

CAPÍTULO 7

Innovación en Atención Primaria. Vías de avance de fácil y necesaria implementación

Francisco Hernansanz Iglesias

Introducción

Hace ya 6 años que Ricard Meneu, Vicente Ortún y Fernando Rodríguez Artalejo, junto a otros 9 colaboradores, unieron esfuerzos para editar un espléndido libro íntegramente dedicado a las innovaciones en gestión clínica y sanitaria. Tras una introducción a la innovación en general y a la innovación en salud en particular, su tipología, difusión, efectos secundarios, contribución al crecimiento, costes y resultados en salud atribuibles al cambio tecnológico, nos comentan 9 ejemplos elegidos de entre 40 innovaciones consultadas a los lectores de Gestión Clínica y Sanitaria. Podríamos repetir la jugada con otras tantas innovaciones, pero segundas partes nunca fueron buenas. Hemos preferido tratar acciones macro, meso y micro íntimamente ligadas al ejercicio del médico de cabecera que implican más y mejor inteligencia sanitaria. Un Sistema Nacional de Salud como el nuestro, universal, gratuito en la prestación, de alta calidad e innovador en medicamentos es compatible, por ejemplo, con mayor mortalidad evitable en usuarios de clases más bajas. Las “ómicas” que se prevé mejoren la forma de detectar, prevenir, modificar y tratar las enfermedades, las tecnologías de la información y comunicación (TIC) que mejoran la forma en la que los pacientes acceden a la información de la salud, y el seguimiento de estos de forma no presencial por parte de los proveedores también son compatibles con lo que se ha dado en llamar “la brecha 90/10”. Mucho falta por recorrer en materia de investigación e innovación para mejorar el acceso a la salud de aquellos más afectados por las desigualdades en salud.

Dada la dependencia del contexto económico de los sistemas sanitarios financiados con fondos públicos, se impone la necesidad de innovar sobre todo en aquellos países donde más afecta la crisis, y consecuentemente se prevé una caída tanto en calidad como en cantidad de servicios sanitarios financiados públicamente. Y como el juego de suma cero (menos especializada redundante en más primaria) no parece tener lugar en la sanidad de este país, resulta más que probable que la innovación se convierta en improvisación. De cualquier modo, sirvan estas páginas para poner un poco de racionalidad en la secuencia

PUNTOS CLAVE

- La transferencia de conocimientos es crucial para implementar, mantener o desterrar una innovación. Dejar de hacer lo que no hay que hacer y viceversa se antojan claves.
- La innovación en sanidad tiene la particularidad de ser excesivamente rápida en la secuencia innovación-difusión-acción. Innumerables ejemplos nos alertan de los resultados no deseados de esta vertiginosa cadena.
- En la era de la tecnología, los mejor posicionados para practicar una Medicina de bajo coste son los médicos de cabecera. La inteligencia sanitaria es decisiva para lograr este fin.
- Alinear objetivos de salud e innovación, uno de los grandes desafíos de los sistemas sanitarios. Desinversión para lo ineficaz, también.
- El virtuosismo está igualmente en saber adaptar y aplicar con éxito la innovación foránea.

innovación-difusión-acción y de cómo ofrecer o intentar ofrecer más calidad y efectividad con lo mismo, o menos.

Innovación en sanidad. No es oro todo lo que reluce

En la práctica clínica implementar, mantener o desterrar una innovación suele ser un problema de transferencia de conocimientos. El que la brecha (abismo para algunos) entre eficacia y efectividad se estreche o se mantenga dependerá de este componente traslacional¹.

Llama la atención la tardía aplicación de innovaciones de efectividad demostrada, con aplicación desigual y subóptima (antiagregantes, estatinas, betabloqueantes en prevención secundaria de la cardiopatía isquémica) y la rápida asimilación y puesta en práctica de otras con excesiva generalización, a pesar de su poca evidencia, nulo valor terapéutico y gran coste para las arcas públicas (SYSADOAS para artrosis con dudosa eficacia en el control sintomático y nula efectividad condroprotectora) o de la posible existencia de daños (bifosfonatos durante más de 5 años e incremento del riesgo de aparición de fracturas atípicas femorales, inhibidores de 5-alfa-reductasa y mayor riesgo de cáncer prostático grave, retirada de algunas glitazonas por efectos secundarios cardiovasculares que superan a los posibles beneficios del control glucémico). En ocasiones, la innovación no solo ha sido el producto a vender, sino también la forma de introducirlo en la práctica clínica: financiación por la industria de enfermeras especializadas en diabetes para formar a los equipos de Atención Primaria en los análogos de insulina², que el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) ha excluido de sus guías para volver a reclamar el uso de la insulina humana como mejor opción terapéutica.

En otras ocasiones el detonante para paralizar la innovación ha sido un fallo judicial³, curiosamente de efecto mucho más mediático

que la publicación de la variabilidad en la práctica médica (VPM) en prensa y revistas del sector. Por cierto, el atlas VPM y la adhesión de todas las Comunidades Autónomas (CCAA) también lo podemos calificar como una innovación y una apuesta por desterrar la opacidad de información en el sector sanitario.

La Atención Primaria en sí misma es un claro ejemplo de innovación, si me permiten, de idéntico calado a las ya épicas figuras como Ignaz Semmelweis, obstetra del siglo XIX que impulsó el lavado de manos a la hora de realizar cuidados médicos y la enfermera inglesa Florence Nightingale, “La Dama de la Lámpara”, que verificó cómo las condiciones de vida poco saludables (hacinamiento, falta de ventilación y pésima higiene) eran la principal causa de fallecimientos dentro de la tropa en los hospitales militares durante la guerra de Crimea. La función de filtro del médico de cabecera, junto con la existencia de la lista de pacientes (cupo), constituyen dos innovaciones ampliamente reconocidas. La primera por mejorar el valor predictivo positivo del trabajo de los especialistas en el segundo nivel asistencial⁴, prevenir la fascinación tecnológica (costes incluidos), la mayor iatrogenia de ausencia de filtro⁵ y ayudar a la sostenibilidad y eficiencia del sistema sanitario, y la segunda (la famosa iguala con varios siglos de historia) por ayudar entre otras a revertir la ley de cuidados inversos⁶. Favorecer traslados, cambios de cupo y dispersión de miembros de la familia entre todos los médicos del equipo (por equiparar cargas de trabajo) atenta contra la longitudinalidad, una faceta a preservar como oro en paño en el médico de cabecera.

La innovación en tecnologías de la información y comunicación, más concretamente la Web 2.0 y su prolífica blogosfera sanitaria, ha permitido una respuesta profesional de calma ante las alarmas injustificadas de las autoridades sanitarias nacionales e internacionales en tiempos de crisis sanitarias. Y nuevas moléculas han hecho obsoletos procedimientos quirúrgicos muy recientes, como los inhibidores de la bomba de protones y la cirugía del úlcus gástrico. La innovación también ha medicalizado la sociedad (psicofármacos por falta de empatía, tiempo y formación para hacer frente a conflictos familiares, laborales, litigios), ha convertido el riesgo en enfermedad y ha promocionado la “venta de enfermedad” con el fin de promover la venta de fármacos⁷. Otros claros ejemplos son los cribados injustificados: frente al diagnóstico en el que el paciente nos busca, actuamos con incertidumbre pero con el compromiso de hacer lo mejor que en ocasiones no es mejor salud, se impone la búsqueda del paciente con la promesa de no solo hacer lo mejor, sino que lo haremos más sano con el dolo de un balance beneficio-daño poco claro.

La aparición de las evaluaciones económicas constituye otra innovación del mundo de la gestión sanitaria, herramienta explícita para la priorización de alternativas según costes y consecuencias, en un contexto de recursos escasos y todavía asignatura pendiente para: 1) gestores y clínicos en lo que se refiere a interpretación de la literatura publicada al respecto, y 2) para los gobiernos que debieran considerarla preceptiva a la hora de financiar con dinero público toda innovación terapéutica y tecnológica. Se siguen dando resultados de los ensayos clínicos en términos relativos, con intervalos de confianza estadísticamente significativos, pero clínicamente irrelevantes, en lugar de presentar reducciones relativas de riesgo (RRR), reducciones absolutas de riesgo (RAR) y NNT⁸, claras innovaciones a la hora de medir efectividad de intervenciones sanitarias, tan claras que no interesan. Y ¿por qué se sigue insistiendo en la dispensación por las oficinas de farmacia de dosis personalizadas cuando las mismas pruebas piloto diseñadas por el Ministerio de Sanidad obtienen resultados más que discretos⁹. Estando de acuerdo con la ineficiencia actual en la dispensación de determinados principios activos, ¿no convendría más seguir explorando posibilidades y

limitaciones antes de dar el salto final? Y en lo referente a innovación organizativa, hemos pasado de un seguro obligatorio de enfermedad con fuerte integración de la financiación y producción o provisión de servicios, a un Sistema Nacional de Salud (SNS) con transferencias de la gestión sanitaria a las CCAA y gran auge de reformas en la gestión pública: desde modelos gerenciales pasando por *cuasi* mercados (Informe Abril [1991]) hasta la privatización completa. La eclosión de formas jurídico-organizativas: consorcios, concesiones, fundaciones, arrendamientos, sociedades mercantiles, entes públicos, uniones temporales de empresas, etc. empieza a tener detractores que reclaman austeridad organizativa, alertan de la aparición de agotamiento del clínico por tanto cambio y denuncian poca evidencia de efectividad¹⁰.

Innovaciones que funcionan y no se aplican

“En la mayoría de los casos la ignorancia es algo superable. No sabemos por qué no queremos saber”

Aldous Huxley

La empatía, que no la cordialidad, definida como la “identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro” es una capacidad —parece ser más desarrollada en el sexo femenino, lo cual es motivo de enhorabuena dada la feminización de la profesión, y en especial de la Medicina familiar y comunitaria— que permite mejor comprensión del comportamiento o de la forma de tomar decisiones de un tercero. Esta habilidad es además tributaria de poder ser potenciada durante la formación del futuro profesional sanitario¹¹. Formará parte de la calidad humana de la atención (la técnica se presupone) y que ha demostrado gran efectividad a un coste irrisorio: enseñar y aprender a comunicarse con los pacientes lleva pocos ECTS (*European Credit Transfer System*) en el grado; la práctica posterior para mantener esta habilidad es lo complicado. La evidencia empírica ofrece resultados llamativos tanto en el control de la hemoglobina glucosilada de los diabéticos como en el porcentaje de pacientes con niveles óptimos de colesterol LDL¹². Quién sabe si en poco tiempo tendremos un indicador de pago por desempeño en el que los pacientes participen en la pregunta: ¿cómo de empático es su médico? Sorpresas habría. Mientras tanto, no estaría de más incorporar la faceta humanística en todos los futuros médicos, sobre todo en los de familia.

Retirar medicación con la certeza de no hacer daño es otro ejemplo de innovación poco desarrollada, y quién mejor posicionado que el médico de cabecera-general-de familia para llevar a cabo esta tarea. *Drugectomy*, definida como un cuidadoso proceso por etapas en el cual se despoja al paciente de medicamentos que se han ido acumulando a lo largo del tiempo¹³. “Farmacotectomía” para algunos blogs sanitarios de aquí¹⁴, “desprescripción” para otros¹⁵. Diferentes acepciones cuya única finalidad es reducir la inadecuación de tratamientos de dudosa efectividad en determinadas etapas de la vida, reducción casi siempre capitaneada o que debiera ser capitaneada por los médicos generales. Es una manera de reducir costes y aumentar la calidad asistencial al mismo tiempo, como bien narra Anna García Altés en una de las entradas del blog Gestión Clínica y Sanitaria¹⁶, nada que ver a priori con los recortes lineales para “salvar” a nuestro SNS. En general, desmedicalizar en

sentido amplio supone *a priori* más ventajas, en términos de menor mortalidad, que inconvenientes a la vista del riesgo que conlleva en ocasiones entrar en contacto con un médico¹⁷. Como muestra de esta saludable y deseable innovación clínica que cuenta cada día con más adeptos, el reciente ensayo clínico de “poda” farmacológica del *Health Technology Assessment* (HTA) *Programme*, que en este caso ayudará a muchos de nuestros pacientes demenciados a estar expuestos a menor iatrogenia¹⁸.

Los seminarios de innovación en Atención Primaria¹⁹ fueron y siguen siendo claramente una innovación en materia de transmisión de conocimiento macro, meso y micro por parte de clínicos, gestores y académicos que combinan reconocido prestigio y absoluta libertad de expresión. Su principal objetivo: mejorar la práctica clínica y analizar y comprender las innovaciones en el mundo sanitario intentando dar respuesta a problemas de coordinación, organización y de toma de decisiones en la consulta. Resultan una muestra de inteligencia sanitaria tan escasa como necesaria, con gran impacto documental y esperamos que con efecto de transmisión de la antorcha, como ellos definen, a los profesionales más jóvenes. La blogosfera sanitaria (innovación tecnológica), ausente en sus comienzos, sin duda que contribuirá a ello. Dado que muchos de los lectores de este texto serán profesionales clínicos, sirvan de muestra las consideraciones de Javier Padilla (tabla 7-1) sobre la inteligencia sanitaria en la realización de la anamnesis, exploración física, petición de pruebas complementarias, prescripción de tratamientos y comunicación de información al paciente, siendo esto válido para todos los niveles asistenciales.

Tabla 7-1. Aspectos que caracterizan/deberían caracterizar/podrían caracterizar una consulta médica

Inteligencia sanitaria en la realización de la anamnesis	Mala anamnesis si: <ul style="list-style-type: none"> • Desigualdades en salud por diferencias socioeconómicas • No conocer la estructura familiar del paciente • Rehuir la visita domiciliaria • Atender al paciente por porciones
Inteligencia sanitaria en la exploración física	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar chequeos en adultos sanos • Jerarquizar hallazgos exploratorios: razón de verosimilitud (LHR) • Evitar la pereza exploratoria
Inteligencia sanitaria en el manejo de las pruebas complementarias	<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica adecuada • Valores predictivos de las solicitudes. Prevalencia • La prueba debe cambiar el rumbo diagnóstico y terapéutico • Balance riesgo-beneficio de la prueba
Inteligencia sanitaria en la prescripción de tratamientos	<ul style="list-style-type: none"> • Rehuir innovaciones • Enseñamiento terapéutico del sufrimiento frente comunicación y empatía • Decisiones basadas en formación independiente
Inteligencia sanitaria en la comunicación de información al paciente	<ul style="list-style-type: none"> • El riesgo cero no existe • Utilizar números absolutos, no relativos: RRA y NNT • Adaptar los datos al paciente

Fuente: Seminarios de Innovación en Atención Primaria 2010. Disponible en: http://www.fcs.es/docs/jornadas/atencionprimaria/Javier_Padilla.pdf

En el terreno de la mesogestión, el cambio y la innovación organizativa de nuestro sistema sanitario ha sido tarea peligrosa, sobre todo por la rigidez institucional y la resistencia al cambio de los profesionales cómodamente asentados en un sistema estatutario que premia antigüedad y permite inmortalidad, claros incentivos para fomentar mediocridad, condición de fácil contagio y difícil cura en entornos de calidad media-baja.

La Ley 15/1997 sobre Habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud ha servido para dejar atrás entornos altamente burocráticos (antiguo INSALUD) con sus ineficiencias y rigideces, y promover la competencia por comparación en ambientes de *cuasi* mercados dentro de un SNS, evitando los fallos de mercado de una sanidad privada. La mayoría de las experiencias han sido capitaneadas por hospitales, en forma de integraciones verticales donde el primer nivel asistencial ha quedado relegado al nivel más bajo de la cadena. Sin embargo en Cataluña, gracias a la modificación de la Ley de Ordenación Sanitaria de dicha CCAA de 1995, se crea un espacio de experimentación para todos aquellos profesionales con baja aversión al riesgo y con gran interés por desarrollar un modelo asistencial propio, capaz de satisfacer y motivar a todos los estamentos del centro de salud. Nacen así las Entidades de Base Asociativas (EBA), asociación de profesionales con personalidad jurídica y responsabilidad económica que gestionan un presupuesto asumiendo un riesgo en su gestión. Menor Enfermería y ánimo de lucro son algunas de las pegas que se le achacan a este modelo, lo cierto es que desde que el Servicio Catalán de Salud (CatSalut) somete a evaluación con diferentes indicadores a los diferentes proveedores de Primaria²⁰, la balanza se decanta hacia esta innovación organizativa a imitar en cuanto a accesibilidad y satisfacción, efectividad e integralidad, capacidad resolutoria y eficiencia. El debate está servido y no debería aplazarse más.

Existe también otro tipo de innovación organizativa, esa que permite “dejar de hacer para poder hacer” que aunque se resiste, poco a poco está entrando a formar parte del trabajo habitual de algunos centros de salud. Valgan de ejemplo experiencias a generalizar del tipo de gestión de la demanda espontánea²¹ que posibilita la atención de baja complejidad por Enfermería, dejando tiempo al médico para atender la patología más complicada y mejorando así la función de filtro, fomento de los autocuidados, evitando el exceso de medicalización y la cronificación de los crónicos y promoviendo la disminución del grado de dependencia de la población de nuestro sistema sanitario.

En nuestro país, actualmente sumido en una crisis económica, las soluciones dadas para recortar el gasto se alejan del ideal: revisar la gestión de utilización de determinados procesos, reevaluar tecnologías de dudosa efectividad y autorización y financiación de innovación que realmente vale lo que cuesta. Tres ejemplos de innovación en época de crisis, ¡y sin ella!: El NICE nos muestra cómo es posible aumentar la calidad de la atención prestada en un contexto de ajuste presupuestario. Destaca sobre todo el apartado NICE *do not do recommendations*: procedimientos que debieran suspenderse por completo o no utilizarse de forma rutinaria con nuestros pacientes. Otras recomendaciones más recientes, como la lista “Top 5” de Atención Primaria para una prestación de más calidad y un mejor uso de recursos finitos sanitarios²². A nivel nacional valga la aportación de Salvador Peiró y Gabriel Sanfélix-Gimeno, referente a dónde recortar en farmacia, además de la obviedad de los precios: las cantidades, los tratamientos inadecuados y, sobre todo, los efectos adversos que según los cálculos ascienden en nuestro SNS a 19 millones de casos atribuidos a medicamentos, de ellos más de un millón serían graves y casi la mitad potencialmente evitables²³.

Llamativos son también los datos nacionales de devolución de fármacos a farmacias. ¡Atención, caducidad como primera causa!, le siguen la defunción, la finalización y cambio de tratamiento asumiendo el SNS cerca del 75% del coste total de lo dispensado²⁴.

Recientemente publicadas, las “Estrategias para una prescripción segura” del *National Prescribing Centre* (NPC) británico, bajo la tutela del NICE, nos ofrecen un decálogo muy simple, de sentido común que con toda seguridad conseguirá recortar por la vía de cantidades, errores e inadecuación (tabla 7-2). La versión hispana acotada a enfermedades infecciosas,

Tabla 7-2.

10 top tips for GPs – Strategies for safer prescribing <i>National Prescribing Centre (NPC)</i>	Decálogo de normas básicas de tratamiento con antibióticos <i>Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe 2011</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Keep yourself up-to-date in your knowledge of therapeutics, especially for the conditions you see commonly 2. Before prescribing, make sure you have all the information you need about the patient, including co-morbidities and allergies 3. Before prescribing, make sure you have all the information you need about the drug(s) you are considering prescribing, including sideeffects and interactions 4. Sometimes the risks of prescribing outweigh the benefits and so before prescribing think: ‘Do I need to prescribe this drug at all?’ 5. Check computerised alerts in case you have missed an important interaction or drug allergy 6. Always actively check prescriptions for errors before signing them 7. Involve patients in prescribing decisions and give them the information they need in order to take the medicine as prescribed, to recognise important side-effects and to know when to return for monitoring and/ or review 8. Have systems in place for ensuring that patients receive essential laboratory test monitoring for the drugs they are taking, and that they are reviewed at appropriate intervals 9. Make sure that high levels of safety are built into your repeat prescribing system 10. Make sure you have safe and effective ways of communicating medicines information between primary and secondary care, and acting on medication changes suggested/initiated by secondary care clinicians 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prescribir antibióticos solo cuando haya una sospecha razonable de infección 2. Antes de administrar la primera dosis de antibiótico hay que intentar obtener muestras de los tejidos sospechosos para cultivos 3. Los antibióticos se prescribirán siguiendo protocolos terapéuticos consensuados (recomendaciones o guías aceptadas o probadas) 4. Conocer lo antes posible (en 48-72 horas) los resultados microbiológicos 5. Una vez identificado el patógeno, seleccionar el antibiótico más apropiado, intentando utilizar un antibiótico con menor espectro de acción 6. Vigilar y valorar la eficacia de la antibioterapia prescrita (respuesta terapéutica a las 48-72 horas) 7. Para estimar la dosis del antibiótico hay que tener en cuenta la farmacocinética (función renal, hepática...). Vigilar la aparición de efectos secundarios 8. Limitar en lo posible la duración de la antibioterapia 9. Prevenir la aparición de infecciones nosocomiales y prevenir la transmisión 10. No hay que olvidar que: <ol style="list-style-type: none"> a. Con el tiempo, el uso de antibióticos determina la aparición de patógenos resistentes b. Los microbios que son resistentes a un antibiótico se harán resistentes a otros c. Una vez que aparecen patógenos resistentes desaparecen lentamente d. Cuando se administra un antibiótico a una persona su efecto alcanza a otras, y repercute en su entorno (animal, vegetal mineral)

Fuente: Hemos leído... (2011, 28 de junio). La sencillez de los decálogos sobre el uso seguro de medicamentos.

Consultado el 30 de junio de 2011. Disponible en:

<http://www.hemosleido.es/?p=879>

http://www.npc.co.uk/evidence/resources/10_top_tips_for_gps.pdf

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_479_Terap_antimicrobian.pdf

también con decálogo para un uso seguro de antibióticos, la podemos encontrar en Guía-Salud (Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del SNS). Elevado uso de antibióticos junto a elevadas tasas de resistencia hacen imprescindibles estas innovaciones en la gestión clínica diaria.

La desinversión sanitaria basada en la evidencia²⁵, por pérdida de eficacia, efectividad, seguridad, obsolescencia secundaria a desarrollo tecnológico o incumplimiento con la legislación vigente es otra innovadora muestra de garantía de calidad, transparencia y sostenibilidad. Base legal tenemos, ¿y de coger el toro por los cuernos?

Innovaciones que no funcionan y que siguen utilizándose. Otras que no creemos que funcionen y algunas por reinventar

“Tres clases hay de ignorancia: no saber lo que debiera saberse, saber mal lo que se sabe y saber lo que no debiera saberse”

François de la Rochefoucauld

A nadie se le escapa que podríamos dedicar un capítulo entero, incluso un libro, a innovaciones terapéuticas que no valen lo que cuestan o lo que aportan. No es este el propósito. Que la industria innove no debiera extrañar, es lo que tiene que hacer. Los beneficios son compatibles con una conducta ética que implica entre otras mejorar los estudios y la publicación imparcial de resultados. El problema es que una administración autorice y financie toda innovación prohibiendo posteriormente su prescripción, y esto se haga contando solo con una parte de los actores del sistema: los profesionales de la Atención Primaria. Alinear objetivos de salud con innovaciones terapéuticas a la vista de las autorizaciones se antoja a fecha de hoy todavía difícil. ¿Signo del fracaso del mercado farmacéutico para anticipar las necesidades insatisfechas y las demandas de los consumidores? ¿Cómo puede ser que 4 áreas como la Oncología, Hematología, Endocrinología y Enfermedades infecciosas acaparen el 46,8% de principios activos y el 38,4% de autorizaciones?²⁶ Mientras tanto, los británicos trabajando en un sistema de precios para tratamientos oncológicos que mida no solo eficacia, sino beneficios más amplios para la sociedad, evitando así el enojo poblacional y de los *tabloids* por los fármacos rechazados, en contraposición a lo que acontece en Estados Unidos, donde incluso cuando los precios son altos la demanda de medicamentos contra el cáncer sigue inelástica, gracias en parte a las ayudas que oferta la propia industria para costear la parte que no cubre el seguro²⁷. La industria farmacéutica y la política sanitaria debieran de trabajar conjuntamente para el establecimiento de prioridades desde el punto de vista de salud pública.

Otras que no creemos que funcionen, en el sentido de que alineen correctamente clínica y gestión o produzcan beneficios para la salud sin conflicto de intereses. La publicidad directa al consumidor de medicamentos de prescripción conlleva un uso apresurado y generalizado de nuevos fármacos antes de que se conozcan completamente los riesgos y beneficios²⁸. La historia está plagada de ejemplos con retiradas intempestivas, curiosamente emplazadas la mayoría de ellas en los EE.UU., país donde no existe legislación que prohíba la publicidad directa al consumidor. Si nos atenemos a la definición, el objetivo de la

publicidad es vender, cosa algo alejada de lo que es informar para tomar una decisión que podrá ser más o menos certera. Por ejemplo, a pesar de tener herramientas terapéuticas para la deshabituación tabáquica, el método de mayor éxito utilizado por la mayoría de los ex-fumadores es dejar de fumar simplemente, sin necesidad de asistencia o ayuda²⁹. En este caso concreto la publicidad directa puede llevar a medicalizar en exceso. Si a los médicos se nos pide ser cautos con los anuncios acerca de seguridad, eficacia y conveniencia de nuevos fármacos³⁰ y fallamos, ¿con qué instrumentos cuentan los pacientes para una elección acertada?

Guías de práctica clínica y comorbilidad. Vivir más supone la coexistencia de procesos mórbidos en un mismo individuo, la llamada comorbilidad, extremadamente importante dadas las asociaciones y su curso totalmente diferente al esperado: mayor prevalencia de ideación suicida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, mayor riesgo cardiovascular en diabéticos con depresión mayor que sin ella, y todo esto manifestado en el uso de servicios, en tratamientos y en la calidad de vida. La comorbilidad es imperceptible para aquel que fracciona al individuo en la consulta en dependencia de su área de superespecialización y suele tener un mismo final: multitud de tratamientos, todos igual de prioritarios en dependencia de la fracción a donde van dirigidos. El médico general-de cabecera-de familia es al final el que puede imponer algo de racionalidad a esta esquizofrenia terapéutica y preventiva. La atención clínica y los ensayos clínicos suelen obviar la presencia de comorbilidad. Lo mismo ocurre con las guías de práctica, que están orientadas a la enfermedad, no al individuo. Alguna mención en algunas guías de la Sociedad Española de Reumatología, como la comorbilidad en las espondiloartropatías y en la artritis reumatoide y en Guíasalud en trastornos mentales, solo eso, mera mención pero nada formal y profundo. Algo de luz parece haber al final del túnel: en la página Web del Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas (OPIMEC) de la Dirección General de Planificación e Innovación Sanitaria, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, encontramos la puesta en común de lo que podría ser la reforma de atención al paciente crónico³¹. Esperemos no se quede en una mera declaración de consenso y pasemos a la acción.

Innovaciones que desbordan su indicación adecuada

“El capital no es un mal en sí mismo, el mal radica en su mal uso”

Mathatma Ghandi

La innovación tecnológica fascina tanto a políticos como a pacientes, incluso a médicos, probablemente estos últimos a los que más. Constituye factor de crecimiento del gasto sanitario no tanto por la tecnología en sí, sino por la generalización y el número de técnicas utilizadas por proceso, obviando alternativas hasta entonces efectivas. Y un efecto de sacar tecnología muy sensible y específica de contexto, a fin de cuentas, lo que genera es menor valor predictivo positivo (VVP), en ocasiones de igual magnitud a lanzar una moneda, equivalente a un VPP del 50% (fig. 7-1). La baja tolerancia a la incertidumbre, la espera expectante (pensar, esperar y observar según el juicio clínico) que ha caído en el olvido,

no querer que le ocurra nada malo al paciente o a nosotros mismos (como expresión de Medicina defensiva) son ejemplos de las dificultades de practicar medicina *low cost* en la era de la alta tecnología³².

La colonoscopia virtual, de gran utilidad diagnóstica en aquellos pacientes donde la colonoscopia total es inviable o entraña peligro (adherencias, debilidad de pared, etc.) vive una expansión sin igual en hospitales de EE.UU., incluso en entornos sin reembolso³³, y a pesar de su iatrogenia (radiación con potencial cancerígeno) cuando se usa de forma indiscriminada o con un balance riesgo-beneficio desfavorable. Que sepamos, la opción digital tampoco nos ahorra el mal trago de los catárticos. La ausencia de sedantes, lo indoloro de los rayos X y la posibilidad de reincorporación inmediata al trabajo tras la prueba virtual, tal y como explica la Biblioteca Nacional de los EE.UU. en la información para pacientes de MedlinePlus, ¿justifica un riesgo atribuible del 1 por 1.000 (que no consta en el consentimiento informado o no se explica previamente) para el desarrollo de un cáncer a lo largo de la vida?³⁴.

Otro claro ejemplo lo tenemos en la mamografía como método de cribado y el punto de corte etario para su realización. David Lawrence Sackett lo describía perfectamente en su libro *Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine*: "...existen en el tiempo unos puntos críticos de la enfermedad fuera de los cuales no tiene sentido actuar en términos de ganancia de salud". Qué difícil va a ser para la *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF) reformular la población diana después de años de agresivas campañas y adoctrinamiento de que la prevención no tiene riesgos, sobre todo después de observar unos resultados tan apabullantes entre las candidatas recién excluidas del cribado tras la

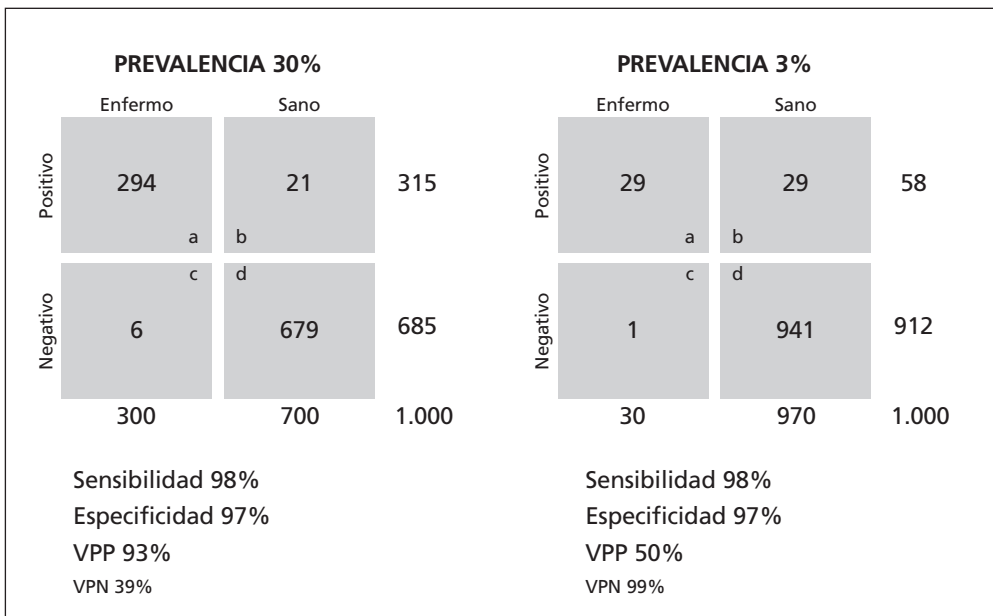


Figura 7-1. Valores predictivos de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para la detección de *Chlamydia* cuando llevamos la prueba de una consulta de enfermedades de transmisión sexual (prevalencia del 30%) a entornos de baja prevalencia. Fuente: Grimes DA, Schulz KF. *Uses and abuses of screening tests. Lancet.* 2002;359:881-4.

publicación de las nuevas guías: un 85% consideran inseguras las nuevas recomendaciones y un 86% no retrasará el cribado hasta los 50 por mucho que lo diga su médico^{35,36}. ¡A la mierda la relación de agencia!, con perdón. Es el resultado de fomentar una cultura de prevención sin límites, y en el caso de la mamografía, obviar las altas tasas de falsos positivos con las consiguientes cascadas diagnósticas, la rotulación de una persona como enferma (cuando no lo está) y sus efectos secundarios³⁷, y el encarecimiento del valor inicial de la prueba: de cada 100 dólares empleados en cribado, 33 adicionales para evaluar los falsos positivos³⁸.

Por si fuera poco, escasos pero concluyentes comienzan a ser los estudios que evidencian que el cribado con mamografía por sí sola tiene poco impacto en la mortalidad por cáncer de mama. Innovación terapéutica y mayor eficiencia de los sistemas de salud saltan a escena como la explicación más plausible³⁹.

Pay for performance, pago por desempeño (P4P). Una innovación que debiera mejorarse o suspenderse cautelarmente hasta comprobar si debe ser implementada⁴⁰. Desde luego, el mero aumento de la calidad de lo medido no tiene por qué correlacionarse con la calidad de la atención: registro de tabaquismo y disminución de enfermedades por tabaco. Además, en Atención Primaria la calidad va más allá del manejo de la enfermedad, también deberían tenerse en cuenta aspectos de prevención de enfermedades, de promoción de salud y las desigualdades en la distribución de la efectividad de los servicios de salud, la relación médico-paciente, aspectos estos poco o nada incluidos en los indicadores de pago por desempeño. Cobrar incentivos por desempeño no está exento de efectos secundarios: iatrogenia de más medicación para la consecución de metas y puede generar fraude por ingeniería documental, y como reflexión más importante, queda por demostrar el impacto en la salud de los pacientes y de la población. Sin embargo, nada más fácil que cambiar los resultados intermedios del *Performance* del P4P (glucosiladas menores que..., cifras de colesterol LDL en prevención secundaria, etc.) por los *Outcomes* del P4O (entendidos estos como impacto en salud) que ofrece incentivos para reducir eventos potencialmente prevenibles, que causan daño y elevan costes sanitarios⁴¹.

No toda innovación, aun siendo válida, resulta del agrado de todo paciente. Con determinada edad la fascinación hacia la innovación decrece (menos salvoconductos a especialistas, radiaciones, venopunciones y exploración de orificios) de manera que, por ejemplo, observamos poca disposición en las personas mayores a tomar la medicación para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares, pero sí una mayor sensibilidad a sus efectos adversos⁴². Estos resultados sugieren que determinadas innovaciones deberían tener en cuenta aspectos como la polifarmacia, comorbilidad, síndromes geriátricos, es decir, innovación que ofrezca cantidad de vida ajustada por calidad y que tenga en cuenta las preferencias bien informadas del usuario.

A modo de conclusiones: si algo funciona, cópialo adaptándolo a tu entorno

La innovación en sanidad tiene la particularidad de ser excesivamente rápida en secuencia innovación-difusión, aun cuando no tenemos suficiente evidencia de sus resultados en salud. Se impone pues la cautela ante tanta creatividad investigadora.

No siempre es necesario convertir las ideas en valor cuando otros ya lo han hecho y funciona: también es virtuoso el que sabe adaptar y aplicar con éxito la innovación foránea. En sanidad la competencia por comparación favorece el benchmark y en España, si las 17 CC.AA. comparten o hacen pública su información, ofrecen muchas oportunidades para copia o imitación del éxito y aprender del fracaso, siempre con la cautela de la validez externa. Desgraciadamente la competencia tras la descentralización ha servido entre otras para aumentar prestaciones y diferenciarse en cartera de servicios. Esperemos que explicitar las variaciones en la práctica médica sirva de estímulo para un mejor gobierno de las administraciones autonómicas de salud.

Y a nivel internacional, puede ser más práctico y eficaz para cada país adoptar las mejores políticas llevadas a cabo por los países del entorno, intentar hacerlo como lo hacen los mejores en lugar de buscar reformas *Big-Bang* con pocas garantías de éxito⁴³. Ahora en época de crisis, cuando más necesaria es la reencarnación de la Atención Primaria^{44,45}, volvemos a defraudar al primer nivel asistencial, al contrario que en otros países, donde la apuesta por el médico general es aún mayor tanto en el ámbito académico (estudiantes de Medicina con un médico de cabecera como tutor durante los años de grado tal y como acontece en Maastricht [Holanda]) como en el de gestión de recursos (80% del presupuesto sanitario en manos de consorcios formados por los médicos de cabecera que contratarían servicios de hospitales y especialistas); a todos se nos viene a la cabeza el Reino Unido. La Atención Primaria canadiense obtiene mala nota en la comparación internacional. El manual de innovación en Atención Primaria “2010, Picking Up the Pace”⁴⁶ constituye un ejemplo de casos reales todos ellos bajo la secuencia implementación-resultados-oportunidades-obstáculos y diseminación donde se comparten 47 experiencias y se aprende de aquellos que mejor desempeñan, con el fin de acelerar el cambio necesario en la puerta de entrada al servicio sanitario. Aparte de lo dicho en páginas previas, ¿qué tal si comenzamos por aquí?

BIBLIOGRAFÍA

1. Bernal E. ¿Cómo mejorar la efectividad (calidad) reduciendo la brecha de la investigación a la acción? *Gaceta Sanitaria*. 2008; 22 (Supl 1):19-26 PMID:18405549.
2. Cohen D, Carter P. How small changes led to big profits for insulin manufacturers. *BMJ*. 2010;341:c7139.
3. Gérvas J. Merck contra Laporte. O el derecho recíproco de réplica. *Gac Med Bilbao*. 2004;101:71-2.
4. Ortún V, Gérvas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clín (Barc)*. 1996;106:97-102.
5. Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J. The Effects of Specialist Supply on Populations' Health: Assessing the Evidence. *Health Affairs*. 2005;W5:97-107. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w5.97v1>.
6. Gérvas J. Atención primaria de salud, política sanitaria y exclusión social. VI Informe FOESSA sobre exclusión y desarrollo social en España. Madrid: Fundación FOESSA; 2009. p. 359-80.
7. Moynihan R, Henry D. The fight against disease mongering: Generating knowledge for action. *PLoS Med*. 2006;3(4):e191.
8. Dowie J. The “number needed to treat” and the “adjusted NNT” in health care decision-making. *J Health Serv Res Policy*. 1998;3:44-9.
9. Peiró S, Sanfélix-Gimeno G, Bernal-Delgado E. Dispensación personalizada de medicamentos en las oficinas de farmacia: ¿una medida basada en la evidencia? *Gac Sanit*. 2011;25(2):176-7.

10. Minue S. El curanderismo político. El Gerente De Mediado. Disponible en: <http://gerentedemediado.blogspot.com/2011/06/el-curanderismo-politico.html> (Consultado el 22 de junio de 2011).
11. Borrell Carrió F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 2011. 136:390-7
12. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients. *Acad Med*. 2011;86(3):359-64.
13. Sloan J. *A Bitter Pill: How the Medical System is Failing the Elderly*. Vancouver: Greystone Books; 2009.
14. Bravo R (2 de mayo de 2011). Farmacotectomía: también al final de la vida. *Primum non nocere*. Disponible en: <http://rafabravo.wordpress.com/2011/05/02/7004/> (Consultado el 14 de mayo de 2011).
15. Woodward MC. Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People Through Reducing Medications. *J Pharm Pract Res*. 2003; 33(4):323-8.
16. GCS - Gestión Clínica ySanitaria (2011, 29 de mayo).Cómo reducir costes y mejorar la calidad asistencial, por Anna García-Altés. Recuperado el 30 de mayo de 2011. de <http://gcs-gestion-clinica-y-sanitaria.blogspot.com/2011/05/como-reducir-costes-y-mejorar-la.html>
17. Argeseanu S, Mitchell K, Venkat KM, Yusuf S. Doctors' strike and mortality: a review. *Social Sci Med*. 2008;67:1784-8.
18. Banerjee S. Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2011; 378 (9789):403-11.
19. Minué S, Gervas J, Violán C. Primary Care Innovation Seminars: An experience in dissemination of knowledge on network [Online]. 2010 Disponible en URL: <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2011/05/seminars-innovation-primary-care-2010-def.pdf> (consultado el 24 de febrero de 2011).
20. Servei Català de la salut. Direcció de Planificació, Compra i Avaluació. Benchmarking dels equips d'atenció primària de la Regió Sanitària Barcelona. [Online]. 2010. Disponible en URL: http://www10.gencat.cat/catsalut/rsb/arxius/benchmarking_AP_RSB_2009.pdf (consultado el 22 de noviembre de 2010).
21. Institut Català de la Salut. Gestió de la demanda espontània. [Online]. 2009. Disponible en URL: http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/gestio_demanda_espontania.pdf (consultado el 14 de diciembre de 2010).
22. The Good Stewardship Working Group. The "Top 5" Lists in Primary Care: Meeting the Responsibility of Professionalism. *Arch Intern Med*. 2011;171(15):1385-90.
23. Peiró S, Sanfèlix-Gimeno G. Gasto = fármacos + coste de los EA + coste del fracaso. [Online]. 2011, 25 de mayo Disponible en URL: <http://www.diariomedico.com/2011/05/25/area-profesional/gestion/gasto-farmacos-coste-de-ea-coste-del-fracaso> (consultado el 7 de junio de 2011).
24. Coma A, Modamio P, Lastra CF, Bouvy ML, and Marino EL. Returned medicines in community pharmacies of Barcelona, Spain. *Pharm World Sci*. 2007;30:272-7.
25. Gutiérrez-Ibarluzea I. Desinversión basada en la evidencia en España. *Aten Primaria*. 2011;43:3-4.
26. Catalá-López F, García-Altés A, Álvarez-Martín E, Gènova-Maleras R, Morant-Ginestar C. Does the development of new medicinal products in the European Union address global and regional health concerns? *Popul Health Metr*. 2010;8:34.
27. The economist. The costly war on cancer. [Online]. 26 de mayo de 2011. Disponible en URL: <http://rss.economist.com/node/18743951> (consultado el 2 de junio de 2011).
28. Mintzes B. Direct-to-consumer prescription drug advertising: is there evidence of health benefits? *Essential Drugs Monitor No.031*. WHO. 2010. [Online]. Disponible en URL: <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js4939s/7.5.html> (consultado el 2 de marzo de 2011).
29. Chapman S, MacKenzie R The Global Research Neglect of Unassisted Smoking Cessation: Causes and Consequences. *PLoS Med*. 2010;7(2):e1000216.
30. Villanueva P, Peiró SW, Libroero J, Pereiró I. Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals. *Lancet*. 2003;361:27-32.
31. Documento de Consenso para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas. [Online]. 28 de abril de 2009. Disponible en URL: http://www.opimec.org/equipos/comite-conferencia-cronicos/documentos/1577/#sec_5982_3 (consultado el 1 de julio de 2010).
32. Palfrey S. Daring to practice low-cost medicine in a high-tech era. *N Engl J Med*. 2011;364:e21.

33. McHugh M, Osei-Anto A, Klabunde CN, Galen BA. Adoption of CT colonography by US hospitals. *J Am Coll Radiol*. 2011;8(3):169-74.
34. Gervás J, Pérez Fernández M. Los daños provocados por la prevención y por las actividades preventivas. *M Rev Innovación Sanit Aten Integrada*. 2009;1(4):6.
35. Squiers LB, Holden DJ, Dolina SE, Kim AE, Bann CM, Renaud JM. The public's response to the U.S. Preventive Services Task Force's 2009 recommendations on mammography screening. *Am J Prev Med*. 2011;40(5):497-504.
36. Davidson AS, Liao X, Magee BD. Attitudes of women in their forties toward the 2009 USPSTF mammogram guidelines: a randomized trial on the effects of media exposure. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205:30.e1-7.
37. Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW, Gibson ES, Johnson AL. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. *N Engl J Med*. 1978;299(14):741-4.
38. Elmore JG, Barton MB, Moceri VM, Polk S, Arena PJ, Fletcher SW. Ten-year risk of false-positive screening mammograms and clinical breast examinations. *N Engl J Med*. 1998;338:1089-96.
39. Autier P, Boniol M, Gavin A, Vatten LJ. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. *BMJ*. 2011;343: d4411.
40. Peiró S, García-Altés A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. *Gac Sanit*. 2008;22 Supl 1:144-56.
41. Nash D. P4P Versus P4O. [Online]. 2011. Disponible en URL: <http://www.medpagetoday.com/Columns/26820> (consultado el 7 de junio de 2011).
42. Fried TR, Tinetti ME, Towle V, O'Leary JR, Iannone L. Effects of Benefits and Harms on Older Persons' Willingness to Take Medication for Primary Cardiovascular Prevention. *Arch Intern Med*. 2011;171(10):923-8.
43. OECD. Health care systems: Getting more value for money. OECD Economics Department Policy Notes. 2010; 2.
44. Hernansanz F. Crisis económica y modelo agotado: oportunidad de oro para reorientar el sistema sanitario, si se puede. *Medicina General*. 2011;135:39-48.
45. Ortún V. Atención Primaria y gestión: pleonasmos conceptual y oxímoron práctico. *Medicina General*. 2011;140:516-25.
46. Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF). Casebook of Primary Healthcare Innovations. Picking Up the Pace. How to accelerate change in primary healthcare. 2010. [Online] . Disponible en URL: http://www.chsrf.ca/Libraries/Picking_up_the_pace_files/CasebookOfPrimaryHealthcareInnovations.sflb.ashx (consultado el 3 de diciembre de 2010).