decálogo* para la aplicación de incentivos en AP a la vista de los resultados preliminares de la misma:

1. La convergencia de objetivos (institucionales, profesionales y de los clientes) debe orientar las metas a incentivar. Es necesario que las actividades hayan demostrado su suficiencia, calidad y eficiencia.
2. Existe suficiente margen de maniobra para innovar en política de incentivos, a pesar del rígido marco jurídico.
3. La aplicación mecánica de incentivos con éxito en otros sectores a una empresa sanitaria pública no es oportuna.
4. Es imprescindible profundizar en los mecanismos de revelación de preferencias de los profesionales y proceder a su monitorización.
5. Hay que promocionar incentivos de grupo, para fomentar la cooperación y el control mutuo, minimizando la necesidad de control externo.
6. Los objetivos a incentivar se concretarán en forma de metas cuantificadas y en un lenguaje próximo al clínico. Deben ser conocidos e internalizados por los profesionales, mediante un proceso de discusión y pacto.
7. El tipo e intensidad de los incentivos debe particularizarse. Los incentivos monetarios no son suficientes. El desarrollo de la autogestión, como incentivo marco, merece ser alentado.
8. Los aspectos a incentivar tienen que ser revisados y actualizados periódicamente.
9. La distribución interna de incentivos ha de ser discriminante, evitando la linealidad, debe basarse en una evaluación objetiva del desempeño, incorporando la negociación intraequipo.
10. Los efectos secundarios generados por la aplicación de incentivos deben ser objeto de una cuidadosa valoración y neutralización precoz.

Los resultados de la experiencia en Madrid parecen positivos, aunque con rendimientos temporales decrecientes: en 1994 se ahorraron 200 millones de ptas., superando en 5 puntos el producto objetivo del contrato programa. Para 1995 y 1996 parece que los ahorros han sido menores en relación a la falta de control del capítulo IV (farmacia).

Pese a los aspectos positivos de la experiencia, Jiménez Palacios (1997) destaca la necesidad de transitar hacia un modelo de incentivación mixto que contemple un pacto de objetivos-incentivos entre financiador y proveedor, y por otra parte de torneo entre los entes proveedores. Ello vendría a solucionar los problemas derivados de la intencionalidad de contención de gastos que engendra el actual sistema de reparto de beneficios (de % sobre el superávit en la cuenta de resultados): deterioro cualitativo y cuantitativo de los servicios, junto a la selección adversa de pacientes.

En relación al modelo de incentivación, Tamborero Cao y col. (1997b) muestran algunos resultados interesantes respecto a la preferencia que los profesionales de la AP tienen frente a los distintos tipos de incentivos. Entre los 398 profesionales a los que se les realizó la encuesta en 1995, el 54 % prefería sistemas de incentivos mixtos (monetarios-no monetarios), el 19,9 % optaba por la incentivación monetaria directa al profesional, el 18,6 % por la indirecta (fondos para formación o mejoras en los centros) y, finalmente, el 7,5 % restante optaba por los incentivos no monetarios. Facilidades para la formación y la investigación, mejoras en el lugar y en las condiciones de trabajo, promoción y desarrollo de la carrera profesional, estabilidad laboral, sentimiento de afiliación, movilidad geográfica voluntaria son también elementos motivadores del personal sanitario. Incluso el mismo proceso de descentralización y las posibilidades de autogestión que implica son aducidas por el 48,8 % de los encuestados para justificar un mayor esfuerzo y dedicación profesionales.

En un trabajo de Prieto y col. (1998), donde se recogen las opiniones de directores de distrito de AP y de profesionales sanitarios de los centros de salud en Andalucía respecto a los sistemas de motivación e incentivos aplicados en esta comunidad autónoma, se encuentran divergencias significativas entre ambos grupos. Mientras los directores de distrito consideran que los incentivos son inadecuados e insuficientes, los profesionales sanitarios califican a los incentivos (la productividad variable) como *elemento desmotivador* en el desempeño profesional. Dicha divergencia de criterios muestra una complicación añadida en los objetivos de alineación de intereses en los agentes que participan en el sistema sanitario, produciendo además una dificultad añadida a la implementación de este tipo de medidas. Por parte de los profesionales sanitarios se observan algunos aspectos problemáticos como: I) las cuantías escasas que supone el sistema de incentivos; II) unas variables-objetivo inoportunas; III) la no existencia de mecanismos objetivos de evaluación; y, finalmente, IV) las escasas diferencias económicas conseguidas vía incentivos entre directivos y profesionales sanitarios. Todos estos constituyen factores que frenan el desarrollo del sistema de incentivación a juicio de los profesionales sanitarios andaluces.

4. La calidad asistencial y la eficiencia en los centros de AE

En un trabajo de García Ortega y col. (1998) descriptivo para el Hospital Punta de Europa de Algeciras (Servicio Andaluz de Salud) se analiza la frecuencia de los *reingresos hospitalarios* como indicador útil de la *calidad asistencial*. Desde esta perspectiva, dicho indicador se incluye ya en los contratos programa que establece el Servicio Andaluz de Salud con sus proveedores de atención sanitaria. En los contratos programa el reingreso ha sido definido como todo ingreso que se produce debido al mismo diagnóstico principal (del ingreso anterior) en los treinta días siguientes al alta del ingreso previo, independientemente que éste se produzca de forma urgente o bien programada. Se analizan pues un total de 24.613 episodios de hospitalización entre 1995 y 1996 a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta Hospitalaria (CMBDH).

Los resultados muestran una tasa de reingreso en torno al 5 % (IC₉₅ %: 4,87-5,2). En relación con las variables sociodemográficas que ofrece el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta Hospitalaria se asocia una mayor probabilidad de reingreso a la edad, y el sexo masculino junto con determinados diagnósticos y servicios al alta. Los servicios con mayor porcentaje de reingresos fueron psiquiatría (20,5 %), hematología (16,8 %) y otorrinolaringología (6,7 %). Los diagnósticos cuyo reingreso ha sido más frecuente fueron la amenaza de parto, el SIDA y sus complicaciones, la neoplasia de vejiga, el ángor inestable y la esquizofrenia paranoide. La tasa de reingresos se sitúa en torno al 3,4 % (IC₉₅ %: 3,2-3,6) si sólo se incluyen los reingresos urgentes. Con este segundo indicador controlamos el efecto de aquellos ingresos programados, como por ejemplo la continuación de tratamiento, la quimioterapia, etc. En este sentido los reingresos programados no indican mala calidad en la asistencia, sino una continuidad de la misma. Pese a ello, dicho indicador excluye del análisis aquellos ingresos por procesos quirúrgicos programados que no han sido resueltos en el primer episodio, habitualmente como consecuencia de una admisión inadecuada. Es decir, no recoge episodios con una alta probabilidad de indicar calidad mejorable (episodios vinculados a un proceso quirúrgico previo) en los que el diagnóstico del segundo ingreso no coincide con el motivo del alta precedente. Ambos, tasa de reingresos total y urgente, deben considerarse como complementarios.

Lledo y col. (1998) analizan las expectativas de los usuarios de los servicios de AE como elemento complementario de la calidad asis-

tencial⁴³. Los resultados principales muestran cómo el tipo de variables más valoradas entre los usuarios son aquellas que tienen que ver con la accesibilidad al servicio y la relación con el profesional sanitario (véase *Cuadro* siguiente). Cabe destacar que las expectativas de los usuarios del hospital vienen condicionadas por el proceso o diagnóstico que motiva el ingreso.

Variables clave de satisfacción en usuarios potenciales de un centro de AE

Variable	Puntos	Porcentaje
Horarios y calendario adecuados. Atención rápida . . .	102	9,4
Amabilidad, trato y cortesía.	67	8,9
Disposición a la demanda. A dar explicaciones.	64	5,9
Diagnóstico, tratamiento y pruebas	60	5,5
Comodidad de instalaciones (habitación)	54	5,0

FUENTE: Lledo y col., 1998.

En relación con la eficiencia *relativa* de los centros hospitalarios, Barbeito y col. (1998) plantean la necesidad de revisar la estancia media como determinante principal de los costes de la AE. Más concretamente se analiza la hipótesis de que la complejidad organizativa (entendida como el número de camas en el centro hospitalario) tiene una gran influencia en la duración de la estancia. Para ello se realiza un análisis retrospectivo de los indicadores de actividad hospitalaria de los centros del Servei Valencià de Salut (SVS)⁴⁴ a lo largo del período 1994. Se compara entonces la estancia media por grupos de hospitales según su tamaño, controlando por la casuística que tratan (medida según los Grupos de Diagnóstico Relacionados, GRDs), centrando el análisis en los 238.244 episodios de hospitalización durante 1994.

Los resultados muestran cómo la casuística tratada por los centros muestra un comportamiento homogéneo: se constata el hecho que la patología más frecuente y simple es la que ocupa la mayor parte de la actividad de cualquier hospital. Para el estudio de las diferencias entre hospitales se clasifican éstos en tres categorías principales:

⁴³ Los autores realizan un análisis utilizando la técnica de los grupos de discusión donde se estudiaban aquellos atributos que los usuarios asocian a la calidad percibida. El estudio se realizó en el Hospital Clínic y Provincial de Barcelona sobre un total de 106 participantes pertenecientes a la lista de espera en tres de los procedimientos más comunes: las cataratas, la hernia abdominal y el control del embarazo-parto.

⁴⁴ Estos centros suponen el 77 % de los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana, y el 91,5 % de la oferta pública de camas instaladas.

Resumen de indicadores por tipo de hospital

	Pequeños	Medianos	Grandes
Estancia media de los 10 GRDs más frecuentes	4,5706	5,2089	6,4513
Índice funcional (1)	0,7567	0,9044	1,0794
Índice casuística (2)	0,9797	0,9840	1,01109
Grado de comorbilidad (3)	17,6 %	20,3 %	21,0 %

Notas: (1) IF: es la razón entre la estancia media ajustada por casuística y la estancia media del estándar; (2) ICM: es la razón entre la estancia media ajustada por funcionamiento y la estancia media del estándar; (3) Proporción de casos con comorbilidad y/o complicaciones sobre el total de GRDs con epígrafe CC en cada tipo de hospital.

FUENTE: Barbeito, J. E. et al. (1998).

El número de camas de un hospital se muestra relacionado con su estancia media, siendo responsable de un 30 % de su variabilidad ($R^2 = 0,30$). Si controlamos por la casuística, estas diferencias se mantienen significativas (véanse tablas siguientes). Pese a que de estos resultados se desprende la idea de una mayor eficiencia de los hospitales medianos/pequeños en la obtención de una estancia media menos prolongada, los autores reconocen que ello no puede atribuirse exclusivamente a la función de gestión del centro hospitalario, ya que otros factores inherentes a la oferta (complementariedad con los servicios socio-sanitarios, hospitales de crónicos, unidades de cirugía sin ingreso, CSI...) y demanda asistencial (grado de envejecimiento de la población, nivel socioeconómico y sanitario de la población, sistema de derivación de AP a AE...) no han sido adecuadamente controlados. Las hipótesis complementarias que cabe barajar a la hora de buscar una explicación a una mayor estancia media de los hospitales de mayor tamaño se sitúan en torno al hecho de que los hospitales grandes puedan estar atendiendo a enfermos más complejos. A favor de esta hipótesis complementaria observamos que el grado de comorbilidad y el índice de casuística aumentan con el número de camas. Por el contrario, el índice funcional, que ajusta por el factor de complejidad de las diferentes casuísticas, muestra un comportamiento que contradice esta hipótesis. Otro de los factores contradictorios en este mismo sentido es que los GRDs más frecuentes, y probablemente con menor complejidad, muestran también una evolución creciente de la estancia media con el tamaño del centro hospitalario.

Pese a sus resultados, y reconociendo las limitaciones de la información utilizada, los autores aventuran argumentos en contra del hecho que en los hospitales pequeños y medianos se resuelven con más agilidad las necesidades de los pacientes con los procesos más habituales y menos complicados:

Variabilidad de la estancia media según dimensión hospitalaria

Grupo (I)	N	Media	IC 95 %
Pequeño.....	7	6,62	5,88 a 7,36
Mediano.....	8	7,74	7,10 a 8,37
Grande.....	5	9,01	8,25 a 9,77
Total.....	20	7,66	7,11 a 8,21

Notas: (1) Datos referidos a los hospitales, sin ponderar por número de altas para demostrar diferencias entre niveles de hospital. $F = 15,1078$, $p < 0,0005$ contraste bilateral con 2 grados de libertad entre grupos y 17 intragrupos.

FUENTE: Barbeito, J. E. et al. (1998).

Comparación de estancia media según tipo de hospital y presencia o no de comorbilidad y/o complicaciones

	Sin comorbilidad/complicaciones		Con comorbilidad/complicaciones	
	Estancia Media	Diferencias (I)	Estancia Media	Diferencias (I)
Pequeño.....	5,54	MP: 0,90	8,62	MP: 2,58
Mediano.....	6,44	GM:0,80	11,20	GM:2,03
Grande.....	7,24	GP:1,70	13,2	GP:4,60

Notas: (1) Contraste unilateral, $p < 0,005$; MP: entre hospitales pequeños y medianos; GM: entre hospitales medianos y grandes; GP: entre hospitales pequeños y grandes.

FUENTE: Barbeito, J. E. et al. (1998).

- I) Los enfermos con mayor comorbilidad tienden a ser asistidos en los hospitales mayores por las especialidades correspondientes y presentes en mayor número.
- II) Al disponer de mayor volumen de recursos, los hospitales de mayor nivel reciben enfermos de mayor complejidad, con independencia de que una vez en ellos sean tratados por servicios especializados o generales, como Medicina Interna, Cirugía general o incluso Obstetricia.
- III) Los hospitales de menor tamaño disponen de la posibilidad potencial de evacuar a centros más complejos pacientes más graves y complicados.

Pérez y col. (1997) presentan los resultados de un estudio de eficiencia relativa de la empresa pública Hospital Costa del Sol (HCS) frente a los demás hospitales públicos pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud (SAS). Este estudio se realiza mediante tres métodos: I) un análisis comparativo de un conjunto de indicadores seleccionados por los gerentes de los Hospitales Comarcales del

SAS y otros especialistas; II) mediante la elaboración de los índices de eficiencia de Georgopoulos (1986), incorporando también las prioridades establecidas por los gerentes de los Hospitales Comarcales del SAS y otros especialistas⁴⁵; y finalmente III) un análisis envolvente de datos (AED) con y sin las comentadas prioridades. La batería de 20 indicadores finales surge de una criba realizada por los gerentes de los Hospitales Comarcales del SAS y otros especialistas a partir de 61 indicadores, que además deben declarar la importancia relativa de cada uno de ellos en la medida de la eficiencia de un hospital comarcal.

Lo que aquí se evalúa es la bondad del marco organizativo en que se sitúa el Hospital Costa del Sol (empresa pública) frente a otras formas organizativas, como consecuencia de las principales innovaciones que permite desarrollar este nuevo marco:

- *Sistema de control de gestión* basado en el diseño de centros que permitan la distribución de responsabilidades dentro del propio centro (realizan actividades homogéneas, con productos medibles, con localización física y responsabilidades y responsables perfectamente definidos): se diseñan unos centros de atención directa al paciente, las áreas integradas de gestión, así como unos centros intermedios (biotecnología, radiodiagnóstico, anestesia...) y centros estructurales (dirección, administración...) que prestan servicios a las citadas áreas integradas de gestión. La planificación, presupuestación y control de gestión se plantean en torno a las *cuentas de costes/resultados* de cada área integrada de gestión.
- *Marco laboral*, a través de un convenio colectivo específico que permite regular las relaciones laborales con el personal 100 % laboral. Aquí las mejoras se establecen en base a la simplificación de las relaciones laborales.
- *Sistema de retribuciones e incentivos*: dos son los tipos de incentivos utilizados en el Hospital Costa del Sol: I) ordinarios o de nivel I, como porcentaje de la retribución fija, variables según categoría profesional y devengados según el cumplimiento de unos objetivos anuales pactados y, en menor medida, de una evaluación anual del desempeño. En segundo lugar, II) se aplican los denominados incentivos de nivel II: ligados al cumplimiento de objetivos de lista de espera o bien a objetivos de gestión económica (generación de ahorros) del servicio.

⁴⁵ Los índices de eficiencia de Georgopoulos suponen, en primer lugar, una ordenación de los centros según su puntuación en cada uno de los indicadores planteados. Posteriormente se suman los *rankings* obtenidos en cada uno de los indicadores, obteniéndose así un índice de eficiencia del centro hospitalario.

Uno de los aspectos a destacar es la introducción de incentivos negativos a las áreas integrales de gestión cuando éstas obtengan un resultado negativo (en caso de superar el presupuesto de gastos establecido). Ello, en el marco de las ventajas que supone para el Hospital Costa del Sol el convenio colectivo y el sistema retributivo aplicado por el hospital, explica los resultados positivos del HCS frente a los demás hospitales comarcales:

- El índice de Georgopoulos señala al Hospital Costa del Sol como el mejor valorado a gran distancia de los hospitales comarcales.
- Los resultados del análisis envolvente de datos señalan que el actual nivel de actividad, los recursos humanos considerados y el gasto corriente estimado sitúan al Hospital Costa del Sol en el máximo de eficiencia posible en términos relativos.

El siguiente *Cuadro* muestra un resumen de los resultados principales respecto a la comparación (*benchmarking*) de eficiencia de los centros (Carretero y col., 1997):

Sistema de indicadores parciales de eficiencia y posición relativa del Hospital Costa del Sol

Indicador de eficiencia parcial	Ordenación	Posición HSC 1996	Aproxima
<i>Indicadores de gestión de recursos:</i>			
Coste/habitante	2	1	Coste de la cobertura poblacional para el financiador Número facultativos por población (por 10.000) Cantidades ingresadas por el centro por cualquier concepto (importe global cobrado independientemente del año de facturación)
Facultativos/población	9	n.d.	
Cobrado ejercicio	10	n.d.	
% obligado personal respecto al CI por habitante.	8	n.d.	
<i>Indicadores de actividad asistencial:</i>			
Índice funcional	3	1	Aprovechamiento del recurso cama (estancia media del centro/estancia media estándar)
Índice de casuística	5	1	Complejidad relativa de los pacientes tratados respecto al estándar (EM esperada del centro/EM estándar)
Estancia Media ajustada por casuística	1	1	Nivel de actividad (estancias totales/ traslados o ingresos o admisiones)
Estancia Media de servicios:	4		Idem EM por servicios
De Cirugía		2	
De Medicina		4	
De Ginecología		1	
De Traumatología		1	
Resolución H. Día	6	1	n.d.
Índice utilización quirófanos ..	7	n.d.	Horas quirófano utilizadas/horas quirófano disponibles (por 1.000)
<i>Indicadores de calidad:</i>			
% Reingresos por alta.	11	n.d.	Total 1.ª consultas/consultas sucesivas (por 100)
% Traslados a otros centros.	12	n.d.	Número de enviados a otros centros/ Número enviados a otros centros e ingresos urgentes)
Índice de Cesáreas	13	n.d.	Número cesáreas/número total de partos (por 100)
% Revisiones	14	n.d.	

FUENTE: Elaboración propia a partir de Carretero y col., 1997.

Pérez Romero y col. (1998) realizan una revisión de los resultados de una evaluación de la eficiencia en los hospitales comarcales del Servicio Andaluz de Salud sobre la base de dos criterios, del *benchmarking* y del análisis envolvente de datos (AED). Centrándonos en las informaciones complementarias que pueda ofrecernos un AED ⁴⁶, los autores muestran cómo ambos métodos ofrecen informaciones (puntos fuertes y oportunidades de mejora) cruciales para la planificación estratégica y la gestión de los centros de AE (véase el Cuadro siguiente). Los resultados medios de eficiencia relativa muestran una eficiencia técnica global (ETG) del 0,94. Los hospitales 5, 8, 9, 10, 11, 14, 15 y 16 resultan eficientes, mientras que en el grupo de los más ineficientes destacan los centros 2 y 4. Cuando nos referimos a la comparación de aquellos centros con dimensiones comparables, se obtiene una eficiencia técnica pura (ETP) media del 0,97, donde centros como el 1 o el 6 son considerados ahora eficientes en relación con los de su misma dimensión. El centro 2, sin embargo, continúa obteniendo los peores resultados de eficiencia. Los resultados de eficiencia de escala (EE = ETG/ETP) determinan en qué medida la eficiencia se produce por razones de estructura productiva. La eficiencia de escala media es para el Servicio Andaluz de Salud del 0,97, lo que nos indica que el 3 % de la ineficiencia procede de problemas de escala productiva.

Resultados del análisis de eficiencia relativa de los hospitales comarcales del SAS. 1995

Hospital	Valor obtenido			Posición relativa		
	Índice sintético no ponderado	Índice sintético ponderado	Eficiencia técnica global	Índice sintético no ponderado	Índice sintético ponderado	Eficiencia técnica global
H1	150	172	,86	14	12	12
H2	163	141	,79	15	15	15
H3	134	172	,84	12	13	14
H4	131	181	,79	10	11	16
H5	114	278	1	7	6	1
H6	123	219	,97	9	9	10
H7	133	196	,98	11	10	9
H8	93	331	1	3	2	2
H9	91	324	1	2	3	6
H10	121	227	1	8	8	7
H11	94	308	1	4	4	4
H12	n.d.	n.d.	,85	-	-	-
H13	98	285	,95	5	5	11
H14	108	268	1	6	7	8
H15	84	355	1	1	1	5
H16	149	149	1	13	14	3

FUENTE: Pérez Romero y col. (1998).

⁴⁶ Como medida de *output* se utilizan las altas ajustadas por el índice de casuística y la actividad ambulatoria (utilizando la escala UPA). Los *inputs* considerados son las camas ponderadas por las UPAs como aproximación del activo fijo de cada centro, el capítulo II, el personal médico, de enfermería y otro tipo de personal.

Dichos resultados son sometidos a un análisis de concordancia (test de Wilcoxon), obteniéndose resultados de homogeneidad de ambos tests: ello no implica la coincidencia absoluta en las informaciones de ambos métodos, sino la coherencia de los resultados obtenidos. La identificación de mejoras potenciales de eficiencia de un centro determinado mediante AED puede descenderse a un nivel mucho más operativo con el análisis más exhaustivo de los indicadores que proporciona el *benchmarking*.

Con relación a la evolución en la eficiencia relativa de los centros hospitalarios, podemos aportar también un ejercicio de comparación de dos metodologías para la evaluación de la eficiencia en los centros hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud ⁴⁷: construcción de una frontera multiejercicio y la utilización de los índices de Malmquist (Navarro Espigares, J. L., 1998). Adicionalmente, el período estudiado (1993-95) permite contrastar parcialmente el efecto de la aplicación de los contratos programa en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, hecho éste que se produce en 1994.

Los resultados en este sentido muestran:

- El AED aporta información suficiente para concluir un cambio productivo positivo entre 1993-95 en forma de una mejora de la eficiencia de los centros del SAS (véase el *Cuadro* siguiente). En el modelo reducido se obtiene un incremento anual de la eficiencia técnica del 1,12 %, resultado de un desplazamiento de la frontera (1,29 %), pero de una reducción sensible del nivel de eficiencia

⁴⁷ Se evalúa la eficiencia en los centros hospitalarios del SAS a lo largo de los ejercicios 1993, 94 y 95. Un conjunto de 30 centros a lo largo de tres años consecutivos permite trabajar con un total de 90 observaciones. El autor propone tres modelos alternativos que suponen la consideración de combinaciones de *inputs* y *outputs* diferentes:

Modelo	Reducido	UPA	Estancias Esperadas
Número variables de inputs	4	5	5
Número facultativo	X	X	X
Número personal enfermería	X	X	X
Número Otras categorías	X	X	X
Número camas	X	X	X
Retribuciones variables		X	X
Número variables de output	2	2	2
Número estancias	X		
Número ingresos	X	X	
Número UPAs		X	
Número estancias esperadas			X
Número UPAs ambulatorias			X
NÚMERO VARIABLES	6	7	7

**Principales resultados en la evolución (1993-95)
de la productividad en los centros hospitalarios del SAS
Modelo reducido:**

	1993-1994	1994-1995	1995-1996
Índice de Malmquist.....	1,0036	1,0188	1,0112
Cambio tecnológico.....	1,0104	1,0155	1,0129
<i>Catching-up</i>	,9933	1,0032	,9983
ETP.....	,9956	1,0059	1,0007
EE.....	,9977	,9974	,9976

Modelo UPAs:

	1993-1994	1994-1995	1995-1996
Índice de Malmquist.....	1,0065	1,0307	1,0185
Cambio tecnológico.....	1,0131	1,0171	1,0151
<i>Catching-up</i>	,9935	1,0133	1,0034
ETP.....	,9984	1,0075	1,0029
EE.....	,9951	1,0058	1,0005

Notas: Para el modelo de estancias esperadas se dispone de información sólo para el período 1995, con lo que no se realiza una valoración del cambio productivo.

FUENTE: Navarro Espigares, 1998.

(0,17 %). A su vez, la reducción en la eficiencia técnica global tiene su origen en una mejora de la eficiencia técnica pura (0,07 %), pero con una reducción de la eficiencia de escala (0,24 %). En el modelo UPAs, los resultados son similares: se obtiene un cambio productivo cifrado en el 1,85 % anual como resultado de diferentes evoluciones, todas ellas positivas, en el cambio técnico (1,51 %), la eficiencia técnica global (0,34 %), la eficiencia técnica pura (0,29 %) y la eficiencia de escala (0,05 %). Adicionalmente cabe destacar una reducción en la dispersión de los indicadores de eficiencia de los centros, lo cual tiene una lectura positiva en términos de homogeneización de la asistencia de la red pública sanitaria andaluza.

- Cabe destacar la importancia de los sistemas de información en la medida del cambio productivo: las medidas de productividad utilizadas varían cuando utilizamos medidas de *output* más groseras o bien más refinadas, de forma que el refinamiento de éstas permite no confundir una mayor calidad de los servicios con una caída en los niveles de productividad.
- En relación con la comparación de ambas metodologías (frente a multiejercicio e índices de Malmquist) bajo la hipótesis de

tecnologías cambiantes, podemos decir que aportan en este caso valores casi idénticos en la medida del cambio productivo: en el modelo reducido, la frontera multiejercicio nos reporta un crecimiento del 1,61 % y el índice de Malmquist de un 1,88 %. En el modelo UPAs, los valores son respectivamente del 3,5 % y 3,1 %.

Como consecuencia de la inclusión en 1996 del Hospital General de Especialidades Ciudad de Jaén dentro del Sistema de Control de Gestión de Hospitales (COANh) del Servicio Andaluz de Salud, Siles Serrano y col. (1997) realizan un análisis de costes por centros de responsabilidad para concluir que un 16 % del coste total del hospital en 1996 es generado por los que se denominan centros *exteriores*: centros de responsabilidad que no se localizan en el mismo hospital. Este coste se puede desglosar en: I) la participación de los centros periféricos de especialidades (Jaén, Andújar y Alcalá), cifrada en un 2,1 % (entre el que destaca el consumo en medicamentos extrahospitalarios: 136,7 millones de ptas.); II) el consumo de pruebas diagnósticas desde fuera del hospital, 3,34 %; y finalmente III) el consumo de *asistencias* (primeras visitas y urgencias no ingresadas) que se generan desde el exterior: un 10,56 %. Ante este elevado porcentaje de costes generado por ámbitos de responsabilidad externos al centro, los autores proponen medidas de reorganización, protocolarización de las relaciones entre hospital y centros periféricos, y control del gasto generado por estos otros centros de responsabilidad.

Solà y Prior (1998) evalúan la productividad de los recursos hospitalarios de Cataluña a partir de datos de 107 hospitales durante el período 1987-1992. Para realizar este análisis, los autores utilizan el índice de Malmquist, dado que permite una evaluación dinámica de la productividad e identificar sus dos componentes principales: el *cambio en eficiencia técnica* (valoración si los hospitales se acercan o alejan de su frontera de eficiencia técnica entre dos períodos) y el *cambio tecnológico* (variación de la frontera eficiente entre dos períodos)⁴⁸.

Los principales resultados para índice de Malmquist se muestran resumidos en el *Cuadro* siguiente:

⁴⁸ Las variables escogidas para el análisis fueron, desde la vertiente del producto hospitalario (intermedio): I) las estancias en medicina, cirugía, obstetricia, ginecología y pediatría; II) las estancias en larga estancia y psiquiatría; III) las estancias de intensivos; y IV) el número total de consultas. Por otro lado, las variables de factores productivos utilizadas fueron: I) el personal sanitario ponderado a tiempo completo (40 horas) o bien por salario; II) otro personal no sanitario igualmente ponderado; III) el número de camas en funcionamiento; y IV) el importe de las compras corrientes.

	1987-1988	1988-1989	1989-1990	1990-1991	1991-1992
Índice de Malmquist* . . .	1,016	1,036	1,053	1,040	1,101
Cambio tecnológico. . . .	1,024	1,039	1,019	1,038	1,113
Cambio en eficiencia técnica**	0,991	0,997	1,030	1,002	0,989

Notas:* Con la orientación a los *inputs* del análisis, una medida del índice del Malmquist superior a la unidad significa cambio negativo en la productividad; igual a uno, que no hay cambios en la productividad; y menor a uno, mejoras en la productividad. ** También denominado *catching-up*. FUENTE: Solá y Prior, 1998.

Según estos resultados, cabe resaltar la evolución negativa en productividad y en especial en 1989-90 y 1991-92, dos períodos donde los cambios han sido particularmente negativos. En relación con la descomposición de la productividad, se deduce que los resultados negativos del índice de Malmquist son principalmente debidos a que los hospitales no han podido mantener el nivel de productividad, es decir, la frontera de eficiencia formada por los hospitales más productivos ha empeorado a lo largo del período estudiado. En cuanto a los factores que han incidido sobre este retroceso en la productividad, uno de los factores considerado por los autores son las huelgas por parte de los profesionales del sector sanitario. Considerando que el factor trabajo (horas de profesionales sanitarios y no sanitarios) es un *input* del modelo se hagan o no efectivas las horas de trabajo, las huelgas suponen una disminución de la asistencia sanitaria para un mismo montante de recursos. Tras un análisis de los días de huelga en cada año, se encuentra una relación positiva entre los años con más huelgas y los mayores descensos de productividad. Otro de los posibles factores explicativos es la variación de los *outputs* e *inputs* habidos entre 1987 y 1992, años de inicio y final del estudio. Para el período estudiado, se encuentra una variación positiva pero moderada de los productos hospitalarios (8 % de las estancias en intensivos y un 11 % de las consultas). Los factores productivos por su parte sufren un incremento relativamente superior al de los *inputs* (el 18 % del personal sanitario, el 19 % para el resto de personal, y un 188 % en las compras, de donde un 40 % se debe a la inflación habida entre 1987-92).

En relación al binomio *estructura hospitalaria*-productividad, podemos decir que los hospitales con mejor evolución en términos de productividad son los que reúnen las siguientes condiciones: I) centros de propiedad privada, no forman parte de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP) y con una capacidad entre 401-800 camas, seguidos de los de 101-200 camas; y II) entre los centros públicos, de la XHUP y con una capacidad entre 201 y 400 camas.

González Busto (1998) analiza el problema que supone las listas de espera (en especial las de hospitalización) en los centros sanitarios

Descomposición del índice de Malmquist según propiedad

Propiedad	Número de hospitales 1992	Cambio Tecnológico	Cambio Eficiencia	Índice de Malmquist
Públicos	18	1,246	0,992	1,230
Privados.....	79	1,224	0,989	1,214

Descomposición del índice de Malmquist según pertenencia o no a la XHUP

Medias 1987-92	Número de hospitales 1992	Cambio Tecnológico	Cambio Eficiencia	Índice de Malmquist
XHUP	55	1,236	1,003	1,231
NO XHUP	42	1,220	0,974	1,200

Descomposición del índice de Malmquist según capacidad

Capacidad	Número de hospitales 1992	Cambio Tecnológico	Cambio Eficiencia	Índice de Malmquist
1. <50	24	1,224	0,976	1,209
2. 51-100	19	1,205	0,954	1,159
3. 101-200	34	1,235	0,968	1,192
4. 201-400	14	1,271	1,168	1,449
5. 401-800	6	1,190	1,168	1,019

públicos, y evalúa las soluciones organizativas alternativas que se han planteado. De forma resumida, éstas han sido: I) Concertaciones con otros centros sanitarios; II) Programas especiales (peonadas); y III) Envío de pacientes a centros privados cuando el tiempo de espera supera un límite predeterminado.

La autora establece un modelo de simulación para la gestión de las listas de espera, partiendo de modelos teóricos que son adaptados al caso concreto mediante entrevistas a gerentes, administrativos de centros y del INSALUD y personal sanitario. Para contrastar la validez del modelo se utilizaron datos del servicio de cirugía general del Hospital Central de Asturias, consiguiendo un ajuste estadístico elevado (coeficiente de determinación, $R^2 = 0,79816$) pese a que debe reconocerse la existencia de un 20 % de variabilidad que no es explicada por el mismo.

Con este punto de partida, se utiliza la modelización para establecer la eficacia de las medidas alternativas de gestión de las listas de espera en un centro hospitalario:

- *Efecto de las concertaciones con otros centros asistenciales.* Esta medida, tal como se aplica en la actualidad, tiene un efecto nulo a largo plazo. Ahora bien, en caso de utilizar las concertaciones de una forma más flexible, eliminando su carácter periódico, el efecto esperado a largo plazo es positivo.
- *Efecto del empleo de programas especiales.* Según el modelo, esta medida también tiene un efecto nulo a largo plazo, si bien a corto plazo se observa cierta mejora en la lista. Esto ocurre así cuando el recurso *camas* no actúa como un límite para la actividad. Sin embargo, estas medidas conocidas como *peonadas* pueden generar incentivos perversos.
- *Efecto de un cambio de política de vacaciones del personal médico.* Esta medida tiene como único efecto la eliminación de los picos estacionales de las listas de espera y como gran inconveniente el rechazo del personal a esta medida.
- *Efecto de aplicaciones de depuraciones sobre la lista de espera.* Sólo se consigue que esta medida tenga un efecto positivo cuando la depuración tiene como objetivo la mejora de la información sobre la lista de espera y no la reducción artificial de la misma.
- *Efecto de un análisis de la gestión de recursos asociados a la actividad quirúrgica.* Según el modelo, resulta más adecuado realizar previsiones sobre la demanda del servicio que sobre la lista de espera, puesto que previsiones sobre esta última recogen errores del pasado sobre dotación de recursos y recoge efectos a corto plazo de las medidas normalmente empleadas.

El artículo recoge una simulación del modelo comparando tres situaciones: 1) sin ningún tipo de medidas; 2) bajo las medidas actuales; y 3) con una serie de medidas propuestas por la autora (p. ej., la adecuada utilización de la subcontratación de la actividad, restricción del uso de programas especiales, adecuada depuración de la lista y una mejor gestión de los recursos). Estas medidas implican cambios estructurales en el sentido de incrementar la autonomía de gestión de los centros públicos.

5. Metodología de evaluación

La validación de los métodos de medición de los indicadores de gestión en AP es fundamental, pues en ellos se basan decisiones de gestión y planificación. Al detectarse un aumento de la presión asistencial en el Área 3 de AP de Madrid se realizó un estudio (Rodríguez Ortiz de Salazar y col., 1997) para comprobar la fiabilidad de la recogida de este indicador por el Sistema de Información Sanitaria (SIS). El resultado de este estudio concluye que el SIS recoge correctamente la información necesaria sobre la presión asistencial, aunque se observa una ligera sobrenotificación de la actividad de los profesionales.

Uno de los ámbitos de estudio más relevantes en relación al papel clave que la AP tiene en el Sistema Nacional de Salud es el de la adecuada medición del producto (*output*) sanitario en este nivel asistencial. Con este objeto de estudio Urbina Pérez y col. (1997) realizan una serie de encuestas para conocer los indicadores sanitarios utilizados más frecuentemente (y su importancia relativa) entre los responsables de la gestión y los agentes que generan en definitiva los datos, los equipos de AP. De las encuestas enviadas a las dos Áreas de Salud de la provincia de Zaragoza, se obtuvieron 39 respuestas (el 53 % del total), 10 de equipos directivos y 29 de coordinadores de los Equipos de AP.

Para estos profesionales, los indicadores más importantes son: I) el producto alcanzado en la cartera de servicios; II) las coberturas alcanzadas en la cartera de servicios; y III) el cumplimiento de normas técnicas mínimas (NTM). Debe señalarse el hecho de que se antepongan (en orden de importancia) estos indicadores a otros más comúnmente utilizados en la literatura empírica para aproximar la eficiencia en los centros como, por ejemplo, la presión asistencial. IV) El cuarto indicador en importancia es la satisfacción de los usuarios, lo que incide en la idea de medir la calidad *percibida* del servicio de AP ofrecido al usuario.

En otro estudio de tipo metodológico, Antoñanzas, Gisbert y Mindán (1997) proponen nuevas formas de imputación de los costes hoteleros dentro del total de costes hospitalarios por estancia, como consecuencia que los actuales sistemas de medición de los costes por proceso o por día de hospitalización no sean sensibles a cambios en el empleo de determinados recursos sanitarios. Se analiza la variabilidad fruto de aplicar uno u otro método de asignación de costes de hostelería a partir de los datos de contabilidad analítica que comienzan a generar determinados hospitales. Este análisis se realiza para servicios como son los de cardiología, separando para los cuidados de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y de

Lista de indicadores ordenados por media de puntuación obtenida

Indicador	Media	Coefficiente Variación
Producto alcanzado en la cartera de servicios (valor técnico × cobertura)	7,86	0,06
Coberturas alcanzadas en la cartera de servicios	7,86	0,19
Cumplimiento de NTM	7,76	0,30
Satisfacción de los usuarios	7,51	0,27
Relación de asegurados/médico o pediatra	7,18	0,37
Relación de asegurados/enfermería	7,03	0,38
Atención a otros problemas de salud no incluidos en la cartera de servicios	7,00	0,32
Tiempo medio en consulta programada	6,91	0,35
Porcentaje de población derivada a atención especializada	6,86	0,20
Gasto en receta por asegurado/año	6,74	0,22
PAM en consulta programada enfermería	6,74	0,25
PAM en consulta a domicilio enfermería	6,71	0,32
PAM en consulta programada medicina	6,63	0,36
PAM en consulta de demanda medicina	6,53	0,37
Número de sesiones de autoformación realizadas	6,49	0,35
Tiempo medio de consulta de demanda	6,38	0,42
Número de gestiones tramitadas en el programa mostrador	6,34	0,34
PAM en consulta a domicilio medicina	6,09	0,46
Número de urgencias atendidas	6,06	0,46
Porcentaje de UTB por asegurado/año	6,00	0,42
PAM en consulta demanda enfermería	5,68	0,53
Número de recetas por asegurado/año	5,49	0,52
Número de profesionales (estudiantes medicina y enfermería, fisios, MIR)	5,44	0,47
Trabajo de investigación, ponencias, publicaciones realizadas	5,35	0,48
Número de días año sustituidos/medicina	5,00	0,59
Número de días año sustituidos/enfermería	4,83	0,56
Número de días año sustituidos/personal de apoyo	4,49	0,47

FUENTE: Elaboración propia a partir de Urbina Pérez, O. et al. (1997).

estancia normal o regular. Se desarrolla también un método de conversión de la información contenida en la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (EESRI).

Los resultados muestran que los costes hosteleros (coste total extraídos los costes de facultativos, farmacia y laboratorios) por estancia en el servicio de cardiología se sitúan en un intervalo entre 18.000 y 29.000 ptas. En 1995, el intervalo se mueve en torno a las 60.000 y 106.000 ptas. para los cuidados de UCI. Ante las dificultades para obtener estos resultados, los autores señalan la conveniencia de modificar parcialmente algunas partidas de la EESRI, así como de homologar los criterios de definición de dichos costes en los recientes programas que avanzan en la introducción de la contabilidad analítica en los centros hospitalarios (Proyecto SIGNO y similares).

PARTE 3

MICRO-EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS PROFESIONALES Y DE DEMANDA ASISTENCIAL

Una de las perspectivas de evaluación posibles es la de centrar nuestro interés en las decisiones individuales que se producen en el mercado sanitario. En esta ocasión, recogemos trabajos de evaluación que revisan estas decisiones individuales tanto de profesionales como de usuarios de consumo de recursos sanitarios. Ponemos, como consecuencia de la oferta de trabajos en el período estudiado (1997-98), especial énfasis en las revisiones sistemáticas de las decisiones de utilización de la atención hospitalaria o de las decisiones de prescripción farmacéutica. Finalmente, se apuntan algunos de los resultados obtenidos a partir de un análisis de la percepción de los profesionales respecto a la demanda asistencial.

I. Claves en la evolución reciente de micro-eficiencia del sistema sanitario

I.1. La utilización de servicios de Atención Especializada

Debido a la importancia, especialmente en términos de consumo de recursos económicos, de este nivel de asistencia sanitaria, la producción científica de evaluación de los comportamientos *micro* es abundante. Aportamos en este sentido varias revisiones de la literatura científica en nuestro entorno geográfico, así como algunas de las nuevas aportaciones hechas con relación a: *I*) la revisión de la utilización apropiada de los servicios hospitalarios (y en particular de los servicios de urgencias hospitalarios, como vínculo de eficiencia clave entre la AP y AE); *II*) la plausible *sustitución* de servicios de hospitalización por otros como la cirugía ambulatoria; o *III*) la revisión de los reingresos hospitalarios como medida de eficiencia de los ingresos hospitalarios previos.

I.1.1. En una revisión de los trabajos publicados por autores españoles durante el período 1985-1995 sobre *la utilización inapropiada* de las hospitalizaciones se determina el instrumento *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP) como una herramienta madura en relación con el grado de utilización y conocimiento de la misma en nuestro país. Pese a la heterogeneidad de los trabajos, podemos hablar de una variable, pero considerable, proporción de utilización inapropiada de los servicios hospitalarios: en conjunto, el uso inapropiado de la hospitalización parece situarse entre el 30-40 % de todas las estancias y el 15-30 % de la admisiones. Estos estudios ponen de manifiesto el hecho que dicho uso inapropiado podría ser subsanado, al menos en parte, por servicios externos, servicios

de otro nivel de cuidados y por una mejor organización interna o manejo médico de los pacientes más eficiente.

1.1.2. En estudios (publicados) más recientes se encuentran tasas de utilización innecesaria similares:

1.1.2.1. En una evaluación retrospectiva mediante el AEP-versión *pediátrica* de la necesidad clínica de la hospitalización correspondiente a un grupo de pacientes de 0 a 14 años pertenecientes al Grupo de Diagnóstico Relacionado (GRD) 167 (*apendicectomía sin diagnóstico principal, sin comorbilidades y/o complicaciones*) se encuentra que el 38,2 % de las estancias (162 días) fueron consideradas innecesarias desde el punto de vista clínico. En base al conocimiento del coste de la estancia media ajustada al GRD 167 podemos aproximar un ahorro del 63,27 % del coste del proceso de haber suprimido las estancias innecesarias.

1.1.2.2. Para el caso del GRD 162 (*hernia inguinal sin complicaciones*) se encuentran tasas de inadecuación del 33,8 % (1993) y 18,9 % (1994) para los ingresos. En el caso de las estancias hospitalarias, las tasas de inadecuación se situaron respectivamente en el 46,9 % y 41,9 %. Entre los principales motivos de la inadecuación hospitalaria encontramos la *admisión prematura* en el caso de los ingresos; y el *retraso en la orden de alta o en el inicio de la programación de alta* en el caso de las estancias de hernia inguinal.

1.1.2.3. En un estudio de *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP) para un *servicio de geriatría* se encuentran tasas de inadecuación en torno a 60 % de las admisiones y al 57 % de las estancias. Las principales causas de la utilización hospitalaria inadecuada son el *posible trato ambulatorio o trato en un nivel inferior de asistencia* de las admisiones en el servicio de geriatría, mientras que en el caso de las estancias encontramos el que estén *pendiente de realización de pruebas o retraso en la recepción de resultados o motivos familiares o de entorno del paciente*.

1.1.2.4. En otra revisión AEP de los ingresos y estancias en un centro hospitalario se obtiene una inadecuación global del 5,7 % de los ingresos y el 17,8 % de las estancias. Con relación a los ingresos, se observa, como en otros estudios, una relación entre la edad media de los pacientes tratados y la inadecuación en el tratamiento de sus problemas de salud. Las estancias muestran una inadecuación creciente según el momento (día en la estancia media) en que las historias clínicas son estudiadas. Destacan por su menor inadecuación los servicios de Neumología (según los ingresos) y Nefrología (según la estancia). Este último destaca también por mostrar la estancia media inferior. De hecho, los servicios con mayor ina-

decuación muestran una estancia media más larga, ya que gran parte de ésta procede del tercer tercio de la estancia.

1.1.3. La revisión en el uso de *los servicios de urgencia hospitalarios (SUH)* produce también resultados interesantes en cuanto a la relación entre los niveles de AP y AE, así como a la eficiencia en el funcionamiento del dispositivo asistencial de urgencias en la AE.

1.1.3.1. Entre los motivos que expone el paciente para visitar en primera instancia los SUH destacan: I) la comodidad sentida por el mismo paciente o su acompañante en relación con la accesibilidad y tecnología empleada por el servicio de urgencia (46,4 %), y en segundo lugar; II) por aquellos pacientes que acuden a recibir atención especializada directamente (14,3 %). El 20,2 % de las consultas de urgencias se han clasificado como consultas *banales*: es decir, podían haberse resuelto en el ámbito de la AP sin ningún tipo de prueba complementaria.

1.1.3.2. Un estudio sobre el fenómeno de *la polifrecuentación de los SUH* muestra resultados que avalan la hipótesis que los pacientes frecuentadores de este tipo de servicios presentan condiciones de vulnerabilidad socioeconómica (personas entre 66 y 74 años, con un nivel de ingresos inferior a 1.000.000 de ptas. anuales y sin estudios). Algunos factores relacionados con los estilos de vida (alcoholismo) aparecen también como significativos a un nivel estadístico (IC 95 %).

1.1.3.3. La revisión de las *transfusiones* realizadas en los servicios de urgencias muestran una inadecuación que se sitúa en torno al 40,4 %, entre los que destacan motivaciones como la *ausencia de síntomas asociados con hemorragia aguda* o la *existencia de síntomas y/o signos de hipovolemia*.

1.1.3.4. En el caso del *servicio de dermatología*, se estudia la adecuación de las derivaciones de urgencias, encontrando un reducido nivel de justificación de este tipo de derivaciones (24,75 % sobre el total).

1.1.4. Puede también resultar interesante el analizar el grado en que las hospitalizaciones son *evitables* o susceptibles de sustitución por otro tipo de servicios menos intensivos en el consumo de recursos, como por ejemplo los servicios de cirugía sin ingreso (CSI), o también Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA):

1.1.4.1. Parece hacerse evidente que en nuestro sistema sanitario, los profesionales del Sistema Nacional de Salud consideran factible un número de cirugía sin ingreso muy superior al realmente

practicado: definidos los criterios de adecuación de la cirugía sin ingreso (definidos mediante un estudio *Delphi*), se aproxima que, en 1994, de los 16.696 ingresos (66.471 estancias) por procesos seleccionados del Servei Valencià de Salut se hubieran evitado 12.558 ingresos (44.568 estancias), el 75 % de los ingresos realmente efectuados por los procesos seleccionados. En resumen, alrededor de 12.000 ingresos hospitalarios podrían haberse evitado mediante su realización sin ingreso. Esta cifra supone aproximadamente el 5 % de todos los ingresos recogidos en el Conjunto Mínimo Básico de Datos.

1.1.4.2. Otro estudio realizado a partir de una evaluación económica del funcionamiento de la Unidad de Cirugía Ambulatoria-Hospital de Día del Hospital de Galdakao (Bizkaia) constata esta reducción de costes al sustituir las hospitalizaciones a partir de la Cirugía Ambulatoria.

1.1.4.3. Un análisis de las altas susceptibles de ser tratadas en régimen de Hospital de Día en el ámbito pediátrico en el Servicio Andaluz de Salud destaca la disminución de la estancia media global (de 2,1 a 0,7) por el incremento de pacientes tratados mediante cirugía sin ingreso (se ha pasado de un índice de resolución del 18,9 % a uno de 54,9 %), así como la disminución de la estancia media de los pacientes que permanecen ingresados (de 2,6 a 1,6) a pesar de la teórica *selección negativa* de éstos. El coste por proceso se ha reducido en un 40 %, atribuyéndose como principal factor impulsor del ahorro la reducción en la estancia media.

1.1.4.4. Otra estimación cifra en un 6,5 %-7,8 % la proporción de altas y entre el 3,3 %-4,0 % del total de estancias de enfermos agudos en Cataluña (1993) que son *evitables* mediante proceso ambulatorio. Aparecen cuatro procedimientos que aglutinan alrededor del 40 % de todos los procedimientos potencialmente ambulatorios: Intervención de cataratas, la reparación lateral de hernia inguinal, la dilatación y legrado uterino y la artroscopia.

1.1.5. Otro de los indicadores de calidad en la asistencia hospitalaria que ha suscitado un mayor interés entre los estudios de evaluación del sistema sanitario son las *tasas de reingreso hospitalario*:

1.1.5.1. Una revisión de los estudios empíricos que han cuantificado las tasas de reingresos señala que los reingresos consumen un importante volumen de recursos, y que es posible identificar factores de riesgo en la incidencia de los reingresos hospitalarios. Respecto al volumen de recursos consumidos, según IASIST, el 19 % de todos los episodios de hospitalización corresponden a pacientes que han tenido una hospitalización anterior en el período

de un año natural y que un 10 % corresponde a pacientes que han estado hospitalizados en el mes anterior. Este análisis muestra también que el 15,3 % de los pacientes reingresan durante el año, consumiendo un total del 31 % de las estancias. Respecto a los factores de riesgo o predictores de los reingresos hospitalarios encontramos: I) la edad, II) el sexo masculino; III) el diagnóstico principal; IV) la incapacidad física y V) la frecuentación en la utilización de la asistencia sanitaria. Existe una importante controversia entre la duración de la estancia del episodio inicial y la probabilidad de reingreso, poniéndose en duda que efectivamente se produzca realmente una relación entre ambas.

1.1.5.2. En un análisis en centros del Servei Valencià de Salut se ajustan las tasas de complicaciones (se revisan un total de 85.347 ingresos) según las características de los pacientes, encontrando que el 0,69 % de las mismas puede ser entonces debida a la ineficiencia del propio centro. Este análisis se plantea entonces como una alternativa de evaluación de los centros sanitarios (apartado meso anterior).

1.1.6. Una evaluación de la eficiencia en la gestión clínica de los pacientes en estado crítico en Cataluña basada en el análisis envolvente de datos muestra cómo los índices de eficiencia no se distribuyen de forma homogénea en los tres niveles de riesgo de muerte. Los pacientes de alto riesgo son gestionados de forma menos eficientes que los de riesgo bajo. Los resultados encontrados demuestran también la importancia de algunos factores relacionados con las decisiones clínicas sobre la eficiencia en la gestión de los pacientes críticos. Los resultados indican que las decisiones clínicas sobre asignación de recursos no están excesivamente relacionadas con la probabilidad de supervivencia, aun cuando esta relación es más estrecha cuando la unidad de cuidados intensivos (UCI) trata pacientes de edad avanzada. La eficiencia en la gestión clínica se puede mejorar mediante el empleo frecuente de protocolos clínicos. Asimismo, la eficiencia puede aumentar revisando la atención recibida por los pacientes con ingreso programado.

1.1.7. En relación a la aplicación de la medicina basada en la evidencia (MBE) en nuestro país algunos estudios demuestran una pobre difusión de los criterios científicos a la práctica clínica diaria en el caso de los problemas de salud cardíacos. Un estudio realizado en Málaga muestra cómo el 46,6 % de todas las intervenciones terapéuticas realizadas estaban basadas en evidencias derivadas de ensayos clínicos controlados (según la escala descrita por Cook et al.). Complementariamente, los autores encuentran que el 26,9 % de las intervenciones terapéuticas estaban basadas en evidencias de tipo no experimental.

1.2. Los comportamientos de prescripción y consumo farmacéutico

Como en apartados anteriores, el gasto farmacéutico como componente importante del coste sanitario global del sistema ha sido profundamente estudiado también en relación a los comportamientos individuales (profesionales y de los usuarios) que confluyen en el consumo de medicamentos. Estos análisis se circunscriben a problemas de salud, especialidades farmacéuticas, ámbitos de asistencia (AE, AP, enfermería...) o bien a territorios determinados, aunque nos ofrecen algunas pistas sobre la evolución de la eficiencia en los comportamientos *micro* en el mercado farmacéutico.

1.2.1. En relación al perfil y la calidad de la prescripción de algunos medicamentos relevantes en función de su coste económico o a los resultados sanitarios esperados:

1.2.1.1. En el caso de los *antibacterianos* se detecta una mejora en los hábitos de prescripción, fruto de las actividades de uso racional del medicamento desarrolladas en el distrito estudiado (Bahía-Verger en Cádiz). También el modelo de AP—red de AP reconvertida (RR) frente a la red de AP no reconvertida (RNR)— puede tener alguna influencia: las Áreas Básicas de Salud pertenecientes a la red reconvertida muestran parámetros de calidad en la prescripción de antibacterianos superiores a aquellas pertenecientes a la red no reconvertida. A pesar de las mejoras (entre 1994-95) existen hábitos inadecuados con relación a la calidad en la prescripción de antibacterianos, como lo demuestran los elevados porcentajes de prescripción del segundo y tercer nivel, el 26,0 % y 9,8 %, respectivamente, para 1995.

1.2.1.2. En cuanto a las pautas de prescripción farmacéutica para el caso de los *antiinflamatorios no esteroideos* (Servicio Andaluz de Salud) se concluye un perfil inadecuado en la prescripción de este tipo de medicamentos, dado que se prescriben fármacos asociados a elevadas incidencias de efectos indeseables. Adicionalmente se describe que son los pensionistas los que se muestran entre el grupo de población con un consumo más intensivo de antiinflamatorios no esteroideos, siendo también este grupo el de mayor riesgo de complicaciones debido al consumo de este tipo de fármacos.

1.2.2. En cuanto a la prescripción farmacéutica resulta también interesante el conocer la *procedencia* de la misma con el objetivo de reconocer los ámbitos de responsabilidad en la decisión de consumo farmacéutico:

1.2.2.1. Un estudio realizado en 8 ABS de la red reformada de la dirección de AP de Sabadell (Institut Català de la Salut) durante

1995 muestra cómo el 35 % de la prescripción era inducida, siendo el ámbito hospitalario responsable del 53 % de esta inducción. A continuación aparecen tanto el sector privado como el centro de atención primaria especializado y los usuarios. Respecto a la calidad en la prescripción, no se observan diferencias entre el valor farmacológico intrínseco (VFI) de la prescripción inducida y propia (o no-inducida). Es remarcable el hecho que la prescripción inducida por los usuarios tiene un VFI bajo.

1.2.2.2. Un estudio similar realizado en la isla de Menorca muestra un grado de inducción relevante en el consumo farmacéutico de la AP (el 55 % de los envases y el 62 % del gasto), confirmando nuevamente una responsabilidad compartida entre el especialista y el médico de cabecera en la prescripción de especialidades de utilidad terapéutica baja. En términos de coste económico, la AE supone un peso relativamente superior debido al coste medio superior de los envases que prescribe.

1.2.3. Ahondando algo más en el tema de las responsabilidades, encontramos un trabajo de evaluación de la cumplimentación de las órdenes de tratamiento de enfermería, donde se concluye una deficiente cumplimentación de las órdenes de tratamiento, con un porcentaje elevado de ausencia de información imprescindible para una correcta administración farmacológica. Este hecho tiene mayor relevancia si observamos que la calidad de la prescripción realizada resulta de una baja calidad terapéutica (42,5 % de los fármacos prescritos tienen una utilidad terapéutica baja o bien nula). Este fenómeno afecta especialmente a los grupos terapéuticos del aparato digestivo y metabolismo, así como al aparato locomotor.

1.2.4. Otro de los aspectos relevantes de análisis es conocer el impacto económico potencial de la introducción de *genéricos* en las decisiones de consumo farmacéutico en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS). En un análisis basado sobre la idea de la prescripción de medicamentos *sustituibles* por genéricos ya comercializados en España —tan sólo un 2,83 % de los medicamentos susceptibles de sustitución acababan sustituyéndose efectivamente— se cuantifica un ahorro farmacéutico de 4.387.523 ptas. para los usuarios y de 56.991.515 ptas. para el SNS (1995). Ello supone en el contexto de este área de Salud un ahorro del 1,5 % del gasto farmacéutico para el SNS, un 85,5 % correspondiente a la población pensionista y un 14,5 % correspondiente a los individuos en activo. Respecto a los usuarios, el ahorro capitativo se evalúa en 3.681 ptas. por cada 100 usuarios. Respecto al tipo de medicamentos en que se centra los ahorros derivados de la aplicación de los genéricos debemos distinguir entre aquellos que suponen un ahorro superior para el SNS y para los usuarios. Los subgrupos terapéuticos

con mayor ahorro para el SNS son los antiinflamatorios no esteroideos (26,8 % del ahorro hipotético), IECA (16,5 %), antihistamínicos H₂ (10,7 %), vasodilatadores periféricos (7,8 %), hormona anti-neoplásica (6,2) y broncodilatadores sistémicos (6,1 %). El mayor ahorro en la aportación de los usuarios se produce en los antiinflamatorios no esteroideos (47,5 %), penicilinas de amplio espectro (13,9 %), antihistamínicos H₂ (10,8 %), inhibidores de la movilidad (6,5 %) y broncodilatadores sistémicos (6,0 %).

1.2.5. En un estudio realizado en Zaragoza se evalúa la posibilidad de sustituir la prescripción de *antiinfecciosos* por la *alternativa más económica* existente en el mercado. El ahorro global estimado tras la implementación de esta medida hubiera sido en torno al 7,63 % de la factura farmacéutica de AP, lo que viene a suponer unos 40 millones de ptas. anuales. Prescribiendo la alternativa más barata para tan sólo 8 principios activos se hubiese conseguido aproximadamente el 94,2 % del ahorro total posible. Dicho ahorro se concentró en los subgrupos: penicilinas, quinolonas, cefalosporinas y macrólidos. El 75 % del ahorro potencial identificado se hubiera conseguido con la prescripción de la alternativa más barata de dos principios activos: amoxicilina y ciprofloxacino. El porcentaje de recetas susceptibles de ahorro es de un 58,5 % en los activos y un 60,9 % en los pensionistas con un ahorro medio de 146,6 ptas. por activo y de 365,7 ptas. por pensionista.

1.2.6. Otro análisis multicéntrico realiza un estudio de las pautas de prescripción para aquellos diagnósticos más frecuentes, encontrando una notable variabilidad intercentro en los hábitos de prescripción. Los resultados globales de prescripción resultan interesantes, ya que muestran un grado elevado de concentración de la prescripción en determinados productos, así como una reducida utilización de nuevos fármacos por parte de los profesionales de la AP. Ello nos indica pues una divergencia de criterios prescriptores y una cierta resistencia a la sustitución de los medicamentos designados para el tratamiento.

1.2.7. Otro enfoque de aproximación a la calidad en la prescripción farmacéutica puede ser el de analizar la adecuación del tratamiento farmacológico de un determinado problema de salud. Para el caso de la *hipertensión arterial*, el porcentaje de incumplimiento fue del 47,7 %, siendo hipocumplidores 2/3 de éstos y 1/3 hipercumplidores. Las causas más frecuentes de incumplimiento son el desconocimiento (39,8 %), el olvido (28,9 %), la desmotivación (14,6 %) y el temor a los efectos secundarios (13,3 %). En el caso particular de la *dislipemia*, el 46,7 % eran incumplidores, siendo 42 % hipocumplidores y el 4,7 % hipercumplidores. Los factores causantes en este caso fueron: el olvido (36 %), el desconocimien-

to (32 %), la desmotivación (16 %), el temor a efectos secundarios (14 %) y los propios efectos secundarios (2 %).

1.2.8. En el caso de las pautas de prescripción resulta interesante conocer hasta qué punto programas de actuación concretos pueden o no hacer variar comportamientos no deseables:

1.2.8.1. Una evaluación de la introducción de una medida de monitorización y control de la prescripción en el tratamiento de problemas de salud crónicos muestra la posibilidad de resultados positivos: la reducción del coste de la factura farmacéutica junto a la reducción de la utilización de fármacos con bajo valor intrínseco que pasa de un 18 % a un 8,29 % tras la intervención. Por último, no existen cambios significativos en la capacidad de resolución de otros problemas del Centro de AP después de la intervención de racionalización de la prescripción farmacéutica. Las medidas introducidas pretendían corregir las perturbaciones provocadas en el proceso asistencial por la llamada prescripción *administrativa*.

1.2.8.2. En el caso del impacto potencial en la implantación de un sistema experto (SE) aplicado a la prescripción farmacéutica en la AE aparecen claras ventajas al detectarse 458 sobredosificaciones, 33 infradosificaciones y 1.722 interacciones. En términos económicos ello supone un 4,45 % y el 23 % del coste de la medicación de antiinfecciosos y antiulcerosos, respectivamente.

1.3. Percepción de los profesionales sobre la demanda asistencial

La opinión de los médicos de familia sobre la demanda asistencial puede ser de interés si pensamos en que las percepciones de los profesionales de AP determinan el procedimiento y la calidad asistencial, en este caso en la AP. Los principales resultados de un trabajo sobre la base de una encuesta a profesionales muestra que:

1.3.1. Entre los médicos de familia es general la idea de que soportan un exceso de presión asistencial, producto de una demanda no justificada que interfiere en otras actividades y les provoca insatisfacción y malestar a nivel personal. Según los resultados del estudio, los profesionales declaran una media de consultas diarias de 31,3, mientras que consideran como ideal una cifra de 21,25 consultas/día.

1.3.2. Un 57,1 % de los médicos de familia creen que el exceso de demanda les dificulta realizar otras actividades de AP, como la docencia (50 %) o la investigación (52,9 %). Adicionalmente este des-

bordamiento influye también en aspectos personales, principalmente la insatisfacción profesional (41,4 %).

1.3.3. Respecto al grado de adecuación de la asistencia remitida a los Centro de AP, el 45,8 % de los profesionales consideran que la mitad o más de las consultas no están justificadas.

1.3.4. Con relación a qué factores pueden tener incidencia sobre el control de la demanda, los de mayor aceptación son la consulta de enfermería, la consulta programada y/o el estilo de consulta.

1.3.5. Una idea que recibe un gran apoyo es que la relación existente con el nivel especializado de asistencia no favorece tampoco a la racionalización de la demanda en AP.

1.4. Metodología de evaluación

Dentro de las medidas (de gestión o de política sanitaria) encaminadas al uso racional del medicamento cabe preguntarse también por la validez de los indicadores de evaluación en el desarrollo de las mismas, o bien la presentación de los resultados de una evaluación sobre las decisiones de tipo clínico:

1.4.1. Un análisis para el caso concreto del catarro común muestra cómo el indicador genérico de *utilidad terapéutica* obtiene una reducida sensibilidad frente a los resultados de otros indicadores específicos para un problema de salud. Los autores creen entonces aconsejable que se diseñen sistemas de monitorización de la calidad basados en un enfoque específico del problema de salud que se juzga en cada caso.

1.4.2. En un estudio complementario sobre la naturaleza de las decisiones clínicas de prescripción se muestra cómo las formas de presentación de los *resultados de un ensayo clínico* sobre un medicamento a los profesionales pueden hacer variar sus pautas de comportamiento profesional. Resulta entonces necesario imponer la presentación de informaciones como el número de pacientes a tratar (NNT), además de la reducción relativa del riesgo (RRR), así como los resultados adversos con el objetivo principal de evitar sesgos en las decisiones de tipo clínico (PLS o porcentaje libre de episodios adversos).

2. La utilización y la eficiencia de los servicios hospitalarios

Uno de los enfoques para el análisis de la eficiencia es la revisión sistemática de las decisiones de utilización de los servicios sanitarios. Este tipo de estudios supone, de forma muy sucinta, el establecimiento de una *norma* de calidad en la utilización de los servicios sanitarios para ser aplicada después a un conjunto de decisiones de consumo sanitario, sea éste en el ámbito de la AP, AE o bien el tratamiento farmacológico.

En un reciente trabajo se realiza una revisión de todos los trabajos publicados por autores españoles durante el período 1985-1995 sobre la *utilización inapropiada de las hospitalizaciones* (Meneu y Peiró, 1997). Los autores del trabajo consideran el instrumento *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP) como una herramienta madura en relación con el grado de utilización y conocimiento de la misma en nuestro país. Pese a ello, la utilización de esta herramienta es escasa entre la gestión interna de los centros hospitalarios y los financiadores de atención hospitalaria⁴⁹. Este tipo de estudios⁵⁰ tiene gran potencial en relación con las mejoras de eficiencia que puede introducir, ya que su objetivo es el detectar situaciones donde es posible reducir costes asistenciales sin detrimento de la calidad de los servicios prestados.

El principal resultado (véase el *Cuadro* siguiente) de esta revisión pone de manifiesto que, pese a la heterogeneidad de los trabajos, podemos hablar en nuestro país de una variable pero considerable proporción de utilización inapropiada de los servicios hospitalarios: en conjunto, el uso inapropiado de la hospitalización parece situarse entre el 30-40 % de todas las estancias y el 15-30 % de las admisiones. Estos estudios manifiestan el hecho de que dicho uso inapropiado podría ser subsanado, al menos en parte, por servicios externos, servicios de otro nivel de cuidados y por una mejor organización interna o manejo médico de los pacientes más eficiente. Respecto a la responsabilidad en este uso innecesario de los recursos sanitarios se señala la posibilidad de la existencia de una pauta, en referencia al hecho de que una reducida proporción es atribuible a causas externas a la organización sanitaria. Ello nos indicaría una elevada atribución de responsabilidades situadas en el centro hospitalario y/o profesional sanitario (en relación tanto al entorno del paciente como a deficiencias en la red asistencial).

⁴⁹ Se localizan algunas experiencias puntuales en Barcelona, La Coruña y Burgos.

⁵⁰ Dentro del marco de los análisis que evalúan la idoneidad (*appropriateness*) de los cuidados prestados a los pacientes encontramos los programas de gestión de la utilización (*utilization management*) y su principal componente, la revisión de la utilización hospitalaria (*utilization review*).

Uso inapropiado de las hospitalizaciones en estudios en España

Autor/es	Año	Método (1)	Pacientes y otras características	% Utilización inapropiada	
				Ingresos	Estancias
García Arcal	1988	AEP	1.193 estancias. Hospitalización domiciliaria Burgos	-	38 %
Muñoz Mínguez	1988	AEP	1.869 ingresos urgentes hospital general. Madrid	25 %	-
Matorras	1990	AEP	1.076 ingresos urgentes. Medicina Interna. Cantabria	17 %	-
López Amado	1993	AEP	265 ingresos urgentes. ORL. La Coruña	10 %	-
González Montalvo	1993	AEP	515 ingresos urgentes. Hospital Cruz Roja. Madrid. Rango según grupos de edad	< 65: 18 % > 65: 10 %	-
Lorenzo	1994	AEPs	153 ingresos. Cirugía general y traumatológica	16,4 %	-
Prat	1995	AEP	2.048 ingresos. Hospital universitario. Barcelona	22,6 %	-
Lorenzo	1995	AEPs	282 historias. 3 hospitales. Madrid	21-25 %	-
Bañeres	1993	AEP	245 estancias. Neo pulmón y EPOC. Barcelona	EPOC: 5 % NEO: 14 %	EPOC: 15 % Neo: 40 %
García Saturno	1993	AEP	486 admisiones y 474 estancias. Murcia	12 %	38 %
Moliner	1993	AEP	813 estancias. Medicina Interna y médicas. Zaragoza, rangos según servicios	-	48 % (48-59)
Oterino	1993	AEP/DT	611 estancias. Hospital Clínico. Valencia. Concurrente. Rangos según servicios	27 % (12-64)	44 % (34-65)
Canga	1994	AEP	658 estancias en medicina interna, neumología y traumatología superior. Santander	-	35 %
Peiró	1994	AEP	190 ingresos. GRD 167. 8 hospitales. Valencia	2,5 %	38 %

Uso inapropiado de las hospitalizaciones en estudios en España (cont.)

Autor/es	Año	Método (1)	Pacientes y otras características	% Utilización inapropiada	
				Ingresos	Estancias
Martínez Mas	1994	AEP	249 ingresos (1.447 estancias) apendicitis. Valencia. 8 hospitales	1,6 %	31,7 %
Lorenzo	1994	AEP/AEPp	212 ingresos. Hospital general. Madrid	—	31 %
Flores	1994	AEP	228 ingresos. Cataratas. Hosp. Princesa. Madrid	—	54,5 %
Baré	1995	AEP	639 estancias hospital terciario. Barcelona.	9%(2)	29 %
Amargos	1994	AEP	502 ingresos. Granollers	7 %	64 %
Ramos Cuadra	1995	AEP	376 estancias. Granada (segunda revisión por clínicos)	—	36 %
Alonso	1995	AEPs	213 pacientes (556 estancias). Cirugía general. Madrid (Ingresos programados)	TOT: 25,8 % PGR: 62,8 %	20,1 %
Sánchez	1995	AEP	102 ingresos por apendicitis. Bilbao	—	21,4 %
Esperalba	1995	AEP	323 estancias y días de admisión. Hospital San Pablo. Barcelona	28,5 %	32,5 %
Baylín y col.	1995	AEP	150 ingresos. Cirugía General. Hospital La Paz. Madrid. Rangos según tercios de estancia	URG: 34,5 % PGR: 5,6 %	7,4-18,2 3,5-7,8
Díez	1995	AEP/AEPs	153. 1 servicio de cirugía general. Hospital La Paz. Madrid (Rangos según tercio de estancia)	UGR: 38 % PGR: 2 %	13,5-24 % 3-23,9

Notas: (1) AEP: Appropriateness Evaluation Protocol; AEPs: Surgical Appropriateness Evaluation Protocol; AEPp: Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol; DTO: Delay Tool. (2) Ingreso quirúrgico adecuado si el enfermo es intervenido quirúrgicamente.
FUENTE: Meneu, R., y Peiró, S. (1997).

Jiménez Álvarez y col. (1997) realizan una evaluación⁵¹ retrospectiva mediante el AEP-versión pediátrica (*Appropriateness Evaluation Protocol*) de la necesidad clínica de 502 días de hospitalización correspondientes a un grupo de pacientes de 0 a 14 años pertenecientes al Grupo de Diagnóstico Relacionados (GRD) 167 (apendicectomía sin diagnóstico principal, sin comorbilidades y/o complicaciones) para detectar la incidencia de estancias innecesarias. Los resultados muestran que el 38,2 % de las estancias (162 días) fueron consideradas innecesarias desde el punto de vista clínico. Se estimó una estancia media *necesaria* de 3,6 días frente a la estancia media observada de 5,8 días acorde con la del estándar. En base al conocimiento del coste de la estancia media ajustada al GRD 167, podemos aproximar un ahorro del 63,27 % del coste del proceso de haber suprimido las estancias innecesarias. Los autores concluyen que la construcción habitual de estándares de estancia media por proceso no permite detectar una proporción notable de uso innecesario de hospitalización, para lo que proponen la utilización de los AEP.

En un estudio similar (Ruiz-Lapuente y col., 1997)⁵² para un grupo de pacientes pertenecientes al GRD 162 (hernia inguinal sin complicaciones) cabe reseñar que dichas estancias muestran una significativa variabilidad geográfica y temporal. Los resultados reflejan que se han producido mejoras importantes en las variables estudiadas. La estancia media se redujo de 5,6 días (1993) a 4,1 días (1994). La estancia inadecuada, por su parte, pasó de 2,7 días a 2,3 días en el mismo período. Estos resultados, junto a las causas de la inadecuación, se apuntan en los Cuadros siguientes.

Porcentaje de inadecuación de los días de ingreso y estancia del Grupo Relacionado con el Diagnóstico 162 en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona durante 1993 y 1994

	Global		1993		1994		Diferencia (IC 95 %) ^c	P
	N	Inadecuación (%)	N	Inadecuación (%)	N	Inadecuación (%)		
Ingreso . . .	124	27,4	71	33,8	56	18,9	14,9 (-0,3/30,1)	0,06
Estancias . .	612	45,1	390	46,9	222	41,9	5,0 (-3,2/13,2)	0,23
Total ^a . . .	736	42,1	461	44,9	275	37,5	-7,4 (1,0/13,8)	0,048

Notas: ^a Suma de todas las estancias, excluyendo los días de ingreso. ^b Suma de todos los días de estancia e ingreso de todos los pacientes. ^c Intervalo de confianza del 95 % de la diferencia de proporciones de inadecuación entre 1993 y 1994.

FUENTE: Ruiz-Lapuente y col., 1997.

⁵¹ El análisis realizado en un hospital infantil de tercer nivel, tras detectar las estancias innecesarias, les imputó un coste mediante el sistema de contabilidad analítica del centro.

⁵² Se estudiaron un total de 124 ingresos junto a sus correspondientes 612 estancias del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. El método utilizado para evaluar la adecuación de los ingresos y las estancias fue, de nuevo, el AEP.

Principales razones de inadecuación de los ingresos y de las estancias. Incidencia y evolución

Razones inadecuación:	Global		1993		1994		P
	N	%	N	%	N	%	
1. Ingresos							
Admisión prematura	30	88,2	22	91,7	8	80,0	0,56
Tratamiento o diagnóstico que no precisa ingreso.	2	5,9	2	8,3	-	-	
Otros ^a							
2. Estancias							
Admisión prematura	16	11,1	11	12,6	5	8,8	0,47
Retraso en la orden de alta	48	33,3	24	27,6	24	42,1	0,07
Retraso en el inicio de la programación de alta	36	25,0	29	33,3	7	12,3	0,0004
El tratamiento es demasiado conservador	17	11,8	11	12,6	6	10,5	0,70
No hay un plan documentado de tratamiento o evaluación	10	6,9	2	2,3	8	14,0	0,01
Otros ^b	17	11,8	10	11,5	7	12,3	0,88

Notas: ^a El diagnóstico se podría haber realizado de forma ambulatoria y suspensión de la intervención a las 24 h por falta de quirófano. ^b Incluyen problemas en la programación del alta hospitalaria, pacientes no intervenidos por falta de disponibilidad de quirófano, procedimientos no realizados durante el fin de semana, retraso en la llegada de resultados de pruebas y falta de disposición de cuidados alternativos.

FUENTE: Ruiz-Lapiente y col., 1997.

En un estudio de AEP en un servicio de geriatría se encuentran tasas de inadecuación en torno al 60 % de las admisiones y al 57 % de las estancias. Las principales causas de la utilización hospitalaria inadecuada se desglosan en el Cuadro siguiente (Ochoa y García-Arilla, 1997) ⁵³. Los autores del estudio no encuentran diferencias significativas respecto a la edad, sexo o lugar de procedencia de los pacientes, aunque ello puede ser consecuencia directa del escaso número de pacientes incluidos en la muestra.

Incidencia y causas de la utilización inadecuada en un servicio de geriatría

	Admisión inapropiada (%)
Posible trato ambulatorio	47,62
Posible trato en un nivel inferior de asistencia	42,86
Admisión prematura	9,52
Total (respecto al global)	60,00
	Estancia inapropiada (%)
Retraso en el alta o tratamiento conservador	13,64
Pendiente realización de pruebas o retraso en recepción de resultados	36,36
Motivos familiares o de entorno	50,00
Total (respecto al global)	57,00

FUENTE: Ochoa y García-Arilla, 1997.

⁵³ Se realiza la revisión sobre una muestra de 51 pacientes del Hospital San Jorge de Zaragoza.

Cuende Melero y col. (1998) presentan los resultados de un estudio de evaluación de la utilización hospitalaria mediante el AEP⁵⁴. El objetivo era tanto el evaluar la proporción de inadecuación de los ingresos y días de estancia, como también comparar entre sí los resultados obtenidos para aproximarse a las principales causas de esta inadecuación. Los resultados muestran (véase el Cuadro siguiente) cómo, tras aplicar los criterios de adecuación del AEP, se obtiene una inadecuación global del 5,7 % de los ingresos y el 17,8 % de las estancias. En relación a los ingresos, se observa cómo en otros estudios una relación entre la edad media de los pacientes tratados y la inadecuación en el tratamiento de sus problemas de salud. Las estancias se estudian según el momento (día en la estancia media) en que las historias clínicas son estudiadas: en el primer, segundo y tercer tercio de la estancia⁵⁵. La inadecuación se muestra creciente en la estancia, mostrando tasas del 10,1 %, 16,3 % y 29,6 % para el primer, segundo y tercer tercio, respectivamente.

Estancia media e inadecuación de los ingresos y estancias para diferentes servicios hospitalarios

Servicio	Estancia Media		Inadecuación Ingreso	Inadecuación Estancias			
	Media	Desv. Estándar		Total	1. ^{er} tercio	2. ^o tercio	3. ^{er} tercio
Neurología.	15,3	13,2	11,4	12,8	7,3	10,3	20,9
Cardiología.	12,2	11,8	6,7	36,8	16,4	51	46,8
Digestivo	15,4	16,5	9,2	22,3	8,3	20	47,7
Neumología	15,5	15,3	2,8	14,4	7,8	11,7	26,3
Med. Interna.	14,7	12,2	3,2	19,7	12,7	16,4	32,2
Nefrología	10,4	14,2	8,5	8	5,1	6,1	14,1
TOTAL			5,73	17,84	10,1	16,27	29,64

FUENTE: Cuende Melero, N. y col. (1998).

Los resultados globales se han obtenido a partir de los resultados parciales obtenidos para cada uno de los servicios hospitalarios, ponderándolos según el número de ingresos generados en cada

⁵⁴ Se realiza un estudio descriptivo de los pacientes dados de alta en seis servicios médicos (Servicio de Medicina Interna, Neurología, Neumología, Cardiología, Digestivo y Nefrología) del Hospital La Paz a lo largo de 1995, valorando como unidad de análisis los episodios de ingreso, con valoración independiente del ingreso y de la estancia hospitalaria.

⁵⁵ Dos son las ventajas metodológicas aducidas por los autores frente a trabajos preexistentes de adecuación hospitalaria en España. En primer lugar se aduce el carácter longitudinal (tratamiento del día de ingreso y de tres días de estancia correspondientes a cada uno de los tercios en que se divide la estancia total) del presente estudio frente a los estudios transversales, que toman un solo día de estancia y el ingreso que se le asocia. Con ello se evita una sobrerrepresentación de aquellos ingresos con estancias más prolongadas. Además, en este caso los revisores fueron los propios médicos.

uno de ellos. Destacan por su menor inadecuación los servicios de Neumología (según los ingresos) y Nefrología (según la estancia). Este último destaca también por mostrar la estancia media inferior. De hecho, los servicios con mayor inadecuación muestran una estancia media más larga, ya que gran parte de ésta procede del tercer tercio de la estancia.

Los resultados encontrados en el estudio se asemejan a los objetivos establecidos por el plan estratégico del Hospital La Paz, que fija el grado de adecuación para ingresos y estancias alrededor del 95 % y 85 %, respectivamente. El análisis de las causas principales de la no adecuación de la asistencia sanitaria recibida ofrece algunas pistas respecto a las intervenciones en términos de gestión clínica para mejorar la eficiencia en la asistencia. Las principales causas de inadecuación en los ingresos son: I) Pruebas diagnósticas y/o tratamientos que pueden realizarse en consultas externas (58,7 %); II) Admisión prematura (19,7 %); III) Procedimiento quirúrgico que debería ser realizado de forma ambulatoria (9,9 %); IV) El paciente requiere institucionalización, pero en un nivel inferior, no en un hospital de agudos (6,8 %); y V) Otras causas (4,9 %). Respecto a las causas de la no adecuación en las estancias encontramos: I) Pendiente de resultados para la toma de decisiones (44,4 %); II) Cualquier procedimiento puede realizarse como paciente externo (25,3 %); III) Demora en dar el alta (12,8 %); IV) No disponibilidad de una instalación alternativa (8,8 %); y V) Otras causas (8,7 %). Estas causas sugieren, en opinión de los autores, algunas propuestas de mejora como aquellas medidas organizativas agilizadoras de los circuitos de diagnóstico, mayor coordinación entre servicios, incremento de las camas destinadas a pacientes crónicos en niveles asistenciales inferiores y, más en general, medidas de motivación de los profesionales para la reducción de las tasas de inadecuación hospitalaria.

Otra de las líneas de estudio en este mismo sentido es la revisión en el uso de los servicios de urgencia hospitalarios (SUH). En un trabajo de Bertos Polo (1997) se realiza una revisión de la utilización de los SUH para el Hospital Nuestra Señora de Alarcos (Ciudad Real), analizando la naturaleza de la demanda asistencial de los servicios de urgencia a la vista de su creciente evolución en los últimos años. Entre los motivos que expone el paciente para visitar en primera instancia los SUH destacan en este caso:

- I) La comodidad sentida por el mismo paciente o su acompañante en relación con la accesibilidad y tecnología empleada por el servicio de urgencia (46,4 %) y, en segundo lugar,
- II) aquellos pacientes que acuden a recibir atención especializada directamente (14,3 %).

La demanda de SUH en este hospital se produce mayoritariamente por patologías no subsidiarias de tratamiento hospitalario, de ahí que las altas en el SUH se sitúen en el 95 % en esta muestra. Las especialidades quirúrgicas originan un volumen de demanda (59,5 %) superior a las especialidades médicas (20,3 %). El resto de consultas, el 20,2 %, se han clasificado como consultas *banales*: es decir, podían haberse resuelto en el ámbito de la AP sin ningún tipo de prueba complementaria, ni aún desde el punto de vista de la medicina preventiva.

A juicio del autor, esto puede estar indicándonos que los usuarios demandan servicios rápidos, tecnológicamente avanzados, fuera de aquellos que utilizan procedimientos de citación o listas de espera. Desde una perspectiva de gestión operativa del centro se constata el hecho que la distribución horaria de la demanda de SUH no se muestra paralela a la distribución horaria de los horarios de trabajo (oferta), lo que indica la necesidad de introducir cierta flexibilidad horaria por parte de la oferta en este centro hospitalario.

Contraponiendo de nuevo en concepto de adecuación en la asistencia y el de los servicios de urgencia como referentes de la eficiencia en la provisión sanitaria, Gutiérrez Macías y col. (1997) muestran los resultados de la revisión de transfusiones en urgencias⁵⁶. Como se observa en el *Cuadro*, la inadecuación se sitúa en este caso en torno al 40,4 %, del que se destacan a continuación los siguientes motivos.

Incidencia y motivos de la inadecuación en las transfusiones de urgencias

	N	%
<i>Total transfusiones</i>	123	100,0
Adecuadas	53	48,6
Indeterminadas	12	11,0
Inadecuadas	44	40,4
<i>Motivos inadecuación</i>		
Ausencia de síntomas en anemias crónicas	13	29,5
Ausencia de síntomas asociados con hemorragia aguda	15	34,0
Existencia de síntomas y/o signos de hipovolemia...	16	36,5

FUENTE: Gutiérrez Macías y col., 1997.

⁵⁶ Revisión de las historias clínicas de todos los adultos que fueron transfundidos en período 1 de enero-31 de marzo de 1995 en el servicio de urgencias del Hospital de Basurto (Bilbao). El total de episodios revisados fueron 123 con una total de 236 unidades de transfusión (8,8 % del total del hospital). La consideración de una transfusión como inadecuada se determinaba cuando al menos tres de los revisores de las historias clínicas estaban de acuerdo.

En el caso del servicio de dermatología, aparece una análisis donde se estudia la adecuación de las derivaciones de urgencias, encontrando un reducido nivel de justificación de este tipo de derivaciones (24,75 % sobre el total) (Elcuaz Viscarret y col., 1998)⁵⁷. Este hecho, aparte de estar condicionado a que se ha utilizado como criterios de justificación los propios del centro, sugiere necesidades de formación para los médicos de atención primaria sobre patologías dermatológicas más frecuentes.

En un estudio de Marín y col. (1997)⁵⁸ se analiza la relación que se establece entre distintas variables (demográficas, sociales, estilos de vida) y la probabilidad de asistir una vez más al servicio hospitalario de urgencias. Buscar las causas del fenómeno de polifrecuentación de los SUH puede permitirnos el distinguir, por ejemplo, qué proporción de utilización de los recursos puede atribuirse a características específicas de la población, y hacer una lectura más fundamentada en términos de eficiencia en la provisión de SUH y de coordinación entre AP y AE. El Cuadro siguiente resume los principales resultados obtenidos.

Los resultados avalan la hipótesis de que los pacientes frequentadores de servicios de urgencias incorporan condiciones de vulnerabilidad socioeconómica (véase el Cuadro siguiente). Así pues, el mismo análisis respecto a los estilos de vida de los individuos que utilizan los SUH muestran cómo el alcoholismo es el único factor significativo (IC 95 %). Azpiazu (1997), en un artículo crítico en alusión directa a este trabajo, analiza las causas de la polifrecuentación de los SUH que se han barajado en estudios recientes. En opinión del autor, las conclusiones que pueden extraerse de este tipo estudios están sujetas a debate. Así Azpiazu no cree adecuado el adecuar la demanda de estos servicios (mejoras en AP, educación sanitaria... como alternativas para manipular las características socioeconómicas de los pacientes polifrecuentadores), proponiendo alternativamente el *adecuar los servicios a esta demanda* con el objetivo de conseguir *una asistencia más rápida, más barata y de mejor calidad, sin importar si los problemas atendidos son o no una urgencia vital*.

En ciertas ocasiones puede resultar interesante analizar el grado en que las hospitalizaciones son evitables o susceptibles de sustitución

⁵⁷ El estudio analiza los volantes urgentes remitidos al servicio de dermatología del Centro de Consultas de Príncipe Viana (Pamplona) durante el año 1995. Se hace especial énfasis en la adecuación de la remisión al servicio de urgencias. El número total de volantes analizados fue de 505.

⁵⁸ El estudio se realizó sobre una muestra de 800 pacientes del servicio de urgencias del centro hospitalario de Torrecárdenas (Almería). Los datos se obtuvieron tras administrar un cuestionario específico.

Variables demográficas y probabilidad de realizar más de una visita a los SUH

Variable	Número de casos	Porcentaje para más de una visita a los SUH	Significación OR ^a (IC 95 %)
<i>Edad</i>			
< 45	398	55,3	Referencia
45-65	213	55,4	Ns
66-74	83	71,1	Sig
> 75	103	57,3	Ns
<i>Sexo</i>			
Varones	462	56,9	Referencia
Mujeres	336	57,4	Ns
<i>Procedencia</i>			
Medio rural	364	54,4	Referencia
Medio urbano	421	58,7	Ns
<i>Nivel de ingresos</i>			
> 2.500.000	110	42,7	Referencia
< 2.500.000	293	55,6	Ns
< 1.000.000	371	62,5	Sig
<i>Nivel educativo</i>			
Universitario	19	36,8	Referencia
Educ. Secundaria	106	50,0	Ns
Educ. Primaria	499	58,1	Ns
Sin estudios	168	61,9	Sig
<i>Situación laboral</i>			
Con trabajo	643	56,9	Referencia
Desempleo	70	61,4	Ns

Notas: ^a OR (Odds Ratio). Ns, no significativo. Sig, significativo.

FUENTE: Marín y col., 1997.

por otro tipo de servicios menos intensivos en el consumo de recursos (Grau Martínez y col., 1997). El objetivo de su trabajo planteaba la estimación, desde el punto de vista de los cirujanos y anestesistas que trabajan actualmente en el Sistema Nacional de Salud (SNS), del volumen de hospitalizaciones evitables a través de la utilización de la cirugía sin ingreso (CSI o también Cirugía Mayor Ambulatoria, CMA). El interés por introducir servicios del tipo CSI o CMA está en la posibilidad que su utilización introduce de reducir el coste por proceso, manteniendo a su vez la calidad asistencial (sin empeorar por tanto los resultados clínicos y manteniendo la aceptación del paciente)⁵⁹.

⁵⁹ Mediante un proceso Delphi en el que participaron 25 médicos, cirujanos y anestesistas, del Servei Valencià de Salut (SVS) se obtuvo un resultado consensuado con respecto a los criterios objetivos que debían excluir a los pacientes para la CSI y sobre la proporción de determinadas intervenciones que podían realizarse ambulatoriamente. Establecidos los criterios por aquellos profesionales que en la práctica deciden efectivamente sobre la aplicación o no de la CSI, se aplicaron al Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria de la Comunidad Valenciana para estimar los ingresos y estancia evitables por CSI en una selección de 29 procesos quirúrgicos.

El 83 % de los médicos respondieron a los cuestionarios *Delphi*. La mediana de la estimación de los encuestados sobre la proporción de casos realizables con cirugía sin ingreso en las diferentes patologías oscila entre el 40 % (reducido consenso) para las reparaciones de hernia de pared abdominal o la colecistectomía laparoscópica, y el 90 % (amplio consenso) para las escisiones de tejido perianal, anastomosis para diálisis o gangliectomía. Definidos los criterios de adecuación de la cirugía sin ingreso definidas en el *Delphi*, los autores aproximan que, en 1994, de los 16.696 ingresos (66.471 estancias) por procesos seleccionados del Servei Valencià de Salut se hubieran evitado 12.558 ingresos (44.568 estancias), el 75 % de los ingresos realmente efectuados por los procesos seleccionados. En resumen, alrededor de 12.000 ingresos hospitalarios podrían haberse evitado mediante su realización sin ingreso. Esta cifra supone aproximadamente el 5 % de todos los ingresos recogidos en el Conjunto Mínimo Básico de Datos.

En conclusión, este análisis pone de relieve el hecho que los profesionales del Sistema Nacional de Salud consideran factible un número de cirugías sin ingreso muy superior al realmente practicado. Por ello, los determinantes de esta reducida utilización de la cirugía sin ingreso la debemos encontrar en otros ámbitos de decisión sanitaria. Uno de los factores que, según los autores, puede explicar esta infrautilización de la cirugía sin ingreso es el actual sistema de financiación hospitalaria basándose en presupuestos globales que desincentiva cambios organizativos que, mejorando la productividad y la eficiencia, incorporan niveles de actividad superior y pueden comportar un exceso de gasto sobre el presupuesto.

Las potencialidades en términos de eficiencia de *sustituir* los servicios de AE son tratadas en el trabajo de Ortega (1997), en el que se concluye que la cirugía ambulatoria (CA) debe de ser potenciada como alternativa a la hospitalización, ya que supone una modalidad de atención que reduce el coste medio por caso, definido éste como la relación entre la suma del coste de funcionamiento de la unidad de CA y el incremento de costes por casos *extra*, y el número de casos tratados. El autor constata esta reducción de costes a partir de un estudio económico retrospectivo de los cuatro años de funcionamiento de la Unidad de CA-Hospital de Día del Hospital de Galdakao (Bizkaia) ⁶⁰. Jiménez Álvarez y col. (1997) presentan los principales resultados de un análisis retrospectivo (1994, 1995 y primeros nueve meses de 1996) de las altas que el Servicio

⁶⁰ Este análisis se basa en el cálculo de la disminución de costes marginales generados como consecuencia de la disminución de la estancia hospitalaria y en el cálculo de los incrementos de coste marginal que se producen también fruto de la puesta en marcha de esta unidad.

Andaluz de Salud considera susceptibles de ser tratadas en régimen de Hospital de Día en el ámbito pediátrico ⁶¹. Entre los resultados destaca la disminución de la estancia media global (de 2,1 a 0,7) por el incremento de pacientes tratados mediante cirugía sin ingreso (CSI) (se ha pasado de un índice de resolución del 18,9 % a uno de 54,9 %), así como la disminución de la estancia media de los pacientes que permanecen ingresados (de 2,6 a 1,6) a pesar de la teórica selección negativa de éstos. El coste por proceso se ha reducido en un 40 %, atribuyéndose como principal factor impulsor del ahorro la reducción en la estancia media.

Espinas y col. (1997) realizan un estudio similar para las altas hospitalarias susceptibles de ser sustituidas por cirugía ambulatoria en Cataluña (1993) ⁶². Su estimación cifra en un 6,5 %-7,8 % la proporción de altas de enfermos agudos en Cataluña que son evitables mediante proceso ambulatorio. En relación con la traducción de estas altas en estancias hospitalarias, la proporción varía entre el 3,3 %-4,0 % del total de estancias en 1993.

Existen cuatro procedimientos que aglutinan alrededor del 40 % de todos los procedimientos potencialmente ambulatorios (véase el Cuadro siguiente).

Procedimientos hospitalarios sustituibles por CA

Procedimientos Índices de sustitución	Altas estimadas			Estancias estimadas		
	Colomer et al.	Grainger y Griffitsh	Gabbay y Francis	Colomer et al.	Grainger y Griffitsh	Gabbay y Francis
Intervención cataratas	10.253	7.690	2.563	35.585	26.914	8.971
Reparación lateral hernia inguinal	6.973	6.973	5.479	38.354	38.354	30.135
Dilatación y legrado uterino	4.494	5.252	4.085	10.336	12.081	9.396
Artroscopia	4.031	3.493	3.493	12.898	11.178	11.178
Total 4 procedimientos	25.751	23.408	15.620	97.173	88.527	59.680
% del total proced. evitables	61,18	52,31	41,71	54,92	45,85	37,35
Total todos procedimientos	42.093	44.752	37.453	176.950	193.079	159.773

FUENTE: Espinas y col. (1997).

⁶¹ Para estas altas se analizan los procesos en base al % de pacientes tratados en el hospital de día, la estancia media global, la estancia media en pacientes con ingreso y la diferencia de coste entre ambas situaciones siguiendo los criterios de contabilidad analítica.

⁶² A partir de los datos sobre altas hospitalarias, y usando la estancia media de cada uno de los procesos, se ha calculado el número de estancias potencialmente evitables. La estimación se ha realizado utilizando tres diferentes índices de sustitución (% de estos procedimientos que son susceptibles de realizarse de manera ambulatoria) provenientes de tres estudios (Gabbay y col., 1988; Grainger y col., 1994; y Colomer y col., 1996).

Considerando la factibilidad de implementación de una política de sustitución como la que plantea este ejercicio de evaluación, podemos comentar el caso de los resultados obtenidos en el Hospital de Viladecans (la primera experiencia en España de implantación de una unidad diferenciada de cirugía ambulatoria en 1990), que sugieren la posibilidad de alcanzar un volumen de cirugía ambulatoria intermedio, entre el máximo y mínimo estimado en un estudio como el que se presenta aquí.

Sierra Gil (1997) ofrece algunos datos que demuestran cómo en los primeros seis años de implantación de esta unidad la capacidad resolutoria del centro creció globalmente un 59 %, lo que supuso un número adicional de 6.200 pacientes intervenidos. Otros datos de interés sobre la evaluación de esta experiencia se resumen en el *Cuadro* siguiente.

Variables de evaluación de la experiencia de CA en el Hospital de Viladecans

Índice global de sustitución.	61 %
Índice de sustitución en cirugía mayor.	37 %
Índice de sustitución en técnicas factibles en régimen ambulatorio.	60 %
Ingresos inesperados.	2 %
Ahorro medio por días de estancia evitados.	90.000 ptas.
Estancia media (global) en 1990.	8,1 días
Estancia media (global) en 1996.	6,4 días

FUENTE: Sierra Gil (1997).

Espinas y col. (1997) recalcan que el potencial de ahorro en términos de costes de una política de sustitución de altas hospitalarias por CA puede no ser tal. Pese a ello, los objetivos compartidos de la política son adicionalmente: I) la mejora en la satisfacción de los pacientes; II) la reducción en la utilización hospitalaria a lo estrictamente necesario, sin desdeñar por supuesto el ahorro de coste que supone para determinados procesos.

Otro de los indicadores de calidad en la asistencia hospitalaria que ha suscitado un mayor interés entre los estudios de evaluación del sistema sanitario son las tasas de reingreso hospitalario. En otro reciente trabajo de García Ortega (1997) se efectúa una revisión de los diferentes estudios sobre la utilización de los reingresos como indicador de la calidad asistencial realizados en España durante los últimos doce años (véase el *Cuadro* siguiente).

Los resultados indican que los reingresos consumen un importante volumen de recursos, y que es posible identificar factores de riesgo

Características de algunos estudios sobre reingresos en nuestro país

Autor	Área de estudio	Periodo	Definición	Resultado
SAS	Hospitales de Andalucía. Todos los diagnósticos.	1995	Ingreso por igual diagnóstico durante los 30 días siguientes al alta.	3,2 %
IASIST	Hospitales de sus bases de datos. Apendicectomía.	1994-95	Reingreso a los 30 días.	2,69 %
IASIST	Hospitales de sus bases de datos. Colecistitis-colelitiasis.	1994	Reingreso a los 30 días y al año.	17,5 %
Peiró S. et al.	Hospitales del Servei Valencià de Salut (SVS). Enfermedades digestivas y hepato-biliares.	1993	Readmisión urgente al año. Excluidos menores de 16 años y altas por fallecimiento y traslado.	16,9 %
Mairón J. et al.	Hospital Clínico de Granada. Duración de la estancia del primer ingreso y reingreso de readmisión.	1993	Readmisiones urgentes a los 30 días. Excluidas altas por traslado y voluntarias.	Sin relación aparente.
Sicras A. et al.	Servicio de medicina interna	1990	Reingreso por igual diagnóstico a los 6 meses.	5,9 %
Escolar F. et al.	Servicio de medicina interna. Hospital de Tudela.	1987-90	Según Resolución 4 de octubre de 1987. Dirección General de Asistencia Sanitaria.	17-21 %

FUENTE: García Ortega, C. (1997).

en la incidencia de los reingresos hospitalarios. Cualquier medida de gestión, desde la AP, AE o Asistencia Social (en el ámbito de la atención a personas mayores), que mejore este componente de ineficiencia va a revertir, pues, en ahorros para el sistema sanitario. Respecto al volumen de recursos consumidos, según IASIST⁶³, el 19 % de todos los episodios de hospitalización corresponden a pacientes que han tenido una hospitalización anterior en el período de un año natural y que un 10 % corresponde a pacientes que han estado hospitalizados en el mes anterior. Este análisis muestra también que el 15,3 % de los pacientes reingresan durante el año, consumiendo un total del 31 % de las estancias.

Respecto a los factores de riesgo o predictores de los reingresos hospitalarios encontramos: I) la edad; II) el sexo masculino; III) el diagnóstico principal; IV) la incapacidad física y V) la frecuentación en la utilización de la asistencia sanitaria. Existe una importante controversia entre la duración de la estancia del episodio inicial y la probabilidad de reingreso, poniéndose en duda que efectivamente se produzca realmente una relación entre ambas.

Librero y Peiró (1998) realizan un estudio cuyo objetivo principal es dilucidar si el porcentaje de complicaciones en cada hospital es

⁶³ IASIST. Posibilidades de análisis de las admisiones múltiples. IASISTINFO 1995; 12: 1-2.

explicable, bien debido al azar o bien se relaciona sistemáticamente con características de los pacientes, asumiendo que, de no ser así, debería atribuirse a variables propias del hospital⁶⁴. A continuación se muestran los principales resultados del análisis: el modelo realiza una estimación *normativa* de las complicaciones intrahospitalarias que se deberían dar según las diferencias de riesgo de la población atendida (en este caso para el grupo de riesgo de cirugía mayor) en cada centro hospitalario en relación con las que efectivamente se dan.

Porcentaje observado y probabilidad esperada de complicaciones intrahospitalarias tras el ajuste por el modelo logístico. Cirugía mayor

HOSP.	N	Complicación observada (IC 95)	Complicación esperada (IC 95)	Exceso Comp. (%)
1	3.014	3,98	3,56	ns*
2	3.946	2,43	3,35	-37,86
3	2.858	3,81	3,81	ns*
4	1.765	8,15	2,96	63,68
5	3.857	4,84	3,49	27,89
6	3.986	2,78	4,11	-47,84
7	5.005	3,41	4,21	-23,46
8	4.676	5,81	4,29	26,16
9	22.458	4,83	4,85	ns*
10	3.729	4,74	3,06	35,44
11	1.687	1,60	2,75	-71,88
12	2.642	1,85	3,14	69,73
13	2.158	2,31	4,71	-103,90
14	2.487	0,76	3,06	-302,63
15	6.748	8,52	6,11	28,29
16	4.272	1,96	4,20	-114,29
17	6.428	2,78	4,35	-56,47
18	3.631	6,83	4,90	28,26
TOTAL	85.347	4,33	4,30	0,69

Notas: Modelo con las variables independientes: edad, sexo, índice de Charlson, tipo de ingreso, motivo de ingreso (CMD), n.º de diagnósticos secundarios (no incluido en Charlson, ni en complicación y tiempo de estancia. * ns: no significativo.

FUENTE: Libro y Peiró, 1998.

⁶⁴ Las variables de ajuste incluidas han sido: I) la edad y sexo de los pacientes; II) la comorbilidad crónica (medida según el índice de Charlson); III) las circunstancias de ingreso (bien urgente, bien de carácter programado); IV) el número de diagnósticos; y V) la duración de la estancia. Los datos utilizados provienen del Conjunto Mínimo Básico de Datos de la Comunidad Valenciana (CMBD) correspondiente a los años 1993 a 1995, e incluyen 730.992 altas de 22 hospitales. Tras la eliminación de una serie de datos de ciertos diagnósticos y hospitales, se realizó el estudio con un total de 463.591 episodios.

Al observar diferencias significativas entre hospitales, puede pensarse que existe margen de mejora para algunos hospitales con complicación observada significativamente superior a la esperada.

En un trabajo de Conesa y col. (1997) se cuestiona la utilización de la proporción de reingresos como indicador de actividad asistencial, en caso que éste no haya sido descompuesto y analizado suficientemente. La revisión de los datos⁶⁵ muestra un porcentaje del 7,9 % de reingresos (en menos de 31 días). Analizados 434 de estos reingresos con el objeto principal de analizar los factores causantes, se obtienen los resultados siguientes.

Origen principal de los reingresos

Origen del reingreso	N	%
No existe relación entre la primera hospitalización y el reingreso	54	12,4
Enfermedad crónica	108	24,9
Enfermedad evolutiva grave	160	36,9
Evolución poco satisfactoria proceso primera hospitalización.	112	25,8

FUENTE: Conesa y col., 1997.

Como demuestran estos datos, tan sólo los reingresos debidos a la evolución poco satisfactoria del proceso previo de hospitalización (25,8 % del total) deben considerarse como ineficiencia en el momento de juzgar la actividad asistencial en la AE.

Finalmente cabe destacar la utilización de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRDs) como herramienta de gestión hospitalaria en relación con los programas de garantía de la calidad asistencial. El uso de esta herramienta ha permitido tanto la mejora de los indicadores tradicionales de gestión clínica (para ajustarlos por casuística), como la detección de casos *atípicos* susceptibles de revisión o la evaluación de indicadores de resultados sanitarios ajustados por tipos de pacientes tratados. Es en el ámbito del análisis y detección de los casos extremos u *outliers* (episodios de estancia anormalmente larga para la patología específica que se trate) donde García Ortega y col. (1998) destacan algunos de los resultados de un estudio descriptivo de la variación de los casos extremos en el Hospital del Servicio Andaluz de Salud de Algeciras en 1995 y 1996. En total se analizan unos 24.618 episodios de hospitalización del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta Hospitalaria.

⁶⁵ Con datos del periodo 1 de julio/31 de diciembre de 1995 del Hospital Clínic Universitari de Barcelona.

La lógica tras este ejercicio de evaluación de la existencia y variación de *outliers* se fundamenta en que parte de esta variación puede ser debida bien a problemas de información (problemas de calidad en la codificación), diferencias en la gravedad o complejidad de los pacientes, pudiendo también implicar diferencias en la calidad del proceso de asistencia. Para la determinación del valor de los días de estancia necesarios para que un episodio sea calificado como de extremo se ha utilizado la norma de IASIST⁶⁶. El porcentaje de casos extremos fue de 5,98 en 1995 y de 4,06 en 1996 (diferencia significativa con $p < 0,01$). Al analizar pormenorizadamente por servicios se observa que en cinco de ellos (Cirugía General, Hematología, Obstetricia, Traumatología y Urología) se produce una reducción significativa, en siete servicios no se producen diferencias significativas, mientras que en el servicio de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria los casos extremos aumentan significativamente. Dos de los efectos que pueden desvirtuar y confundir un análisis como el presentado son la calidad de la codificación informativa y la política de altas a otros centros llevada a cabo por el centro hospitalario de referencia. Así pues, se evalúa que la calidad en la codificación, medida según el número de diagnósticos por alta, se ha incrementado pasando de 1,69 en 1995 a 2,13 en 1996 (diferencia significativa con $p < 0,01$). El número de altas por traslado a otro centro se mantiene constante en el 2,8 % de las altas en el período de estudio.

En resumen, se puede decir que, controlados los efectos que pueden desvirtuar un resultado de disminución de los casos extremos, parece que en 1995-96 se ha producido una mejora en términos de gestión de pacientes (en particular la gestión de camas por los distintos servicios hospitalarios, y más específicamente por los servicios quirúrgicos).

Puig (1997) realiza una evaluación de la eficiencia en la gestión clínica de los pacientes en estado crítico fundamentando su análisis en dos etapas diferenciadas⁶⁷. Primero se realiza un estudio de medi-

⁶⁶ La norma IASIST es obtenida a partir de una base de altas amplia a nivel nacional y usando como fórmula para el cálculo del punto de corte: Percentil 75 %-1,5 (Percentil 75 %-Percentil 25 %), donde los percentiles se refieren a la distribución de las estancias del GRD correspondiente.

⁶⁷ Para el análisis de la eficiencia el autor toma como referencia las aproximaciones de Debrey y Farrel al concepto de la eficiencia técnica orientada hacia los inputs (la máxima reducción equiproporcional en todos los *inputs* que permite continuar produciendo unos *outputs* dados). Para el análisis econométrico de los factores explicativos de la ineficiencia se toma la propuesta de Banker y Jonhson. Los datos utilizados en este trabajo se basan en la información de 993 pacientes ingresados en dieciséis UCIs de Cataluña que participaron en el «European and North American Study of Severity of Illness of ICU patients» (ENAS), cuyo objetivo era actualizar los sistemas Mortality Probability Model (MPM) y Simplified

ción de la eficiencia entre diferentes unidades de cuidados intensivos (UCIs) de Cataluña fundamentado en el Análisis Envoltante de Datos, pasando a continuación a explorar económicamente los posibles factores explicativos de las variaciones en los niveles de eficiencia cuantificados en la etapa anterior. En el Cuadro siguiente se muestran las principales variables utilizadas en este análisis.

Entre los resultados de este análisis encontramos tanto aquellos con implicaciones más metodológicas como aquellos otros con una relevancia más clara para la gestión clínica de los pacientes críticos. En un plano más metodológico el trabajo concluye que la introducción de restricciones sobre las ponderaciones de los *outputs*, reflejando valores sociales o preferencias sobre los mismos en el modelo Análisis Envoltante de Datos, da como resultado niveles de ineficiencia que son función de la estructura de las ponderaciones⁶⁸.

Además, los índices de eficiencia no se distribuyen de forma homogénea en los tres niveles de riesgo de muerte. Los pacientes de alto riesgo son gestionados de forma menos eficientes que los de riesgo bajo. Estos resultados indican que existe un campo importante para que algunos cambios en las decisiones clínicas permitan mejorar la eficiencia, puesto que las decisiones de asignación de recursos observadas no parecen guardar una relación muy estrecha con el resultado esperado.

Acute Physiology Score (SAPS). Los datos fueron recogidos a partir del registro de admisiones consecutivas de pacientes adultos, excluyendo pacientes coronarios y pacientes con quemaduras o con cirugía cardíaca, entre octubre de 1991 y febrero de 1992. Datos complementarios relativos a la utilización de recursos en las UCIs proceden de una encuesta sobre las UCIs en Europa realizada en 1992. Se ha utilizado también la Encuesta de establecimientos sanitarios con régimen de internado que publica el INE para completar información adicional sobre los servicios de cada hospital.

⁶⁸ El problema de minimización busca un conjunto de ponderaciones no negativas que, cuando se aplican a los *inputs* y a los *outputs* de la UCI objeto de evaluación, minimizan el ratio de los *inputs* ponderados respecto de los *outputs* ponderados, sujeto a la restricción normalizadora de que ninguna UCI en la muestra, incluyendo la UCI evaluada, tenga un ratio menor que la unidad cuando se aplican las ponderaciones de la UCI evaluada. Se ha ilustrado la necesidad de restringir la flexibilidad de las ponderaciones en los modelos AED cuando se introducen variables de calidad en la medida de la eficiencia de la atención sanitaria (en el caso concreto de la atención perinatal). En el caso de los pacientes críticos, las ponderaciones flexibles pueden conducir claramente a la asignación de índices de eficiencia inaceptables. En primer lugar, dada la definición de *inputs* y de *outputs*, se podría atribuir a todos los casos índices elevados de eficiencia asignando un peso alto a Y_1 y un peso nulo a Y_2 , es decir, considerando sólo la actividad como un *output* y omitiendo el resultado de la actividad. En segundo lugar, se puede considerar los valores sociales del *output* o preferencias, en lugar de permitir la flexibilidad absoluta, cuando se asignan ponderaciones a la importancia de la supervivencia en contraste con la supervivencia durante la hospitalización o el estado de muerte al alta. Los valores sociales podrían expresar las preferencias sobre las variables de *output* cuando no existen precios observables para los *outputs*.

Descripción de los inputs, outputs y variables explicativas

Variable	Descripción
AED: INPUTS	
<i>Características en la enfermedad del paciente: (exógenas a la gestión)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Probabilidad de supervivencia en el momento de admisión (ND) • Nivel de riesgo de muerte (C)
<i>Características de la práctica clínica:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Días ponderados de estancia en la UCI • Días de estancia en el resto del hospital • Días de enfermera disponibles por paciente (ND) • Días de médico disponibles por paciente (ND) • Disponibilidad tecnológica (ND)
OUTPUTS	<ul style="list-style-type: none"> • Días de supervivencia en el hospital • Estado de supervivencia al alta
<i>Análisis de la eficiencia:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital lucrativo • Índice de Herfindahl-Hirschman • Número de camas en la UCI • Grado de especialización según nivel de riesgo • Uso frecuente de protocolos clínicos • Programa de evaluación para médicos y enfermeras • Número diario de visitas • Estatus docente • Riesgo de muerte medio • Riesgo de muerte alto • Variación en el riesgo de muerte durante las primeras 24 horas • Edad • Fallo o insuficiencia respiratoria • Fallo o insuficiencia cardiovascular • Traumatismo • Ingreso quirúrgico urgente • Ingreso quirúrgico programado

Nota: ND denota una variable no discrecional. C denota una variable categórica.

FUENTE: Puig, 1997.

Estos resultados demuestran también la importancia de algunos factores relacionados con las decisiones clínicas sobre la eficiencia en la gestión de los pacientes críticos⁶⁹. Los resultados indican que

⁶⁹ Del análisis econométrico de la eficiencia podemos destacar: I) Los hospitales lucrativos presentan un nivel de ineficiencia significativamente más elevado que los hospitales no lucrativos. Así pues, el objetivo del beneficio no parece que haya contribuido a mejorar la eficiencia; II) Los hospitales con un programa de evaluación de la actividad de los médicos y enfermeras presentan un nivel significativamente más elevado de eficiencia; III) el coeficiente estimado para la variable de estatus docente del centro es positivo y significativo, lo cual indica una contribución positiva de este factor a la ineficiencia; IV) los coeficientes estimados co-

las decisiones clínicas sobre asignación de recursos no están excesivamente relacionadas con la probabilidad de supervivencia, aun cuando esta relación es más estrecha cuando la UCI trata pacientes de edad avanzada. La eficiencia en la gestión clínica se puede mejorar mediante el empleo frecuente de protocolos clínicos. Asimismo, la eficiencia puede aumentar revisando la atención recibida por los pacientes con ingreso programado.

Para finalizar podemos apuntar algunos de los resultados que han surgido en España respecto a otro de los métodos de mejora de la práctica clínica, la medicina basada en la evidencia (MBE). En un artículo de revisión de este tipo de técnicas Brotons Cuixart (1998) revisa cuatro estudios⁷⁰ que atienden a la cuestión de hasta qué punto los resultados obtenidos por la evidencia científica se trasladan o no a la práctica clínica en el campo de las enfermedades cardiovasculares. El resultado de este análisis no es muy alentador, considerando el grado en que las evidencias clínicas se traducen en una práctica clínica mejor fundamentada. Cabe reconocer, sin embargo, que el abordaje de este tipo de cuestiones requiere de estudios y observaciones (prospectivos) que ofrezcan alguna luz sobre las pautas de los profesionales (objetivas o subjetivas, fundamentadas o no) en el traslado de la evidencia científica a su práctica diaria.

En esta misma dirección, Martínez González y col. (1997) realizan una revisión de las historias clínicas de 85 pacientes ingresados y dados de alta durante un período de quince días en el Hospital Regional Carlos Haya (Málaga), encontrando que el 46,6 % de todas las intervenciones terapéuticas realizadas estaban basadas en evidencias derivadas de ensayos clínicos controlados (según la escala descrita por Cook *et al.*). Complementariamente, los autores encuentran que el 26,9 % de las intervenciones terapéuticas estaban basadas en evidencias de tipo no experimental.

rrespondientes a las variables de riesgo de muerte son significativos y positivos, lo cual implica que los pacientes con una probabilidad de muerte más elevada en el momento de ingreso en la UCI están asociados con un nivel de ineficiencia más elevado; V) El coeficiente estimado correspondiente a la edad de los pacientes es significativo y positivo. Este resultado indica que cuando aumenta la edad del paciente, dada la probabilidad de muerte en el momento del ingreso y el resto de factores, la eficiencia tiende a ser mayor; VI) las variables de diagnóstico no son significativas, una vez se ha controlado por el resto de factores, excepto para la variable que indica un ingreso quirúrgico programado.

⁷⁰ Soriano y col., «Impacto de las publicaciones biomédicas en la incorporación de nuevas actitudes terapéuticas en la insuficiencia cardíaca y el infarto de miocardio», *Rev. Esp. Cardiología*, en prensa; Brotons y col., «Tratamiento preventivo de la fibrilación auricular no reumática: de la eficiencia en los ensayos clínicos a la efectividad en la práctica clínica», *At. Primaria*, 1997; 20: 367-371; Brotons y col., «Is prophylactic treatment after myocardial infarction evidence based?», *Eur. Heart J.*, en prensa; Lidón y col., «Infarto agudo de miocardio: diferencias de tratamiento en la mujer anciana», *Rev. Esp. Geriatria*, en prensa.

3. Los comportamientos de prescripción y consumo farmacéuticos

Uno de los enfoques *micro* de análisis de la calidad en la prescripción farmacéutica es el de analizar la prescripción farmacéutica desde diferentes ópticas relevantes para la definición de medidas de política y gestión sanitaria:

- I) Según la procedencia del propio tratamiento farmacológico, para la correcta atribución de responsabilidades entre niveles asistenciales o profesionales dentro del sistema.
- II) Para un tipo de medicamento (antibióticos, medicamentos genéricos...) o problema de salud (hipertensión arterial), en relación al volumen de recursos y/o resultados sanitarios que dicho tratamiento o problema de salud supone para el sistema.
- III) Según la disciplina del paciente en el correcto seguimiento del tratamiento farmacológico.

Un ejemplo para el ámbito de la AP lo constituye un trabajo cuyo objeto es el análisis del perfil y la calidad de la prescripción de antibacterianos en el Distrito de AP de Bahía-Vejer (Cádiz) durante los años 1994 y 1995 (García Lirola y col., 1997.).

La racionalidad de este tipo de estudios se inscribe en la necesidad de promocionar el *uso racional de los medicamentos*, fomentándolo desde los hábitos prescriptores de los profesionales de AP. La atención se centra en el estudio en la prescripción de antibacterianos, dado que este tipo de medicamentos son ampliamente utilizados en AP si atendemos a la frecuencia en el número de dispensaciones que se dan en AP^{71, 72}.

De los resultados se deriva que el perfil de prescripción de antibacterianos en el área estudiada es similar, aunque algo más favorable, al

⁷¹ Baena, J. et al., «La prescripción antibiótica en AP (carta)», *Atención Primaria*, 1990; 7, pp. 589-590.

⁷² Más concretamente, se estudian los grupos J01 (AB sistémicos), J03 (quimioterápicos sistémicos), C04A (antisépticos y antiinfecciosos urinarios) y R05C1 (expectorantes, incluidos mucolíticos con antiinfecciosos). Los indicadores cuantitativos utilizados son la Dosis Diaria Definida (DDD) por 1.000 habitantes-día (DHD) y el porcentaje de DDD de cada tipo de AB respecto al total. Para contrastar la calidad de la prescripción se utilizan indicadores del grado de procedencia de uso de AB en AP (utilizando una clasificación de los AB en 3 niveles modificada por Arnau y col., 1990) y el porcentaje de asociaciones no justificada (ANJ) de AB (grupo R05C1). Arnau, J. M., «Conceptos Generales sobre agentes antimicrobianos», en Guarga, A. (Ed.), *Enfermedades infecciosas. Conceptos Generales y tratamiento. Monografías clínicas en AP*, Barcelona: Doyma, 1990.

establecido por la literatura para áreas afines. En 1995 la prescripción de antibacterianos supuso el 12,3 % del total de envases, y en términos de gasto, el 8,6 % del total. A pesar de esta similitud, existen hábitos inadecuados en relación con la calidad en la prescripción de antibacterianos, como lo demuestran los elevados porcentajes de prescripción del segundo y tercer nivel, el 26,0 % y 9,8 %, respectivamente para 1995⁷³. Pese a ello, se puede afirmar que la evolución en la práctica de la prescripción de antibacterianos ha mejorado desde 1994. En esta evolución pueden haber tenido alguna influencia las actividades de uso racional del medicamento desarrolladas en el distrito. Respecto al modelo de AP, red de AP reconvertida (RR) frente a la red de AP no reconvertida (RNR), podemos afirmar que las Áreas Básicas de Salud pertenecientes a la RR muestran parámetros de calidad en la prescripción de antibacterianos superiores a aquellas pertenecientes a la RNR (véase el Cuadro siguiente).

Romo y col. (1998) evalúan las pautas de prescripción farmacéutica para el caso de los antiinflamatorios no esteroideos con cargo al Servicio Andaluz de Salud en la provincia de Sevilla en el año 1996. Los autores concluyen que existe un perfil inadecuado en la prescripción de este tipo de medicamentos, dado que se prescriben fármacos asociados a elevadas incidencias de efectos indeseables. La prescripción de piroxican, por ejemplo, fue la segunda más elevada en volumen pese a ser este principio activo uno de los más tóxicos. Ahondando aún más en el fenómeno de la inadecuación, los autores muestran que son los pensionistas los que se muestran entre el grupo de población con un consumo más intensivo de antiinflamatorios no esteroideos, siendo también este grupo el de mayor riesgo de complicaciones debido al consumo de este tipo de fármacos.

Otra de las dimensiones interesantes en el estudio del comportamiento prescriptor de los médicos es describir y analizar la influencia que pueda tener sobre el mismo las indicaciones provenientes desde otros niveles asistenciales (por ejemplo, las indicaciones de prescripción desde la AE hacia la AP), los médicos externos al sistema sanitario público y los usuarios (Franzi Sisó, Placencia Zarzoso y Rodríguez Latre, 1997). La relevancia del estudio de la procedencia de la prescripción farmacéutica se centra en el hecho de reconocer que una parte importante de la prescripción tiene su

⁷³ Estos porcentajes son reflejo de un uso no racional de los medicamentos desde la perspectiva que la mayoría de infecciones tratadas en AP se resolverían sin AB o bien con AB de primer nivel. Es también en este sentido por lo que debemos considerar la utilización de los nuevos macrólidos (sustituibles por la eritromicina), las cefalosporinas de tercera generación y las nuevas quinolonas ciprofloxacino y ofloxacino como injustificada en AP.

Principales resultados cuantitativos y cualitativos sobre la prescripción de antibacterianos (AB). Diferencias según modelos de AP reconvertida (RR) o no reconvertida (RNR) y su evolución 1994-1995

	1994	1995
<i>Indicadores cuantitativos:</i>		
Envases prescritos AB sobre el total	13,4 %	12,3 %
Gasto en AB sobre gasto total	10 %	8,6 %
Número total de DHD prescritos	13,1	13,3
Número de DHD prescritos en RR	13,4	13,7
Número de DHD prescritos en RNR	12,0	12,5
<i>Indicadores cualitativos:</i>		
Asociaciones de AB no justificadas sobre total DDD	15,8 %	12,2 %
Asociaciones de AB no justificadas sobre total DDD en la RR	11,7 %	8,6 %
Asociaciones de AB no justificadas sobre total DDD en la RNR	20,5 %	17,7 %
DHD de eritromicina sobre otros macrólidos (total)	1,11	0,74
DHD de eritromicina sobre otros macrólidos (RR)	1,50	1,21
DHD de eritromicina sobre otros macrólidos (RNR)	0,45	0,46
DHD de cefalosporinas segundo nivel sobre cefalosporinas tercer nivel (total)	1,66	2,22
DHD de cefalosporinas segundo nivel sobre cefalosporinas tercer nivel (RR)	3,15	4,66
DHD de cefalosporinas segundo nivel sobre cefalosporinas tercer nivel (RNR)	1,04	1,19
DHD de ciprofloxacino y ofloxacino (total)	0,57	0,58
DHD de ciprofloxacino y ofloxacino (RR)	0,49	0,54
DHD de ciprofloxacino y ofloxacino (RNR)	0,66	0,63

FUENTE: Elaboración propia a partir de García Lirola et al. (1997).

origen fuera del ámbito de responsabilidad del médico de AP⁷⁴, y por tanto, que las políticas de *uso racional del medicamento* deben incorporar también este hecho⁷⁵.

Los principales resultados muestran que el 35 % de la prescripción era inducida, siendo el ámbito hospitalario responsable del 53 % de esta inducción. A continuación aparecen tanto el sector privado, como el centro de atención primaria especializado y los usuarios (véase la *Tabla* siguiente). Respecto a la calidad en la prescripción, no se observan diferencias entre el valor farmacológico intrínseco

⁷⁴ Se consensuó como prescripción inducida aquella aconsejada por un médico del servicio de urgencias, especialista, privado o solicitada por el usuario, que el médico de AP acepta transcribir.

⁷⁵ En dicho estudio los autores realizan un análisis transversal sobre la prescripción realizada por los 96 médicos de 8 ABS de la red reformada de la dirección de AP de Sabadell (ICS) durante 1995 (desde el 24 de abril al 23 de mayo). Dicho análisis se centró en aquellos tratamientos que se iniciaron en el período de estudio.

Procedencia y VFI de la prescripción inducida en AP

Origen	Envases			VFI elevado
	Número	%	IC del 95 %	%
Hospital	6.414	18,69	18,28 a 19,10	84,2
Médico privado	2.681	7,81	7,53 a 8,09	73,3
CAP II Especializado	1.286	3,75	3,55 a 3,95	73,1
Usuario	1.084	3,16	2,97 a 3,35	60,0
Otros	587	1,71	1,57 a 1,85	—
Total Inducción	12.052	35,12	34,61 a 35,63	78,1
Total no-inducción	22.267	64,88	—	78,3
Total prescripciones nueva indicación	34.319	100,00	—	—

Notas: (1) IC intervalo de confianza; (2) El VFI elevado se utiliza como indicador de la calidad prescriptora cifrándose como el porcentaje de envases prescritos con un VFI elevado.

FUENTE: Elaboración a partir de Franzi Sisó et al. (1997).

(VFI) de la prescripción inducida y propia (o no-inducida). Es remarkable el hecho que la prescripción inducida por los usuarios tiene un VFI bajo.

En un análisis de Seguí y col. (1998)⁷⁶ se estudia el fenómeno de la inducción en la prescripción de fármacos por parte del especialista, controlando a su vez la calidad de este tipo de prescripciones según la Utilidad Terapéutica Baja (UTB) de las citadas prescripciones. Los principales resultados del estudio se muestran en el Cuadro siguiente:

Calidad en la prescripción inducida en la AP

	Total prescripción		Prescripciones UTB	
	N.º envases	Gasto (miles de ptas.)	N.º envases	Gasto (miles de ptas.)
Prescripción propia AP	1.606 (44,6 %)	2.336,7 (38,5 %)	240 (52,6 %)	188,5 (36 %)
Prescripción inducida total	1.993 (55,3 %)	3.732,8 (61,5 %)	216 (47,3 %)	334,7 (63,9 %)
Prescripción inducida especialista	1.939 (53,9 %)	3.585 (59, %)	208 (45,6 %)	324,5 (62 %)
Prescripción inducida privados	51 (1,4 %)	141 (2,3 %)	7 (4,5 %)	9,9 (1,9 %)
Prescripción inducida servicio urgencia	3 (0,1 %)	6,8 (0,1 %)	1 (0,2 %)	0,2 (0,0 %)
Total	3.599	6.069,4	456	523,2

FUENTE: Seguí y col., 1998.

⁷⁶ Se realiza un análisis de la prescripción en atención primaria para una localidad (Es Castell, Menorca) durante 21 días, con el objetivo de cuantificar el número de recetas inducidas por el especialista, así como el número de recetas de utilidad terapéutica baja.

De los resultados se deduce que existe una responsabilidad compartida entre el especialista y el médico de cabecera en la prescripción de especialidades de utilidad terapéutica baja. Considerando el hecho que el coste unitario medio de los medicamentos en la AE es superior, los médicos especialistas acaban prescribiendo especialidades de Utilidad Terapéutica Baja que suponen un coste global relativamente superior.

En un análisis sobre la calidad en la prescripción de las órdenes de tratamiento en enfermería en los Equipos de AP, así como de la calidad en la cumplimentación de las propias órdenes de tratamiento de enfermería (De León y col., 1998), se concluye una deficiente cumplimentación de las órdenes de tratamiento, con un porcentaje elevado de ausencia de información imprescindible para una correcta administración (véase el Cuadro siguiente). Este trabajo dirige la atención hacia otro de los ámbitos de responsabilidad (enfermería) en el correcto tratamiento farmacológico, lo que pone de relieve la necesidad de mantener una perspectiva global y continua de la asistencia sanitaria.

Calidad informativa de las órdenes de tratamiento en enfermería

Variable informativa de interés para el tratamiento	N.º de hojas en que constaba	%
Fármaco prescrito	1.073	98,62
Identificación usuario	1.043	95,86
Pauta tratamiento	956	87,87
Vía de administración	930	85,48
Duración del tratamiento	689	63,33
Existencia de duración conjuntamente con pauta	631	58,00
Alergias medicamentosas	308	28,31
Total hojas analizadas	1.088	

FUENTE: De León y col., 1998.

Este hecho tiene mayor relevancia si observamos que la calidad de la prescripción realizada resulta de una baja calidad terapéutica (42,5 % de los fármacos prescritos tienen una Utilidad Terapéutica baja o bien nula). Este fenómeno afecta especialmente a los grupos terapéuticos del aparato digestivo y metabolismo, así como al aparato locomotor.

Como consecuencia de la modificación de la Ley 25/1990 (20 de diciembre) del Medicamento, que permite la introducción de los medicamentos genéricos y los precios de referencia en nuestro Sistema Nacional de Salud, se plantea la necesidad de evaluar el

Calidad en la prescripción según grupos terapéuticos

Grupo terapéutico	VI Elevado		VI Bajo/nulo		Total	
	N (627)	%	N (476)	%	N (1.119)	%
Aparato digestivo y metabolismo	6	4,2	138	95,8	144	12,9
Sangre y órganos hemapo-yéticos	57	100,0	0	0,0	57	5,1
Terapia hormonal	86	100,0	0	0,0	86	7,7
Terapia antiinfecciosa vía sistemática	253	91,7	23	8,3	276	24,7
Aparato locomotor	178	44,1	226	55,9	404	36,1
Otros	47	34,6	89	65,4	136	12,2
Desconocido					16	1,4

Notas: VI valor intrínseco.

FUENTE: De León y col., 1998.

impacto económico (en términos de reducción de costes) de sustituir las especialidades de marca (prescritas en receta de la Seguridad Social) por los respectivos fármacos bajo denominación genérica ⁷⁷.

El estudio de Díaz Madero y López Ferreras (1997) realiza una estimación del ahorro máximo para el Sistema Nacional de Salud (SNS) y para el usuario de esta sustitución en un área de salud de Zamora durante 1995 ⁷⁸. El ahorro farmacéutico que hubiera supuesto la sustitución de los genéricos se cifra en 4.387.523 ptas. para los usuarios y de 56.991.515 ptas. para el SNS. Ello supone en el contexto de este área de Salud un ahorro del 1,5 % del gasto farmacéutico para el SNS, un 85,5 % correspondiente a la población pensionista y un 14,5 % correspondiente a los individuos en activo. Respecto a los usuarios, el ahorro per cápita se evalúa en 3.681 ptas. por cada 100 usuarios. Para centrar la tipología de medicamentos en que se centran los ahorros derivados de la aplicación de los genéricos debemos distinguir entre aquellos que suponen un ahorro superior para el SNS y para los usuarios. Los subgrupos terapéuticos con mayor ahorro para el SNS son los antiinflamatorios

⁷⁷ La Ley 25/1990 establece como medicamento genérico «... a la especialidad con la misma forma farmacéutica e igual composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales que otra especialidad de referencia, cuyo perfil de eficacia y seguridad esté suficientemente establecido por su continuado uso clínico. La especialidad farmacéutica genérica debe mostrar equivalencia terapéutica con la especialidad de referencia mediante los correspondientes estudios de bioequivalencia».

⁷⁸ A este efecto, se acaba seleccionando un total de 32 principios activos (58 presentaciones y 24 subgrupos terapéuticos) comercializados bajo denominación genérica, equivalentes a especialidades con idéntica composición-presentación y mayor precio.

no esteroides (26,8 % del ahorro hipotético), IECA (16,5 %), antihistamínicos H₂ (10,7 %), vasodilatadores periféricos (7,8 %), hormona antineoplásica (6,2 %) y broncodilatadores sistémicos (6,1 %). El mayor ahorro en la aportación de los usuarios se produce en los antiinflamatorios no esteroides (47,5 %), penicilinas de amplio espectro (13,9 %), antihistamínicos H₂ (10,8 %), inhibidores de la movilidad (6,5 %) y broncodilatadores sistémicos (6,0 %).

Este análisis no fundamenta la evaluación del ahorro potencial sobre la aplicación retroactiva de la modificación normativa sobre genéricos (modificación de la Ley 25/1990), sino sobre la idea de la prescripción de medicamentos *sustituibles* por genéricos ya comercializados en España: tan sólo un 2,83 % de los medicamentos susceptibles de sustitución acababan sustituyéndose efectivamente.

En un estudio similar para las Áreas de Salud 2 y 5 de Zaragoza se evalúa el impacto sobre la factura farmacéutica de los centros de AP de una medida de *uso racional del medicamento* (Castán Cameo y col., 1998)⁷⁹. Se toma para ello el caso particular de la prescripción de antiinfecciosos⁸⁰ en relación a la frecuencia con que se da en la AP.

Gasto farmacéutico, recetas prescritas y gasto medio por asegurado y por receta en 1995

	Gasto farmacéutico (ptas. 1995)	%	Número de recetas	%	Gasto medio por receta (ptas. 1995)	Gasto medio por asegurado (ptas. 1995)
Total prescripciones.	8.547.421.675	100	6.067.373	100	1.404	16.053
Total Antiinfecciosos	1.038.511.173	12,1	619.479	12,21	1.676	1.950
Total principios seleccionados.	522.624.670	6,1	292.498	4,8	1.786	981

FUENTE: Castán Cameo, S. et al. (1998).

El ahorro global estimado tras la implementación de esta medida hubiera sido en torno al 7,63 % de la factura farmacéutica de AP, lo que viene a suponer unos 40 millones de pesetas. Prescribiendo la al-

⁷⁹ Se analizó para ello la prescripción farmacéutica de estas dos áreas de salud a través de la base de datos de facturación de productos farmacéuticos de 1995. Dada la relevancia del gasto farmacéutico sobre la factura sanitaria de la AP (véase tabla) se evaluó el impacto en términos de ahorro farmacéutico de una de las alternativas de política de contención del gasto: la disminución del precio medio por receta mediante la prescripción de la marca registrada más barata existente en el mercado.

⁸⁰ Se seleccionaron las especialidades farmacéuticas que contenían un solo principio activo antiinfeccioso de los incluidos en los grupos terapéuticos J01 (antibióticos sistémicos) y J03 (quimioterápicos sistémicos) de la clasificación anatómico-terapéutica de medicamentos (ATC) adoptada en España desde 1989.

ternativa más barata para tan sólo ocho principios activos se hubiese conseguido aproximadamente el 94,2 % del ahorro total posible. Dicho ahorro se concentró en los subgrupos: penicilinas, quinolonas, cefalosporinas y macrólidos. El 75 % del ahorro potencial identificado se hubiera conseguido con la prescripción de la alternativa más barata de dos principios activos: amoxicilina y ciprofloxacino. El porcentaje de recetas susceptibles de ahorro es de un 58,5 % en los activos y un 60,9 % en los pensionistas con un ahorro medio de 146,6 ptas. por activo y de 365,7 ptas. por pensionista (véase el Cuadro siguiente).

Ahorro estimado con la selección de la alternativa más barata por subgrupos

	Activos		Pensionistas		Total	
	Ahorro en ptas.	%	Ahorro en ptas.	%	Ahorro en ptas.	%
Tetraciclinas	66.921	1,65	75.069	3,63	141.990	2,32
Cloranfenicol	21	4,48	496	23,87	517	20,23
Penicilinas amplio espectro	9.799.909	23,22	7.099.718	23,32	16.899.627	23,26
Cefalosporinas	1.441.339	2,60	2.871.130	2,53	4.312.469	2,55
Macrólidos y similares	1.760.193	2,44	2.220.417	2,58	3.980.610	2,52
Aminoglucósidos	88.416	13,98	308.072	16,03	11.625	15,52
Rifampicinas y afines	8.987	1,88	2.639	0,61	11.626	1,28
Fosfomicina	15.695	1,28	26.980	0,82	42.675	0,94
Quinolonas	2.430.029	15,45	11.685.747	16,09	14.115.776	15,97
Otros	0	0	0	0	0	0
TOTAL	15.611.510	7,69	24.290.268	7,60	39.901.778	7,63

FUENTE: Castán Cameo, S. et al. (1998).

Observado el impacto de estas medidas, los autores recomiendan que se impulse la información y formación de prescriptores y dispensadores para potenciar el uso de la alternativa más económica.

Arnau y col. (1998) realizan una evaluación de las pautas de prescripción en aquellos problemas de salud más prevalentes en AP con la intención de valorar la variación que se produce entre diferentes centros de AP⁸¹. Sus resultados constatan una notable variabilidad intercentro en los hábitos de prescripción. Los resultados globales de prescripción resultan interesantes, ya que muestran un grado elevado de concentración de la prescripción, así como una reducida utilización de nuevos fármacos por parte de los profesionales de la AP.

⁸¹ Se analiza la prescripción en cuatro centros de atención primaria mediante la recogida de información sobre prescripción a 200 pacientes consecutivos. El período de estudio fue de octubre de 1994 a enero de 1995.

Concentración en la prescripción e introducción de nuevos fármacos en AP

Diagnóstico	N.º de fármacos diferentes	N.º de fármacos que engloban el 90 % de la prescripción	Fármacos nuevos	
			N	% prescripción
Hipertensión arterial.....	63	14	9	11,1
EPOC	42	7	1	3,2
Dispepsia no ulcerosa.....	33	10	2	0,6
Depresión	41	20	3	12,4
Dislemia.....	15	6	1	3,3
Úlcera péptica.....	14	5	0	0,0
Asma.....	21	9	1	5,7

FUENTE: Arnau y col., 1998.

Otro enfoque de aproximación a la calidad en la prescripción farmacéutica puede ser el de analizar la adecuación del tratamiento farmacológico de un determinado problema de salud. Ello puede tener consecuencias para el sistema sanitario no sólo en términos de morbilidad, sino también de costes sanitarios para la corrección del problema de salud. En este sentido se planteaba el estudio de Piñeiro y col. (1997) con el objetivo de cuantificar la magnitud del incumplimiento del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial, conocer las formas y sus causas, y estudiar el perfil de los pacientes que incumplen frecuentemente el tratamiento⁸². El porcentaje de incumplimiento fue del 47,7 %, siendo hipocumplidores 2/3 de éstos y 1/3 hipercumplidores. Las causas más frecuentes de incumplimiento son el desconocimiento (39,8 %), el olvido (28,9 %), la desmotivación (14,6 %) y el temor a los efectos secundarios (13,3 %). Zambrana García (1998), en respuesta a un artículo previo de Prieto (1998)⁸³ presenta los resultados de una revisión del tratamiento farmacológico de antihipertensivos en un área hospitalaria de Almería⁸⁴. Los hipertensos más utilizados fueron los IECA (52 % de los pacientes), los diuréticos (18 %) y los bloqueadores de los canales de calcio (14 %). Estos resultados

⁸² El estudio se realizó durante 1994 en el Centro de salud de Calpe (Alicante) sobre una muestra de 174 pacientes. Como magnitud del incumplimiento se ha tomado el porcentaje de cumplimentación (PC) definido como la razón entre el número de comprimidos tomados por el enfermo sobre el número de comprimidos prescritos por el médico.

⁸³ Prieto y col., «Uso de antihipertensivos en España, 1985-95», *Med. Clin. (Barc.)*, 1998; 110: 247-253.

⁸⁴ Se realiza un estudio transversal de la presencia de diversos factores de riesgo cardiovascular sobre la población de pacientes atendidos en las consultas de AP del área hospitalaria de Poniente (Almería). Se analizaron los 35 pacientes consecutivos (> catorce años) que acudieron a 31 consultas de AP en junio de 1997. Mediante una encuesta codificada se recogieron diferentes aspectos relacionados con las enfermedades cardiovasculares.

coincidentes con el artículo de Prieto muestran que la práctica en este área dista de los que dicta la evidencia científica. La cuestión clave aquí reside, a juicio de Zambrana García, en dirimir si la Medicina Basada en la Evidencia debe ser el único criterio (reduciendo la discrecionalidad de los profesionales sanitarios) o también si el uso de los fármacos efectivamente utilizados obtiene valores de calidad suficientemente elevados para justificar su utilización.

Piñeiro y col. (1998) cuantifican en un estudio similar el grado de incumplimiento en el tratamiento en una población de 107 pacientes para el caso particular de la dislipemia. De éstos, el 46,7 % eran incumplidores, siendo 42 % hipocumplidores y el 4,7 % hipercumplidores. Entre las principales causas de incumplimiento, los autores encuentran las que se muestran en el *Cuadro* siguiente:

Causas de incumplimiento

Causas de incumplimiento	%
Olvido	36
Desconocimiento	32
Desmotivación	16
Temor efectos secundarios	14
Efectos secundarios	2

FUENTE: Piñeiro y col., 1998.

Entre los factores asociados al incumplimiento se encuentran: I) el riesgo cardiovascular moderado-alto, II) el hecho de comunicar o no el mal seguimiento del tratamiento farmacológico, III) la duración en el tratamiento (llevar menos de un año de tratamiento regular) y finalmente, IV) el hecho de tener un mal control de la dislipemia.

Avedaño (1997) describe y analiza la introducción de medidas de racionalización en la prescripción de medicamentos en un área de atención primaria (CAP Barceloneta, Barcelona). Las medidas introducidas pretendían corregir las perturbaciones provocadas en el proceso asistencial por la llamada prescripción *administrativa* (casos crónicos) tras la introducción de una medida de monitorización y control de la prescripción de este tipo de problemas de salud⁸⁵.

⁸⁵ La primera medida en este sentido fue la introducción de un procedimiento específico (dispensario de recetas) para este tipo de prescripción. Se cumplimentaba una Tarjeta de Atención Crónica para validar la prescripción y fijar la duración de la misma. El siguiente paso fue implementar la informatización de la prescripción crónica, de manera que las recetas se cumplimentaban mecánicamente sin solicitud de cita previa. La introducción de este sistema, que a mediados de

Principales resultados de evaluación de una política de monitorización y control de la prescripción farmacéutica en pacientes crónicos

	Marzo 1996	Septiembre 1996	Diferencia
HISTÓRICO:			
TMC Totales.....	4.424	4.758	-334
TMC Activas.....	3.516	3.580	-64
N.º Fármacos.....	13.538	14.221	-683
MES EN CURSO:			
TMC Revisadas.....	0 %	100 %	100 %
TMC Cumplen todos los criterios.	-	99,24 %	-
N.º TMC Utilizadas.....	3.124	2.192	932
N.º Recetas emitidas.....	18.335	13.690	4.645
Coste Total/mes.....	30.616.714	23.408.683	7.208.031
Coste/Receta.....	1.670	1.688	-18
Coste/TMC.....	9.791	8.039	1.752
Recetas/TMC.....	5,86	4,70	1,16

Nota: TMC o Tarjetas de Medicación Crónica.

FUENTE: Avedaño, 1997.

Entre los resultados económicos relevantes cabe destacar la reducción del coste de la factura farmacéutica, algo que se ha producido por una racionalización en el número de recetas, aunque no en el coste unitario de las mismas. Otro resultado relevante es la reducción de la utilización de fármacos con bajo valor intrínseco, que pasa de un 18 % a un 8,29 % tras la intervención. Por último, no existen cambios significativos en la capacidad de resolución de otros problemas del Centro de AP después de la intervención de racionalización de la prescripción farmacéutica.

Codina y col. (1997) analizan en este mismo sentido el impacto potencial en la implantación de un sistema experto aplicado a la prescripción farmacéutica en la AE⁸⁶. En la comparación de las pautas

1996 cubría casi 4/5 partes del total de recetas, produjo la desaparición del dispensario de recetas. El siguiente paso para la evaluación de la prescripción fue un análisis externo realizado por el Instituto Universitario de Salud Pública (ISP). Tras el análisis de los resultados de esta evaluación se crearon grupos de trabajo para mejorar la calidad de la prescripción y aumentar su eficiencia. Los criterios generales de calidad de las Tarjetas de Medicación Crónica (TMC) utilizados fueron: I) la duración de la TMC > 3m y < 12m; II) la especificación de la pauta posológica para cada prescripción (cumplimentación); III) la relación con el código de ICD9-CM de cada fármaco prescrito; y IV) la identificación del origen de prescripción de cada fármaco. Los indicadores de evaluación fueron: I) el % de TMC revisadas; y II) el % de TMC que cumplen los criterios anteriores. Asimismo se elaboraron criterios específicos por grupos terapéuticos. La evaluación consistió entonces en la revisión sistemática de todas las TMC, de acuerdo con los criterios establecidos a partir de mayo de 1996 (véase Cuadro).

⁸⁶ A lo largo de tres meses (1995) se realiza una revisión de las divergencias entre las pautas de prescripción real y aquellas indicadas por el sistema experto en

de prescripción real y aquéllas indicadas por el sistema experto (SE) se detectaron 458 sobredosificaciones, 33 infradosificaciones y 1.722 interacciones. El cuadro siguiente resume el impacto en términos de ahorro económico para los grupos de medicamentos más importantes: antibióticos y antiulcerosos.

Ahorro estimado según el sistema experto (SE) por unidad de hospitalización en los pacientes estudiados (en ptas.)

	Coste antibióticos	Coste antibióticos según SE	Diferencia %	Coste antiulcerosos	Coste antiulcerosos según SE	Diferencia %
Gastroenterología .	1.401.798	1.293.462	7,73	254.717	213.321	16,25
Hepatología	2.043.520	2.011.942	1,55	184.223	165.803	10,00
Neumología	2.840.115	2.731.785	3,81	297.955	208.940	29,88
Medicina interna . .	2.194.557	2.065.446	5,88	233.533	155.509	33,41
Total	8.479.990	8.102.635	4,45	970.428	743.573	23,38

FUENTE: Codina y col., 1997.

4. Percepción de los profesionales sobre la demanda asistencial

En un estudio de Loayssa Lara y col. (1997) se explora la opinión de los médicos de familia sobre la demanda asistencial (aproximada según la presión asistencial o número de consultas diarias a iniciativa del paciente), sus condicionantes y repercusiones sobre otras actividades profesionales y sobre las medidas efectivas para lograr su racionalización o control. El interés por este tipo de análisis radica en que las percepciones de los profesionales de AP determinan el procedimiento y la calidad asistencial⁸⁷.

En resumen, los resultados de dicha encuesta indican que entre los médicos de familia es general la idea de que soportan un exceso de presión asistencial, producto de una demanda no justificada que interfiere en otras actividades y les provoca insatisfacción y malestar a nivel personal. Según los resultados del estudio, los profesionales declaran una media de consultas diarias de 31,3, mientras que consideran como ideal una cifra de 21,25 consultas/día. Se desprende

los servicios de medicina interna general, neumología, gastroenterología y hepatología en el Hospital Clínico Provincial de Barcelona. Se estudiaron 836 pacientes y un total de 6.308 medicamentos prescritos.

⁸⁷ Participaron en el estudio 140 de los 262 MF (53,4 %) adscritos a los Centros de Salud de Navarra, a los que se les planteó un cuestionario autocumplimentado.

de ello que los médicos de familia encuestados comparten la idea que soportan una presión asistencial excesiva. A juicio de los autores, dicha percepción de desenchaje entre la oferta y demanda asistencial en AP puede provocar un recorte en el tiempo dedicado a cada paciente, con lo que ello puede suponer en términos de disminución en la calidad y satisfacción de usuario con relación a la asistencia recibida. Un 57,1 % de los encuestados creen que el exceso de demanda les dificulta realizar otras actividades de AP como la docencia (50 %) o la investigación (52,9 %). Adicionalmente este desbordamiento influye también en aspectos personales, principalmente la insatisfacción profesional (41,4 %). Respecto al grado de adecuación de la asistencia remitida a los Centros de AP, el 45,8 % de los profesionales consideran que la mitad o más de las consultas no están justificadas. Respecto a qué factores pueden tener incidencia sobre el control de la demanda, los de mayor aceptación son la consulta de enfermería, la consulta programada y/o el estilo de consulta. Una idea que recibe un gran apoyo es que la relación existente con el nivel especializado de asistencia no favorece tampoco a la racionalización de la demanda en AP.

5. Metodología de evaluación

En el ámbito de las políticas de monitorización en la prescripción farmacéutica encontramos un estudio donde se analiza la validez de los indicadores genéricos de calidad en la prescripción farmacéutica más empleados en la actualidad en el ámbito de la gestión sanitaria (Saturno Hernández, P. J.; Gascón Cánovas, J. J., 1997). Si se pretende introducir políticas de promoción del *uso racional de medicamentos* en la AP, el análisis de validez de las medidas que van a juzgar el grado de consecución de los objetivos de dichas políticas se antoja como una necesidad previa a su implementación como medidas de gestión. Más concretamente, la utilidad terapéutica⁸⁸ y el valor intrínseco del medicamento⁸⁹ son objeto de este análisis, valorando a su vez la racionalidad de la prescripción de una de las entidades clínicas más frecuentes en AP, el catarro común⁹⁰.

⁸⁸ Se considera la utilidad terapéutica como indicador que reduce la escala de valor intrínseco a dos categorías: a) Utilidad Terapéutica Alta (UTA) y, b) Utilidad Terapéutica Baja (UTB).

⁸⁹ El valor intrínseco farmacológico se aproxima analizando los datos disponibles sobre eficacia y seguridad de los fármacos contenidos en cada fármaco, su farmacocinética y posibles interacciones.

⁹⁰ En este ejercicio de evaluación se analizó la prescripción de medicamentos en cerca de 400 casos de catarro común de ocho centros de salud escogidos aleatoriamente y pertenecientes a la región de Murcia. Se aproximó tanto la sensibilidad (capacidad de detectar las situaciones de uso no racional de los medicamentos) como la especificidad (capacidad de descartar la existencia de un problema de calidad de un medicamento cuando su prescripción es racional) del indicador

Los resultados muestran cómo el indicador de utilidad terapéutica muestra una reducida sensibilidad, con lo que numerosas situaciones de prescripción irracional pasarán inadvertidas. Para verificar la validez del indicador se compara con un indicador específico de indicación terapéutica para el caso del catarro común. Los nuevos resultados muestran que el 24,2 % de los medicamentos tienen indicación terapéutica adecuada (según el indicador específico) y el 40 % utilidad terapéutica alta (según el indicador genérico de utilidad terapéutica alta). Teniendo en cuenta estos resultados, la escasa validez de los indicadores genéricos para la prescripción farmacéutica hace aconsejable que se diseñen sistemas de monitorización de la calidad basados en un enfoque específico del problema de salud que se juzga en cada caso.

Ahondando más en la naturaleza de las decisiones clínicas y las fórmulas de actuación y evaluación de las mismas, Meneu y col. (1998) presentan un trabajo sobre cómo las diferencias en la presentación de los resultados de un ensayo clínico pueden traducirse en divergencias en las prescripciones de medicamentos de los profesionales sanitarios⁹¹. El Cuadro siguiente recoge las respuestas obtenidas de los médicos participantes:

Puntuaciones de intención a tratar según las formas de presentación de los resultados

	Media	IC del 95 %	Mediana
RRR	63,2	55,3-71,0	70,0
RAR	40,2	32,2-48,3	40,0
NNT	54,8	44,1-65,5	60,0
PLS	36,9	29,7-49,4	30,0
RRR + morbilidad	17,0	10,6-23,5	10,0

Notas: RRR: reducción relativa del riesgo; RAR: reducción absoluta de riesgo; NNT: número de pacientes a tratar; y PLS: porcentaje libre de episodios adversos.

FUENTE: Meneu y col., 1998.

Los autores remarcan el hecho de que en la presentación de resultados y posteriores reseñas de un ensayo clínico debe mostrarse el número de pacientes a tratar (NNT), además del indicador reducción relativa del riesgo (RRR), así como los resultados adversos con el objetivo principal de evitar sesgos en las decisiones de tipo clínico.

valor intrínseco para juzgar su validez (real y/o aparente) como indicador de gestión.

⁹¹ El artículo analiza las respuestas dadas por 44 médicos de AP en relación a la utilización de un fármaco considerados los resultados obtenidos en un ensayo clínico sobre el mismo. Para un mismo ensayo clínico se mostraban cinco maneras en la presentación de los resultados, sin aclarar previamente a los participantes que se trataba de un mismo ensayo.

GLOSARIO

ABS	Área Básica de Salud
AE	Atención Especializada
AED	Análisis Envolvente de Datos
AEP	Appropriateness Evaluation Protocol
AP	Atención Primaria
CA	Cirugía Ambulatoria
CIAP	Clasificación Internacional de Enfermedades en AP
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
CMBDH	Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta Hospitalaria
COANh	Sistema de Control de Gestión de Hospitales (SAS)
CP	Contrato-Programa
CSI-CMA	Cirugía Sin Ingreso-Cirugía Mayor Ambulatoria
DDD	Dosis Diaria Definida
DHD	Dosis Diaria Definida por 1.000 habitantes-día
EAP	Equipos de Atención Primaria
EESRI	Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado
EF	Especialidad/es Farmacéutica/s
HIC	Hojas de Interconsulta
HTA	Hipertensión Arterial
ICS	Institut Català de la Salut
MF	Médicos de Familia
NTM	Normas Técnicas Mínimas
PF	Presentación/es Farmacéutica/s

SAS	Servicio Andaluz de Salud
SIS	Sistema de Información Sanitaria
SUH	Servicios de Urgencia Hospitalarios
SVS	Servei Valencià de Salut
UHD	Unidad de Hospitalización a Domicilio
UT	Utilidad Terapéutica
UTA	Utilidad Terapéutica Alta
UTB	Utilidad Terapéutica Baja
VFI	Valor Farmacológico Intrínseco

BIBLIOGRAFÍA

Alastrué y col.: «Análisis de las opiniones, actitudes y conocimientos de los médicos de los centros de salud de Valencia sobre la eficacia y la eficiencia en la prescripción de medicamentos», *Atención Primaria*, vol. 21: 165-171, 1998.

Alonso Moreno, F. J. y col.: «Análisis de costes farmacológicos en el tratamiento de la HTA. Aproximación a un estudio coste-efectividad», *Atención Primaria*, vol. 21: 607-612.

Amado, E. y col.: «Análisis de la prescripción en atención primaria: evaluación de un sistema de indicadores», *Atención Primaria*, vol. 20, núm. 7, octubre 1997.

Antoñanzas, F.; Gisbert, R. y Mindán, E.: «Una aproximación a los costes hoteleros hospitalarios», Comunicación en las *XVII Jornadas de Economía de la Salud*, AES, Murcia, mayo 1997.

Arnau y col.: «Variabilidad de la prescripción en indicaciones prevalentes en atención primaria. Un estudio multicéntrico», *Atención Primaria*, vol. 22: 417-423, 1998.

Avedaño, J. J.: «Racionalización de la prescripción en el CAP Barceloneta», en *La política sanitaria: propuestas del sector privado*, editores: Joan Josep Artells i Herrero, Julián Ruiz Ferrán, Carlos Hernanz, Madrid, 1997.

Azpiazu: «Los frecuentadores de los servicios de urgencias», *Med. Clin. (Barc.)*, vol. 108: 737-738, 1997.

- Barbeito, J. E.; Aranaz, J. M. y Bolúmar, F.:** «Análisis de la eficiencia relativa de los hospitales de Valencia según tamaño, estancia media y casuística», *Todo Hospital*, 143, enero-febrero 1998.
- Bertos Polo, J. J.:** «Utilización inadecuada del Servicio de Urgencias Hospitalarios. Justificación de una consulta rápida», *Todo Hospital*, 139, septiembre 1997.
- Bonet y col.:** «Descripción de los costes y la efectividad de un programa de control de hipertensos en atención primaria», *Atención Primaria*, vol. 22: 497-504, 1998.
- Brotos Cuixart:** «Medicina basada en la evidencia: un reto para el siglo XXI. Conferencia clínica», *Med. Clin. (Barc.)*, vol. 111: 552-557, 1998.
- Caballero Oliver, A.:** «Realidad de la urgencia sanitaria», en *Realidad de la atención al paciente urgente: el papel de la AP. Atención Primaria*, vol. 22. Suplemento: 98-100, 1998.
- Carrascosa, R. y col.:** «Análisis de la atención continuada en un área básica de salud rural y su impacto en el servicio de urgencias del hospital de referencia», *Centro de Salud*, julio 1997, pp. 432-436.
- Carretero, L.; Pérez, C.; Puerto, M. y Martín, J.:** «Utilización del Benchmarking en la evaluación de la eficiencia del Hospital Costa del Sol», Comunicación en las XVII Jornadas de Economía de la Salud, AES, Murcia, mayo 1997.
- Castán Cameo, S. y col.:** «Un estudio de minimización de costes en la prescripción de antiinfecciosos en dos áreas de atención primaria», *Rev. Esp. Salud Pública*, vol. 72, núm. 1, 1998.
- Cimas, J. E. y col.:** «Atención especializada y atención primaria en el tratamiento del asma: ¿existen diferencias?», *Atención Primaria*, vol. 9, mayo 1997.
- Codina y col.:** «Estudio comparativo de la aplicación de un sistema experto en la aplicación de medicamentos», *Med. Clin. (Barc.)*, vol. 109: 538-541, 1997.
- Conesa y col.:** «El reingreso hospitalario como indicador de calidad. Carta al director», *Med. Clin. (Barc.)*, vol. 108: 317, 1997.

- Cuende Melero, N. y col.:** «Gestión de la utilización hospitalaria en los Servicios Médicos del Hospital La Paz en 1995, mediante AEP», *Rev. Adm. Sanitaria*, vol. 2, núm. 5, enero/marzo 1998.
- Custey Malé, M. A. y col.:** «Monitorización del circuito de informes de enfermería al alta. Atención especializada-Atención Primaria», *Rev. Adm. Sanitaria*, vol. 1, núm. 4, octubre/diciembre 1997.
- De León y col.:** «Calidad en la cumplimentación y prescripción de las órdenes de tratamiento de enfermería para medicación inyectable», *Atención Primaria*, vol. 22: 411-416, 1998.
- Díaz Madero, A. y López Ferreras, A.:** «Prescripción de genéricos en el área de salud de Zamora. Beneficios para el usuario y el sistema nacional de salud», *Atención Primaria*, vol. 20, núm. 9, noviembre 1997.
- Elcuaz Viscarret y col.:** «Análisis de las derivaciones urgentes a dermatología», *Atención Primaria*, vol. 21: 131-136, 1998.
- Escobedo, F. y col.:** «Evaluación de las urgencias hospitalarias desde un área básica de salud (ABS)», *Atención Primaria*, vol. 19, núm. 4, marzo 1997.
- Espinas y col.:** «Estimación del impacto potencial de la cirugía ambulatoria en Cataluña», *Med. Clin. (Barc.)*, vol. 109: 81-84, 1997.
- Farré Hurba, M. M., y col.:** «Unidad de hospitalización a domicilio del enfermo quirúrgico agudo», *Todo Hospital*, 140, octubre 1997.
- Fernández San Martín, M. I. y col.:** «Efectividad de medidas organizativas en la mejora de la gestión del Programa de Cita Previa», *Atención Primaria*, vol. 20, núm. 6, octubre 1997.
- Fernández-Hidalgo y col.:** «Interacción de atención primaria, especializada y paciente en un programa de detección precoz del cáncer de mama», *Atención Primaria*, vol. 22: 429-433, 1998.
- Franzi Sisó, A.; Placencia Zarzoso, M. L. y Rodríguez Latre, L.:** «Estudio de la prescripción inducida de las áreas básicas de salud de la Dirección de Atención Primaria Sabadell», *Atención Primaria*, vol. 20, núm. 8, noviembre 1997.

- García Lirola, M. A. y col.:** «La calidad de la prescripción de antibacterianos en un distrito de atención primaria. Evolución 1994-1995», *Atención Primaria*, vol. 19, núm. 9, mayo 1997.
- García Ortega, C.:** «Los reingresos hospitalarios como indicador de calidad», *Todo Hospital*, 138, julio-agosto 1997.
- García Ortega, C. y col.:** «Tasa de reingresos de un hospital comarcal», *Rev. Esp. Salud Pública*, vol. 72, núm. 2, 1998.
- García-Testal y col.:** «Estudio de las derivaciones de atención primaria a salud mental: ¿qué coincidencia existe entre los motivos de derivación y el diagnóstico del especialista?», *Atención Primaria*, vol. 22: 233-238, 1998.
- Garrido Cruz, I. y col.:** «Comparación de la derivación de pacientes a un servicio de urgencias hospitalario según medio de procedencia», *Atención Primaria*, vol. 20, núm. 7, octubre 1997.
- Garzón González, G.:** «¿Son diferentes las quejas de los usuarios de atención primaria según el modelo de atención?», *Atención Primaria*, vol. 21, núm. 1, enero 1998.
- Gómez Castro, M. J. y col.:** «Satisfacción de los usuarios de una zona de salud. Diferencias según modelo asistencial», *Atención Primaria*, vol. 20, núm. 2, junio 1997.
- Gómez Moreno, N. y col.:** «Relación entre atención primaria y especializada», *Atención Primaria*, vol. 20, núm. 1, mayo 1997.
- González López-Valcárcel, B.:** «Los sistemas de información y el tránsito a los contratos de gestión en INSALUD Gestión Directa», en *Información sanitaria y nuevas tecnologías*, coordinadores de publicación, Salvador Peiró y Luis I. Domingo Uriarte, Asociación de Economía de la Salud, Vitoria, 1998.
- González y col.:** «Satisfacción de los usuarios en atención primaria», *Atención Primaria*, vol. 22: 514-520, 1998.
- González-Busto Múgica, B.:** «Análisis de la eficacia de medidas para la gestión de listas de espera en centros hospitalarios públicos», en *Información sanitaria y nuevas tecnologías*, coordinadores de publicación, Salvador Peiró y Luis I. Domingo Uriarte, Asociación de Economía de la Salud, Vitoria, 1998.
- Grau Bartomeu, J. y col.:** «Evolución de la calidad y del precio de la oferta farmacéutica financiada por el sistema público de salud», *Atención primaria*, vol. 20, núm. 6, octubre 1997.

- Grau Martínez, N. y col.:** «Hospitalizaciones evitables por cirugía sin ingreso en la comunidad valenciana: un estudio DELPHI», *Rev. Esp. Salud Pública*, vol. 71, 1997.
- Grenzner y col.:** «La reordenación de la atención especializada en el Sector Sanitario Ciutat Vella: análisis de una experiencia», *Atención Primaria*, vol. 21: 377-382, 1998.
- Gutiérrez Macías y col.:** «Adecuación de transfusiones en urgencias. Carta al director», *Med. Clin. (Barc.)*, vol. 109: 309, 1997.
- Iturria Sierra, J. A. y Márquez Calderón, S.:** «Servicios sanitarios y sociales: Necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un episodio de hospitalización», *Rev. Esp. Salud Pública*, vol. 71, núm. 3, 1997.
- Jiménez Álvarez, C. y col.:** «Coste no detectado en estancia media por GRD», Comunicación en las XVII *Jornadas de Economía de la Salud*, Murcia, mayo 1997.
- Jiménez Álvarez, C. y col.:** «Repercusión de la cirugía sin ingreso en el coste», Comunicación en las XVII *Jornadas de Economía de la Salud*, AES, Murcia, mayo 1997.
- Jiménez Palacios, A.:** «La productividad variable en atención primaria. La experiencia del área sanitaria 10 de Madrid», *Rev. Adm. Sanitaria*, vol. 1, núm. 1, enero/marzo 1997.
- Lamelo Alfonsín, F. y col.:** «Evaluación de una experiencia de hospitalización a domicilio en el paciente traumatológico», *Atención Primaria*, vol. 20, núm. 4, septiembre 1997.
- Larizgoitia y col.:** «Determinantes en la toma de decisiones clínicas en atención primaria: opinión de los profesionales», *Atención Primaria*, vol. 22: 505-513, 1998.
- Librero, J. y Peiró, S.:** «Indicadores de efectividad hospitalaria: programa para el estudio de complicaciones a partir del conjunto mínimo Básico de Datos . Comunidad Valenciana 1993-1995», en *Información sanitaria y nuevas tecnologías*, coordinadores de publicación, Salvador Peiró y Luis I. Domingo Uriarte, Asociación de Economía de la Salud, Vitoria, 1998.
- Lledo y col.:** «Evaluación de las expectativas de los pacientes antes del ingreso en un centro de tercer nivel», *Med. Clin. (Barc.)*, vol. 111: 211-215, 1998.

Loayssa Lara, J. R. y col.: «Los médicos de familia y la demanda asistencial. Una encuesta de opinión», *Atención Primaria*, vol. 20, núm. 1, junio 1997.

López Casanovas, G. y Sáez, M.: «La financiación frente a los costes en los hospitales docentes en España», Documento de trabajo, Fundación BBV, 1998.

Marín y col.: «Determinantes socioeconómicos y utilización de los servicios hospitalarios de urgencias», *Med. Clin. (Barc.)*, vol. 108: 726-729, 1997.

Martín Sánchez, M. y De la Mata Barranco, I.: «Imagen de la sanidad entre los usuarios de un hospital universitario de Madrid», *Rev. Adm. Sanitaria*, vol. 1, núm. 2, abril/junio 1997.

Martínez González y col.: «Medicina basada en evidencias. Carta al director», *Med. Clin. (Barc.)*, vol. 109: 563, 1997.

Meneu y col.: «Influencia de la presentación de los resultados de los ensayos clínicos en la intención de prescribir: relativizando el riesgo relativo», *Atención Primaria*, vol. 21: 446-450, 1998.

Meneu, R. y Peiró, S.: «La revisión del uso inapropiado de la hospitalización en España: ¿de la comunicación científica a la utilización práctica?», *Todo Hospital*, 134, marzo 1997.

Mira y col.: «¿Es posible mejorar la coordinación entre niveles asistenciales? Carta al director», *Med. Clin. (Barc.)*, vol. 109: 439, 1997.

Muñoz Hernández, J. G. y col.: «Influencia del Contrato-Programa en la prescripción en AP», *Centro de Salud*, junio 1998, pp. 365-372.

Navarro Espigares, J. L.: «Evolución de la eficiencia hospitalaria: instrumentos de medida», en *Información sanitaria y nuevas tecnologías*, coordinadores de publicación, Salvador Peiró y Luis I. Domingo Uriarte, Asociación de Economía de la Salud, Vitoria, 1998.

Nonell, R. y Borrell, J. R.: «Mercado de medicamentos en España. Diseño institucional de la regulación y de la provisión pública», *Papeles de Economía Española*, n.º 76, 1998.

Ochoa y García-Arilla: «Admisión y estancia inapropiada según el Appropriateness Evaluation Protocol. Estudio de prevalencia de punto en un servicio de geriatría. Carta al director», *Med. Clin. (Barc.)*, vol. 109: 195, 1997.

- Ortega, C.:** «Análisis de costes de la CA. ¿Es siempre rentable?», Comunicación en las *XVII Jornadas de Economía de la Salud*, AES, Murcia, mayo 1997.
- Oterino y col.:** «Hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. Una evaluación económica», *Med. Clin. (Barc.)*, vol. 109: 207-211, 1997.
- Pastor Sánchez, R. y col.:** «Continuidad y longitudinalidad en medicina general en cuatro países europeos», *Rev. Esp. Salud Pública*, 1997, vol. 71, núm. 5.
- Pérez Romero, C. y col.:** «Eficiencia en la red de hospitales comarcales del Servicio Andaluz de Salud a través de *Benchmarking* y AED», en *Información sanitaria y nuevas tecnologías*, coordinadores de publicación, Salvador Peiró y Luis I. Domingo Uriarte, Asociación de Economía de la Salud, Vitoria, 1998.
- Pérez Romero, C. y col.:** «Empresa pública Hospital Costa del Sol. Innovaciones y eficiencia en la gestión hospitalaria», Comunicación en las *XVII Jornadas de Economía de la Salud*, AES, Murcia, mayo 1997.
- Piñeiro y col.:** «Factores implicados en el incumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipemias», *Atención Primaria*, vol. 21: 425-430, 1998.
- Piñeiro, P. y col.:** «Factores implicados en el incumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial», *Atención Primaria*, vol. 20, núm. 4, septiembre 1997.
- Pou Bordoy, J. y col.:** «La prescripción farmacéutica en atención primaria de Mallorca: Estrategias de intervención y resultados sobre calidad de gasto», *Centro de Salud*, septiembre 1997: 510-17.
- Pozuelo, G., y col.:** «Ahorro farmacológico y monitorización ambulatoria de la presión arterial en un grupo de pacientes hipertensos», *Atención Primaria*, vol. 20, núm. 6, octubre 1997.
- Prieto y col.:** «Motivación e incentivos: percepciones diferentes de gestores y profesionales», *Atención Primaria*, vol. 22: 220-226, 1998.
- Puig, J.:** «Una evaluación de la eficiencia técnica en la gestión clínica de pacientes en estado crítico», Documento de trabajo, Fundación BBV, 1997.

Puig, J. y Dalmau, E.: «Estructura de mercado y eficiencia en la producción de servicios hospitalarios», en *La contratación de servicios sanitarios*, López Casanovas, G. (Dir.): Colección *Fulls Econòmics*, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 1998.

Puras, A.: «¿El tratamiento no funciona o el paciente no cumple la prescripción?» Editorial, *Med. Clin. (Barc.)*, vol. 109: 709-711.

Rivas Crespo, J. C. y col.: «Coordinación medicina general-especializada. Evaluación en el área de Burgos», *Atención Primaria*, vol. 19, núm. 5, marzo 1997.

Rodríguez Ortiz de Salazar, B. y col.: «Validez del indicador presión asistencial en área de atención primaria», *Atención Primaria*, vol. 19, núm. 2, febrero, 1997.

Romo y col.: «Uso racional de antiinflamatorios no esteroides en atención primaria», *Aten. Primaria*, vol. 22: 177-180, 1998.

Ruiz-Lapuente y col.: «Adecuación de ingresos y estancias hospitalarias en pacientes con hernia inguinal sin complicaciones», *Med. Clin. (Barc.)*, vol. 108: 259-262, 1997.

Saturno Hernández, P. J. y Gascón Cánovas, J. J.: «Validez de la utilidad terapéutica y el valor intrínseco como indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica: análisis de los tratamientos en caso de resfriado común», *Atención Primaria*, vol. 19, núm. 8, mayo 1997.

Seguí y col.: «Prescripciones de utilidad terapéutica baja inducidas en atención primaria», *Atención Primaria*, vol. 22: 227-232, 1998.

Sierra Gil: «Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. Expectativas, realidad actual y posibilidades. Editorial», *Med. Clin. (Barc.)*, vol. 109: 92-94, 1997.

Siles Serrano, S., y col.: «Consumo de recursos propios por inducción externa en un hospital general», Comunicación en las *XVII Jornadas de Economía de la Salud*, Murcia, mayo 1997.

Solà, M. y Prior, D.: «Evaluació dinàmica de la productivitat dels hospitals», en *Información sanitaria y nuevas tecnologías*, coordinadores de publicación, Salvador Peiró y Luis I. Domingo Uriarte, Asociación de Economía de la Salud, Vitoria, 1998.

- Tamborero Cao, G.:** «Incentivos para mejorar la práctica profesional en atención primaria», *Cuadernos de Gestión*, vol. 3, núm. 1, enero-marzo 1997.
- Tamborero Cao, G. y col.:** «Cartas al director», *Rev. Adm. Sanitaria*, vol. 1, núm. 3, julio/septiembre 1997.
- Tamborero Cao, G. y Pou Bordoy, J.:** «Métodos para establecer incentivos económicos en farmacia», *Cuadernos de Gestión*, vol. 3, núm. 4, octubre-diciembre 1997.
- Urbina Pérez, O. y col.:** «¿Son adecuados los indicadores que se utilizan en atención primaria para medir la eficiencia?», *Atención Primaria*, vol. 20, núm. 4, septiembre 1997.
- Ventura, J. y González, E.:** «Valoración del efecto "Ratchet" en la negociación de contratos-programa en la atención especializada del Insalud Gestión Directa», en *Información sanitaria y nuevas tecnologías*, coordinadores de publicación, Salvador Peiró y Luis I. Domingo Uriarte, Asociación de Economía de la Salud, Vitoria, 1998.
- Zambrana García, J. L.:** «Medicina basada en la evidencia y tratamientos antihipertensivos», *Carta al Director, Med. Clin. (Barc.)*, vol. 111, 1998.

ANEXO

Experiencias de incentivación en la AP: los casos de Mallorca y Madrid

En el caso de Mallorca, la estimación del producto de cada CAP se efectúa mediante un sistema de 73 indicadores, que pretende medir el grado de cumplimiento de los objetivos de cada unidad de provisión de servicios sanitarios. La elaboración de los indicadores se inició en 1993, participando más de un centenar de profesionales de la gerencia de AP asesorados por un grupo de expertos. Posteriormente se realizó una prueba piloto en dos Equipos de AP para valorar su fiabilidad, precisión y factibilidad. El resultado fue una batería de indicadores que abarcan aspectos cuantitativos y cualitativos relacionados con la estructura y producción de servicios en los CAP. Cada indicador muestra un criterio, una formulación matemática, un estándar, un valor óptimo, una fuente de datos y un sistema de medición. Las ponderaciones de cada indicador fueron también consensuadas por la dirección de la gerencia de AP y un grupo técnico formado por profesionales asistenciales (véase el *Cuadro* siguiente).

Una negociación anual con los directores de cada centro permiten establecer la asignación presupuestaria y los objetivos a alcanzar para cada indicador. Estos acuerdos se plasman en el contrato-programa. La medición de los indicadores se efectúa mediante una auditoría externa anual de las historias clínicas. Tras obtener el resultado de los 73 indicadores se procede a la valoración mediante un *índice de mejora* (mejora relativa, en función del punto de partida respecto al año anterior, y el grado de alcance del objetivo propuesto), o puntuación directa por tramos (según el nivel de logro de objetivos). La suma de los valores de los indicadores nos

Indicadores de medición de la gerencia de AP de Mallorca

Grupo de indicadores	Número de indicadores en cada grupo	Ponderación relativa (%)
Estructura (equipo, señalización. Limpieza).	3	2
Organización/Gestión	7	6
Accesibilidad funcional	6	9
Opinión/Satisfacción del usuario	9	11
Actuación/competencia profesional	48	72
Prescripción farmacológica	6	-
Documentación clínica	6	-
Programas de salud	35	-
Atención a procesos agudos	1	-
Total	73	100

FUENTE: Tamborero Cao, G. (1997).

ofrece una puntuación total (puntuación máxima de 100) que se incorpora en la fórmula de reversión de incentivos a los centros:

$$A_i \times 0,8 \times P_i \times K_i$$

... siendo A el ahorro generado en ptas. sobre el presupuesto del centro, P el producto del centro y K un coeficiente de compensación que regula *ex post* la posible infra o suprafinanciación del centro *i*. Dicha reversión de ahorros supone el mecanismo de creación de incentivos diseñado, y se produce proporcionalmente al cumplimiento de objetivos pactados en el contrato-programa. Esta reversión de objetivos se ve condicionada por el INSALUD a escala central en los siguientes puntos: I) para obtener incentivos del centro debe existir superávit global de la gerencia; II) en ningún caso el incentivo recibido superará el 80 % del ahorro generado; y III) existe un límite monetario máximo a percibir por parte de los profesionales, en función del estamento al que pertenezcan.

El sistema de distribución interna de los incentivos entre los profesionales de los Equipos de AP es responsabilidad última del director del CAP, con dos limitaciones: I) negociación del método de reparto con los miembros del Equipo de AP, con antelación al conocimiento de la existencia o no de incentivos; y II) la aceptación del sistema por parte del equipo directivo de la gerencia. Las cantidades percibidas por el centro se destinan a equipamiento o a inversiones en el centro, a actividades docentes, o bien se reparten como incentivos monetarios directos para los profesionales.

Balance presupuestario y reversión de incentivos en la gerencia de AP de Mallorca. 1994-95

	1994	1995
CS descentralizados (1)	13	15
CS descentralizados con ahorro	11	7
Ahorro total	142.600.581 ptas.	108.164.400 ptas.
Ahorro medio por centro (DE) (2)	12.963.689 ptas. (7.899.498)	15.452.057 ptas. (8.526.081)
Producto de los CS, mediana (rango) (3)	46,1 (38,1-60,4)	48,3 (46,6-57,7)
Incentivos económicos totales revertidos a los CS . .	56.022.453 ptas.	45.953.600 ptas.
Incentivos económicos medios revertidos por CS (DE) . .	5.092.950 ptas. (3.626.307)	6.554.80 ptas. (3.514.321)

Notas: (1) CS: Centros de Salud; (2) DE: Desviación estándar; (3) El producto se expresa como % alcanzado de producto sobre el producto máximo alcanzable medido como 100.

FUENTE: Tamborero Cao, G. (1997).

En la Gerencia del Área 10 de Madrid la metodología y fórmulas para el reparto de incentivos muestran una estructura como la siguiente:

1. Establecimiento de un valor de cada Equipo de AP según la fórmula siguiente:

Cuantificación del coeficiente incentivador de los Equipos de AP

	Ponderación (%)			Rango de valores	Aproximan:
	1994	1995	1996		
1. Cartera de Servicios Cobertura	45	55	50	0,5-1	Evaluación anual de la cartera de servicios. Cobertura de servicios ajustada por su valor técnico (INSALUD). Calidad en la prestación asistencial.
Cumplimentación NTM	22,5	30	20		
2. Evaluación de costes	40	30	30	0,5-1	Cumplimiento del presupuesto pactado.
3. Docencia e investigación	15	5	5	0,5-1	Sesiones, cursos, seminarios, publicaciones y participación en programas del Área.
4. Satisfacción de los usuarios	0	10	15	—	Satisfacción mediante encuestas propias.
TOTAL	100	100	100		
Mínimos a la participación de EAP	NO	SÍ	SÍ		Restricción a EAP cuyo producto no alcanza lo pactado, los valores del año anterior o bien el producto media del área.

FUENTE: Elaboración propia a partir de Jiménez Palacios, A. (1997).

2. Según los resultados de 1, se establece un *ranking* (coeficiente incentivador) entre EAP para su participación en la bolsa de incentivos.
3. Finalmente, la cantidad global a percibir depende de coeficiente incentivador y de la participación de profesionales de los

Equipos de AP en cada categoría profesional (A, B, C, D y E). En 1994 el reparto es lineal (14,73 % para el grupo A, 31,31 % para el grupo B y 21,96 % para los grupos C, D y E). En 1995 esta linealidad se mantiene para el 30 % de la bolsa de incentivos, mientras que el 70 % restante se individualiza según una valoración del rendimiento profesional.

NOTA SOBRE LOS AUTORES

Guillem López i Casasnovas. Licenciado en Ciencias Económicas (Premio Extraordinario, 1978) y licenciado en Derecho (1979). Obtiene su doctorado en Economía Pública por la Universidad de York (1984). Ha sido profesor de Hacienda Pública de la Universidad de Barcelona, visiting scholar en el Institute of Social and Economic Research (Reino Unido), Universidad de Sussex, y en la Graduate School of Business de la Universidad de Stanford (EE. UU.). Desde junio de 1992 es Catedrático de Economía en la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, de la que ha sido Vicerrector, siendo actualmente Decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Desde 1996 dirige el Centre Especial de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF). Es Codirector del Master de Gestión Pública (UPF-UAB-ESADE).

Carles Murillo Fort. Catedrático de Economía Aplicada y miembro del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) de la Universitat Pompeu Fabra, de la que es Vicerrector de Formación Continua y Relaciones Internacionales. Profesor del Master en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria del Institut d'Educació Continua de la UPF. Ha presidido la Asociación de Economía de la Salud y forma parte del comité ejecutivo de la Applied Econometric Association en su capítulo de Health Econometrics. Miembro de los comités editorial y científico de *Gaceta Sanitaria*, *Revista Española de Salud Pública* y *Health and System Science*. Es autor de numerosos trabajos en el ámbito de la demanda de servicios sanitarios y de los seguros privados y ha colaborado en el diseño de encuestas de salud.

Vicente Ortún Rubio. Licenciado y Master en Business Administration por ESADE. Master of Science por Purdue University,

Indiana. Licenciado y Doctor en Ciencias Económicas por la Universidad de Barcelona. Estudios de doctorado en Salud Pública en la Johns Hopkins University, Baltimore. En la actualidad, ocupa los siguientes cargos: Profesor titular del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra (UPF); Co-director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) de la UPF; Director del Master en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria de la UPF; Presidente de la Asociación de Economía de la Salud. Cuenta con experiencia en ámbitos como gestión sanitaria, consultoría para organismos internacionales y análisis financiero y valoración de empresas. Así mismo, es autor de diversos libros y artículos.

Ramón Sabés Figuera. Licenciado en Economía por la Universidad Pompeu Fabra (1998). Estudios de postgrado en Desarrollo Económico Local y Economía Pública. Profesor Asociado del Departamento de Economía de la UPF y miembro del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) de la UPF.

Joan Sánchez Tuomala. Licenciado en Ciencias Económicas por la Universidad Pompeu Fabra (1996) y Master en Gestión y Administración Pública por la Universidad Autónoma de Barcelona (1998). Su actividad profesional más reciente se ha desarrollado en el Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) de la Universitat Pompeu Fabra, colaborando en numerosos proyectos de investigación en administración, gestión y economía de la salud. Actualmente desarrolla su actividad profesional como economista en la Administración Pública Local.

Guillem López i Casanovas (Dir.). Licenciado en Ciencias Económicas (Premio Extraordinario, 1978) y licenciado en Derecho (1979). Obtiene su doctorado en Economía Pública por la Universidad de York (1984). Ha sido profesor de Hacienda Pública de la Universidad de Barcelona, visiting scholar en el Institute of Social and Economic Research (Reino Unido), Universidad de Sussex, y en la Graduate School of Business de la Universidad de Standford (EE. UU.). Desde junio de 1992 es Catedrático de Economía en la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, de la que ha sido Vicerrector, siendo actualmente Decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Desde 1996 dirige el Centre Especial de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF). Es Codirector del Master de Gestión Pública (UPF-UAB-ESADE).

FUNDACION BBVA

Una de las mayores transformaciones que se ha producido en los países occidentales en las últimas décadas ha sido el enorme cambio experimentado en la atención médica. La medicina tradicional, basada en una relación simple del médico con el enfermo, ha ido dando paso a formas cooperativas y colectivizadas de la asistencia sanitaria, en las que la atención a la salud y los cuidados de la enfermedad constituyen un derecho humano básico y una obligación para toda la sociedad.

El sistema sanitario español: evolución reciente (1997-1998) ofrece un análisis sistemático de los trabajos de evaluación del sistema de salud español, con la finalidad de estudiar la eficiencia de la prestación sanitaria, valorándola -siempre que ha resultado posible- en su sentido más amplio: esto es, evaluando la consecución de los objetivos establecidos al menor coste posible. Para ello, no se pretende hallar un único indicador que juzgue la evolución de todo el sistema sanitario público. No se trata exclusivamente de gastar poco o de incrementar la esperanza de vida como única meta -la calidad funcional con la que se vive también cuenta-; así mismo, hay que considerar el bienestar individual, y hacerlo dentro del contorno social dibujado para el sistema de salud.

Con esta visión de conjunto que se ofrece al lector, la Fundación BBVA espera contribuir al debate y conocimiento de las realidades y perspectivas de futuro del sistema sanitario, desde una dimensión teórica, fundada en la Economía de la Salud como disciplina, pero atendiendo también a su vertiente aplicada, relativa a la gestión de los servicios sobre la base del conocimiento científico.

Con la colaboración de:



CENTRE DE RECERCA
EN ECONOMIA I SALUT-CRES
UNIVERSITAT POMPEU FABRA

ISBN 84-95163-43-8



9 788495 163431

ESTADÍSTICA REGIONAL: EVOLUCIÓN RECIENTE (1997-1998)

Guillermo López i Casasnovas (Dir.)

FUNDACION DEBVA