

Editorial	9
Logística y compras	
Variabilidad entre hospitales en los precios de compra de las prótesis quirúrgicas fijas ortopédicas y traumatológicas Alonso Punter JC	11
Dirección de personas	
Promoción de la salud, prevención de la enfermedad... ¿Objetivos abstractos impuestos por las normas? ¿O son algo más? La implicación del personal a través de los contratos de gestión Del Río Escagedo TM	23
Sistemas de información	
El cuadro de mando integral Seara Aguilar G, Rodríguez Balo A	35
Nuevas tecnologías	
Guía para la evaluación de telemedicina Martín JF	43
Revisiones metodológicas	
La necesidad de las revisiones sistemáticas González Lozón B, Fernández Díez A, Sáenz Calvo A	53
Gestión clínica	
Descentralización del tratamiento anticoagulante en el Área de Salud de Ávila Bárez García A, Alda Martín C, Recio Rueda I, Rodríguez Domínguez MJ, Cabezudo Moreno M	61
Gestión de cuidados	
Estudio fenomenológico sobre la planificación anticipada de las decisiones al final de la vida desde la perspectiva de la enfermería. Análisis de conocimiento García Palomares A, Abad Corpa E, Leal Llopis J, Sánchez Pérez R, Júdez Gutiérrez J, Barrio Cantalejo IM, Monistrol Ruano O, Jover Sancho C, Martínez Rodríguez S, Barreiro Bello JM	69
Punto de encuentro	
Centros sanitarios y medios de comunicación Martínez J	85
Reseña bibliográfica	
Economía de la salud: fundamentos Gimeno JA, Rubio S, Tamayo P	97
Normas de publicación	99

Patronato de la Fundación Signo

Presidente: Alfredo García Iglesias. Secretario: Ángel J. Pérez Gómez. Vocales: Ignacio Ayerdi Salazar, Fernando Bandres Moya, José Barea Tejeiro, Javier Colás Fustero, Jordi Colomer Masca-ró, Juan Fajardo Navarro, Diego Falcón Vizcaíno, Carlos Fernández Rodríguez, Diego Gracia Guil-lén, Carmen Hernando de Larramendi Martínez, Orencio López Domínguez, Pablo López Arbe-loa, Ginés Madrid García, Regina Múzquiz Vicente-Arche, Juan Ortiz Fuente, Luis Rodríguez Padi-al, Gabriel Pérez Cobo, Ana Rubio de Pablo, Pere Soley i Bach, Concepción Vera Ruiz.

Comité de redacción

Directora: Cristina Leube Jiménez. Coordinador editorial: Antonio Arbelo López de Letona. Director monográficos: Ángel J. Pérez Gómez. Fernando Abellán-García Sánchez, Javier Barreiro González, Francisco Cárcelos Guardia, Cristina Cuevas Santos, Ramón Gálvez Zaloña, Miguel García Rubio, J. Ramón González-Escalada Caste-llón, Juana M. Martí-Belda Torres, Roberto Martín Hernández, Juan José Muñoz González, Francis-co Nieto Pajares, José Perales Rodríguez, Teresa Requena Caturla, Francisco Rivas Clemente, Fran-cisco de Paula Rodríguez Perera, Germán Seara Aguilar, Soledad Zuzuarregui Girones.

Colaboradores

Corresponsables autonómicos: José Luis Díaz Fernández (Andalucía), Miguel Carroquino Bazán (Aragón), Gloria Herías Corral (Asturias), Félix Mata Fuentes (Baleares), Diego Falcón Vizcaíno (Canarias), Francisco Cárcelos Guardia (Cantabria), Carlos Fernández Rodríguez (Castilla y León), Jesús Hernández Díaz (Castilla-La Mancha), Pere Soley i Bach (Cataluña), Eduardo Ferrer Albiach (Comunidad Valenciana), Francisco Javier Rubio Blanco (Extremadura), Jesús Caramés Bouzán y Pedro Molina Coll (Galicia), Javier Elviro Peña (Madrid), Domingo Coronado Romero y Ginés Madrid García (Murcia), Juan Pérez-Miranda Castillo (Navarra), Fernando Astorqui Zabala (País Vasco).

©Fundación Signo 2006

Edición, suscripción y publicidad: Fundación Signo.

C/ Sor Ángela de la Cruz 24, esc A, 4.º E, 28020 Madrid. Tel.: 91 579 58 32 • www.fundacionsigno.com

e-mail: fundacionsigno@telefonica.net

ISSN: 1577-3558

Depósito legal: M-30689-2000

CIF: G-82359514

Soporte válido: 312-R-CM

Periodicidad trimestral

Bases de datos: Publicación incluida en Índice XXI-Directorio Nacional de Publicaciones. Solicitada inclusión en el Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS).

Tarifa 2006

Suscripción individual (1 ejemplar): 40 €

Suscripción institucional (5 ejemplares): 190 €

Precio por ejemplar: 11 €

Realización: Exlibris Ediciones, S.L.

Imprime: Desk Impresores, S.L.

Índice

Editorial	9
Logística y compras	
Variabilidad entre hospitales en los precios de compra de las prótesis quirúrgicas fijas ortopédicas y traumatológicas Alonso Punter JC	11
Dirección de personas	
Promoción de la salud, prevención de la enfermedad... ¿Objetivos abstractos impuestos por las normas? ¿O son algo más? La implicación del personal a través de los contratos de gestión Del Río Escagedo TM	23
Sistemas de información	
El cuadro de mando integral Seara Aguilar G, Rodríguez Balo A	35
Nuevas tecnologías	
Guía para la evaluación de telemedicina Martín JF	43
Revisiones metodológicas	
La necesidad de las revisiones sistemáticas González Lozón B, Fernández Díez A, Sáenz Calvo A	53
Gestión clínica	
Descentralización del tratamiento anticoagulante en el Área de Salud de Ávila Báez García A, Alda Martín C, Recio Rueda I, Rodríguez Domínguez MJ, Cabezudo Moreno M	61

Gestión de cuidados

Estudio fenomenológico sobre la planificación anticipada de las decisiones al final de la vida desde la perspectiva de la enfermería. Análisis de conocimiento 69

García Palomares A, Abad Corpa E, Leal Llopis J, Sánchez Pérez R, Júdez Gutiérrez J, Barrio Cantalejo IM, Monistrol Ruano O, Jover Sancho C, Martínez Rodríguez S, Barreiro Bello JM

Punto de encuentro

Centros sanitarios y medios de comunicación 85
Martínez J

Reseña bibliográfica

Economía de la salud: fundamentos 97
Gimeno JA, Rubio S, Tamayo P

Normas de publicación 99

Contents

Editorial	9
Logistics and purchasing	
Variability on prices of orthopedic appliances in purchasing Hospitals Alonso Punter JC	11
People direction	
Promotion of health, prevention of disease... Abstract objectives imposed by law? Or are they something more? Implication of personnel through management contracts Del Río Escagedo TM	23
Information systems	
Balanced scorecard Seara Aguilar G, Rodríguez Balo A	35
New technologies	
Telemedicine evaluation guide Martín JF	43
Methodologic review	
Need of systematic reviews González Lozón B, Fernández Díez A, Sáenz Calvo A	53
Clinical management	
Anticoagulant treatment management in Ávila's health area Bárez García A, Alda Martín C, Recio Rueda I, Rodríguez Domínguez MJ, Cabezudo Moreno M	61

Care management

Phenomenological research on advanced care planning or decision making at the end of life, on a nursing perspective.

Knowledge analysis

69

García Palomares A, Abad Corpa E, Leal Llopis J, Sánchez Pérez R, Júdez Gutiérrez J, Barrio Cantalejo IM, Monistrol Ruano O, Jover Sancho C, Martínez Rodríguez S, Barreiro Bello JM

Meeting point

Health centers and communication media

85

Martínez J

Bibliographic report

Health economy: fundamentals

97

Gimeno JA, Rubio S, Tamayo P

Guidelines for authors

99

Editorial

VIII Jornadas de gestión y evaluación de costes sanitarios

Javier Elviro Peña
Comité organizador
fundacionsigno@telefonica.net

El presente número de la revista ve la luz a pocos días de la finalización de las VIII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios celebradas en Salamanca y cuyo balance definitivo, sin ningún apasionamiento, podemos calificar de sobresaliente.

Son varias las razones que nos conducen a esta afirmación. Por un lado, el número de participantes ha sido muy elevado, más de 1.000 inscripciones, y desde luego superior a lo previsto. Esa misma circunstancia se ha producido con las comunicaciones y pósters presentados, más de 400 en total, que también han desbordado las previsiones más optimistas y obligado a modificar el programa e incrementar las salas de presentación previstas para esta actividad.

Esta afluencia sólo se justifica por acierto de los Comités Organizador y Científico en su trabajo de selección de las áreas temáticas a tratar y de los ponentes, moderadores y demás intervinientes, haciendo atractiva la asistencia a las jornadas.

Ambos comités asumieron el reto de hacer de las jornadas un encuentro cada día más abierto en el que todos

aquellos actores que tuvieran alguna relación con el sistema sanitario se pudieran reconocer.

El mundo sanitario es cada día más complejo, intervienen nuevas profesiones y profesionales que tienen, y deben, aportar su experiencia y conocimiento. No podemos permanecer ajenos a estos cambios y encerrarnos en nuestros pequeños nichos de organización. Por eso, las VIII Jornadas han sido, sin duda, las más globalizadas y multiculturales de nuestra historia.

Hemos podido contar con la presencia de varios consejeros de salud que nos han expuesto su visión política sobre problemas y líneas de trabajo tan importantes como financiación, nuevas necesidades en salud o nuevas fórmulas de organización sanitaria. También hemos contado con la presencia cada día más importante y activa de las empresas sanitarias, que aportan su visión y estrategias para un futuro, así como las mejoras técnicas y organizativas que van desarrollando en su quehacer diario y que pueden, y deben, ser asimiladas por el entorno sanitario. Igualmente hemos contado con organizaciones de pacientes, consumidores y participantes en otros

entornos ajenos al nuestro pero de los que podemos aprender para mejorar nuestras organizaciones.

Pero el mayor reto era la integración y participación de los profesionales de Atención Primaria y la búsqueda de encuentros entre ellos y Atención Especializada. De ahí el lema de las propias jornadas: "Pensando en el paciente: la continuidad asistencial". No cabe duda de que el objetivo se ha logrado. La presencia de muchos profesionales de este nivel y su participación en mesas, comunicaciones, talleres, etc., ha superado las expectativas más optimistas.

Es cierto que todavía existen áreas y actividades cuya presencia no tiene toda la relevancia que se merecen pero el camino ya está trazado y el futuro de la Fundación y de las jornadas tendrá sentido en la medida que sea un foro de encuentro de todos los actores del mundo sanitario. Ésa es la vocación de la *Fundación Signo* y ése es el espacio que debe ocupar en el mundo sanitario.

Por último, y no menos importante, es reconocer la labor del equipo organizador y el Comité Local de Castilla y León, responsables en gran medida de este éxito. No sólo han realizado una planificación y programación adecuada sino que han sabido responder con eficacia y rapidez a todas las incidencias que se han producido y que no han sido pocas, pues han ido desde el cambio de presidencia, a pocos meses de la celebración, a la gestión de un mayor número de asistentes no previsto am-

pliando espacios, salas, necesidades de hostelería, etc. A todo han sabido dar una respuesta adecuada haciendo que parezca sencillo lo que simplemente es eficacia y seriedad. Si a ello añadimos el maravilloso entorno de una ciudad universitaria siempre volcada en el desarrollo del conocimiento sea el ámbito que sea, está perfectamente justificada nuestra primera valoración de las VIII Jornadas.

Son muchas las ideas y aportaciones que hemos recibido en Salamanca y, desde luego, podemos decir que trabajamos en un entorno que no se duerme y que está evolucionando constantemente. Desde esta revista acogemos el reto de darlas a conocer evitando que esas aportaciones queden en el olvido, o simplemente en el CD de las *VIII Jornadas*. A esa actividad dedicaremos tiempo y esfuerzo en la Fundación durante los dos años que tenemos hasta la celebración de las *IX Jornadas*. Murcia acoge el reto de su organización, personalizándolo en el presidente de éstas, el doctor Ginés Madrid, Jefe de Servicio de Radiología del Hospital Virgen de la Arrixaca. El hecho de que sea un clínico quien asuma en primera persona esa responsabilidad, circunstancia que ya se dio en Toledo, es una enorme satisfacción para la Fundación porque, al margen de las cualidades personales y profesionales del doctor Madrid, que nos hacen confiar en que tendremos un éxito similar al de estas últimas jornadas, avala la línea de trabajo que venimos desarrollando con el fin de atraer y poner en comunicación a todos colectivos que "viven" en, por y para el mundo sanitario.

Variabilidad entre hospitales en los precios de compra de las prótesis quirúrgicas fijas ortopédicas y traumatológicas

Alonso Punter JC
Director de Gestión y Servicios Generales
Hospital Universitario de Salamanca
dirgest@husa.sacyl.es

Resumen

Según se pone de manifiesto en la bibliografía revisada, se produce gran variación de precios en las prótesis de traumatología adquiridas por los hospitales del Sistema Nacional de Salud. El grupo de hospitales Oligoposonio quiso conocer la situación en la que se encontraba, promoviendo un estudio comparativo de precios de prótesis de cadera y rodilla entre sus integrantes.

Sus resultados confirman los de estudios anteriores, mostrándose una gran variabilidad de precios igualmente entre los diez grandes hospitales del país que conforman el grupo, así como una distribución particular de los proveedores.

Esta variabilidad no parece explicarse del todo por las causas comunes –procedimiento de compra, consumo, pago, calidad– sino por variables más difíciles de objetivar: cesión de instrumental, formación de los médicos, servicio posventa o resistencia al cambio.

Una vez conocidos los mecanismos de determinación del precio, se proponen acciones de mejora para incrementar la eficiencia en la compra de las prótesis de traumatología.

Palabras clave: Precios de prótesis de traumatología, Variabilidad, Mejora de la eficiencia en la compra.

Variability on prices of orthopedic appliances in purchasing Hospitals

Abstract

As reviewed bibliography shows, orthopaedic appliances bought in National Health Service hospitals have a wide prices range.

To know situation, Oligoposonio Hospitals Group promoted a comparative price research in knees, hips prothesis and their components.

Results confirm previous one, showing showing high prices variability as in ten big Spanish hospitals that belong to this group and also a singular prosthesis supplier distribution.

This variability can't be totally explained because of normal reasons (purchasing process, sales volume, payment, quality) but for more complicated variables: surgical instruments hiring, after-sale services, doctor's training or change resistance.

Once prices setting mechanisms were known, improving procedures to increase efficiency in orthopaedic appliances are proposed.

Key words. Prices of orthopaedic appliances, Variability, Improvement in purchasing efficiency.

1. Introducción

La variabilidad de precios de las prótesis quirúrgicas fijas ortopédicas y traumatológicas (a partir de ahora, prótesis de traumatología) que adquieren los hospitales del Sistema Nacional de Salud es un hecho que se ha constatado en diferentes informes y estudios¹⁻³. Estas desigualdades de precios se producen, en nuestro país, entre hospitales de diferentes Servicios Regionales de Salud y también entre hospitales de la misma comunidad autónoma.

Los hospitales integrados en el Grupo Oligopsonio⁴, del que forma parte el Hospital Universitario de Salamanca, pertenecientes a diez Servicios de Salud, han efectuado un estudio comparativo de precios de las prótesis de cadera y rodilla adquiridas en el período 2004-2005.

Este estudio del Grupo Oligopsonio, presentado recientemente⁵, confirma que la variabilidad de precios entre grandes hospitales del Sistema Nacional de Salud persiste, una vez establecidos unos parámetros precisos de comparación de los diferentes tipos de prótesis de cadera y rodilla.

Las prótesis quirúrgicas fijas se definen en la normativa⁶ como aquellos productos sanitarios que precisan de una implantación interna y fija en el paciente, a través de un determinado acto quirúrgico, estando destinadas a sustituir artificialmente y de forma permanente la falta de un órgano o de parte de él o de su función.

La clasificación común para el Sistema Nacional de Salud que se establece para la confección de los catálogos de prótesis ortopédicas y traumatológicas las ordena en diez grupos: cadera, rodilla, tobillo, pie, columna, hombro, codo, muñeca, mano y ligamentos.

Si tenemos en cuenta que dentro de cada grupo existen diferentes tipos de prótesis (cementadas/no cementadas/híbridas, con revestimiento/sin revestimiento, con cabeza cerámica/metálica, autobloqueantes/no autobloqueantes...) y que cada prótesis se compone de varios elementos diferenciados (tallo, cabeza, cotilo, núcleo, tornillos...), es fácil comprender la dificultad que supone el análisis de las prótesis de traumatología, si se quiere estar absolutamente seguro de estar comparando el mismo producto sanitario. Por lo tanto, la primera característica de las

prótesis de traumatología es su enorme variabilidad de modelos.

La mayoría de estudios se centran en las prótesis de cadera y rodilla, que son las más implantadas y que representan en torno a un 70% del gasto total del hospital en implantes de traumatología⁷.

La variedad de modelos de prótesis puede concretarse en un trabajo de 1999⁸, que señala que existían en Cataluña 67 modelos de implantes de prótesis total de cadera primaria (35 cementadas y 32 no cementadas) y 19 modelos de revisión comercializados.

Además, un elemento propio de las prótesis de traumatología es su elevado coste unitario y su peso en el presupuesto de los centros hospitalarios, peso que crece a la par que el aumento de intervenciones para el implante de prótesis de traumatología, en un entorno en el que la fractura de cadera se considera la "epidemia del siglo XXI"⁹.

Otras características de las prótesis quirúrgicas fijas puestas de manifiesto por algún autor³ son su utilización exclusivamente hospitalaria, la necesidad de su disponibilidad inmediata, su rápida evolución tecnológica, la técnica de implante e instrumental, que es específica de cada fabricante, y el alto coste de la formación de los médicos.

La variabilidad de precios encontrada en la bibliografía revisada se refleja en las tablas I, II y III. Cuando se comparan los precios de prótesis idénticas, al menos en su denominación, se aprecia cómo las diferencias son significativas entre hospitales. Ahora bien, en ninguno de los trabajos revisados se facilitan datos concretos sobre los componentes de las prótesis ni sobre los modelos.

Por ello, la tabla IV debe considerarse como meramente informativa, sin posibilidad de extraer de ella ninguna conclusión operativa, más que la ya conocida de la gran variabilidad existente

Tabla I. Precios de 1996 en el SAS (cuatro hospitales)

	Precio máximo	Precio mínimo	Diferencia máx./mín.
Cadera cementada	2.630 euros	806 euros	226%
Cadera no cementada	4.189 euros	1.965 euros	113%
Rodilla	4.140 euros	2.756 euros	50%

Fuente: Cámara de Cuentas de Andalucía (1998).

Tabla II. Precios de 1997 en Osakidetza (diez hospitales)

	Precio máximo	Precio mínimo	Diferencia
Cadera no cementada recubierta	3.457 euros	2.756 euros	26%
Cadera cementada	1.667 euros	1.047 euros	59%

Fuente: Informe OSTEBA D-00-07 (2000).

Tabla III. Precios medios de 2002 en la Comunidad Valenciana y en el resto del Estado

	Precio en la Comunidad Valenciana	Precio en el resto del Estado	Diferencia
Cadera no cementada	2.464 euros	2.557 euros	-3,80%
Cadera híbrida	1.760 euros	1.836 euros	-4,31%
Rodilla cementada	2.203 euros	2.547 euros	-15,61%
Rodilla híbrida	2.537 euros	2.479 euros	2,28%

Fuente: A. Ignacio Boada (2004).

Tabla IV. Comparación general de precios

	Precios SAS 1996	Precios Osakidetza 1997	Precios Com. Valenciana 2002	Precios resto del Estado 2002
Cadera cementada	2.630 euros máx 806 euros mín	1.667 euros máx 1.047 euros mín		
Cadera no cementada	4.189 euros máx 1.965 euros mín	3.457 euros máx 2.756 euros mín	2.464 euros	2.557 euros
Rodilla	4.140 euros máx 2.756 euros mín		2.203 euros Cm 2.537 euros Hb	2.547 euros Cm 2.479 euros Hb

Fuente: Elaboración propia.

en los precios de prótesis aparentemente similares.

Los hospitales que forman el Grupo Oligoposonion ponen en común experiencias de gestión para mejorar sus organizaciones. En esta línea, tenían interés en conocer la variabilidad en los precios de adquisición de sus prótesis de traumatología y conocer la estructura de este mercado de productos sanitarios. Por ello, se constituyó un grupo de trabajo que a lo largo de los años 2004 y 2005 recabó información, la analizó y obtuvo los resultados y conclusiones que posteriormente se expondrán.

2. Metodología

El trabajo se centró en las prótesis de cadera y rodilla, las de más importancia en el gasto de los hospitales.

Se definieron los componentes a incluir en cada uno de los tipos de prótesis y se procedió a la recogida de datos de los diferentes hospitales del grupo, con el objeto de que la comparación se realizase sobre prótesis realmente idénticas.

La información obtenida se analizó en reuniones de trabajo, aclarándose dudas y aportando, cuando fue preciso, referencias precisas de modelos de prótesis e incluso fotos y catálogos de proveedores.

Los datos sobre los proveedores de las prótesis que cada hospital adquiría permitieron analizar también, como complemento del estudio, la estructura del mercado de estos productos sanitarios y el posicionamiento de las firmas comerciales dentro de éste.

Para preservar el anonimato de los hospitales y de los proveedores, se han codificado aleatoriamente sus identificaciones.

3. Resultados

De los resultados obtenidos (Tablas V, VI y VII) se destacan los siguientes:

- La mayoría de los hospitales adquiere un único implante para cada tipo estudiado: siete hospitales sobre nueve (en cadera) y nueve hospitales sobre diez (en rodilla).
- En los precios de prótesis de cadera, existe mucha dispersión y diferencias notables entre hospitales para el mismo tipo de implante, llegando a una diferencia máxima, en valor absoluto, de 1.772 euros en la prótesis de revisión con cabeza cerámica. En porcentaje, la máxima diferencia, 186%, se produce en la prótesis total cementada autobloqueante con cabeza metálica.

Además, en varios casos, el mismo proveedor, para la misma prótesis,

**Tabla V. Comparación de precios de prótesis total de cadera.
Nueve hospitales del Grupo Oligopsonio**

Prótesis de cadera	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	Dif. euros	Dif. %
Autobloqueante cabeza metálica	574	1.645	-	-	-	-	716	617	-	1.071	186,58
Autobloqueante cabeza cerámica	799	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
No autobloqueante cabeza metálica	831	-	752 715	917	613	-	-	-	823	304	49,59
No autobloqueante cabeza cerámica	1.039	-	1.010 1.015	1.083	-	-	-	-	1.246	236	23,37
sin recubrimiento cabeza metálica	1.822	2.127	-	2.461	-	-	2.355	2.066	1.622	839	51,73
Sin recubrimiento cabeza cerámica	2.079	2.334	-	-	2.534	-	2.709	-	2.045	664	32,47
Con recubrimiento cabeza metálica	1.822	2.753	2199 1962 2174 2200 2113	2.675	2.550	2.745 2.850	2.574	3.088	2.652	1.266	69,48
Con recubrimiento cabeza cerámica	2.079	2.959	2500 2220 2500 2493	-	2.774	2.775	2.739	3.036	3.075	996	47,91
Revisión cabeza metálica	2.757	-	2850 2638 2850 2200 2424	3.221	2.946	3.830	2.923	3.827	1.983	1.847	93,14
Revisión cabeza cerámica	2.964	3.105	3109 2889 2798 3150 2573	-	3.143	4.345 3.739	3.287	-	2.406	1.772	68,87

Nota. Los precios subrayados corresponden, dentro de una fila -tipo de prótesis- al mismo modelo vendido por el mismo proveedor a diferentes hospitales.

aplica precios de venta diferentes en cada hospital, llegándose a diferencias de 589 euros en la prótesis de revisión con cabeza cerámica.

Si bien la comparación con los precios de estudios anteriores no es posible, al no conocer exactamente a qué tipo de prótesis se referían éstos, sí se mantiene la realidad demostrada de variabilidad entre centros hospitalarios del Sistema Nacional de Salud.

- En los precios de prótesis de rodilla, se produce igualmente dispersión y extrema variabilidad entre hospitales, con una diferencia máxima en la prótesis de reintervención que alcanza los 3.675 euros por implante.

El mismo proveedor también aplica precios diferentes, para la misma prótesis, en función del hospital al que suministre. Esta variación llega a los 3.317 euros en la prótesis de reintervención.

- Los proveedores de prótesis de cadera, fabricantes o distribuidores, se distribuyen de una manera irregular entre los diez hospitales.
- Existen dos hospitales que tienen un único e idéntico proveedor para todas sus prótesis de cadera. El resto de hospitales tiene más de uno, llegando un centro a contar con seis proveedores.

Si bien hay un proveedor dominante (A), presente en cinco hospita-

Tabla VI. Comparación de precios de prótesis total de rodilla. Diez hospitales del Grupo Oligopsonio

Prótesis de rodilla	H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10 euros	Dif. %	Dif.
Cementada	2.088	2.986	2139	-	2.103 ⁽¹⁾	2.900	2.894	1.953	-	2.926	1.033	52,89
	1.994		2164									
			2164									
			2164 ⁽¹⁾									
Híbrida	2.383 ⁽²⁾	3.083	2404 ⁽³⁾	-	-	-	-	2.347	2.703 ⁽³⁾	-	897	41,03
	2.186		2404 ⁽³⁾									
			2404									
			2400									
No cementada	-	2.750 ⁽⁴⁾	2885	-	2.404 ⁽⁵⁾	2.900 ⁽⁴⁾	3.059	3.077	-	-	673	27,99
			2885									
			2708									
			2880									
Reintervención	3.237 ⁽⁶⁾	4.490	2.946 ⁽⁷⁾	6.554 ⁽⁸⁾	4.348 ⁽⁷⁾	5.303 ⁽⁸⁾	-	4.873	4.347	3.110	3.675	127,65
			2879									
			2903									

Nota. Los números entre paréntesis corresponden, dentro de una fila -tipo de prótesis-, al mismo modelo vendido por el mismo proveedor a diferentes hospitales.

Tabla VII.I. Proveedores de prótesis de cadera. Grupo Oligopsonio

H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9
A	D	A	G	B	H	A	E	A
B	E	G	D	E	I	-	M	-
C	F	B	-	-	J	-	K	-
-	C	-	-	-	-	L	-	-
-	-	-	-	-	-	A	-	-
-	-	-	-	-	-	N	-	-

Tabla VII.II. Proveedores de prótesis de rodilla. Grupo Oligopsonio

H1	H2	H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10
A	R2	A	E	B	E	C	L	G	R
E	E	B	-	-	-	R3	M	A	-
R1	-	C	-	-	-	-	E	E	-
-	G	-	-	-	-	R4	-	-	-

les, existen otros proveedores que sólo venden a un hospital del grupo.

Por lo tanto, podemos hablar de una peculiar implantación de los proveedores, dependiendo no tanto de la importancia o tamaño de la firma comercial, sino de las peculiaridades de la zona geográfica o de la tradición o relación con el centro, como veremos más adelante.

En los proveedores de prótesis de rodilla se mantiene la misma tendencia de implantación irregular. La mayoría de proveedores ya estaba presente en el suministro de

- En los proveedores de prótesis de rodilla se mantiene la misma tendencia de implantación irregular. La mayoría de proveedores ya estaba presente en el suministro de

implantes de cadera y, este caso, existe un proveedor dominante (E), presente en seis hospitales del Grupo. Existen cuatro hospitales con un único proveedor y aparecen cinco nuevos proveedores, que no vendían prótesis de cadera (R). Cada uno de ellos en un hospital diferente.

- Si bien existen algunos hospitales que, en general, tienen precios más bajos que el resto, no existe un centro claramente más eficiente en la compra que los demás. Por otra parte, se comprueba que la adjudicación a un único proveedor no repercute necesariamente en la consecución de unos mejores precios de compra.

4. Discusión

Los datos anteriores ponen de manifiesto una gran variabilidad de precios entre grandes hospitales del Sistema Nacional de Salud y resulta obligado intentar analizar las variables que pueden influir en la fijación del precio, con el objeto de acotar posibles líneas de mejora de eficiencia en la compra.

El procedimiento de compra

Todos los hospitales del grupo, con la excepción de uno, adquieren sus prótesis de traumatología a través de concurso abierto que convoca y resuelve el propio centro. La excepción la constituye el hospital perteneciente a la Comunidad Valenciana, que las adquiere a través de un catálogo genérico de prótesis financiadas por el sistema público, con libertad de utilización por el médico especialista.

La utilización casi generalizada del mismo procedimiento de compra por todos los hospitales del grupo permite suponer que las diferencias de pre-

cios no proceden del mismo ni de la utilización de uno diferente (Comunidad Valenciana).

El consumo

Los mejores precios de un implante no están ligados a un mayor o menor consumo de éste por los hospitales. Comparados los consumos de implantes de traumatología de los diez hospitales del Grupo, se comprueba que todos están en similares parámetros y que, por lo tanto, este elemento no tiene ninguna influencia en el precio. No sólo esto, sino que en algún caso algún hospital con mayor consumo que otro está comprando a un precio más elevado.

El pago

El período de cobro de las facturas influye, en puridad económica, en la fijación de precios por parte de los proveedores. A menor período de cobro, menores gastos financieros y posibilidad de ofertar un mejor precio. Teniendo en cuenta que el problema de financiación del Sistema está haciendo que los pagos a los proveedores se retrasen, en mayor o menor medida, en todos los hospitales, esta variable no está influyendo, a nuestro juicio, en las diferencias de precios. Se produce en ocasiones el efecto contrario, como en el caso del consumo: algún hospital buen pagador está comprando más caro que otro(s) hospital(es) con más dificultades en el pago.

La calidad

Se podría afirmar, por otra parte, que las prótesis de precios más elevados son las de mayor calidad y que, por lo tanto, este hecho justificaría la diferencia de precios. Pero, ¿existe evidencia científica sobre la calidad de las diferentes prótesis de traumatología que se están utilizando? ¿Por qué existe tanta variabilidad en cuanto a indica-

ciones respecto al tipo de implantes utilizados (cementados/no cementados, por ejemplo)?

Algún estudio reciente², que realiza una exhaustiva revisión bibliográfica sobre la evidencia científica de la efectividad y eficiencia de los diferentes tipos de prótesis (de cadera), concluye que "no existe suficiente evidencia científica para decir cuál de los dos tipos de prótesis de cadera, cementada y no cementada, es mejor respecto a su efectividad y eficiencia". Este tipo de decisión (implantar una prótesis cementada o no cementada, por ejemplo) tiene un coste de oportunidad, puesto que los implantes no cementados tienen un precio significativamente más alto que los cementados.

Otros autores⁸ llegan a afirmar que "el hecho de que algunos centros utilicen implantes más caros sólo se explica por la creencia de que los implantes más costosos funcionan mejor que los baratos. La misma industria favorece esta presunción al presentar los nuevos productos como muy ventajosos respecto a anteriores diseños".

Es arriesgado hablar de calidad en el ámbito de los implantes de traumatología, hablar de eficacia y efectividad. No existen bases de datos históricas que permitan conocer la supervivencia del implante a largo plazo y el estudio de características como el desgaste o el aflojamiento del mismo. Es difícil comparar implantes, porque habría que tener en cuenta el tipo de enfermo o patología, la técnica del cirujano, la experiencia del cirujano, el tipo de centro e incluso el volumen de intervenciones.

Discrecionalidad en las decisiones médicas

Existe un alto grado de discrecionalidad en las decisiones médicas, en

cuanto a la elección de los diferentes implantes, que sí puede estar influyendo en las diferencias de precios. Este hecho se refleja perfectamente en las tablas, donde se aprecia la gran variedad de modelos y de proveedores. Es evidente que existen, en este caso, variaciones en la práctica médica, puesto que "los médicos actúan de forma muy diferente ante situaciones similares"¹⁰.

Estas variaciones, de hecho, están influyendo en el gasto global del hospital. Los datos de la Sociedad Española de Cirugía de la Cadera¹¹, basados en la información suministrada por 66 hospitales, pertenecientes a doce comunidades autónomas, que implantaron, en el año 2002, 7.378 prótesis totales de cadera, revelan que el porcentaje de prótesis no cementadas alcanzaba una media nacional del 59%, las híbridas un 22% y las cementadas un 19%. Ahora bien, existían Servicios de Salud, como Castilla y León (89%) o Galicia (84%), que implantaban una proporción muy superior a la media nacional de prótesis no cementadas. En estos Servicios está claro que el gasto hospitalario (y el coste por proceso) tenderá a ser superior, al tener las prótesis no cementadas un precio más elevado que las cementadas.

Para finalizar este apartado, otro breve apunte sobre variación en la práctica médica, que se revela no sólo en el tipo de prótesis o de mecanismo de fijación utilizado mayoritariamente según la zona geográfica de que se trate, sino en las diferentes tasas de intervenciones de cirugía ortopédica y traumatología (COT), según el área de salud. El Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud¹², que estudia 89.444 ingresos hospitalarios de COT del año 2002, en 111 áreas de salud de nueve comunidades autónomas, pone de manifiesto enormes diferencias en las intervenciones de artro-

plastia de cadera o rodilla. Otros trabajos, a nivel nacional, también señalan estas diferencias^{10,13}.

En definitiva, y siguiendo a estos autores, se evidencia dificultad en la toma de decisiones en este campo (COT), ya que los pacientes con artrosis o artritis de cadera o rodilla se sitúan en un amplio rango de gravedad. Pueden existir, por ejemplo, otras articulaciones afectadas o comorbilidades. Y se dará una gran discrecionalidad de los cirujanos para indicar la intervención en situaciones de gravedad muy diferentes.

Cesión de instrumental

Constituye práctica corriente la cesión del instrumental para el implante, que realizan las firmas comerciales a los hospitales, condición requerida en muchas ocasiones en los propios pliegos de condiciones de los expedientes de contratación. La mayor o menor exigencia en este campo puede hacer que repercuta en el precio final del implante.

Formación del personal médico

También el coste que para los proveedores supone la formación del personal médico (aprendizaje de técnicas quirúrgicas, asistencia a congresos y jornadas...) puede estar influyendo en el precio final de la prótesis, puesto que este coste será variable en función de las necesidades planteadas por los cirujanos o por la experiencia de éstos. Este hecho es relevante y es puesto de manifiesto con claridad por algún autor³, que señala que gran parte de la formación del personal médico se halla bajo control de las empresas y que una vez adquirida la destreza en el implante de un producto concreto por el personal médico, éste es reacio a cambiar. Esta dependencia condiciona que el mercado se halle geográficamente sectorizado (alta correlación de

empresas-hospitales), siendo difícil para las empresas ampliar su ámbito de influencia.

La conclusión de este autor coincide con los resultados de nuestro estudio, si se analiza la distribución de proveedores y cómo están ligados, algunos en exclusiva, a un determinado centro hospitalario.

Resistencia al cambio

La resistencia al cambio de los médicos para la utilización de prótesis que desconoce, si bien éstas pueden estar implantándose sin problema en otro hospital cercano, y la dependencia, por lo tanto, de las empresas pueden influir en el precio final de las prótesis. Este fenómeno es reconocido, por ejemplo, por la propia Sociedad Española de Cirugía de la Cadera¹¹, que señala en su trabajo que la variabilidad existente entre las distintas regiones, y dentro de éstas entre los distintos hospitales, más que con argumentos científicos, está relacionada con el tipo de financiación de la cirugía protésica en las distintas comunidades autónomas y con la implantación en mayor o menor grado de las casas comerciales que operan en cada zona.

Servicio posventa

Otro elemento que puede estar influyendo en el precio de las prótesis es la asistencia técnica en el propio centro que presta el proveedor, es decir, el servicio posventa, que en muchos grandes hospitales supone la presencia física diaria en éstos de un delegado de la firma comercial. Esta presencia garantiza la disponibilidad inmediata del implante, en caso de necesidad; la gestión y control de los depósitos de prótesis que la firma comercial mantiene en el hospital; el seguimiento de la prótesis/trazabilidad... Es indudable que este servicio prestado por el proveedor ten-

drá su repercusión, en mayor o menor medida, en el precio.

Por lo tanto, se comprueba que estas variables –no tradicionales– que están influyendo, a nuestro juicio, en la fijación del precio de los implantes en cada hospital no son fácilmente cuantificables. Por ello, se convierte en una tarea difícil la explicación objetiva de la variabilidad de precios entre hospitales de similares características del Sistema Nacional de Salud.

5. Conclusiones

Por lo expuesto hasta ahora, es indudable que pueden proponerse algunas actuaciones en este campo, tendentes a conseguir mejoras de eficiencia en la compra de prótesis de traumatología en los hospitales. Nos atrevemos a plantear algunas:

- Para poder valorar realmente la calidad de los implantes, su eficacia y su efectividad, sería necesario articular, para todo el Sistema Nacional de Salud, un registro centralizado de prótesis que permitiese un seguimiento y una evaluación a largo plazo de éstas.
- Debería promoverse la coordinación interhospitalaria (en el propio Servicio de Salud y entre Servicios de Salud) para el intercambio de información sobre precios de adquisición de las prótesis. De esta manera se podrán limitar comportamientos oportunistas de las firmas comerciales, que aplican precios diferentes, para la misma prótesis, en diferentes hospitales. A diferencia del hospital que compra y que no tiene facilidad de acceso, habitualmente, a referencias de precios de otros hospitales, el proveedor sí tiene completa información de los precios a los que está

vendiendo en cada hospital o zona geográfica, y puede manejar todas las variables que antes hemos mencionado. Estos comportamientos oportunistas se están acotando por la Administración, al fijarse en los concursos precios máximos unitarios para cada tipo de prótesis.

- Deberían establecerse estrategias “win-win” (ganar-ganar) en las negociaciones de la compra de prótesis entre hospital y proveedor. Tienen que confluir los intereses de todas las partes implicadas (Administración, médico, proveedor) para ganar en eficiencia, aclarándose todas las condiciones de compra incluidas en el precio.
- Para facilitar el proceso de adquisición y las comparaciones entre hospitales, debería definirse un catálogo común de prótesis, para todo el Sistema Nacional de Salud, con sus características técnicas.
- Como reflexión final, debe pensarse que la prótesis sólo representa, en la bibliografía revisada^{14,15} y en nuestros datos¹⁶, entre un 30 y un 40% del coste total del proceso de artroplastia de cadera o rodilla. Y si bien deben buscarse, obviamente, el mejor precio y la mayor eficiencia en la compra, también debe buscarse la eficiencia en los otros componentes del coste total (estancia, por ejemplo).

Citas bibliográficas

1. Cámara de Cuentas de Andalucía. Informe de fiscalización sobre adquisición e implantación de prótesis en centros hospitalarios del SAS durante 1996. (BOJA nº 143, 17 de diciembre de 1998.)
2. Quintana JM, Escobar A, Goenaga JI, Azcárate J, Aróstegui I, Beldarrain I,

- et al. Análisis de la evidencia científica sobre la efectividad y eficiencia de los diferentes tipos de prótesis de cadera. Recomendaciones. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2000. Informe nº: Osteba D-00-07.
3. Boada Gordón AI. Evaluación de los procedimientos de compra públicos del sistema sanitario español en el entorno de la prestación ortoprotésica de acuerdo a los criterios de los agentes implicados. Aplicación de la metodología Saaty. Tesis Doctoral, 2004. Universitat de Valencia. Servei de Publicacions.
 4. Grupo de 10 grandes hospitales docentes (La Fe, Valencia; Clínico San Carlos, Madrid; Bellvitge, Cataluña; Virgen de la Arrixaca, Murcia; Salamanca, Castilla y León; Xeral-Ciés, Galicia; Toledo, Castilla-La Mancha; Son Dureta, Baleares; Galdakao, País Vasco; Reina Sofía, Andalucía), que ponen en común experiencias de gestión. www.oligopsonio.com.
 5. I Jornada de Mejores Prácticas de Gestión Sanitaria. Hospital de Galdakao, 23 de febrero de 2006.
 6. Orden de 18 de enero de 1996, de desarrollo del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, para la regulación de la prestación ortoprotésica. (BOE nº 33, 7 de febrero de 1996).
 7. Datos 2005. Hospital Universitario de Salamanca.
 8. Pons JMV, Martí Valls J, Granados A. La efectividad y la eficiencia en la cirugía protésica de cadera: elementos para su mejora. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Julio 1999 (BR99006)
 9. De Pedro JA, Blanco JF, Domínguez J, De Cabo A, Pérez A, Cuadrado MA. Prevención y tratamiento de las fracturas de cadera en el anciano: métodos de coste-efectividad para prevenirlas. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios, 2004;5(3):23-44.
 10. Peiró S, Bernal-Delgado E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud? Gaceta Sanitaria, 2006. En prensa.
 11. Sociedad Española de Cirugía de la Cadera. Prótesis Total de Cadera (Modelo Español 2002). VI Congreso SECCA. Burgos 2004. En www.seccadera.com
 12. Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red Temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-YRISS). Variaciones en cirugía ortopédica y traumatología en el Sistema Nacional de Salud. Atlas VPM. Marzo, 2005. Volumen 1, número 1.
 13. Meneu R, Peiró S. Variabilidad de las hospitalizaciones por cirugía ortopédica y traumatología: magnitud, determinantes, repercusiones económicas y prioridades de investigación. MAPFRE MEDICINA, 2003;14 (Supl 1): 11-20.
 14. Martí-Valls J, Alonso J, Lamarca R, Pinto JL, Auleda J, Girvent R, et al. Efectividad y costes de la intervención de prótesis total de cadera en siete hospitales de Cataluña. Medicina Clínica. 2000; 114 (Supl 2).
 15. Ramón Rona S. Función y calidad de vida de los pacientes con gonartrosis antes y después de la artroplastia de sustitución. Coste de la gonartrosis según la esperanza de vida y de la cirugía. Tesis de Grado. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. 2001.
 16. Datos Contabilidad Analítica 2005. Hospital Universitario de Salamanca.

Promoción de la salud, prevención de la enfermedad... ¿Objetivos abstractos impuestos por las normas? ¿O son algo más? La implicación del personal a través de los contratos de gestión

Del Río Escagedo, TM

Director de Gestión. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

moncho@humv.es

Resumen

La Constitución española de 1978 establece el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, siendo competencia de los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través tanto de medidas preventivas como de las prestaciones y servicios sanitarios pertinentes. Y ahí precisamente se impone ineludiblemente la participación del personal, con su compromiso y colaboración, para lograr que el contenido de los términos que dan título al presente trabajo tenga significado y validez absoluta en sí mismo y sea factible configurar una asistencia sanitaria universalizada eficiente.

El establecimiento de contratos de gestión internos en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de los ejercicios 2004 y 2005, también aplicados en el ejercicio en curso, presentan resultados que ponen de manifiesto su utilidad para los fines demandados.

Palabras clave: Innovación, Implicación, Corresponsabilidad.

Promotion of health, prevention of disease... Abstract objectives imposed by law? Or are they something more? Implication of personnel through management contracts.

Abstract

Spanish Constitution of 1978 sets the right of people to health protection, being the Administration responsible to take care of public health through preventive measures and the benefits of sanitary services. And here precisely participation of personnel is needed, with their commitment and collaboration, to achieve that content of the terms that name the present essay have meaning and absolute validity and will enable to create efficient forms of sanitary assistance for everyone.

The establishment of internal management contracts in Hospital Universitario Marqués de Valdecilla of years 2004 and 2005, which also applies the current year, shows how it helps to achieve demanded aims.

Key words: Innovation, implication, joint responsibility.

Introducción

Tomando como base y derivándose del contrato de gestión firmado entre las Gerencias del Servicio Cántabro de Salud (SCS) y del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), en el año 2004 se establecieron contratos de gestión internos entre la Gerencia hospitalaria y Unidades o Servicios tanto clínicos como no asistenciales. Se configuraron como elementos dinamizadores de la integración del personal en el logro de los objetivos institucionales, buscando la implicación de éstos en las tomas de decisiones en el ámbito de una dirección participada por objetivos (DPO).

Pero era necesario algo más. Por eso se confeccionaron esos contratos de tal manera que esa asunción de objetivos institucionales lo fuera de la forma más amplia posible, empeño únicamente alcanzable fomentando el trabajo en equipo; y en este punto se fijó una auténtica innovación directiva al estar comprendido en el contrato del Servicio o Unidad correspondiente absolutamente todo el personal, con independencia del grupo profesional al que estuviera adscrito. Por ello, ya desde el ejercicio de 2004 se incluyó en cada contrato un ítem que contenía la obligatoriedad de celebrar cuatro reuniones anuales, lideradas por la persona responsable de la Unidad, con todos los componentes de ésta, en las que se efectuaba un seguimiento del estado del contrato en aquel momento (normalmente trimestral), debiendo levantar acta signada por los asistentes que se remitía posteriormente a la Gerencia.

Por otro lado, el contrato de gestión acordado con el SCS estableció un modelo de incentivos ligado a la evaluación y el cumplimiento de los objetivos en él marcados, configurándose así como una herramienta de gran uti-

lidad para el reparto de la productividad variable, a la que quedan vinculados mediante la firma individualizada y voluntaria de adhesión al contrato, que se incluyó en los mismos.

Pero, también adquieren la máxima importancia con vistas a un futuro inmediato: su aplicación a la ya inminente puesta en práctica de la carrera profesional, definida como "el derecho de los profesionales a progresar de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización en la que presta sus servicios"; porque, aún sin cerrar definitivamente, el modelo de carrera profesional establece parámetros en tres bloques: a) Actividad y competencia asistencial, b) Formación continuada, y c) Docencia, investigación y compromiso con la organización. Así pues, los ítems contenidos en los contratos son de gran valía para la evaluación futura en la mencionada carrera.

Objetivos

Estimular la participación de los trabajadores, convirtiéndolos en elementos activos y plenamente responsables de la función que a cada uno corresponde dentro del equipo en que se encuentra integrado, con independencia de su categoría de pertenencia. Indudablemente, es clave la implicación de todos y cada uno en la consecución de objetivos, que son comunes a la Unidad o Servicio, independientemente del tipo de personal que lo componga. En las unidades del área no asistencial colabora personal de la función administrativa con personal subalterno, pinches con cocineiros, fontaneros y mecánicos, peluqueros y jardineros, etc., y en las asisten-

ciales pueden coincidir, entre otros, facultativos con enfermería, auxiliares de enfermería, personal subalterno, función administrativa, psicólogos, logopedas... En las reuniones de seguimiento del contrato, todos y cada uno de los componentes pueden y deben aportar y, en su caso, demandar, soluciones en función del desarrollo del mismo. Además todos los trabajadores del Servicio o Unidad disponen de una clave para acceder en cualquier momento a través de la intranet hospitalaria a la evolución del contrato de su unidad, que es actualizada permanentemente por el Servicio de Información Asistencial.

Pero el sistema y estructura de los contratos demandaba algo más. Para que la implicación y la participación de todos los componentes de las Unidades se realizaran de forma efectiva, se hizo necesario el acercamiento del lenguaje de gestión a la clínica para confluir en un fin común: la más eficiente asistencia sanitaria

Metodología

El HUMV depende de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, a través del SCS. La Gerencia del HUMV ha establecido contratos de gestión tanto con servicios clínicos como no asistenciales (Tabla I). En el año 2006 se han cubierto el 100% de las unidades, quedando excluidas únicamente las

de apoyo administrativo a las direcciones. Se pueden conformar nuevos contratos cuando un Servicio o Unidad determinado, en función de características específicas, propone la disgregación en diferentes unidades y se acepta por la Gerencia.

Cada contrato se presenta a los componentes de las unidades que deseen asistir en reunión con el equipo directivo hospitalario (direcciones de Gerencia, Médica, de enfermería y de Gestión) El cierre del ejercicio los años 2004 y 2005, con los resultados de evaluación, ha sido igualmente comunicado en reunión a ese efecto concreto. Pero además, el equipo directivo efectúa dos presentaciones anuales, al menos, abiertas a todo el personal sobre los resultados globales del centro: una al comienzo del ejercicio en que se explican los resultados del anterior en absolutamente todos sus ámbitos, y otra el último trimestre del año presentando la previsión de cierre, también general. También se expone la situación del hospital en el ranking nacional comparándolo con establecimientos sanitarios del mismo nivel.

Existe una preponderancia en el peso del apartado de actividad, básico en una asistencia sanitaria eficaz. Pero los tres restantes contienen el mismo peso en la consecución de la eficiencia. Los objetivos presupuestarios se refieren únicamente a los capítulos I y II, aunque se les informa también de las inversiones (capítulo VI) realizadas

Tabla I. Contratos firmados

	2004	2005	2006
Con unidades asistenciales			
Servicios médicos	22	22	22
Servicios centrales	12	12	14
Servicios quirúrgicos	14	15	15
Con unidades no asistenciales			
Área de gestión y staff Gerencia	16	17	18
Totales	64	66	69

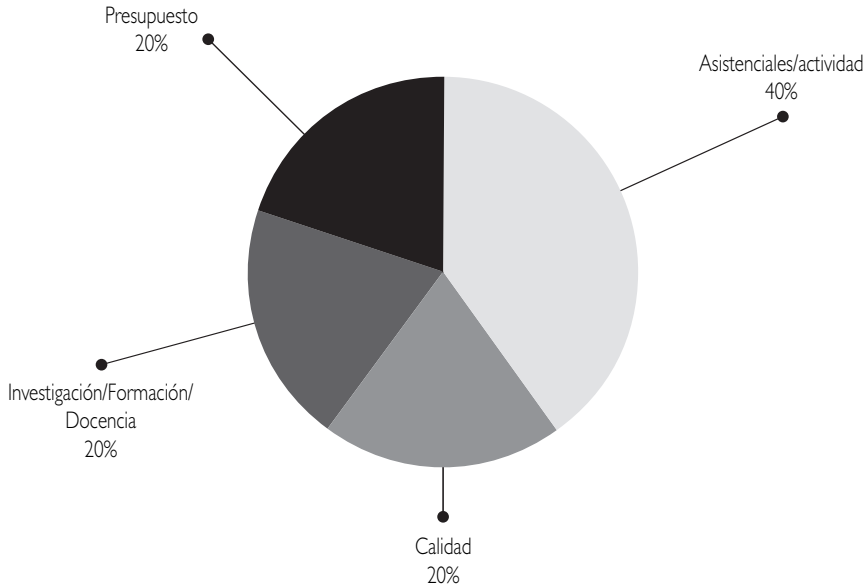


Fig. 1. Los contratos se estructuran en cuatro grandes apartados de objetivos

para el Servicio o Unidad que en el momento se trate. El presupuesto hospitalario de ambos capítulos se reparte proporcionalmente a las Unidades o Servicios. La evaluación del cumplimiento en gastos de personal (capítulo I) se realiza sobre el gasto efectuado en la parte que la Unidad o Servicio puede tener influencia, o sea, sobre la contratación por sustituciones, aunque en el presupuesto que se les adjudica incluye el total de costes, de personal fijo o variable. En cuanto al capítulo II, el grado de cumplimiento se valora sobre tres apartados: fungibles, prótesis e implantes y farmacia hospitalaria. Obviamente, en función de la utilización que de los mismos realicen los Servicios (las unidades del área de Gestión y staff de Gerencia no emplean "farmacia", igual que algunos servicios centrales. Con las "prótesis e implantes" sucede lo mismo, al utilizarlos generalmente los quirúrgi-

cos). En el caso del capítulo II, el cumplimiento económico se ajusta con los consumos (que reflejan la actividad) y las eventuales variaciones de los precios de adquisición.

Los trabajadores han podido incorporar elementos o alterar el contenido de los contratos que se les presentan, siendo únicamente inmodificables las líneas estratégicas y los fines institucionales expresamente recogidos en el contrato acordado entre las Gerencias del SCS y del hospital.

Estos contratos internos son firmados por el gerente del hospital y con aquellos componentes de los servicios o unidades que libremente quieran adherirse, con independencia de su categoría de pertenencia, al sistema directivo por el que se ha decantado la Gerencia: dirección participada por objetivos. Este compromiso adquirido

a través de la firma individualizada de aceptación del contrato sí que vincula para su utilización como herramienta de reparto de la productividad variable; pero como se dijo en la introducción, y sin duda revierte mayor importancia, como elemento de valoración a considerar en el momento que se aplique la carrera profesional. Serán los resultados de estos contratos los primeros instrumentos válidos para realizar la necesaria evaluación de los profesionales.

En cuanto a la distribución de las cantidades del concepto de productividad como aplicación del resultado del cumplimiento contractual, en el ejercicio 2004 se realizó un corte correspondiente con el logro medio hospitalario (84,76%), de tal forma que las cantidades excedentes producto de la diferencia entre el grado de cumplimiento real de cada unidad o servicio y ese 84,76% revirtieron linealmente en aquellos otros que superaron esa media, en un reparto acorde con los objetivos logrados.

En el ejercicio de 2005 se procedió a un reparto coincidente con el grado de cumplimiento, sin el corte que se realizó en el año 2004. Se realizó una distribución de puntos a los que se adjudicó un valor económico ajustado porcentualmente por categorías.

En ambos ejercicios, las unidades o profesionales no firmantes de contrato (apoyo a direcciones) han percibido las cantidades que se corresponden con la media hospitalaria.

El grado de cumplimiento de los contratos ha sido satisfactorio (Tabla II). El aumento notable del porcentaje de consecución de todas las unidades es producto de la implicación y el compromiso indudables de sus componentes, aunque aún queda un nada desdeñable camino por recorrer. Es menor el ascenso porcentual de las unidades no asistenciales, pero también es cierto que tenían un margen menor para el desarrollo: su cumplimiento medio en 2004 ya se encontraba en un 94,28% y era ciertamente arduo lograr aumentos muy superiores al 2,35% alcanzado. No obstante, se continúa por esa senda y cada décima de progreso, lejos de ser trivial, es tremendamente importante y estimulante para continuar en la ruta de mejora marcada.

El ejercicio 2004 hubo una sola Unidad (staff Gerencia) que alcanzó el 100%, y en 2005 fueron tres (dos áreas de gestión y una asistencial)

Se produce un importante aumento del porcentaje del cumplimiento en el caso de servicios clínicos centrales, manteniéndose en las unidades asistenciales médicas y disminuyendo en el resto (Tabla III). En relación con los resultados generales (recordemos que el aumento medio del hospital fue de un 7,84%), las cifras reflejadas en este apartado son meramente expositivas, al haberse producido realmente un notable incremento en la consecución de los diferentes objetivos del contrato firmado entre el hospital y el Servicio Cántabro de Salud.

Tabla II. Grado de cumplimiento

	Año 2004	Año 2005	DIF.
Cumplimiento medio	84,76	91,40	7,84%
Servicios o unidades médico	83,14%	90,20%	8,49%
Servicios o unidades centrales	83,59%	93,20%	11,49%
Servicios o unidades quirúrgicos:	75,81%	87,20%	15,02%
Servicios o unidades del área de Gestión y staff de Gerencia	94,28%	96,50%	2,35%

Tabla III. Porcentaje de Servicios o Unidades que superaron el logro medio

	Año 2004	Año 2005	DIF.
Servicios o Unidades médicos:	50%	50%	=
Servicios o Unidades centrales:	50%	75%	50%
Servicios o Unidades quirúrgicos:	28,57%	26,66%	(-6,7%)
Servicios o Unidades del área de Gestión y "staff" de Gerencia:	93,75%	88,23%	(-5,89%)

Tabla IV. Resultados asistenciales

Concepto	2004	2005	Diferencia 04/05
Ingresos totales	35.484	36.700	3,42%
I. quirúrgicas totales	19.762	19.863	0,51%
Índice de complejidad	1,75	1,77	1,14%
Porcentaje de ocupación	87,24%	87,84%	0,68%
Consultas totales	506.534	520.084	2,67%
Estancia media	8	7,90	(-1,25%)

Tabla V. Publicaciones

Concepto	2002/2005
Publicaciones científicas	50%
Porcentaje de publicaciones indexadas	21%
Factor de impacto	14%

En cuanto a resultados de ítems concretos:

Es gratificante comprobar que el ítem que descendió en el comparativo 2004/2005 en actividad asistencial fue únicamente el relativo a la estancia media, aumentando el resto (Tabla IV) Igualmente el aumento de un 50%, entre los años 2002 y 2005, de las publicaciones científicas es significativo (Tabla V), igual que los ascensos, en el comparativo 2004/2005, de los porcentajes de publicaciones indexadas y de su factor de impacto.

En cuanto a los resultados sobre los objetivos presupuestarios, desde el inicio de la modalidad de contrato de gestión que se comenta, se constata que los efectos de esos contratos sobre ambos capítulos siguen un trazado positivo, aunque es preciso establecer un paralelismo con la actividad,

trasladada a consumos reales, en el caso del II.

Los datos comparativos se establecen con el ejercicio 2003, en que no existían contratos de gestión.

Consumo y actividad

La figura 2 recoge la evolución de los consumos entre los años 2003 y 2005 de los productos del capítulo II que al mismo tiempo son reflejo de un aumento en la actividad. La curva es ininterrumpidamente ascendente en los tres tipos de artículos:

Aparece un notable incremento de casi el 15% en material de laboratorio como los que recogen los fungibles (22,56%) y las prótesis e implantes (20,57%) (Fig. 3).

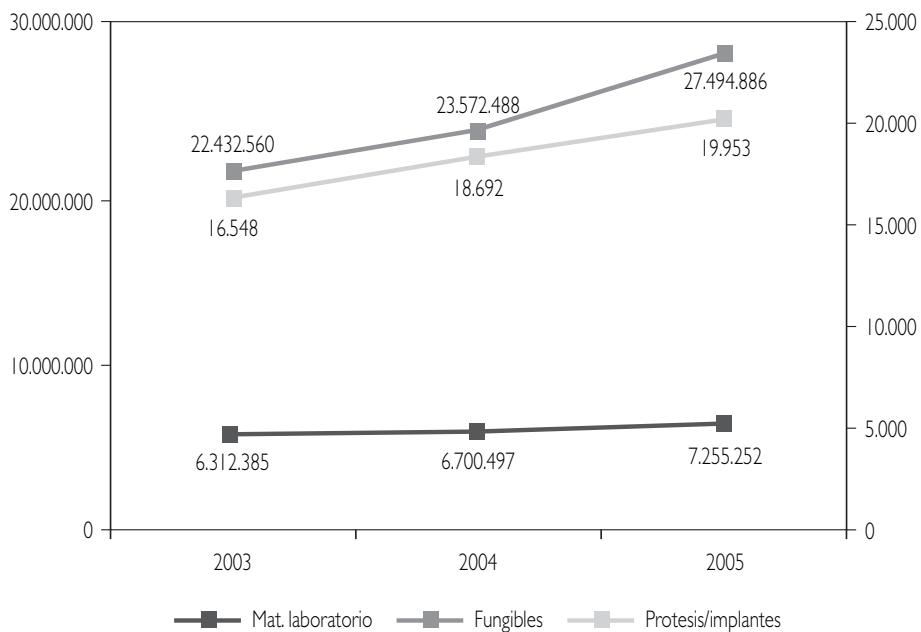


Fig. 2. Evolución de consumos 2003/2005



Fig. 3. Incremento porcentual del consumo 2003/2005

Evolución de precios nuevos

Sin embargo, los precios medios de adquisición disminuyeron de forma apreciable en el material de laboratorio (Fig. 4), algo menos en fungibles (Fig. 5) y solamente aumentaron un 8% en prótesis e implantes (Fig. 6), que es por otro lado el producto de mayor valor económico. Por tanto, el esfuerzo también se apreció en la aplicación de un sistema eficiente de adquisición de productos por parte de la subdirección de compras, que aglutinó dos contratos internos del área específica de gestión.

Resultados presupuestarios. Porcentaje de desviación

De los resultados que se exponen en la figura 7, en el capítulo I, aparte de la importantísima reducción sobre el año 2003 (86%), el cierre 2005 con una des-

viación del 0,2% refleja la gestión positiva de los recursos humanos que todas las unidades, clínicas o no, han realizado. En cuanto al capítulo II (Fig. 8), si bien es cierto que el ejercicio 2005 ha supuesto un repunte del 111% sobre el cierre del 2004, conjugando el notable aumento del consumo con el incremento de la actividad asistencial (Figs. 2 y 3), y el resultado contra el año 2003 (-25%), ponen de manifiesto la eficiencia de la gestión de todas las Unidades.

Se han mejorado, sin ninguna duda, todos los apartados: asistenciales, de calidad, de investigación, formación y docencia y presupuestarios. Las unidades o servicios asistenciales han incorporado a su dinámica de trabajo el concepto de objetivo presupuestario y, en los casos de las unidades de gestión y "staff" de Gerencia, se va creando la dinámica de incorporarse a la investigación, formación y docencia.

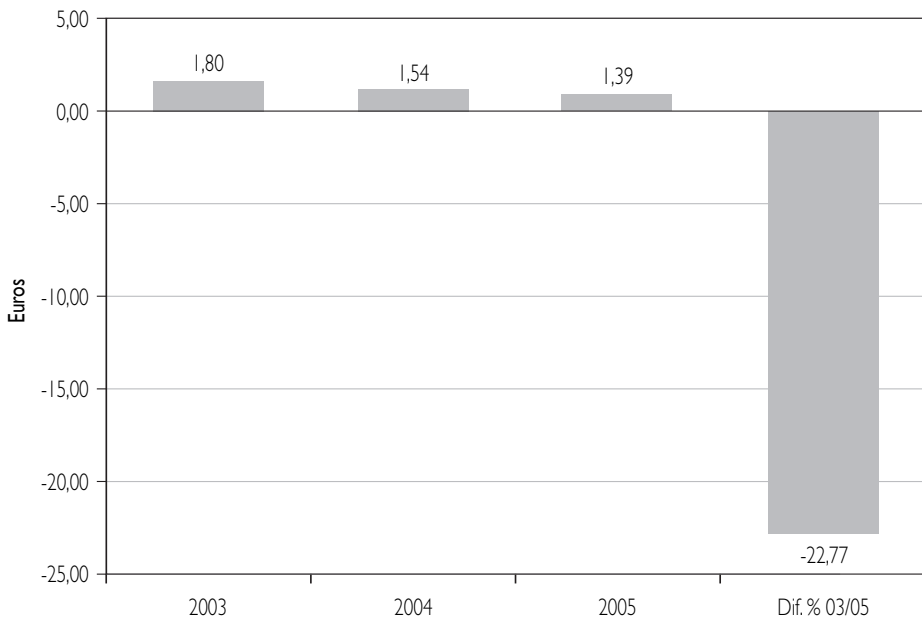


Fig. 4. Evolución del precio medio. Laboratorio

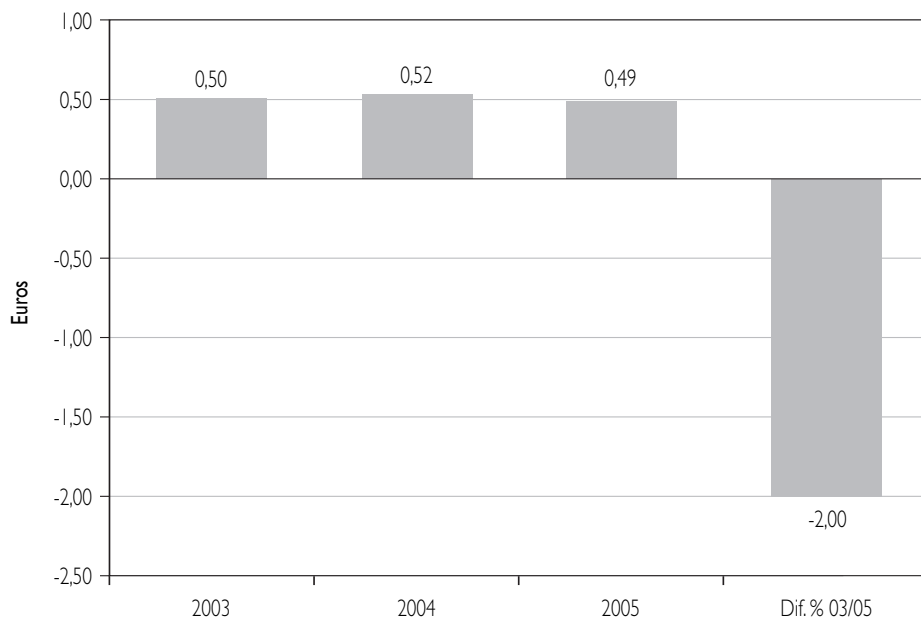


Fig. 5. Evolución del precio medio. Fungibles

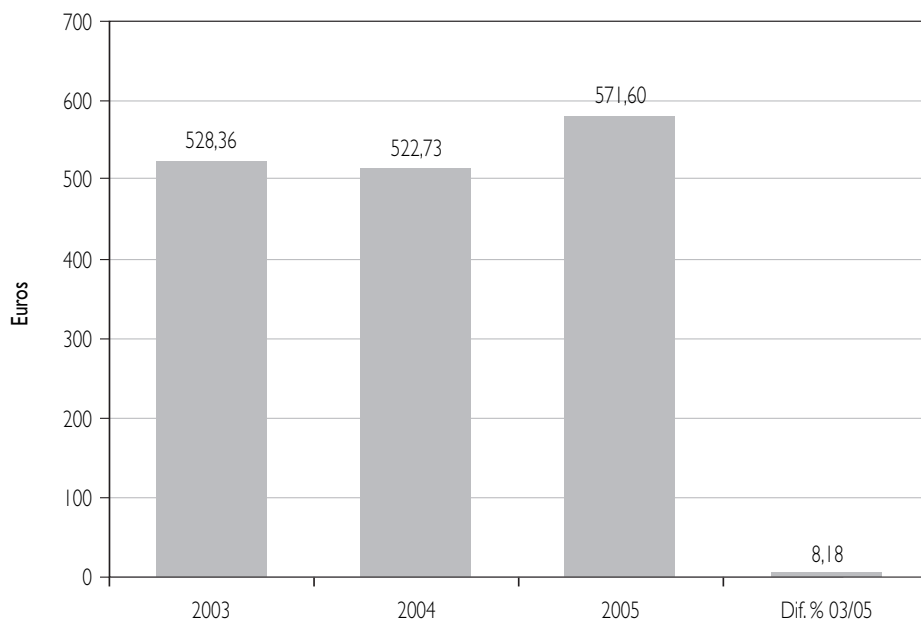


Fig. 6. Evolución del precio medio. Prótesis e implantes

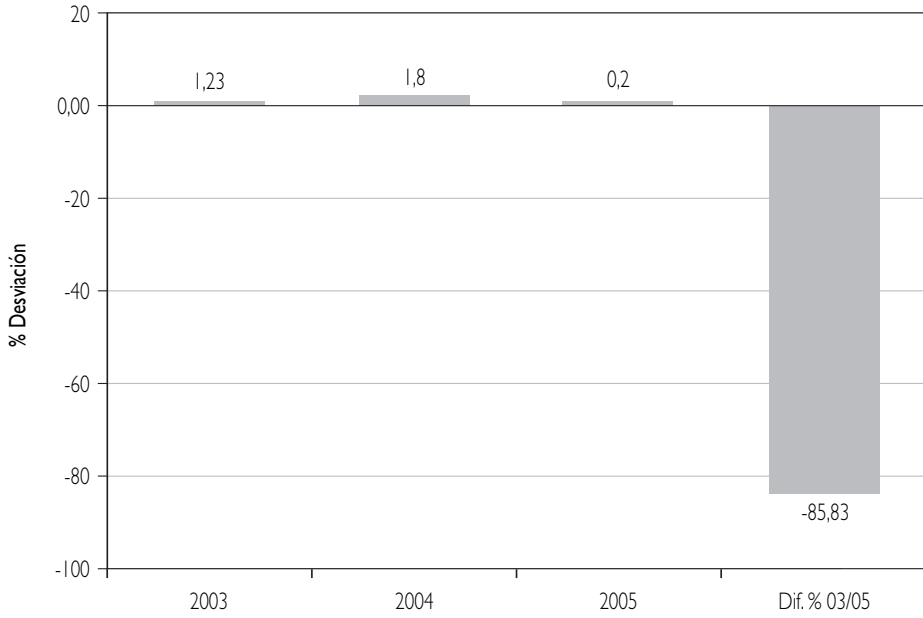


Fig. 7. Capítulo I. Porcentaje de desviación

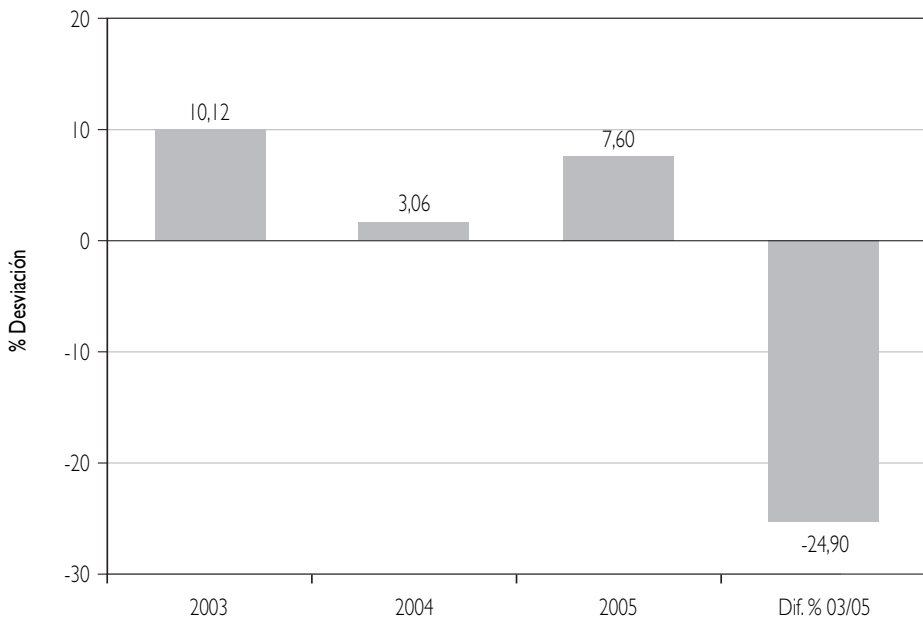


Fig. 8. Capítulo II. Porcentaje de desviación

Conclusiones

El establecimiento general de los contratos internos de gestión en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla el año 2004 ha supuesto:

- Participación e innovación: la aplicación innovadora del sistema de contratos de gestión en el ámbito de una dirección por objetivos instauró en el año 2004 las bases para acercar el lenguaje de gestión a la clínica, que se consolidó en el año 2005.
- Implicación y corresponsabilidad: elemento motivador e incentivador del personal, que se sintió implicado en el logro de los objetivos institucionales, asumiéndolos como propios, que conocen directamente y cuya evolución pueden y deben seguir. Se ha producido una efectiva puesta en práctica de la corresponsabilidad, a través del fomento de la participación en equipos absolutamente heterogéneos y multidisciplinares.
- Elemento integrador del personal en el grupo, conformando equipos plenamente identificados con el conjunto del servicio o unidad.
- Culturización: se incorpora a todas las unidades, asistenciales o no, la cultura de "concepto presupuestario", que se asume por todos. Igualmente se asume la "formación, investigación y docencia", básicamente por unidades del área de Gestión y staff de Gerencia, donde estaban menos arraigados.
- Eficiencia: como lo pone de manifiesto la evidente mejora de la actividad asistencial, unida a los resultados económicos y los de investigación, y la formación y docencia aplicados al ámbito no asistencial.

- Herramienta de gran utilidad para la distribución de las cantidades a asignar en concepto de productividad variable, tomando como referencia el grado de cumplimiento contractual y, mucho más importante, como instrumento evaluador del desempeño profesional en la futura carrera profesional.

En Salamanca en las VIII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios organizadas por la Fundación Signo, en su ponencia denominada "Gestión de la tecnología desde la perspectiva del clínico" el doctor Antonio Asso Abadía, Jefe de Sección de Electrofisiología del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, demandaba de los administradores (sic) que vieran a los clínicos como aliados... Pues bien, estando completamente de acuerdo con su exposición y constatando que el sistema de contratos expuestos, en que desde el trabajador más cualificado al del menor grupo de clasificación tienen importancia y peso en el equipo, además de integrarse en una Dirección participada por objetivos, coincide con los encomiables deseos del doctor Asso, no podemos sino sentir una legítima satisfacción al comprobar que también el sistema de contratos aporta un valor añadido a los resultados que se han expuesto. Porque, si bien es cierto que creemos que el trabajo individual es importante, en el HUMV hemos apostado por la suma y la conjunción de individualidades, buscando que todos formemos un equipo armónico, con independencia del instrumento que a cada uno corresponda tocar, que busque y alcance con efectividad los objetivos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en una sanidad pública universalizada para todos los sujetos del derecho, para todos los ciudadanos.

Bibliografía

- Memoria Ejercicio 2005 HUMV, ed. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. D.L. SA: SA-467-2006.
- Memoria Ejercicio 2004 HUMV, ed. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. D.L.: SA-645-2005.
- Vicente Ortún Rubio, Gestión clínica y sanitaria, De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Barcelona: Masson; 2003.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Curiel J, Estévez J. Manual para la gestión sanitaria y de la historia clínica hospitalaria. Madrid: Editores Médicos; 2003.
- Ley de Cantabria 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria.
- Puig-Junoy J. Análisis económico de la financiación pública de medicamentos. Barcelona: Masson; 2002.
- Jovell A, Aymerich M. Evidencia científica i presa de decisions en Sanitat. Monografies mediques de l'academia de Ciències Mediques de Catalunya i de Balears. 1999.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Constitución española de 1978.

El cuadro de mando integral

⁽¹⁾Seara Aguilar G, ⁽²⁾Rodríguez Balo A

⁽¹⁾GSA: Hospital Clínico San Carlos. Servicio Madrileño de Salud.

⁽²⁾ARB: Gerencia Área 7 de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud
german.seara@salud.madrid.org

Resumen

En esta comunicación se repasan algunas de las razones del nacimiento de los cuadros de mando, pasando de simples colecciones de datos a agrupaciones ordenadas de indicadores. Los cambios sociológicos, económicos y de los sistemas de comunicación generan también cambios importantes en las necesidades de las organizaciones para el control de sus resultados, y en las características de los indicadores a utilizar. El cuadro de mando integral responde a esos cambios de necesidades y enfoca sus perspectivas a orientar la organización hacia sus clientes. Nace como un elemento de información, pero pronto se convierte en una herramienta de gestión de la estrategia.

Palabras clave: Indicadores, Estrategia, Cuadro de mando integral.

Balanced scorecard

Abstract

In this paper, authors review some reasons of appearance of so called "tableau de bord": from simple data collection to indicator sets. Significant evolution in organizations need to follow social, financial and communication changes and for results control and key performance indicators to be used. Organizations must be focused on client satisfaction and balanced scorecard is one of the answers. It begins as a control tool but evolves to a strategic element.

Key words: Indicator, Strategy, Balanced scorecard.

Introducción

Desde el momento en que las organizaciones precisan estimar el alcance en sus objetivos y los recursos que utilizan, necesitan un sistema más o menos complejo y sistemático que

les permita disponer de los datos adecuados. Esta necesidad ha llevado a lo largo del tiempo al desarrollo de diferentes maneras de recoger datos que han desembocado en los denominados "sistemas de información".

Los modelos iniciales estaban orientados a disponer del mayor número posible de datos, buscando la información precisa para todas las preguntas posibles. Esta necesidad se incrementa según lo hace la complejidad de las empresas, su producción y la presión de un entorno competitivo creciente. Pero según crece el número de preguntas a contestar, se hace más difícil la accesibilidad a todos los datos aparentemente necesarios. Y cada vez es más imprescindible decidir qué tipo de sistema de información se va a utilizar, que permita a los directivos tomar la decisión adecuada en el momento preciso.

¿Cómo nace un sistema de información?

Un sistema de información suele nacer como un *conjunto de datos* que se refieren a aspectos de la estructura, los procedimientos y los resultados de la organización. En general son un agregado numeroso de cifras que dan la impresión de recoger una información detallada y minuciosa. Cuanto mayor sea cada uno de los elementos de la organización, más tiende a crecer el número de guarismos con el que se representa su estructura y actividad. Sin embargo, la labor del directivo respecto a ese conjunto de datos es obtener *información* para conocer la marcha de la empresa y tomar decisiones de actuación. Y, en ese momento, los conjuntos de datos se convierten en documentos de difícil manejo que requieren con frecuencia realizar operaciones combinando datos o indagar sobre su origen o su significado.

Es fácil que cuando un responsable de una empresa o de un área determinada, pongamos un gerente o un director general, solicita una información sobre una división concreta de su organiza-

ción, se encuentre con un documento de varias docenas de páginas, cuando no de varios cientos, que irónicamente le pueden haber presentado como "resumen ejecutivo", cuya sola visión le aleja de cualquier esperanza de obtener, en un plazo razonable, la información que precisa para una toma de decisiones. Pero, además, cuando requiere información a distintas divisiones del negocio, el sesgo de la orientación es frecuentemente muy alto. Cada división trata de dar una pormenorizada información de sus procedimientos, la importancia de su participación en la empresa y de sus problemas, con lo que el directivo superior puede llegar a tener la impresión de que no dirige una organización con unos objetivos comunes, sino que cada una de sus divisiones parece tener unos objetivos diferentes. Para intentar tener datos de todos los niveles, proliferan los subsistemas de información, que al tener intereses y momentos diferentes de desarrollo, con frecuencia no son compatibles y no responden a unos criterios estructurados y comunes, por lo que no permiten su agregación o desagregación según el nivel de la organización en que vayan a utilizarse. Son demasiado amplios para los niveles directivos superiores e insuficientes para el área operativa ¿Pero pueden renunciar a la información que ya tienen, aunque no esté integrada? ¿Disponen del tiempo y conocimiento necesarios para replantear un sistema adecuado de información? ¿Merecerá la pena?

Este camino lo han recorrido y lo recorren numerosas empresas, en paralelo al desarrollo de modelos "profesionales" de sistemas de información, a los que no se recurre por desconocimiento de su existencia, por ir acompañados de un proceso de desarrollo complejo o costoso o por utilizar una terminología que es aparentemente "dura". En realidad se trata de una

combinación de todos estos factores, que como resultado lleva a las organizaciones a peregrinar perdidos por unerial que otros ya han transitado.

Los cuadros de mando

El paso lógico lleva a lo que se conoce como "cuadro de mando", cuyo concepto y utilización surge en los años sesenta y supone un avance importante: permite pasar de un *conjunto de datos* no seleccionados a un *conjunto de indicadores* que ofrecen información sobre las áreas estimadas relevantes para la empresa. Cuando se inician, y durante varias décadas, son los aspectos contables y financieros los que representan la casi totalidad de los datos. Y sigue siendo un tipo de sistema de información presente hoy en día en la mayor parte de las organizaciones privadas y la estructura básica del ámbito público.

Se suele hablar de *cuadro de mandos*, en plural, rememorando los cuadros o tableros de instrumentos que se utilizan en instalaciones industriales o en vehículos (coches, trenes, aviones...). Los indicadores de cada una de las ventanas se refieren a elementos determinados del sistema y ayudan a verificar la situación de esos componentes del proceso global. Cuando se pretende expresar que el sistema de información se utiliza para la gestión de un área completa o una organización, se suele utilizar en singular, *cuadro de mando*, queriendo significar que lo allí contenido es necesario y suficiente para el control de la empresa. Es decir, en la primera acepción el énfasis está en conocer la organización, mientras en la segunda se pone en la capacidad de controlar la evolución.

Supone un avance sobre la situación anterior, pero tienen limitaciones importantes. Una es que suelen ofrecer

en una misma presentación *datos* que precisan de una reelaboración o valoración para indicar el estado de la función, tarea u objetivo de la que se extraen, e *información*, que permite directamente el conocimiento de lo que se pretende. Otra es que lo que presentan es conocimiento basado en lo ya sucedido o una extrapolación lineal hacia el futuro. Plantean preguntas obvias: ¿es útil para la toma diaria de decisiones? La información que contienen esos sistemas ¿se refiere a los aspectos fundamentales, estratégicos, de la organización? Lo que nos lleva a las siguientes cuestiones: ¿qué recogemos, cómo lo hacemos, cómo lo explotamos, cómo lo representamos?

El concepto de cuadro de mando/s clásico se comienza a discutir cuando se van produciendo cambios en los entornos económicos, sociales y tecnológicos, con una velocidad creciente y con un impacto cada vez más rápido en lo que se requiere de las empresas. El nivel de *previsión* deja paso al proceso de *incertidumbre*. En la planificación tradicional, las acciones consolidadas del pasado permitían prever los resultados del futuro. Por tanto, cuadros de mando que resumieran los indicadores financieros fundamentales servirían para programar adecuadamente el éxito del mañana. Cuando disminuye la estabilidad, la posibilidad de que los indicadores clásicos no definan adecuadamente la evolución futura de las organizaciones empieza a ser más probable. De alguna forma es como pasar de la mecánica clásica a la mecánica cuántica. El gato de Schrödinger puede estar vivo y muerto a la vez, y nuestros viejos indicadores no sirven para predecirlo.

La sensibilidad social respecto a los productos, y sobre todo frente a los servicios, cambia por completo. La frase de Henry Ford "los clientes pueden tener un coche del color que quieran

siempre que sea negro", que traducía que el cliente era un mero destinatario del producto final, queda ya muy lejos. Surge además con fuerza la importancia de la calidad de la producción y la satisfacción del cliente como claves para la supervivencia de las empresas.

La evolución vertiginosa de las comunicaciones crea un entorno en rápido cambio que influye también en la necesidad de reaccionar a las expectativas y necesidades de los clientes. Éstos pueden decidir qué compran en un ambiente de alta competitividad, en el que las características de los productos se conocen y comparan rápidamente. Se hace imprescindible contar con una estrategia que oriente a las organizaciones a reaccionar a los cambios o incluso a adelantarse a las necesidades y expectativas. Y además a disponer de mecanismos que permitan revisar con cierta facilidad las actuaciones que originan. Es decir, una *estrategia orientada al cambio*.

En las empresas del sector público, la competencia tiene un impacto diferente, pero también existe. El cliente/ciudadano compara la satisfacción de necesidades y expectativas entre sector público y privado, entre compra directa y pago mediante impuestos, entre lo que le prometen y lo que realmente obtiene. Las opciones que los diferentes modelos políticos ofrecen como modelos de sostenibilidad del sector público impulsan esta competitividad, que antes no estaba presente.

Todos estos factores conducen a una importancia creciente de la estrategia como un elemento clave de supervivencia. El cuadro de mando de los años sesenta se conforma esencialmente en torno a indicadores que permiten conocer los costes y los beneficios de lo que ya se ha producido, bien sean productos o servicios. La

creciente rapidez de los cambios y el mayor impacto de éstos llevan a que la estrategia se deba formular y revisar cada vez con mayor precisión. Y para desarrollar la estrategia, es decir, lo que hay que hacer para pasar de la situación conocida a la que queremos alcanzar, se necesitan datos del pasado, pero también de lo que sucede en el presente y lo que puede esperarse en el futuro. Se necesita pasar de la *predicción a la creatividad*. Se hacen necesarios sistemas de información que respondan a estos retos.

El cuadro de mando integral

El cuadro de mando integral nace en este contexto y ante estas necesidades. Como muchos cambios positivos, surge de una intención de cambio menos ambiciosa. En 1990 Kaplan y Norton lideraron un estudio en el que participaron una docena de grandes empresas norteamericanas que, ante la percepción de que los enfoques y sistemas del momento se estaban volviendo obsoletos, deciden desarrollar un nuevo modelo de medición de la actuación. El estudio se terminó a fines de 1990 y el resumen de sus descubrimientos y conclusiones se publicó en un artículo denominado "The balanced scorecard: measures that drive performance" en la Harvard Business Review de enero-febrero de 1992¹. Y el modelo fue traducido al castellano como "cuadro de mando integral" (CMI). Surge como un sistema de medición de los objetivos de la organización en las cuatro *perspectivas* que determinan el rendimiento de la misma: *financiera*, de *clientes*, de *procesos internos* y de *innovación y aprendizaje*. El modelo y sus primeras experiencias de aplicación se publican en un libro en los años siguientes².

La perspectiva financiera marca la consecución de los objetivos financieros de la empresa: es decir, cómo con-

seguir los máximos rendimientos de las inversiones realizadas. Por lo tanto, ha de conseguir un equilibrio entre los resultados a corto plazo (resultado de lo ya realizado) y a largo plazo (lo que se hace de cara al futuro). Esencialmente recogerá dos grandes líneas de estrategia: la productividad y el crecimiento. En el CMI responde básicamente a la pregunta ¿cómo deben vernos nuestros accionistas?

La perspectiva de clientes recoge los resultados obtenidos en la oferta a nuestros clientes, es decir, las proposiciones de valor para el cliente, fundamentalmente en los atributos de productos o servicios: calidad, precio, disponibilidad, selección, servicio y funcionalidad. En el CMI la pregunta sería obvia: ¿cómo nos ven nuestros clientes?

En las empresas del ámbito público, la obtención de beneficios financieros no es el principal objetivo, sino que lo es su capacidad de cumplir la misión establecida en la normativa que las rige. Por lo tanto, la orientación en el sector público, aunque muy similar, requiere una modificación en el planteamiento: cómo alcanzar la misión establecida, en un marco de sostenibilidad financiera (presupuesto), cumpliendo la cobertura de las necesidades de los clientes (múltiples, como veremos). Por lo tanto, estaremos hablando de interrelaciones de eficacia, eficiencia y satisfacción de expectativas.

La perspectiva de procesos internos refleja aquellos procesos de la organización en los que es necesario ser excelentes para obtener la satisfacción de los clientes y permitir beneficios financieros sostenidos. Responden pues tanto a necesidades como a expectativas. En el CMI la pregunta será ¿en qué procesos debemos ser excelentes para satisfacer a clientes y

financiadore/accionistas? Hay que señalar que, mientras las dos perspectivas anteriores –financiera y de clientes– recogen resultados finales, aquí hablamos de resultados intermedios.

Por último, la perspectiva originalmente denominada de innovación y aprendizaje se refiere a los inductores de crecimiento y aprendizaje de la organización, que permitirán el ensamblaje de las capacidades necesarias para el éxito de la organización. Tendrá que ver con las personas que la forman, su formación y desarrollo, las infraestructuras y los sistemas. Aquí la pregunta sería: ¿cómo facilitaremos la capacidad de aprender de la organización y su crecimiento? De nuevo hablamos de resultados intermedios, no finales.

Si asociamos las preguntas planteadas, la “gran pregunta” podría quedar así: cómo deberán vernos nuestros clientes para conseguir o mantener el liderazgo de nuestra organización y obtener los beneficios que pretendemos; en qué deberemos ser excelentes para conseguirlo y cómo hemos de aprender y crecer para conseguirlo de manera estable y duradera.

Con el transcurso de su desarrollo, tanto los autores originales como las empresas que lo aplican se dan cuenta de que si se vinculan los indicadores de cada una de las perspectivas del cuadro de mando integral con la estrategia de la organización, se obtiene un modelo de gestión³. Los indicadores controlan resultados de planes de acción, que marcan objetivos que traducen la estrategia en parámetros medibles. Por tanto, lo fundamental es que las actuaciones que controlamos sean las fundamentales y estén orientadas hacia el mismo fin en toda la organización. Lo que en principio era un cuadro de seguimiento informativo pasa a ser un modelo de gestión basado en la estrategia, que

permite además saber hasta qué punto se están alcanzando objetivos presentes y cómo van encaminadas las actuaciones para conseguir resultados en el futuro (Fig. 1).

La propuesta del cuadro de mando integral se basa en que una organización debe tener la información que le permita tomar decisiones y seguir la marcha de los resultados de los diferentes aspectos que determinan su permanencia y competitividad, lo que está muy relacionado con el concepto de "grupos de interés", todos aquellos que tienen intereses en la organización, en sus actividades y sus logros; habitualmente y de manera esquemática, las personas de la organización, los financiadores o accionistas, los proveedores, los clientes y la sociedad.

Una empresa se mantiene y crece porque obtiene unos buenos resultados en todas aquellas cuestiones que satisfacen adecuadamente las necesidades y expectativas de esos grupos de interés. La estrategia de una organización debe buscar cómo lograr esos buenos resultados. El empleo del cuadro de mando integral facilita

pasar del análisis de la estrategia al establecimiento de objetivos estratégicos relacionados con los resultados que buscan los diferentes grupos de interés.

En su aspecto de sistema de información nos proporciona los indicadores que informan de los resultados de las actuaciones que la estrategia planteada ha llegado a poner en marcha en la organización; los resultados de lo que se ha hecho y la situación de las actuaciones que pueden influir en los resultados futuros. Siguiendo el aforismo "dime cómo me mides y te diré cómo me comporto", el cuadro de mando integral, al transmitir cuáles son los indicadores, comunica a toda la organización los objetivos y la dirección en la que se camina. Si se aúna el mecanismo de despliegue de objetivos de cada nivel de la organización, se potencia la comunicación de la estrategia y permite alinear todas las actuaciones. De sistema de información pasar a ofrecer un modelo de gestión y comunicación.

En próximas comunicaciones ampliaremos estos conceptos.

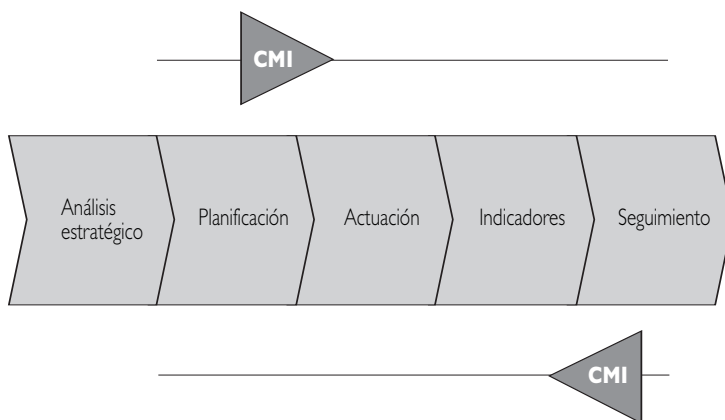


Fig. 1. El cuadro de mando integral actúa como sistema de información y como modelo estratégico de gestión

Citas bibliográficas

1. Kaplan RS, Norton DS. The balanced scorecard. Measures that drive performance. Harvard Business Review, 1992, January-february.
2. Kaplan RS, Norton DS. Cuadro de mando integral. Barcelona: Ediciones Gestión 2000; 2002. Edición original: The balanced scorecard: translating strategy into action, Harvard Business School Press, 1996.
3. Olve NG, Roy J, Wetter M. Implantando y gestionando el cuadro de mando integral (performance drivers). Barcelona: Ediciones Gestión 2000; 2002. Edición original: Performance drivers. A practical guide to using balanced scorecard. John Wiley & Sons, New York, 1999.

Guía para la evaluación de proyectos de telemedicina

Martín JF

fundacionsigno@telefonica.net

La aplicación de las nuevas herramientas informáticas y de telecomunicación al mundo de la salud ofrece expectativas interesantes en momentos, como éste, donde se establecen nuevos modelos de atención basados en la ampliación del acceso al servicio y en la mejora de la calidad de atención, al tiempo que se establecen políticas de racionalización del gasto público en salud. Las posibilidades de aumentar la cobertura y equidad en el acceso a los servicios, la posible reducción de gastos y el aumento de la calidad de la atención son algunas de las metas a las que la telemedicina, entendida como concepto amplio, puede ayudar.

Sin embargo, éste no parece un terreno allanado y despejado por completo. Existen dudas razonables sobre la viabilidad de este tipo de tecnologías para su uso en diversos escenarios clínicos o su implantación en determinadas zonas o países del mundo. Existen aún pocos estudios serios que avalen su idoneidad y capacidad para solucionar problemas concretos. Hacen falta trabajos de evaluación rigurosos que sirvan como referente para la implantación posterior de proyectos de mayor envergadura.

La relación de puntos clave que hay que tener en cuenta en la evaluación de la *viabilidad y resultados técnicos* de un proyecto de telemedicina y en la *evaluación de impacto* de un proyecto de telemedicina difiere sustancialmente. A lo largo de los años, esos dos conceptos se han estado mezclando y confundiendo continuamente, y ésta puede ser una de las razones por las que, casi cuarenta años después de la primera experiencia de telemedicina en el mundo, no exista aún un marco claro de referencia de lo que es y no es eficiente para la aplicación de la informática y las telecomunicaciones en el mundo de la salud.

El objetivo general de un *proyecto de telemedicina* es conseguir la mejora del bienestar de los ciudadanos en particular, o de la sociedad en su conjunto. Por tanto, los resultados esperados deben contribuir a mejorar los indicadores de salud de la población o, al menos, los de los procesos de atención. El objetivo general o estratégico, sin embargo, de un *proyecto de evaluación de telemedicina* es obtener evidencia sobre las posibilidades y los resultados de la aplicación de un sistema en un determinado contexto de actuación de salud. Por tanto, los resul-

tados que cabe esperar son informes técnicos que apuesten o desaconsejen el uso del sistema frente a otras alternativas o por sí mismo, o que al menos indiquen bajo qué circunstancias esa determinada aplicación puede ser usada.

Dada la situación actual del sector, no se pueden seguir apoyando proyectos de telemedicina que no cuenten con un adecuado estudio de viabilidad a medio y largo plazo, que no tengan un plan de evaluación (de calidad, de costes, de accesibilidad y de aceptabili-



Fig. 1. Planificación de un estudio de evaluación de proyectos de telemedicina

dad) serio y que no planteen, desde el primer momento, un oportuno sistema de difusión de resultados. La inversión en un sistema inadecuado estaría frustrando o posponiendo la introducción de alternativas de atención, probablemente más eficientes que la elegida.

Por todo esto, planteamos aquí la adopción de una metodología para la evaluación de proyectos de telemedicina que pretende ser una guía de requerimientos mínimos para realizar con seriedad el estudio y pretende, además, aportar ideas para lograr una introducción menos traumática de estos sistemas, en la rutina clínica diaria de los establecimientos y servicios de salud. Por otra parte, aportamos las líneas de trabajo más importantes para completar una evaluación de impacto que la introducción de dichos sistemas produce en el sistema sanitario, enfocándolo en cuatro grandes líneas de trabajo: la evaluación de calidad, la evaluación de accesibilidad, la evaluación económica y de aceptabilidad.

Aunque cada evaluación tiene que seguir una estructura muy dependiente del entorno y de las características del proyecto concreto, enumeramos a continuación los elementos que debemos incorporar en todo proyecto de evaluación de un sistema de telemedicina.

Descripción general del proyecto y de las cuestiones que hay que investigar

Objetivo general

El objetivo general de cualquier proyecto de evaluación de telemedicina debe ser el de aumentar el conocimiento sobre los resultados de la implantación de una determinada tecnología en un entorno específico. Es la finalidad última del proyecto. Nuestra

propuesta puede y debe ayudar a su consecución, pero supone la existencia de otras alternativas de trabajo que deben sumar esfuerzos para alcanzar este fin.

Objetivo específico

El objetivo específico, sin embargo, debe reflejar la situación alcanzada una vez finalizado el proyecto. Representa el propósito del proyecto concreto y debe reflejar el estado de conocimiento alcanzado una vez cumplidas todas las actividades y resultados del proyecto.

Cuestiones que hay que investigar

En este punto, hemos de definir con precisión qué tipo de evaluación vamos a llevar a cabo. Si es una evaluación económica, de calidad, de acceso o de aceptabilidad, o si estamos realizando, simplemente, un estudio de viabilidad. Podemos precisar más en cada caso y describir, para cada tipo de estudio, la profundidad o las cuestiones concretas de la investigación.

Dentro del estudio de calidad, podemos estudiar o no las siguientes cuestiones:

- Efectividad.
- Confiabilidad.
- Usabilidad.
- Impacto sobre el proceso clínico.
- Impacto sobre el proceso organizativo.
- Impacto sobre la salud y el bienestar del paciente.

Dentro del estudio de accesibilidad:

- Accesibilidad al diagnóstico.

- Accesibilidad al tratamiento y al seguimiento.
- Accesibilidad a la formación del personal sanitario.
- Accesibilidad a información de salud.
- Descripción clínica, donde reflejamos la especialidad médica a la que se orienta el sistema, el colectivo de pacientes al que se dirige, el grado de capacitación del personal de salud que utiliza el sistema y la situación problemática concreta que intenta solucionar.

Dentro de la evaluación económica, podemos realizar estudios de:

- Análisis de costes.
- Minimización de costes.
- Análisis coste/efectividad.
- Análisis coste/utilidad
- Análisis coste/beneficio.

Dentro de los estudios de aceptabilidad:

- Por parte de los pacientes.
- Por parte del personal sanitario.
- Por parte de la gerencia de la red de salud.
- Por parte de las autoridades sanitarias.

Descripción de la metodología de trabajo

Descripción técnica, clínica y organizativa de la aplicación de telemedicina

Debemos especificar claramente qué sistema estamos evaluando y bajo qué condiciones estamos llevando a cabo la evaluación. Para reflejar de forma rigurosa la aplicación y el entorno, separamos la descripción en:

- Descripción técnica, donde han de quedar bien reflejadas las especificaciones del sistema en cuestión, tanto del equipamiento como del software necesario. Debemos adjuntar información sobre los sistemas de captura de datos (resolución y profundidad, protocolo de comunicación, interfaz física de conexión, alimentación, compatibilidades e incompatibilidades, compresión de información, etc.); sobre el sistema de envío (protocolos soportados, velocidad, seguridad, compatibilidad con los estándares, etc.); sobre las capacidades del procesado y almacenamiento de la información (sistema de búsqueda y recuperación de la información, previsualización, zoom, modificación de nivel y ventana, herramientas de anotación e informe, posibilidades de trabajo cooperativo, etc.); y, por último, sobre el sistema de visualización (tamaño, resolución de puntos, escala de grises, etc.).
- Descripción organizativa, donde reflejamos los protocolos de asignación de recursos médicos (personal, equipamiento, dependencias, etc.) al proyecto. En este apartado han de quedar reflejados los cambios organizativos necesarios para la implantación del sistema.

Definición del nivel y perspectiva

Tanto el nivel (paciente, personal sanitario, red de salud, sistema sanitario, sociedad, proveedores...), como la pers-

pectiva (a corto, medio o largo plazo) van a depender en gran medida del presupuesto con que contemos y de la conformidad de todos los actores para permitir un estudio de esas características. Es preferible reducir el nivel o la perspectiva de un estudio, centrándose en aspectos fundamentales, que sumergirse en la infinidad de verificaciones impracticables de un estudio demasiado ambicioso.

Especificación de las hipótesis de investigación

Estas hipótesis han de venir marcadas por los objetivos específicos del proyecto de evaluación. Son aseveraciones concretas sobre el tema de investigación que tienen que ser verificadas por nuestro experimento. Debemos incluir tantas hipótesis de investigación como impactos concretos queramos medir. Una técnica interesante es dividir las hipótesis principales en subhipótesis menores que nos permitan definir experimentos. Las subhipótesis de trabajo son meros artificios epistemológicos para ordenar la investigación y orientar el análisis de los datos. Cuanto mayor sea el desglose en este apartado, mejor identificadas tendremos las actividades que hay que realizar para la ejecución del proyecto. Cada una de estas aseveraciones menores ha de ser contrastada a través de la experimentación; y la conjunción de todas ellas demuestra o refuta la hipótesis principal.

Plan de recolección y procesado de información

Las técnicas de recolección de información van a ser muy diversas y la cronología muy dependiente del estudio particular. De todas formas insistimos en este apartado en que comenzaremos siempre con técnicas cualitativas de investigación, siguiendo un orden clásico de: 1) reuniones de grupo; 2) entrevistas en profundidad; y 3) observación

participante. El proceso puede ser reiterativo hasta que consigamos asimilar la situación actual, las posibles vías de solución, y las variables fundamentales de la investigación. Posteriormente, tras el procesado y análisis de la información cualitativa, el resultado de ésta dará lugar a la creación de cuestionarios y diseños experimentales y observacionales. La recolección de esta información cuantitativa ha de estar regida por la seriedad estadística. La definición del universo, selección de la muestra, separación en grupos aleatorios de intervención y de control, etc., son elementos indispensables en este plan de recolección de la información. Se deben tener en cuenta, de todas formas, criterios de selección de casos que puedan reducir la complejidad del estudio y a su vez aumentar su utilidad.

Plan de difusión de resultados

Sería interesante que en el mismo documento de proyecto aparezcan definidos de antemano los siguientes elementos:

- Objetivos de la comunicación.
- Destinatarios de la comunicación.
- Contenido de la comunicación.
- Plan de soporte a la comunicación.
- Acciones de divulgación.
- Fechas.
- Responsables.

Estudios de viabilidad económica

Presupuestos iniciales y de operación

Es muy conveniente la exigencia de la creación de presupuestos independientes separando los costes fijos de

inmovilizado de los costes fijos no de inmovilizado y los costes de operación. El motivo de esta separación presupuestaria permitirá a los gestores del sistema sanitario identificar los gastos iniciales de capital en los que incurrirán para la implantación del sistema (o su posible negociación mediante técnicas de leasing) y el presupuesto anual que debe haber disponible para hacer frente a los costes fijos y variables. Además, una clasificación de este tipo favorece la comparación ahorros/costes en el futuro estudio económico.

Plan de gestión y sostenimiento

Por un lado debemos asegurar la capacidad del equipo investigador para llevar a cabo la gestión económica del proyecto, aportando procedimientos de control y verificación del manejo de fondos. Por otro lado, y como punto cada vez más importante en los proyectos de telemedicina, debemos asegurar el sostenimiento de la inversión una vez que se hayan retirado los organismos patrocinadores. Así estemos frente a un proyecto de investigación como de implantación, es necesario mostrar la manera por la cual los recursos utilizados seguirán funcionando a medio y largo plazo, cómo se realizará la transferencia al sistema sanitario y cómo la utilización del sistema será capaz de reembolsar las inversiones iniciales.

Plan de asignación de recursos por actividad

La estructura del proyecto debe ser tal que para alcanzar los objetivos específicos tengamos que asegurar la consecución de una serie de resultados verificables. Esos resultados son concretos y exigibles al término de la investigación. Esos resultados se consiguen realizando unas tareas o actividades concretas que deben estar definidas en la propuesta. Esas actividades consumen re-

ursos tanto humanos como técnicos o materiales que deberíamos estar en capacidad de presupuestar.

El plan de asignación de recursos por actividad no es más que un desglose presupuestario (equipamiento y suministros, personal, viajes, otros) asociado a cada actividad concreta. Esta asignación previa de gastos por actividad refuerza la veracidad y la exactitud del estudio de viabilidad económico.

Planificación del largo plazo

Estudios de viabilidad organizativa

Compromisos de las instituciones participantes

El interés de la aplicación de las telecomunicaciones y de la informática en el sector salud es grande e involucra a muchos actores: desde organismos públicos de atención sanitaria, centros de investigación, empresas de telecomunicación, hasta proveedores de servicios y de tecnología, pasando por aseguradoras de salud u organismos de cooperación internacional. Aunque está bien que los proyectos de telemedicina sean multidisciplinarios y estén apoyados desde diferentes organizaciones y organismos, aconsejamos encarecidamente que el proyecto sea liderado por el sector salud. Es fundamental desde un principio la redacción de documentos formales de responsabilidad de cada una de las partes que participan en la propuesta, con mención expresa de actividades concretas que hay que realizar, fechas y resultados que se van a obtener por cada parte. El contrato de colaboración debe reflejar un clima de profunda seriedad. Aconsejamos un seguimiento constante y una dedicación exclusiva a la coordinación de éste.

Protocolo clínico de asignación de servicios médicos al proyecto

Esta parte de la propuesta tiene que ser redactada bajo consenso con todos los actores involucrados por la gerencia de la red de salud donde va a ser instalado el nuevo sistema. De nuevo, la experiencia nos dice que no es del todo efectivo el compromiso únicamente de las altas autoridades sanitarias, sino que debemos recoger la opinión concreta de la gerencia zonal, donde la propuesta va a estar operativa.

En este apartado debe quedar reflejado el protocolo de uso del sistema, el personal que se responsabiliza de las atenciones, la planificación temporal de las mismas, la gestión y supervisión, quiénes son los actores con poder, la ubicación de los sistemas, la forma en la que el personal sanitario entrega informes o rellena cuestionarios, las reuniones de coordinación, etc.

Plan de información y realimentación del personal involucrado

Es aconsejable la planificación de reuniones periódicas que involucren a investigadores, personal sanitario y financiadores del proyecto. Un adecuado plan de información destinado al personal involucrado, así como el empleo generalizado de técnicas de realimentación para el rediseño de los procesos, pueden favorecer enormemente la aceptabilidad del sistema por parte de los usuarios.

Compromisos de la gerencia de la asunción de cambios organizativos

La introducción de la telemedicina original, seguro, cambios organizativos del sistema de atención que pueden producir rechazos por parte de alguno de los colectivos afectados. Este tema ha de ser tratado con tiento y pericia por parte de la dirección del proyecto.

Es necesario contar con la aprobación por parte de las autoridades nacionales y locales. La falta de apoyo explícito y formal en este punto puede debilitar la firmeza de argumentos de respaldo ante posibles complicaciones que puedan surgir en el transcurso del proyecto y acabar dando al traste con la introducción del sistema de telemedicina en los procesos de atención diarios. Este hecho convertiría los estudios en una experiencia anecdótica apodada como interesante, pero alejaría los resultados del proyecto de los objetivos de la investigación.

Plan de desarrollo general

Fases del proyecto

Aunque de nuevo nos enfrentamos a una categorización muy dependiente de la aplicación concreta de la telemedicina que vamos a evaluar, vamos a intentar realizar una enumeración lo más general posible.

1. Estudio de la situación actual.
2. Estudio de las necesidades concretas del personal sanitario.
3. Selección de tecnología consecuente con las necesidades clínicas.
4. Diseño del sistema técnico y la nueva organización del sistema de atención.
5. Contraste de los modelos con los actores involucrados (proceso iterativo).
6. Instalación de los sistemas.
7. Verificación y pruebas técnicas.
8. Formación del personal (esta fase puede darse en paralelo con las dos anteriores).

9. Pruebas en el ambiente clínico.
10. Período transitorio de estabilización del sistema.
11. Comienzo de los experimentos (estudios de impacto a corto plazo).
12. Información y realimentación de los usuarios.
13. Ajustes como resultado de la fase anterior.
14. Período de estabilización a medio plazo.
15. Estudios de impacto a medio plazo.
16. Ajustes y variaciones previstas en los estudios de evaluación.
17. Proceso iterativo de medición de impacto a medio plazo.
18. Diseño de la configuración final a largo plazo.
19. Información y realimentación de los usuarios.
20. Implantación de la configuración definitiva.
21. Estudios de impacto a largo plazo (si proceden y son posibles).

Actividades que hay que realizar para cumplir los resultados propuestos

La lista de actividades que hay que realizar para cumplir cada uno de los resultados propuestos en la investigación puede ser extensa. Una correcta planificación de cada una de ellas, el diseño de cronogramas precisos y la exposición de cada una de ellas, con los recursos involucrados en cada ta-

rea, pueden facilitar el entendimiento de la profundidad de la investigación y la aceptación por parte de todos los actores.

Definición de los indicadores verificables de consecución de objetivos

Un indicador de verificación de resultados u objetivos es una herramienta objetiva de cotejo para la confirmación de resultados concretos. Cada resultado, o cada objetivo, puede venir acompañado de varios indicadores que son los que auditores internos o externos deben comprobar para ratificar la buena marcha de la investigación. Es, como ya hemos comentado, un instrumento para el seguimiento y el control. Conviene describir, además (siguiendo la metodología del "enfoque del marco lógico"), los pasos necesarios para su medida y las fuentes de verificación, que no son más que los documentos oficiales donde han quedado reflejados los cambios en los indicadores.

Plan de contingencia ante posibles desviaciones

La complejidad de los sistemas técnicos de una aplicación de telemedicina y la dificultad de su implantación en un sistema blando como es el sistema sanitario implican, con toda seguridad, desviaciones sobre los planes previstos. Estas desviaciones pueden ser únicamente temporales (los retrasos deberían quedar penalizados de alguna forma en el contrato de colaboración) o pueden ser cambios más profundos de rechazo de alguna de las actividades o cambio de actitud frente a la aceptabilidad global del sistema.

La experiencia nos dice que las resistencias de algunos colectivos, no tratadas adecuadamente, pueden terminar convirtiéndose en actitudes de bloqueo o boicot al sistema de tele-

medicina. La mejor forma de evitar esta situación pasa por hacer partícipe al personal sanitario y a los pacientes, en las fases de diseño e implantación, escuchando sus recomendaciones y contrastando los resultados de la investigación. De todas formas, se presentan ocasiones en las que es necesario realizar un giro brusco de actitud y tomar decisiones conflictivas (por ejemplo, si el sistema presenta excesivos fallos técnicos y nos vemos obligados a cambiar de proveedor, si no se respeta el protocolo de asignación de

recursos médicos al proyecto y debemos tomar ciertas medidas coercitivas, si no se respetan las rigurosas reglas de la investigación, con relación a aleatoriedad de muestras, grupos de control, etc.).

La existencia de un protocolo de actuación, conocido por todos, para la solución de este tipo de problemáticas puede ayudar a solucionar alguna de las situaciones conflictivas o, por lo menos, a no desencadenar más problemas.

La necesidad de las revisiones sistemáticas

⁽¹⁾González Lozón B, ⁽²⁾Fernández Díez A, ⁽³⁾Sáenz Calvo A

⁽¹⁾Residente 3.º Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pozuelo 1. Pozuelo de Alarcón. Madrid.

⁽²⁾Residente 2.º Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid

⁽³⁾Doctor en Medicina. CS Pozuelo 1. Pozuelo de Alarcón. Madrid.

asaenz.gapm06@salud.madrid.org

Resumen

Las revisiones sistemáticas (RS) están reemplazando a las revisiones narrativas como un modo de resumir la evidencia científica procedente de la investigación, haciéndola más accesible. Las RS intentan conseguir el mismo nivel de rigor al evaluar la evidencia como el alto nivel de rigor metodológico que se exige en la producción de estudios primarios como los ensayos clínicos.

Las RS de alta calidad tienen como objetivo localizar todos los estudios relevantes publicados y no publicados, evaluar cada estudio, sintetizar de un modo imparcial las conclusiones de los estudios individuales y presentar un resumen equilibrado e imparcial de las conclusiones y basado estrictamente en los estudios incluidos.

Existen muchas revisiones de alta calidad que están disponibles tanto en revistas como en fuentes electrónicas como la Colaboración Cochrane.

No todas las RS publicadas han sido producidas con el necesario rigor metodológico, con el peligro de que sus conclusiones puedan conducir a una práctica clínica incorrecta, por lo que nuestra actitud ante una RS, como ante cualquier otra pieza de investigación, debe ser la de una saludable evaluación crítica. La utilización por nuestra parte de una lista de comprobación –breve pero exigente–, para examinar metodológicamente la RS que estamos leyendo, nos puede ayudar a diferenciar entre una RS con carencias y otra de alta calidad.

Need of systematic reviews

Abstract

Systematic reviews (SR) are superseding narrative reviews as a way of summarising research evidence, making easier applicability of new research. SR attempt to bring the same level of rigour to reviewing research evidence as should be used in producing that evidence in the first place (ie. clinical trials).

High-quality SR take great care to find all relevant studies published and unpublished, assess each study, synthesise findings from individual studies in an unbiased way and present a balanced and impartial summary of findings with due consideration of any flaws in the evidence.

Many high-quality reviews are available both in journals and from electronic sources such as Cochrane Library.

Not all published SR have been produced with meticulous care; therefore findings may sometimes mislead. Interrogating published reports by asking a series of questions can uncover deficiencies or confirm the SR as a high-quality one.

La necesidad de las revisiones sistemáticas

La sobreproducción de publicaciones médicas –2.000.000 de artículos al año– hace imposible la tarea de actualización ni siquiera en la especialidad de cada uno. Los investigadores, clínicos y gestores tienen una gran necesidad de información de calidad sobre la eficacia, la efectividad y la eficiencia de gran cantidad de intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

Habitualmente el número de estudios obtenidos en una búsqueda bibliográfica supone enfrentarse a docenas o centenares de estudios. Desafortunadamente puede que algunos de ellos nos ofrezcan resultados confusos, contradictorios, o no aplicables a nuestra población.

Por ejemplo, la investigación en osteoporosis se hace en población anglosajona y nórdica, pero la tasa de incidencia de fractura de cadera en mujeres de la tercera edad en Suecia, España y Marruecos es muy diferente. De 900, 300 y 100 por 100.000 al año, respectivamente. Y, por tanto, el número de mujeres necesario para tratar (NNT) al año para evitar una fractura de cadera será de 400, 1.200 ó 3.600, respectivamente, y el coste de una de estas fracturas evitada será de 175.000, 500.000 ó

1.500.000 euros, según el país y a coste de alendronato. Esto se repite en otras patologías. Si cambiamos osteoporosis por prevención primaria de cardiopatía isquémica, y alendronato por atorvastatina, la situación es similar.

La duración de los estudios puede ser inferior a nuestras necesidades. En una revisión sobre la eficacia de los nuevos antidepresivos frente a los clásicos inhibidores de la recaptación de serotonina en depresión, se encontraron 894 estudios, pero sólo 46 eran aleatorizados y de ellos tan sólo 18 (el 2%) tuvieron una duración mayor de 12 semanas. Es posible extrapolar los resultados de eficacia en depresión de unas poblaciones a otras, pero es muy difícil evaluar la eficacia en prevención de recaídas con depresión con ensayos tan a corto plazo¹.

Las revisiones han formado siempre parte de la literatura médica. Muchos líderes de opinión en un campo médico concreto han sido invitados a resumir el conocimiento existente y publicarlo en las revisiones narrativas. Pero tales intentos de síntesis no han sido siempre tan rigurosos como debieran. Los revisores no se enfrentaban a la pregunta con mentalidad abierta sino que se les encargaba la revisión porque tenían una experiencia acumulada y una opinión ya formada. Las creencias y deseos de estos revisores hacían difícil una aproxi-

mación desapasionada –científica– a la pregunta. En el peor de los casos, un revisor podía construir un ensayo en apoyo de sus creencias personales, o con criterio selectivo citando sólo los estudios apropiados para apoyar sus filias o fobias por un tratamiento. Y de hecho ni siquiera se le exigía que fuese explícito sobre la forma en que los estudios habían sido seleccionados, evaluados e integrados. Así que el lector era incapaz de extraer conclusiones propias y tenía que aceptar el argumento de autoridad del experto. Con el problema añadido de que estas revisiones narrativas podían llegar a tener una gran influencia mediática.

El premio Nobel Linus Pauling, ligado a la investigación de la vitamina C, hace 36 años que alentó la utilización de megadosis de vitamina C como remedio en varias patologías, desde el resfriado² hasta el cáncer³. Y, sin embargo, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas posteriores demostraron la ineficacia de los suplementos de vitamina C para reducir la incidencia de catarras en la población sana o para conseguir mejorar el pronóstico del cáncer^{4,5}. Es más, luego han ido apareciendo pruebas del daño renal producido por megadosis de vitamina C⁶.

Esta carencia de rigor en la creación de revisiones narrativas pasó desapercibida hasta que a finales de los años ochenta varios metodólogos expusieron las insuficiencias del proceso de revisión y las consecuencias que tenía al producir conclusiones interesadas que podían conducir a una práctica clínica incorrecta⁷. Una de las críticas era que efectos pequeños pero importantes estaban siendo omitidos, y que revisores diferentes, basándose en los mismos estudios, alcanzaban conclusiones diferentes⁸.

En 1992 se publicaron dos artículos capitales^{9,10}. En ellos se llegó a conclusio-

nes dramáticas: primero, que si los numerosos estudios originales de los efectos beneficiosos sobre la supervivencia de la prescripción precoz de estreptoquinasa tras un infarto de miocardio (muchos estudios, pocos pacientes) hubiesen sido analizados conjuntamente combinando los resultados (gran muestra de pacientes, menor dispersión de resultados), las ventajas de esta terapia habrían sido ya evidentes a mediados de los años setenta (20 años antes de cuando fueron reconocidos). En segundo lugar, que los libros de texto y revisiones narrativas eran inadecuados para resumir el estado actual del conocimiento.

Estos autores aconsejaban perseguir el mismo rigor científico en la investigación secundaria –investigación donde el objeto de estudio son estudios primarios de investigación como los ensayos clínicos–, que el rigor que se espera que se haya aplicado en la propia investigación primaria. Y en este sentido fueron sentando las bases del método de las revisiones sistemáticas.

¿Qué es una revisión sistemática?

Una revisión sistemática (RS) de la evidencia científica es la síntesis de la mejor evidencia disponible –por ejemplo, ensayos clínicos aleatorizados (ECA)–, dirigida a responder a una pregunta concreta, aplicando una metodología explícita, destinada a identificar, valorar críticamente y sintetizar los estudios relevantes, explorando su validez interna con análisis de sensibilidad; y su validez externa o aplicabilidad con análisis de subgrupos, para ofrecer unas conclusiones basadas estrictamente en los resultados obtenidos.

Cuando este proceso permite resumir o integrar matemáticamente los resultados de dos o más estudios, el método para combinar los datos se

denomina metaanálisis, aunque una RS puede ofrecerse sin metaanálisis si no se han conseguido al menos dos estudios o, aun habiéndolos, no se pueden combinar los estudios por diferentes motivos, siendo uno de ellos la heterogeneidad.

Las RS son necesarias siempre que haya una pregunta terapéutica sustantiva, varios estudios primarios, quizá con resultados dispares, e incertidumbre sobre la actitud final que hay que tomar. Las RS pueden identificar áreas poco investigadas, donde se necesiten más estudios, o suficientemente investigadas, donde no se necesiten más estudios.

La necesidad del rigor en la producción de RS ha conducido al desarrollo de un proceso metodológico formal para su conducta. Brevemente, el desarrollo de una RS requiere los pasos siguientes:

Definición apropiada o formulación de la pregunta

Requiere una definición clara de la intervención de interés –intervención, medicación, dosis, duración–; grupos de pacientes –sexo, edad, raza, grado de enfermedad–; y dispositivo de atención donde se estudian –hospital, atención primaria, urgencias, UVI–; así como los resultados buscados –mejoría... – y el tipo de estudios que se va a incluir –ECA, cohortes, casos y controles...–.

Estos detalles serán utilizados para seleccionar los estudios que se van a incluir en la RS –que en terapéutica tienen que ser ECA–. Por ejemplo: ¿cuál es la eficacia de los corticoides en niños de 1 a 10 años de edad, con laringitis-croup leve-moderado, atendidos en la sala de urgencias de Atención Primaria o de hospital, en la mejoría de la escala de Westley y en el tiempo de estancia media hospitalaria, revisando los ECA existentes?¹¹.

Búsqueda de la literatura

Se deberán buscar exhaustivamente todos los ECA publicados y no publicados de esta intervención. La búsqueda debe cubrir toda la literatura –no sólo MEDLINE, también Cochrane CENTRAL y EMBASE–; e incluyendo otros idiomas además del inglés. Con el fin de localizar estudios no publicados, se deben buscar los ECA comunicados en conferencias, simposiums, preguntar a la industria farmacéutica fabricante y también a los autores con más publicaciones en este campo.

Un problema es el sesgo de publicación¹². Los estudios que comunican efectos positivos de un tratamiento tienen más posibilidades de ser publicados que los estudios con efectos negativos. Si sólo se utilizan estudios publicados, el beneficio de la intervención será sobrestimado. Por ejemplo, 10 autores¹³ publicaron en una revista líder los efectos beneficiosos del arsénico en la remisión completa de la leucemia aguda. Es más que probable que si los resultados hubiesen sido tóxicos para los pacientes, no hubiese sido publicado.

Evaluación de los estudios

Cada estudio tiene que ser evaluado para ser incluido o excluido siguiendo criterios de elegibilidad: pacientes, intervención, dosis y resultados para cumplir las condiciones de la pregunta de investigación.

También se debe evaluar la calidad del estudio –el análisis de sensibilidad evaluará la robustez estadística constatando si los estudios con peor calidad metodológica (con tendencia a proclamar mayores beneficios) coinciden o no con los de mayor calidad–.

Combinación de los resultados

Las conclusiones de los estudios individuales deben ser combinadas para producir un efecto combinado o "effect size" de la eficacia clínica de la intervención. Alguna vez la combinación es cualitativa (intervención mejor o peor que el control), pero es más frecuente que sea cuantitativa (comunicándolo como riesgo relativo, por ejemplo), siguiendo la técnica del metaanálisis.

En ocasiones, a pesar de tener resultados de la misma intervención en pacientes comparables, no se pueden combinar los estudios. Esto se debe a que aunque es lógico que el azar influya en la variabilidad de los resultados dentro de los estudios y entre los estudios, cuando la variabilidad no puede ser explicada sólo por el azar –los estudios son heterogéneos según la estadística de chi al cuadrado y de Higgins–, esta presencia de heterogeneidad impedirá combinar los resultados de los diferentes estudios.

Poner los resultados en contexto

Los resultados de esta agregación de estudios sin sesgos de selección tienen que ser discutidos para ponerlos en nuestro contexto asistencial o de gestión. El revisor valorará la calidad de los estudios, la heterogeneidad, el impacto de los sesgos detectados y la aplicabilidad de los resultados.

Los sesgos invalidan las RS. En una deficiente revisión, Welschen comunica el beneficio de la automonitorización de la glucemia frente a sólo determinar la hemoglobina glicada cada tres meses. Para ello incluye ensayos clínicos que habían perdido por el camino al 48% de los participantes (sesgo de desgaste), o en los que sólo el grupo de automonitorización contaba con ayuda adicional de enfermería (sesgo de realización), lo que acababa

produciendo diferencias entre los grupos de comparación en la evaluación de resultados (sesgo de detección)¹⁴.

Además de estos sesgos, existe el de duplicación. Algunos autores publican varias veces, con diferente orden de autoría, en diferentes revistas, con ligeras o ninguna variación en el número de pacientes, los resultados de un mismo ensayo clínico. Si las duplicaciones no son detectadas, un mismo estudio puede ser combinado varias veces y a mayor muestra, menor dispersión, con lo que un resultado inicialmente no significativo puede transformarse en significativo.

Existe un conjunto numeroso de RS que se puede consultar online en la Colaboración Cochrane; y también existen direcciones de internet donde localizarlas (Tabla I). Y en caso de necesitar profundizar en el método, ya existen guías consensuadas y validadas para desarrollar RS, así como cursos celebrados en la Colaboración Cochrane Iberoamericana o en la Agencia de Formación Pedro Laín Entralgo^{15,16}.

Desventajas de las revisiones sistemáticas

Las RS aparecen en la cumbre de la jerarquía de la evidencia (Tabla II). Cuando están bien realizadas, pueden darnos la mejor estimación de un efecto verdadero. Pero se debe ser cauto antes de aceptar su fiabilidad. Se pueden presentar varios problemas:

Una RS –como cualquier otra pieza de investigación– puede haber sido mal realizada. Cuando se agregan inadecuadamente estudios que difieren en la intervención o en el tipo de pacientes, pueden perderse efectos importantes. Por ejemplo, los efectos existentes en algunos subgrupos pueden ser encubiertos por una carencia del efecto (o de los efectos adversos) en otros subgrupos.

Tabla I. Webs útiles en la búsqueda de revisiones sistemáticas

Systematic Reviews Training Unit	www.ich.ucl.ac.uk/srtu
Cochrane Collaboration	http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/default.htm
NHS Centre for Reviews & Dissemination	www.york.ac.uk/inst/crd/welcome.htm
Centre for Evidence-Based Medicine at Oxford	http://cebmi.jr2.ox.ac.uk/
Bandolier	www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/index.html

Tabla II. Jerarquía de la evidencia científica

I-1	Revisión sistemática de varios ensayos clínicos aleatorizados doble ciego controlados de muestra grande.
I-2	Ensayos clínicos aleatorizados doble ciego controlados de muestra grande.
II-1	Uno o más estudios de cohortes bien realizados.
II-2	Uno o más estudios de casos y controles bien realizados.
II-3	Experimentos no controlados en pacientes en riesgo.
III	Comisión de expertos. Consenso. Opinión de líderes de opinión.
IV	Experiencia personal.
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2006	

Los resultados de una RS en un tema en concreto no siempre son iguales a los resultados de un ECA de muestra grande y de alta calidad en ese mismo tema en concreto. En esos casos, idealmente la solución sería realizar una revisión actualizada^{17,18}.

Y, finalmente, al lector le gustaría preguntar al revisor que explique o considere sus limitaciones –un buen sitio para ello es en el capítulo de la discusión–¹⁹.

Valoración de una revisión sistemática

Todos los estudios tienen defectos, pero la mera presencia de ellos no invalida los resultados. Todos los estudios pueden aportar información. Sin embargo, el lector debe ejercitar su juicio para determinar si los defectos son tan graves hasta el punto de que las conclusiones no se fundamentan en los resultados. A la vista del desarrollo metodológico que va teniendo una RS, podríamos enunciar algunas preguntas –como una lista de comprobación–, que nos ayudasen a distinguir entre una RS rigurosa y otra realizada descuidadamente:

1. ¿Se ha formulado bien la pregunta de investigación en términos de intervención, pacientes, resultados y tipo de estudios para responderla?
2. ¿Se realizó una búsqueda concienzuda de estudios? ¿Se describió la estrategia de búsqueda? ¿Se hizo una búsqueda en cualquier idioma? ¿Se buscó en la denominada literatura gris: revistas no indexadas, conferencias, simposiums, artículos no publicados por la industria?
3. ¿Se describieron claramente los criterios para la inclusión de los estudios y fueron aplicados correctamente?
4. ¿La calidad del estudio fue determinada por dos revisores independientemente? ¿Los resultados fueron relacionados con la calidad del estudio?
5. Cuando faltaba información, ¿se contactó con los investigadores originales del estudio? ¿Se evaluó el impacto en los resultados de la información que faltaba?

6. ¿Todos los estudios incluidos parecían indicar efectos similares? En caso contrario, ¿se investigó, evaluó y discutió la heterogeneidad del efecto?
7. ¿Se evaluó la robustez del efecto combinado? Es decir, ¿el efecto era el mismo al combinar todos los estudios, al incluir o excluir estudios dudosos o de diferente calidad, y al admitir la posibilidad de sesgos de publicación?
8. ¿Se basaron firmemente las recomendaciones en la evidencia encontrada? ¿Se excedieron los revisores y construyeron recomendaciones que no estaban basadas en los resultados obtenidos?

Conclusiones

En definitiva, las RS están reemplazando a las revisiones narrativas como manera de resumir evidencia de la investigación. Las RS deben tener el mismo nivel de rigor que la investigación de ECA. Las RS de alta calidad deben procurar encontrar todos los estudios relevantes publicados o no, valorar cada estudio, sintetizar los resultados de una manera imparcial y presentar un resumen equilibrado y basado estrictamente en los estudios incluidos, sin adoptar conclusiones que no se deriven directamente de dichos estudios. Es conocido que no todas las RS publicadas se han producido con el necesario cuidado, y, por tanto, ante una RS, como ante cualquier otra pieza de investigación, nuestra actitud tiene que ser de crítica saludable. En este sentido podemos utilizar la lista de comprobación y hacernos las preguntas arriba indicadas para destapar deficiencias o aceptar la RS como de alta calidad.

Citas bibliográficas

1. Hansen R, Gartlehner G, Lohr K, Gaynes B, Carey T. Efficacy and safety of second-generation antidepressants in the treatment of major depressive disorder. *Annals of Internal Medicine* 2005;143:415-26.
2. Pauling L. Evolution and the need for ascorbic acid. *Proceedings of the National Academy of Science* 1970;67:1643-8.
3. Cameron E, Pauling L. Supplemental ascorbate in the supportive treatment of cancer: prolongation of survival times in terminal human cancer. *Proceeding of the National Academy of Sciences* 1976;73:3685-9.
4. Douglas RM, Hemilä H, Chalker E, D'Souza RRD, Treacy B. Vitamin C for preventing and treating the common cold. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD000980.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD000980.pub2.
5. Creagan ET. Failure of high-dose vitamin C (ascorbic acid) therapy to benefit patients with advanced cancer. A controlled trial. *New England Journal of Medicine* 1979;301:687-90.
6. McAllister CJ. Renal failure secondary to massive infusion of vitamin C. *JAMA* 1984;252:1684.
7. Mulrow CD. The medical review article: state of the science. *Annals of Internal Medicine* 1987;106:485-8.
8. Teagarden JR. Meta-analysis: whither narrative review? *Pharmacotherapy* 1989;9:274-84.
9. Spector TD, Thompson SG. The potential and limitations of meta-analysis. *Journal of Epidemiology in Community Health* 1991;45:89-92.

10. Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Chalmers TC. A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts. *Journal of American Medical Association* 1992;268:240-8.
11. Lau J, Antman EM, Jiménez-Silva J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. Cumulative meta-analysis of therapeutic trials for myocardial infarction. *New England Journal of Medicine* 1992;327:248-54.
12. Sáenz A, Fernández-Esteban I, Mataix A, Ausejo M, Roque M, Moher D. Metformin monotherapy for type 2 diabetes mellitus. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD002966.pub3. DOI: 10.1002/14651858.CD002966.pub3.
13. Egger M, Zellweger-Zähner T, Schneider M, Junker C, Lengeler C, Antes G. Language bias in randomised controlled trials published in English and German. *Lancet* 1997;350:326-9.
14. Soignet S. Complete remission after treatment of promyelocytic leukaemia with arsenic trioxide. *New England Journal of Medicine* 1998;339:1341-8.
15. Welschen LMC, Bloemendal E, Nijpels G, Dekker JM, Heine RJ, Stalman WAB, et al. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD 005060.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD 005060.pub2.
16. *Systematic Reviews in Health Care. Meta-analysis in context.* In Egger M, Smith GD, Altman DG, eds. London: BMJ Publishing Group; 2001.
17. Cook DJ, Sackett DL, Spitzer WO. Methodologic guidelines for systematic reviews of randomized control trials in health care from the Potsdam consultation on meta-analysis. *Journal Clinical Epidemiology* 1995;48:167-71.
18. Le Lorier J, Gregoire G, Benhaddad A, Lapierre J, Derderian F. Discrepancies between meta-analyses and subsequent large randomized controlled trials. *New England Journal of Medicine* 1997;337:536-42.
19. Egger M, Davey-Smith G. Misleading meta-analysis. Lessons from 'an effective, safe, simple' intervention that wasn't. *British Medical Journal* 1995; 310:752-4.
20. Oxman AD, Cook DC, Guyatt GH. *Users' guides to the medical literature: VI. How to use an overview.* *Journal of American Medical Association* 1994; 272:1367-71.

Descentralización del tratamiento anticoagulante en el Área de Salud de Ávila*

⁽¹⁾Bárez García A, ⁽²⁾Alda Martín C, ⁽¹⁾Recio Rueda I,
⁽¹⁾Rodríguez Domínguez MJ, ⁽¹⁾Cabezudo Moreno M
⁽¹⁾Servicio de Hematología y Hemoterapia, Complejo Hospitalario de Ávila.
⁽²⁾Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Ávila.
abarez@hnss.sacyl.es

Resumen

Los pacientes en tratamiento anticoagulante oral requieren una atención sanitaria continua durante largos períodos de su vida y tienen unas características especiales que los hacen muy sensibles a la calidad de la asistencia que se les presta. Su número ha aumentado de forma desmesurada en los últimos años y es de prever que siga creciendo. Por ello, este tema se ha convertido en un problema social.

Para solucionarlo en lo posible, en el Área de Salud de Ávila hemos ido descentralizando progresivamente algunas fases del proceso del tratamiento anticoagulante, mejorando la accesibilidad del control, aproximando éste al paciente, disminuyendo los tiempos de espera y evitando la masificación; aumentando, por tanto, la calidad asistencial.

Palabras clave: Descentralización, tratamiento anticoagulante, punción capilar.

Anticoagulant treatment management in Ávila's health area

Abstract

Oral anticoagulant treatment patients require continuous sanitary care during long periods in their life and also have very special features for sanitary care quality they receive.

During last few years these patients had a very high increase and it's foreseeable to continue in the same way. For this reason it will become a social problem.

In order to solve it, some anticoagulant treatment process phases are progressively decentralized in Ávila, improving control accessibility, bringing treatment near patients, reducing delays, saving overcrowding and increasing medical care quality.

Key words: Decentralization, Anticoagulant treatment, Capillary puncture.

* Presentado VIII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Salamanca, 7-9 de junio de 2006.

Introducción

El Área de Salud de Ávila tiene asignada una población de 155.425 habitantes, distribuidos en 22 centros de salud, cinco de ellos en Ávila capital y el resto distribuidos por toda la provincia, algunos de ellos a alrededor de 100 kilómetros de distancia del hospital y con dos puertos de montaña. La media de pacientes al día en tratamiento anticoagulante oral es de 218, cifra que se incrementa hasta más de 300 en época estival.

Diversos estudios clínicos han demostrado la efectividad del tratamiento anticoagulante oral en la profilaxis primaria y secundaria de la tromboembolia venosa y en la prevención del embolismo sistémico en pacientes con prótesis valvulares, con fibrilación auricular y con infarto agudo de miocardio¹. Todas ellas son patologías con una elevada prevalencia, y, si no se realiza la profilaxis de forma adecuada (hay una escasa separación entre dosis insuficiente y dosis excesiva), con una elevada morbimortalidad, y, por tanto con un alto coste social y económico.

Una correcta intensidad en la anticoagulación y el mantenimiento del paciente dentro del rango terapéutico establecido constituyen los dos principales factores que determinan la efectividad y seguridad de los fármacos anti-vitamina K. Para conseguir esto los pacientes en tratamiento anticoagulante se someten a un estricto seguimiento con visitas, al menos una vez al mes, de extracción de sangre y control, durante largos períodos de tiempo, incluso muchos de ellos a lo largo de toda su vida.

Ello hace que sean pacientes con una especial dependencia del sistema sanitario. A esta problemática se añade el que la mayoría de estos pacientes son personas de avanzada edad. En el área de salud de Ávila, a todo lo descrito anteriormente se une la dispersión geográfica y las dificultades orográficas y climáticas de la provincia.

Además es un problema que cada vez afecta a más población, dado que en los últimos años estamos asistiendo a un aumento muy importante de la población en tratamiento anticoagulante oral; se estima que el 1% de la población general de los países occidentales toma anticoagulantes orales y su utilización se incrementa anualmente en un 20%. En la base de datos del programa de gestión del tratamiento anticoagulante del Complejo Hospitalario de Ávila hay aproximadamente 7.000 pacientes. La evolución del número de pacientes y visitas en el área de salud de Ávila en los últimos años confirma los datos referidos anteriormente (Tabla I).

Proceso de descentralización:

Para paliar en lo posible la problemática antes descrita, según hemos ido disponiendo de los avances logísticos y tecnológicos suficientes, se han ido dando los siguientes pasos en la descentralización del T.A.O.:

1. Inicialmente todos los pacientes acudían a primera hora al Hospital Nuestra Señora de Sonsoles para hacerse la extracción de sangre; una vez analizada ésta, el hematólogo pautaba el fármaco, inicialmente de

Tabla I. Evolución del número de pacientes y visitas

Año	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Pacientes	1.757	2.180	2.508	2.975	3.372	3.916	5.369
Visitas	-	20.046	23.883	27.902	32.707	39.337	45.360

- forma manual y posteriormente a través de un sistema informático, y a última hora de la mañana se entregaba al paciente la hoja de dosificación (Fig. 1).
2. En noviembre de 1997 se descentralizó la extracción de la muestra, de manera que ésta se realizaba en los centros de salud; la muestra era transportada al Servicio de Hematología, donde se analizaba, se realizaba la dosificación y se remitía la hoja de dosificación por fax a los distintos centros de salud (Fig. 2).
 3. En junio de 2000, para aumentar la rapidez y la confidencialidad en la emisión de las hojas de dosificación, se comenzaron a remitir a los centros de salud a través de la red intranet, de manera que estaban disponibles en ellos en "tiempo real" una vez que el hematólogo iba

realizado la dosificación y era en los centros de salud donde se imprimía dicha hoja de dosificación (Fig. 3).

4. En junio de 2003 se comenzó con la descentralización del análisis de la muestra. El proceso es el siguiente (Fig. 4):
 - I. El médico de Atención Primaria hace la encuesta previa a cada control al paciente anticoagulado según el modelo establecido (Fig. 5).
 - II. La enfermera de Atención Primaria realiza la toma de muestra capilar (con el sistema Tenderlett®), analiza la muestra con un coagulómetro portátil (Pro-Time®) e introduce el resultado (INR) y las incidencias reseñadas por el médico en la encuesta (olvidos en la toma,

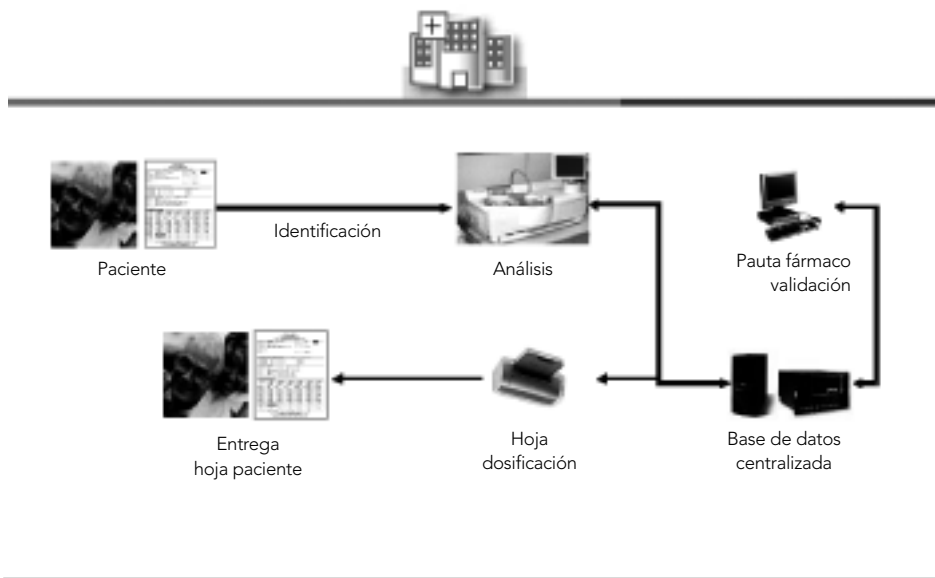


Fig. 1. Atención especializada

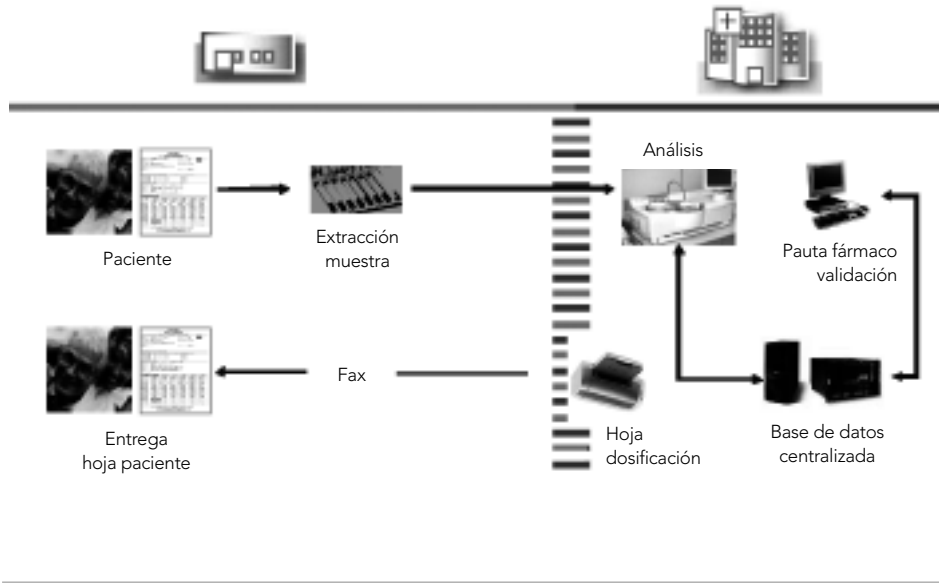


Fig. 2. Sistema mixto 1 (noviembre de 1997)

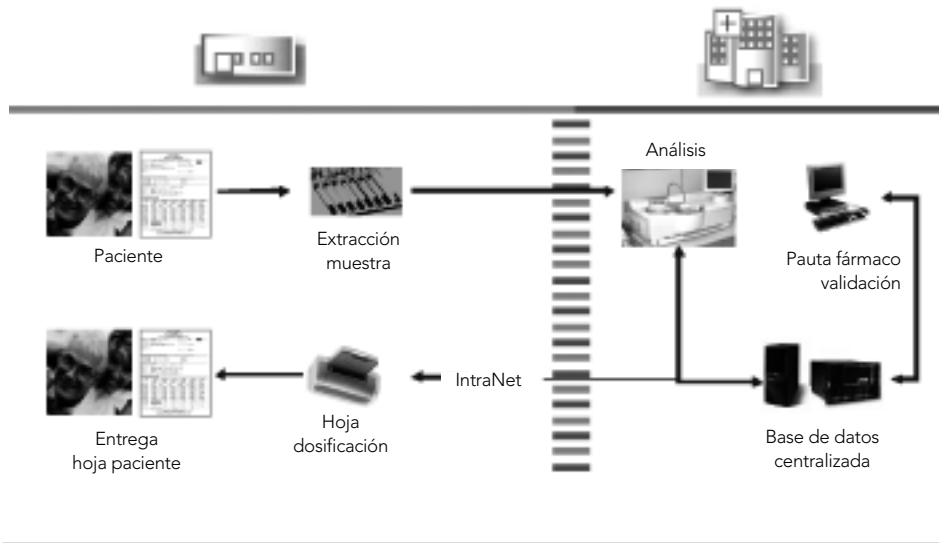


Fig. 3. Sistema mixto 1 (junio de 2000)

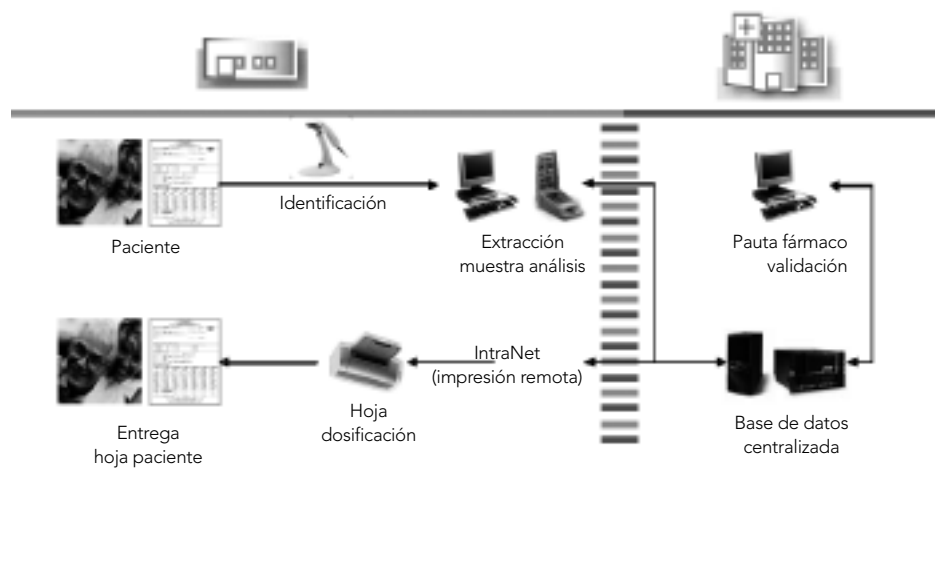


Fig. 4. Sistema mixto 2 (junio de 2003)

Centro de Salud de
 Apellidos y nombre: N° de Ficha:
 (Si ya lo tiene en Ávila)
 Día de control:/...../.....

Rellenar si el paciente no ha hecho el último control en el centro de salud
 (Deberá enviarse por FAX al 920358045 el impreso del último control anticoagulante)

Datos imprescindibles a rellenar en el programa de sintrom

N° sanitario: Sexo: Fecha de nacimiento:/...../..... Centro:
 Servicio: Médico: Tratamiento (anticoagulante): Test: INR
 Otros datos: Población Tfno.:

Encuentra al paciente anticoagulado

Alteración en la toma del anticoagulante
 Cambios en otros tratamientos
 Complicaciones
 Otras enfermedades
 Otros

Firmado Dr.:

Fig. 5. Encuesta previa a cada control

cambios de fármacos, complicaciones hemorrágicas, administración de nuevos fármacos u otros problemas) en el sistema de gestión de tratamiento anticoagulante (HiTexp®).

- III. El hematólogo, por conexión online desde el hospital, realiza la dosificación y hace impresión remota de la hoja informatizada al centro de salud. El programa de gestión del tratamiento anticoagulante dispone de una funcionalidad que permite realizar la impresión remota en función del centro de salud de procedencia del paciente sin necesidad de que el hematólogo tenga que seleccionarlo.

Antes de iniciar la descentralización se ha ido impartiendo un curso de forma-

ción al personal de enfermería en cada centro de salud en el que han intervenido personal técnico del laboratorio proveedor del sistema de punción capilar, la directora de enfermería de Atención Primaria y el jefe del Servicio de Hematología. Los primeros días de la puesta en marcha de la descentralización, el personal de enfermería ha estado tutelado por el personal técnico antes mencionado. Asimismo, se ha impartido un curso teórico a todos los responsables de enfermería de los centros de salud y está previsto hacer reuniones periódicas para resolver dudas y corregir posibles errores.

Se ha elaborado una breve guía de actuación en los centros de salud según la procedencia del paciente: inicio de anticoagulación, controlado habitualmente en el centro de salud, pacientes desplazados... y según el INR obtenido (Fig. 6).

Pacientes que va a iniciar tratamiento anticoagulante

Siempre debe ser dado de alta en el Servicio de Hematología del Hospital, para ello remitir al paciente a la consulta de Hematología, solicitando "consulta de Sintrom" (los viernes)

Paciente en T.A.O. que viene por primera vez al sistema provincial

1. Dar de alta en el Programa HyTexp los Datos Demográficos (siempre incluir fecha de nacimiento y, si es posible, teléfono).
2. Dar de alta la visita entrando el dato INR.
3. Enviar por fax (920358045) la hoja de dosificación del hospital de procedencia y anotar en observaciones: FAX. Para poder dosificar es imprescindible conocer el diagnóstico por el que está anticoagulado, el anticoagulante (forma farmacéutica) y la pauta de al menos la última semana.

Paciente en T.A.O. que se reincorpora al sistema provincial

1. Buscar su número de ficha en el Sistema Provincial HyTexp. Es recomendable que los pacientes que se desplazan a otras provincias guarden la última hoja de dosificación para recordar este dato.
2. Dar de alta la visita entrando el dato de INR.
3. Enviar por fax (920358045) la hoja de dosificación del hospital de procedencia y anotar en observaciones: FAX. Para poder dosificar es imprescindible conocer el anticoagulante y la pauta de al menos la última semana.

PPaciente en T.A.O. habitual en el sistema provincial

Confirmar con la hoja de dosificación del paciente que pertenece al Sistema Provincial (confirmar anagrama Sacyl, Hospital Sonsoles, etc.).

Confirmar que el dato procedencia es 5 (Atención Primaria) y Servicio es el adecuado.

Atención a los que estuvieron ingresados ya que si no se cambia, su hoja irá al Servicio de Hematología.

IMPORTANTE: Prestar atención a las notas remitidas desde el Servicio de Hematología en el campo observaciones.

Fig. 6. Guía de actuación para los pacientes en terapia anticoagulante

La aplicación informática utilizada es bidireccional (entre el centro de salud y el hospital) y cumple los requisitos de la Ley de Protección de Datos.

Durante todo el proceso se han seguido las recomendaciones de la Asociación Española de Hematología y Hemoterapia y de la Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia².

Hasta la actualidad este último sistema se sigue en los siguientes centros de salud: Sotillo de la Adrada, Arenas de San Pedro, Arévalo, Madrigal, Barco de Ávila, Cebreros, Las Navas del Marqués, Piedrahíta, Candeleda, Lanzahíta, Mombeltrán, Gredos, Burgo-hondo, Fontiveros, San Pedro del Arroyo, Mañana y Muñico. Tenemos previsto que a lo largo de este año se incorpore el resto, que son los ubicados en Ávila capital (Fig. 7).

Resultados

Se han cumplido los siguientes objetivos:

- Mayor comodidad para el paciente al cambiar la venopunción por la punción capilar.
- Se ha evitado la masificación hospitalaria.
- Todo ello sin necesidad de desplazarse de su centro de salud.
- Mayor rapidez en todo el proceso: de varias horas ha pasado a varios minutos.
- Se ha conseguido mantener una base de datos única para el Área de Salud de Ávila, con todo el historial de los pacientes anticoagulados, lo cual es fundamental para un correc-

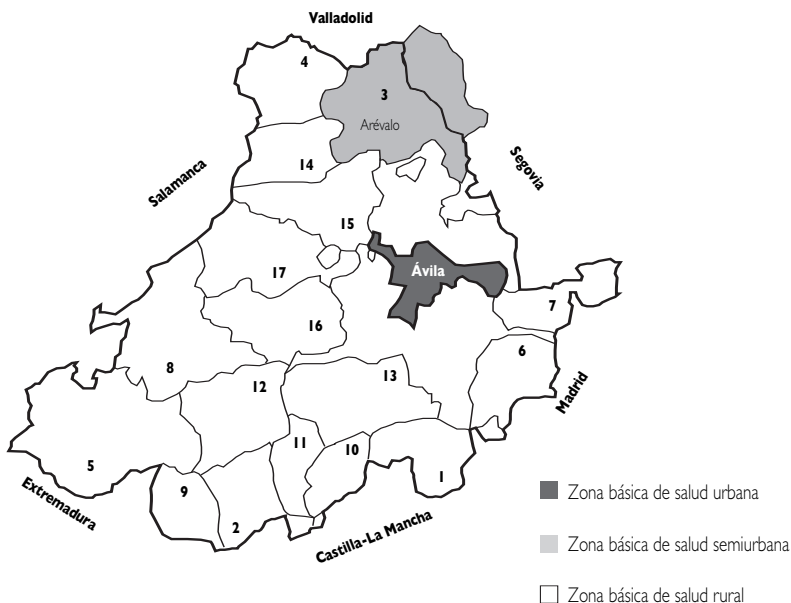


Fig. 7. Mapa general de zonas básicas de salud. Ávila

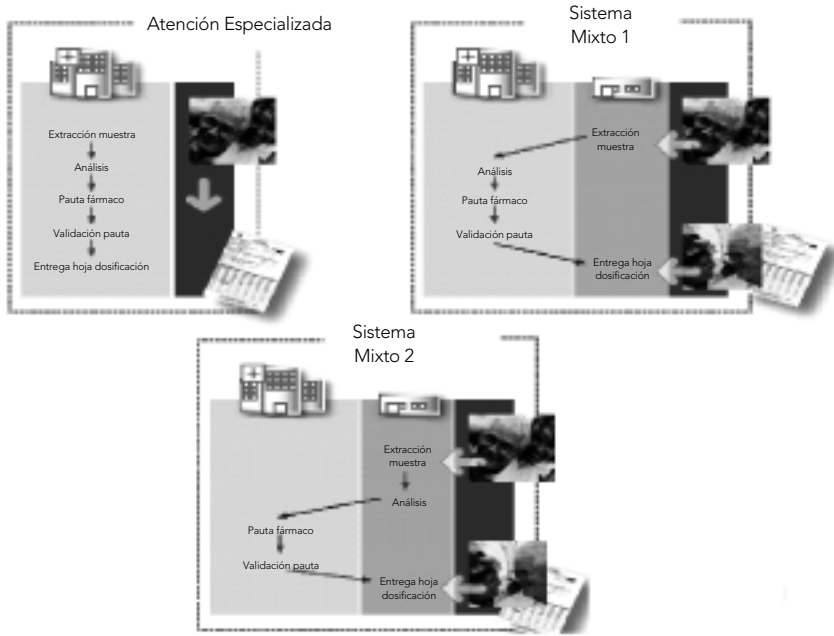


Fig. 8. Desplazamiento de funciones a los centros de salud

to seguimiento, ya que la ficha del paciente incluye todos los resultados y comentarios efectuados en los centros de salud, en la consulta de anticoagulación hospitalaria y aquellos obtenidos durante los diferentes ingresos hospitalarios.

ciones informáticas. Con ello se ha aumentado la calidad de la asistencia prestada a unos pacientes con una problemática tan elevada, tanto en calidad como en cantidad, como son los pacientes en tratamiento anticoagulante.

Conclusiones

De esta manera se han ido desplazando a los centros de salud funciones realizadas antes en el hospital (Fig. 8), lo cual ha sido posible a través de una estrecha colaboración entre Atención Primaria y Especializada, y facilitado por las posibilidades actualmente existentes de coagulómetros portátiles, redes de transmisión de información y aplica-

Citas bibliográficas

1. Sánchez Godoy P, López Fernández MF, Sedano C. Control de anticoagulación oral por hematólogos. *Haematologica* 2005; 90 (supl 1):S502-9.
2. Recomendaciones acerca del control del tratamiento anticoagulante oral ambulatorio". Documento de Consenso y Posicionamiento oficial de la AEHH y SETH. Octubre 2002.

Estudio fenomenológico sobre la planificación anticipada de las decisiones al final de la vida desde la perspectiva de la enfermería. Análisis de conocimiento

⁽¹⁾García Palomares A, ⁽¹⁾Abad Corpa E, ⁽¹⁾Leal Llopis J, ⁽²⁾Sánchez Pérez R,
⁽²⁾Júdez Gutiérrez J, ⁽³⁾Barrio Cantalejo IM, ⁽⁴⁾Monistrol Ruano O,
⁽⁵⁾Jover Sancho C, ⁽⁶⁾Martínez Rodríguez S, ⁽⁷⁾Barreiro Bello JM
⁽¹⁾Hospital General Universitario Morales Meseguer (Murcia)
⁽²⁾Instituto Servicios Sociales de la Región de Murcia
⁽³⁾Fundación Hospital Virgen de las Nieves
⁽⁴⁾Asociación Àmbits-Esport
⁽⁵⁾Hospital Santa Creu i Sant Pau de Barcelona
⁽⁶⁾Hospital Txagorritxu de Vitoria
⁽⁷⁾Complexo Hospitalario Juan Canalejo
palomares@ono.com

Resumen

La planificación anticipada de las decisiones (PAD) es un proceso de comunicación entre pacientes, proveedores de cuidados sociosanitarios, familiares y seres queridos, alrededor del tipo de cuidados que se consideran adecuados cuando el paciente pierde la capacidad de decidir. Esta planificación se acompaña de algún tipo de formulario escrito que en nuestro país adopta la forma de instrucciones previas (IP). La entrada en vigor en nuestro país de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, constituye por su carácter de básica la pieza legislativa clave en este momento, otorgando a los pacientes autonomía para tomar decisiones con suficiente antelación. Sin embargo, todavía ni los profesionales sanitarios, ni las organizaciones o centros sanitarios han prestado adecuada atención a las ventajas e inconvenientes de la puesta en marcha de estos documentos. La concepción integral de los cuidados enfermeros y el rol permanente de la enfermería en cuanto a la defensa de los derechos de los pacientes hacen que esta profesión sea dinamizadora y motivadora de la PAD con profesionales, pacientes y sociedad. Nuestro estudio tiene como objeto analizar este fenómeno desde la perspectiva de la enfermería así como su implicación en la toma de decisiones y cuidados al final de la vida.

Para responder al objetivo de nuestro estudio se proponen dos fases de investigación:

Primera fase: estudio cualitativo a través del método fenomenológico. Se realizarán grupos focales a profesionales de la enfermería desde todas sus áreas de competencia.

Segunda fase: construcción y validación de una encuesta poblacional para el análisis posterior del conocimiento de la enfermería con respecto a la PAD e IP.

El conocimiento en profundidad de este fenómeno a través de la expresión de las percepciones y análisis de conocimiento de la población a estudio guiará y permitirá posteriormente diseñar recomendaciones sobre el contenido, la forma y el manejo de las IP así como la planificación de ciclos formativos de pregrado y posgrado sobre la PAD.

Palabras clave: Autonomía, Instrucciones previas, Voluntades anticipadas, Voluntades vitales anticipadas, Testamento vital, Planificación anticipada de las decisiones, Enfermería.

Phenomenological research on advanced care planing or decision making at the end of life, on a nursing perspective. Knowledge analysis

Abstract

Advanced directives on decisions (ACP) is a communication process between patients, health care providers, families, and proxys, about the kind of health care they consider to be the ones patient would like to be given when he is no longer able to take his/her own decisions. This planned action is normally done with any kind of written document, or explanation form, than in our country is known as advance directives document (AD). Having the new law: 41/2002, 14th november; ruling patients autonomy, it's nowadays a basic key in legal spanish framework, giving patients their own autonomy to make decisions for a time yet to come. Nevertheless, nor health care providers, neither health organizations, or medical centres, (hospitals, etc.) have paid correct attention to bennefits and disadvantages, on having these documents implemented. Whole conception of nursing care and permanent nursing role related to preservation of patients rights, turns out to be a dinamic, and motivating profession with advance directives (ACP), with other proffessionals, patients and society. Our research has the aim of analizing this phaenomena, from the nursing perspective, as well as identifying its implication on care and decissions taking at the end of life.

To full fill research objective we propose two steps of investigation.

First phase: qualitative research, through phaenomenological methodology. Focused groups will be carried out with nurses, from all over medical areas, and health projects.

Second phase: design and evaluation of a population survey, and further analisis of nursing activity towards the AP and ACP.

Deep knowledge of this phaenomena, through opinions shown, and analisis of data from population studied, would guide researchers recommendations on the contents and ways of dealing with AD; as well as giving advise of planning and designing, bachelors and post-graduate degrees training courses on ACP.

Key words: Autonomy, Living wills, Advance directives, advance care planning, Advance decision care planning's, Nursing.

Introducción

Marco normativo y ético

El convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, conocido como el Convenio de Oviedo, entra en vigor en nuestro país el 1 de enero de 2000 y supone para la legislación española un punto de inflexión importante respecto al reconocimiento de la autonomía del paciente para tomar decisiones clínicas. El artículo 9 de dicho convenio dice textualmente: "serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre capaz de expresar su voluntad". Estas aportaciones hacen inevitable el desarrollo de nuevas legislaciones en nuestro país. Desde las comunidades autónomas se propusieron iniciativas para introducir esta cuestión en nuestra legislación; fue Cataluña, seguida de Galicia y progresivamente buena parte del resto de comunidades las que generaron un panorama legislativo complejo, rico y no exento a su vez de riesgo. Por ello, el BOE del 15 de noviembre de 2002 publica la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El artículo 11 regula lo que denomina instrucciones previas (IP) entendiéndose por esto un documento donde una persona mayor de edad, capaz y libre manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, o, una vez llegado

el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos de éste.

El otorgante del documento puede designar, además, a un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las IP. Esta ley entra en vigor en el país el 16 de mayo de 2003 y constituye una pieza clave en el momento actual.

A pesar del chaparrón legislativo, todavía ni los profesionales ni las organizaciones o centros sanitarios han prestado atención adecuada sobre la forma en que se va a llevar a cabo este proceso y tampoco se ha analizado cuáles son las ventajas y desventajas de la puesta en marcha de estos documentos, herramientas generadas para apoyar dichas decisiones, los tradicionalmente denominados "testamentos vitales" ahora rebautizados como "instrucciones previas", "voluntades anticipadas" o "voluntades vitales anticipadas".

Las decisiones de representación y las voluntades anticipadas no son más que una prolongación de la incorporación de la autonomía moral de los pacientes en la toma de decisiones clínicas, fenómeno que da lugar a las teorías del consentimiento informado.

La realización de un documento de voluntades anticipadas y, sobre todo, el proceso de reflexión que implica el otorgamiento posibilitan el conocimiento de los deseos y valores del paciente, para así poder influir en las futuras decisiones que le afecten.

Se trata de una forma de continuar ejerciendo el derecho a ser representado con los propios valores, asegurando que este respeto se mantendrá cuando se presente una situación de más vulnerabilidad.

Ofrecer cuidados integrales y de calidad al final de la vida sólo puede hacerse desde concepciones más amplias que las que marca la ley. Las dimensiones éticas, psicológicas, emocionales, sociales, profesionales y organizacionales no las contempla la Ley básica de autonomía, pero sí traza los mínimos éticos por debajo de los cuales nadie debe situarse. Tanto es así que, en este momento, la literatura estadounidense y canadiense, pionera en el campo de la bioética, centra sus investigaciones no tanto en los documentos de IP sino en un proceso de comunicación amplio y participativo denominado Planificación Anticipada de las Decisiones (PAD) donde los formularios de IP son una mera herramienta, no un fin en sí mismos.

Las escasa o casi nula investigación en esta materia en nuestro país hace necesario centrarse en las aportaciones estadounidenses, que se remontan a la década de los sesenta. La Euthanasian Society of America lanza por primera vez la idea de un documento escrito, un "testamento", en el que el paciente pudiera expresar la forma en la que deseaba ser tratado cuando no pudiera decidir por sí mismo. En la década de los setenta y ochenta al concepto limitado de "testamentos vitales" se desarrollaron más sofisticados documentos y figuras legales que dieron lugar a términos como "directivas anticipadas" (*advance directives*), "poderes notariales" (*durable power of attorney*) o "representantes para la atención sanitaria" (*health care proxy*). A pesar del desarrollo legislativo, a finales de los años ochenta se calculaba que sólo del 10 al 12% de los norteamericanos habían firmado un testamento vital o cumplimentado un poder de representación. A raíz de estos datos aparece la ley federal Patient Self-Determination Act (PSDA), que obliga a todas aquellas organizaciones y centros

sanitarios y sociosanitarios que recibían fondos de Medicare o Medicaid a ofrecer de forma activa a sus pacientes la cumplimentación de voluntades anticipadas. En los primeros años de implantación de esta ley parece que tuvo un efecto positivo, pero la cifra de pacientes estadounidenses con una voluntad anticipada se estancó en el 15%, lo que hizo centrar la atención no sólo en los procesos jurídicos sino en la manera en que los médicos, enfermeras, pacientes y familiares viven este fenómeno en los hospitales y residencias asistidas.

El estudio SUPPORT, acrónimo de *Study to understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Ricks of Treatments*, presentó unos resultados que hicieron reflexionar profundamente sobre el fenómeno que envuelve a la toma de decisiones al final de la vida. Consistía en un macroestudio con 9.105 enfermos hospitalizados en cinco hospitales docentes de nivel terciario y desarrollado en dos fases, descriptiva y de intervención, entre 1989 y 1994. Los objetivos del estudio eran, fundamentalmente, tres: 1) obtener información pronóstica sobre los pacientes críticos al final de la vida; 2) describir cómo se toman las decisiones de tratamiento, incluyendo la influencia de los valores y preferencias de pacientes y familiares; 3) evaluar si una mejor información pronóstica y los esfuerzos por integrarla y reforzar la comunicación mejoran la toma de decisiones desde la perspectiva tanto del médico como del paciente. Para alcanzar estos objetivos, el estudio se estructuró en dos fases (I y II). La primera fase, descriptiva, se realizó entre 1989 y 1991 con 4.301 pacientes; trataba de recabar datos sobre el proceso de atención de nueve categorías patológicas de inclusión. La segunda fase se aplicó entre 1992 y 1994 a 4.804 pacientes divididos en dos grupos: uno de control, el 45% de los pacientes, y otro de intervención, el

55% de los pacientes. La intervención trataba de mejorar el proceso de atención analizado en la fase I mediante dos grandes estrategias: la mejora de la previsión pronóstica y la mejora de la comunicación y de la toma de decisiones con el objeto de mejorar la satisfacción y los resultados. Para esta segunda estrategia se introducía la participación de una enfermera entrenada especialmente para facilitar la interacción entre pacientes y profesionales sanitarios. Una de sus tareas era impulsar la cumplimentación de voluntades anticipadas por los pacientes y estimular que fueran respetadas por los sanitarios.

Es importante señalar que el estudio comenzó la fase de intervención precisamente tan sólo un mes después de haber entrado en vigor la PSDA y, sin embargo, los resultados no estuvieron a la altura de las expectativas que se habían creado. Ello motivó una avalancha de reflexiones entre los bioeticistas acerca de los motivos de estos resultados, es decir, parece que ni la PSDA ni la intervención realizada en la fase II del SUPPORT consiguieron mejorar de forma significativa la forma en la que se tomaban decisiones al final de la vida: no aumentó significativamente el porcentaje de cumplimentación de voluntades anticipadas. Y, en muchas ocasiones, aunque hubieran sido cumplimentadas, a la hora de la verdad los médicos no las respetaron.

En 1993, un grupo de bioeticistas norteamericanos se reunió en el Hastings Center para reflexionar sobre el uso de las voluntades anticipadas en la toma de decisiones clínicas y los resultados del SUPPORT. Poco después se emitió un informe que reorientaba la estrategia de implantación de las voluntades anticipadas desde la necesidad de procurar amplios procesos comunicativos entre los protagonistas

de la toma de decisiones al final de la vida, que son pacientes, profesionales sanitarios y familiares, con el fin de mejorar la calidad moral de las decisiones. Los documentos en sí no serían objetivos, sino herramientas del proceso al que pasa a denominarse Planificación Anticipada de las Decisiones al Final de la Vida. En este caso, la prestigiosa bioeticista Linda L. Emanuel nos plantea un marco de referencia para la PAD desde unos beneficios claros. Considera la toma de decisiones como un proceso de discusión estructurado y documentado entretejido dentro del proceso habitual de cuidado de la salud que se revisa y pone al día periódicamente sobre unas bases establecidas.

La conclusión a la que llegan estos autores para desarrollar la PAD se centra en que sólo mediante la educación podrá avanzarse, educar a profesionales sanitarios, pacientes, sus familias y el público en general, las comunidades de ciudadanos y la sociedad en su conjunto. Para poder desarrollar este proceso, la sociedad necesita madurar y participar en un clima de deliberación democrática sobre la salud, la enfermedad y la muerte.

Los protagonistas de la planificación anticipada de las decisiones

Como hemos señalado anteriormente, la protagonista del proceso es la sociedad en su conjunto, pero a la hora de tomar decisiones sanitarias en el día a día se circunscribe principalmente a pacientes, familiares y profesionales sanitarios. Una cuestión importante es aclarar el perfil del profesional que debe liderar la puesta en marcha de la PAD. Necesariamente todos los profesionales están llamados, por su propia identidad ética, a asumir tal responsabilidad. Aunque la literatura general

sobre las IP es muy amplia, no lo es tanto aquella relativa a uno de los actores clave de su implementación: los profesionales de la salud.

Esta escasez puede deberse a la gran complejidad que envuelve la naturaleza filosófica del fenómeno. Así, Blondeau, Valois, Keyserlingk et al nos proponen un marco conceptual explicativo de la actitudes frente a las IP, entre las que introducen no sólo principios éticos como el de autonomía, beneficencia/ no maleficencia y justicia, sino también creencias sobre las "normas legales" y sobre sus implicaciones en la dimensión afectiva. Según el marco conceptual, todos estos parámetros influirían en las actitudes de las personas que modificarían posteriormente sus conductas. A través de este marco teórico, los autores pretenden explorar las actitudes frente a las IP no sólo de profesionales de la salud (facultativos, enfermeras y gestores) sino también las de los pacientes. Tras realizar una encuesta poblacional a 123 pacientes, 167 facultativos, 340 enfermeras y 291 gestores canadienses, mediante un cuestionario que presentaba buenas cualidades psicométricas, surgen diferentes resultados interesantes, como que aunque los profesionales conocen la existencia de las IP con mayor frecuencia (94,6%) que los pacientes (54,5%), no poseen mucha experiencia clínica con pacientes que las hayan ejecutado. Por otro lado, aunque todos los participantes son favorables a los principios de autonomía y justicia que envuelven las IP, los facultativos presentan una menor adhesión a dichos principios. Además, se produce una dicotomización entre los grupos de participantes, y son los gestores y facultativos los que más importancia conceden al principio de beneficencia frente a pacientes y enfermeras. Y, finalmente, son los pacientes y enfermeras los que más peso otorgan a la dimensión afectiva del fenómeno.

Los autores explican este último resultado por el hecho de que, a través de la dimensión afectiva, la enfermería siempre ha jugado un papel importantísimo en la defensa y la protección de los intereses de sus pacientes.

Este papel crucial de las enfermeras en la implementación de las IP es también defendido por Silverman, Fry y Armistead. Los autores presentan un estudio mediante 20 entrevistas semiestructuradas a enfermeras de Maryland que explora las actitudes frente a los programas existentes en sus centros de trabajo para implementar las IP. Para las enfermeras supone un reto profesional la responsabilidad de emprender las discusiones sobre IP con los pacientes, y aunque consideran que son los profesionales idóneos para entablarlas, creen necesarios una mayor preparación y tiempo para abordar estas cuestiones con los pacientes. Estas medidas intentarían paliar la ansiedad que producen dichas discusiones a los pacientes, ya que mejorarían el proceso de comunicación profesional-paciente. Con respecto al conocimiento de las enfermeras frente a las IP, Patty, Crego et al entrevistaron a 300 enfermeras para analizar el conocimiento preguntando tanto experiencia con las IP como aspectos jurídicos y conceptuales de este fenómeno. La puntuación media obtenida fue de un 78% de respuestas correctas, el 55% contestó que no entendía bien las IP, el 14% sólo había completado una IP por ella misma y el 92% indicó que necesitaba más educación y formación con respecto a la PAD.

La enfermería y la planificación anticipada de las decisiones

Parece claro que la enfermería, desde su identidad ética y marco teórico de actuación, está llamada a asumir el papel protagonista en el ámbito del

final de la vida, donde se generan más conflictos éticos y su resolución suele ser siempre difícil y dolorosa para todos los que participan en ella. La enfermera es con frecuencia la persona que acompaña en el proceso de la muerte o en las fases previas de ésta. En esos momentos, la actitud de acogida, compañía y calor humano es más importante que en ningún otro. La comunicación con el enfermo ha de ser tal que permita que exprese sus sentimientos y sus miedos; al mismo tiempo ha de encontrarse un punto de cercanía que no entrometa en la intimidad del paciente en momentos tan delicados y que, al mismo tiempo, sea lo suficientemente asequible como para que su presencia casi no deba ser requerida.

La Ley 41/2002 no nombra específicamente a las enfermeras, e incluso en ocasiones las excluye al circunscribir algunas de las afirmaciones a los médicos. Pero en muchas ocasiones esta ley habla de "profesionales", "equipo que le atiende" o "servicio sanitario", y, por tanto, debe considerarse que las enfermeras están afectadas por esa responsabilidad. La concepción integral de los cuidados enfermeros conecta muy bien con la PAD al final de la vida y con el rol permanente de la enfermería en cuanto a la defensa de los derechos de los pacientes. No pretendemos que la enfermería asuma esta responsabilidad de manera aislada, pero sí como líder motivador y en constante relación con el resto de profesionales, para planificar los cuidados y compartir la toma de decisiones con el fin de evitar la degradación de estos cuidados a la simple corrección y firma del documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas.

Para poder alcanzar dicho objetivo necesitamos explorar cuál es la experiencia en el día a día del trabajo de la enfermería y su implicación en la toma de decisiones, conocer qué necesidades

emergen para planificar sistemáticamente los cuidados, qué pensamiento sugiere esta realidad, qué sentimientos predominan, qué expectativas asistenciales y laborales se plantean, qué conocimiento se tiene sobre el tema, con qué limitaciones se encuentra la profesión para atender este fenómeno, qué iniciativas y propuestas se plantean, todo esto con el fin de analizar y proponer modelos de actuación e interacción de los profesionales de la enfermería con el resto de profesionales, usuarios y sociedad con la suficiente prudencia y calidad de cuidados, que se hacen extremadamente especiales al final de la vida.

Hipótesis

En este estudio no se presenta hipótesis de investigación que haya que confirmar por tratarse de un estudio con una perspectiva exploratoria y diseño cualitativo. La finalidad de esta investigación será comprender el fenómeno a estudio mediante la información cedida por los participantes sin esperar de antemano unas respuestas predeterminadas.

Objetivos

El estudio tiene como objeto examinar cuál es la perspectiva de la enfermería desde los diferentes niveles asistenciales, gestión y docencia sobre la planificación anticipada de las decisiones al final de la vida (PAD) con el fin último de que dicha información guíe y sienta las bases para la creación de planes de cuidados estandarizados, la elaboración de recomendaciones sobre el contenido, forma y manejo del documento de instrucciones previas (IP) así como la planificación de ciclos formativos de pregrado y posgrado para los profesionales de la enfermería.

Así, el objetivo principal del estudio es el de explorar cómo viven y construyen los profesionales de enfermería el fenómeno de la PAD y las IP dentro de la perspectiva de su disciplina.

Para alcanzar esta comprensión sobre el fenómeno habrá que alcanzar los siguientes objetivos específicos:

- Conocer los sentimientos y experiencias que producen la PAD y las IP en los profesionales de enfermería.

Metodología

1. Diseño del estudio

Para alcanzar los tres primeros objetivos específicos se ha elegido metodología cualitativa de grupos focales o de discusión por su utilidad en la profundización en fenómenos de gran interés y complejidad, y de los que se dispone de poca información, como es el caso de la PAD en nuestro país. Esta técnica nos permite aprender sobre las experiencias y perspectivas de los participantes, explorar sentimientos, necesidades, expectativas, identificar obstáculos para el desarrollo del registro de las IP y acercarnos a la PAD por parte de los profesionales de la enfermería.

La información obtenida en los grupos focales servirá para generar conocimiento de esta realidad poco introducida en nuestro medio y a la misma vez ésta nos servirá para desarrollar y construir un cuestionario y proceder al análisis cuantitativo del conocimiento, empleando palabras y categorías "propias" utilizadas por la población a la que va dirigida siendo más comprensibles por ésta. De este modo se alcanzarían los dos últimos objetivos específicos del estudio.

Primera fase

- a) Diseño: estudio exploratorio sobre las experiencias, pensamientos, sentimientos, conocimientos, necesidades y expectativas de los

- Explorar las actitudes de los profesionales de enfermería.
- Explorar las necesidades y las expectativas sentidas y expresadas de enfermería frente al fenómeno.
- Analizar los conocimientos sobre la PAD y las IP de los profesionales de enfermería.
- Cuantificar áreas de mejora en dichos conocimientos.

profesionales de la enfermería frente a la planificación de las decisiones sanitarias al final de la vida mediante grupos focales.

- b) Sujetos a estudio: esta fase del diseño pretende que los participantes de los grupos focales sean "representantes" de la población diana, pretendiendo obtener información sobre toda la variedad de opiniones de esta población.

En la selección estratégica de la muestra se buscará la heterogeneidad entre grupos, la homogeneidad intragrupal y la saturación estructural identificando los subgrupos que componen la población a estudio.

Los grupos focales se realizarán en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Composición de los grupos:

- Profesionales de la enfermería de hospitales en sus diferentes especialidades en fases agudas de enfermedad: medicina interna, oncohematología, cuidados intensivos. A los hospitales acuden personas de todas las edades y con diferentes procesos mórbidos que pueden determinar la vida de una persona e incluso llegar a morir en un período corto de tiempo. Los profesionales que trabajan en estas especialidades nos pueden dar perspectivas de cuidado a corto plazo en las diferentes formas de enfermar y morir.

- Profesionales de enfermería en sus diferentes especialidades en fases crónicas de enfermedad: hospital de día, unidad de VIH-sida, diálisis, unidad de neumología, cuidados paliativos. De igual manera, existen especialidades médicas crónicas que son seguidas en el hospital –de forma externa– ya que su pronóstico dependerá de la evolución, el seguimiento y el autocuidado. Estos profesionales podrán darnos perspectivas de cuidado a largo plazo de los cuidados en los diferentes contextos dependiendo del tipo de enfermedad, ya que presuponemos que la forma de enfermar y morir es diferente en un paciente con sida que en un paciente con insuficiencia renal.
 - Profesionales de la enfermería de Atención Primaria de Salud. A los centros de salud de Atención Primaria normalmente acuden usuarios sanos y enfermos para prevenir enfermedades y para el seguimiento de procesos no complicados. Las condiciones que se dan en los centros de salud desde una perspectiva más continuada y el abordaje integral de los problemas sociosanitarios y su constante contacto con la población de diferentes edades hacen de este grupo informantes clave de la información que nos interesa.
 - Profesionales de la enfermería de residencias de personas mayores públicas y privadas y centros de día. La residencia asistida es un medio donde, habitualmente, el mayor que ingresa termina sus días allí, por lo que la opinión de los profesionales resulta muy interesante por la cercanía con el final de la vida de los ancianos y sus cuidados.
 - Profesionales de la enfermería en puestos de gestión (cargos intermedios y directivos). Este grupo nos puede ofrecer información en cuanto a la gestión de cuidados, recursos humanos y materiales necesarios para atender esta emergente situación de planificación de cuidados al final de la vida.
 - Profesores universitarios de enfermería. Esta población resulta interesante para explorar necesidades informativas y formativas además de obtener orientaciones hacia la elaboración y enseñanza de planes de cuidados y ciclos formativos de pregrado y posgrado relacionados con el final de la vida.
 - Estudiantes de enfermería de tercer curso. Este grupo nos puede ofrecer información sobre las necesidades formativas de pregrado y conocimiento existente en la enseñanza de la enfermería sobre la PAD.
 - Profesionales de la enfermería de servicios especiales de urgencia (SAMUR, 061,112, etc.). La toma de decisiones de urgencia merece una especial atención por la naturaleza propia de este fenómeno, ya que las actuaciones son rápidas y, en ocasiones, el paciente no se encuentra en situación para decidir sobre sus tratamientos. Los profesionales de este grupo nos aportarán información sobre la toma de decisiones en este contexto.
- Éstas son las posibles posiciones de segmentación de la muestra y para comparar discursos procedentes de estas diferentes posiciones se han seleccionado *a priori* ocho grupos focales ya que el número de grupos que se va a realizar es flexible hasta llegar a la saturación de la información.
- c) Recogida y análisis de los datos
- Captación de los participantes
- Procedimiento mixto a través de informantes clave y de fuentes documentales.
- Los informantes clave nos proporcionarán participantes con un perfil predefinido como es la capacidad de reflexión y diálogo, sin ser superior a tres participantes por cada informante para evitar sesgos de selección. Los participantes serán invitados a participar mediante una carta donde reflejará el objetivo de nuestro estudio, la fecha y el lugar de celebración. Posteriormente se confirmará la asistencia por teléfono.
- A todos los participantes se los citará personalmente para explicarles más exhaustivamente el

proyecto. Se les explicará brevemente el objeto del estudio, su técnica y por qué han sido invitados a participar. Se les dará la información que precisen y se les pedirá que firmen el formulario de consentimiento informado.

– Recogida de los datos

Duración estimada de la realización de cada grupo: 90 minutos.

Grabación de los discursos. El moderador y un observador estarán presentes en los grupos y serán quienes guíen la reunión. Después de la celebración de cada grupo, el moderador y el observador harán una primera audición provisional de lo registrado para obtener posibles pistas de interpretación del discurso.

Lugar de las reuniones: se evitarán lugares que inhiban o afecten negativamente a la expresión del grupo.

– Análisis de la información

Análisis preliminar después de cada grupo. Resumen sobre hallazgos, interpretaciones, observaciones acerca de la dinámica de la reunión: nos servirá para buscar esquemas de codificación que sirvan no sólo para estructurar el contenido de todos los grupos, sino también la necesidad de variar el número y la estructura de otros grupos con el fin de alcanzar la saturación de los datos.

Durante el análisis de contenido se realizará una contracodificación entre el equipo investigador, así como una doble verificación de las relaciones entre los códigos y el modelo explicativo, con el fin de intentar ofrecer los resultados más fiables.

Se utilizará el programa informático para estudios cualitativos Atlas-ti v 4.1, siguiendo el esquema de análisis del discurso y contenido.

d) Limitaciones del estudio

Las personas que acepten participar en este estudio seguramente serán aquellas más colaboradoras. Puesto que pretendemos conocer el fenómeno en profundidad, puede que el grupo

de personas menos motivadas a participar y que podrían aportar mucha información relevante no acepten ser entrevistadas. Del mismo modo, puede que la utilización de una grabadora ejerza una presión que pueda disminuir o bloquear la espontaneidad en algunos participantes y limitar así la información que aporten.

Segunda fase

Una vez analizada la información obtenida en los grupos focales y establecidas las categorías que se van a analizar propias de la población a estudio, se diseñará, validará y realizará una encuesta poblacional dirigida a profesionales de la enfermería desde todas sus áreas profesionales. La encuesta se realizará en Murcia, A Coruña, Barcelona, Vitoria, Madrid y Granada y posteriormente se procederá al análisis estadístico de los resultados.

a) Validación de la encuesta:

El proceso de validación del contenido de dicho cuestionario se realizará mediante la técnica de consenso de los grupos nominales, uno de ellos con profesionales de la enfermería que cumplan con el perfil estándar de las áreas profesionales estudiadas y otro compuesto por expertos de la PAD e IP. Los grupos nominales pretenderán valorar la claridad, pertinencia e importancia de cada uno de los ítems de la encuesta, siendo necesario alcanzar un consenso del 80%. Tras esta validación se aceptarán (ítem correcto, que parece medir con claridad conceptual y lingüística la variable), reformularán (ítem ambiguo, se puede entender de dos o más maneras, es confuso, debe reformularse) o rechazarán (ítem irrelevante o superfluo, puede suprimirse) los ítems que comprenderán el instrumento final de medida que se utilizará en el estudio.

b) Diseño del estudio:

Estudio observacional, descriptivo y analítico, realizado mediante encuesta poblacional auto-complimentada.

c) Sujetos a estudio:

Profesionales de la enfermería de Murcia, Granada, A Coruña, Vitoria, Madrid y Barcelona de las áreas:

1. Área asistencial; hospitales, centros de salud, residencias de ancianos, servicios especiales de urgencias (SAMUR, 061, 112), centros de día para personas mayores.
 2. Área de gestión; cargos intermedios (coordinadores de enfermería, supervisores de unidades y áreas), cargos directivos (directores y subdirectores).
 3. Área docente; profesores titulares y asociados de las escuelas universitarias de enfermería y alumnos de tercer curso.
- d) Muestra: tamaño de la muestra representativo de los estratos de los sujetos a estudio.
- e) Variables:

- Sociodemográficas: edad, sexo, sistema sanitario público o privado, experiencia profesional, área profesional, comunidades autónomas y formación posgraduada.
- Variables relacionadas con la información de interés descrita como relevante en la primera fase cualitativa del proyecto, en cuanto conocimiento de las IP, opinión sobre la PAD y sus características.

f) Recogida y análisis de los datos:

Comprenderá los siguientes análisis.

- Estudio descriptivo. Se expresará en forma de porcentaje en el caso de variables cualitativas, y de media e intervalos de confianza en el caso de variables cuantitativas. Se realizarán gráficas por ítems.
- Análisis de relaciones. Para variables cualitativas se utilizará el test de chi al cuadrado y para variables cuantitativas medidas de correlación paramétricas (Pearson) o no paramétricas (Spearman).

Todos estos análisis se realizarán mediante paquete estadístico SPSS v. 11.

g) Limitaciones del estudio:

Al ser un estudio observacional con encuesta presenta en primer lugar las limitaciones derivadas del grado de validación del propio instrumento de medida –el cuestionario–. Para superarlas en la medida de lo posible se realizarán las actuaciones de validación antes reseñadas. Un segundo problema proviene de la propia dinámica de realización del estudio, es decir, las encuestas autocumplimentadas pueden tener un elevado grado de pérdidas.

Plan de trabajo

A) Fase 1. Tiempo de realización: un año.

Enero-marzo de 2005 (3 meses)

1. Actualización de base de datos y revisión bibliográfica.
2. Una reunión inicial del equipo investigador para distribuir tareas. Revisión cruzada para elección de literatura de referencia para el estudio.
3. Solicitud de aval ético.

Abril-septiembre de 2005 (6 meses)

4. Elaboración de grupos focales y realización de éstos.
5. Transcripción de las grabaciones de los grupos.

Octubre 2005-enero 2006 (4 meses)

6. Análisis cualitativo de contenido y discurso.
7. Difusión de los resultados fase 1.

B) Fase 2. Tiempo de realización: 11 meses.

Febrero-abril 2006 (3 meses)

8. Elaboración de encuesta poblacional.

Mayo-junio 2006 (2 meses)

9. Validación encuesta poblacional.

Julio-diciembre 2006 (6 meses)

10. Realización de encuesta poblacional.
11. Análisis de resultados y difusión fase 2.

Asignación de tareas

1. Tres miembros del equipo revisores.
2. Equipo investigador.
3. Investigador principal.
4. Investigador principal, miembros del equipo investigador con domicilio en Murcia y becario/a.
5. Becario/a.
6. Equipo investigador.
7. Equipo investigador.
8. Investigador principal, metodólogos equipo investigador.
9. Investigador principal, metodólogos equipo investigador.
10. Equipo investigador.
11. Equipo investigador.

Lugar de realización

Grupos focales en fase 1: Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Encuesta poblacional en fase 2: Murcia, Granada, A Coruña, Madrid, Vitoria y Barcelona.

Experiencia del equipo investigador

- Eva Abad Corpa, Apolo García Palomares, Sagrario Martínez Rodríguez, Javier Júdez Gutiérrez, Olga Monistrol Ruano, Carme Jover Sancho, José María Barreiro e Inés María Barrio Cantalejo son miembros del grupo investigador, pertenecen al nodo "Problemas éticos y jurídicos de la toma de decisiones sanitarias en las personas mayores" integrado en la Red Temática de Investigación en Cuidados a Personas Mayores (RIMARED). Este nodo ha realizado una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el concepto y el desarrollo de las "voluntades vitales anticipadas". En tal revisión el grupo investigador revisó 2.562 referencias bibliográficas, hizo una revisión por pares sobre 994, dando como resultado un destilado de 153 artículos de óptima calidad que están recogidos en la Base de Datos Bibliográfica General de RIMARED.
- Javier Júdez Gutiérrez ha recibido el título de Facilitator and Instructor of Advance Care Planning por el Gundersen Lutheran Medical Foundation de La Crosse (Wisconsin, EE. UU.).
- Sagrario Martínez Rodríguez ha participado como asesora del Gobierno Vasco en la elaboración de la Ley 7/2002 del 12 de diciembre, del Parlamento Vasco, de Voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad.
- Inés María Barrio Cantalejo ha publicado recientemente un libro titulado *¿Quién decidirá por mí? Ética de las decisiones clínicas en pacientes incapaces*. Madrid: Triacastela, 2004. ISBN: 84-95840-14-6. La obra realiza una revisión histórica y conceptual del tema de las decisiones de representación tal y como se han desarrollado en Estados Unidos y cómo se va desarrollando la legislación en nuestro país.
- Apolo García Palomares, Sagrario Martínez Rodríguez, Javier Júdez Gutiérrez, José María Barreiro e Inés María Barrio Cantalejo disponen de formación posgraduada en Bioética Clínica por la Universidad Complutense de Madrid en grado de máster y experto universitario.

Utilidad práctica de los resultados

Esta nueva posibilidad, que otorga a una persona mayor de edad y libre, autonomía para decidir anticipadamente sobre deseos de cuidado cuando nos acerquemos al final de la vida está muy poco introducida en nuestra sociedad. Tampoco se han desarrollado estrategias encaminadas a formar e informar tanto a la población en general como a los profesionales sanitarios.

En la literatura revisada existen muchos problemas en cuanto a la forma en que se plantean estos cuidados e incluso en sociedades con varias décadas de experiencia siguen con problemas para que los deseos de las personas sean tenidos en cuenta. La concepción y la filosofía de este tipo de cuidados dieron un giro de 360 grados cuando se investigó con metodología cualitativa. Desde este punto de vista intentaremos analizar el problema en profundidad desde quienes lo padecen para comprender por qué sucede y qué podemos hacer los profesionales de la salud.

Este estudio supone un acercamiento al conocimiento en profundidad del planteamiento anticipado de las decisiones sanitarias al final de la vida. A su vez, permitirá a los investigadores, a la comunidad científica en general y a los profesionales que trabajan en esta problemática comprender el fenómeno en profundidad y, por tanto, diseñar estrategias más eficaces para el abordaje integral de las personas que elijan planificar sus cuidados al final de la vida.

Este trabajo sentará las bases para crear unas recomendaciones para el manejo del documento de instrucciones previas así como la elaboración de planes de cuidados y ciclos formativos de pregrado y posgrado en la carrera profesional de la enfermería.

Ayuda concedida

Este proyecto con nº PI040895 ha sido financiado por el FIS (fondo de investigaciones sanitarias) en la Convocatoria Programa de Promoción

de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, para la realización de proyectos de investigación en el marco del Plan Nacional de I+D+I 2004-2007. Cuantía de la subvención: 10.120 euros. 10 miembros.

Presupuesto concedido

Anualidad	Año 1	Año 2	Total
– Becario	0	0	0
– Bienes y servicios	2.200	600	2.800
– Viajes y dietas	3.000	3.000	6.000
– Subtotal	5.200	3.600	8.800
– 15% gastos generales	780	540	–
Total	5.980	4.140	0.120

Otras consideraciones

El presente proyecto es una iniciativa del Nodo de Ética de la Red Temática de Investigación Cooperativa en Cuidados a Personas Mayores (G03/100), financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS).

Equipo Investigador Coordinador RIMARED: Inés Barrio Cantalejo, Julio Cabrero García, Pilar Comet Cortés, Carmen Fuentelsaz Gallego, Teresa Moreno Casbas, Adela Zabalegui Yarnoz.

Investigadores del nodo de Problemas éticos y jurídicos de la toma de decisiones sanitarias en ancianos al final de la vida de la Red Temática de Investigación en cuidados a personas mayores (RIMARED):

Eva Abad Corpa, José María Barreiro Bello, Inés María Barrio Cantalejo, Apolo García Palomares, María Gasull Vilella, Carme Jover Sancho, Javier Júdez Gutiérrez, Sagrario Martínez Rodríguez, Olga Monistrol Ruano, María Jesús Pascau González-Garzón y Pablo Simón Lorda.

Bibliografía

1. Instrumento de ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE n.º 251, de 20 de octubre de 1999.
2. Herrero A, Reyes A, Gómez S, Donat E. Valoración del consentimiento informado por médicos y pacientes. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:706-13.
3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274, de 15 de noviembre de 2002. p. 40126-32.
4. Broggi MA. El documento de voluntades anticipadas. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:114-5.
5. Simón P. El consentimiento informado. Madrid: Triacastela; 2000.
6. Sedano E, Busquets-Font JM, Busquets-Bou E. La guía sobre el Documento de voluntades anticipadas del departamento de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:417-23.
7. Martin DK, Emanuel LL, Singer PA. Planning for the end of life. *Lancet* 2000;356:1672-6.
8. Emanuel LL, Von Gunten CF, Ferris FD. Advance Care Planning. *Arch Fam Med* 2000;9:1181-7.
9. Olick RS. Approximating Informed Consent and Fostering Communication: The Anatomy of an Advance Directive. *J Clin Ethics* 1991;2:181-9.
10. SUPPORT: Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments: study design. Murphy D, Cluff L, eds. *J Clin Epidemiology* 1990;43:S1-123.
11. La Puma J, Orentlicher D, Moss RJ. Advance Directives on Admission. Clinical Implications and Analysis of the Patient Self-Determination Act of 1990. *JAMA* 1991;266:402-5.
12. Singer P, Martin DK, Lavery JV, Thiel EC, Kelner M, Mendelssohn DC. Reconceptualizing Advance Care Planning from the Patient's Perspective. *Arch Intern Med* 1998;158:879-84.
13. Blondeau D, Valois P, Keyserlingk EW, et al. Comparison of patients' and health care professionals' attitudes towards advance directives. *Journal of Medical Ethics* 1998;24:328-36.
14. Silverman HJ, Fry ST, Armistead N. Nurses' perspectives on implementation of the Patient Self-Determination Act. *Journal of Clinical Ethics* 1994;5:30-7.
15. Virmani J, Laurence J, Schneiderman MD, et al. Relationship of Advance Directives to Physician-Patient Communication. *Arch Intern Med* 1994;15:909-13.
16. Davitt JK, Kaye LW. Supporting Patient Autonomy: Decision Making in Home Health Care. *Social Work*. 1996; 41:41-51.
17. David L, Hughes MD, Singer PA. Family physicians' attitudes toward advance directives. *Can Mad Assoc J* 1992; 146-157.
18. Mezey M, Mitty E, Rappaport M, Ramsey G. Implementation of the Patient Self-Determination Act (PSDA) in Nursing Home in New York City. VA. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:43-9.

19. Asai A, Fukuhara S. Medical decision concerning the end of life: a discussion with Japanese physicians. *Journal of Medical Ethics* 1997;23:323-7.
20. Morrison RS, Morrison WE, Glickman DF. Physician Reluctance to Discuss Advance Directives. An empiric investigation of potential barriers. *Arch Intern Med* 1994;154:2311-8.
21. Markson L, Clark J, Glantz L. The doctor's role discussing advance preferences for end-of-life care: perceptions of physicians practicing in the VA. *Jam Geriatr Soc* 1997;45:339-406.
22. Coate S, Pfeifer MP, McAnutt R. The discussion about advance directives. *Arch Intern Med* 1995;155:1025-30.
23. Feito L. *Ética profesional de la enfermería*. Madrid: PPC; 2000.
24. Barrio Cantalejo IM, Simón Lorda P, Pascau González-Garzón MJ. El papel de la enfermera en la Planificación anticipada de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas. *Enfermería Clínica* 2004;14: 223-9.

Centros sanitarios y medios de comunicación

Martínez J
Director Gerente del Hospital 12 de Octubre
fundacionsigno@telefonica.net



M.A. Oliver, J. Rodríguez, J. Martínez, J. Elviro, S. Reverter, D. Aparicio

Participantes:

Daniel Aparicio. *Diario Médico*

Miguel Ángel Oliver

Susana Reverter. *Responsable de Comunicación del Hospital La Paz*

Jesús Rodríguez. *Director Gerente del Hospital Puerta de Hierro*

Moderador: **Joaquín Martínez.** *Director Gerente del Hospital 12 de Octubre*

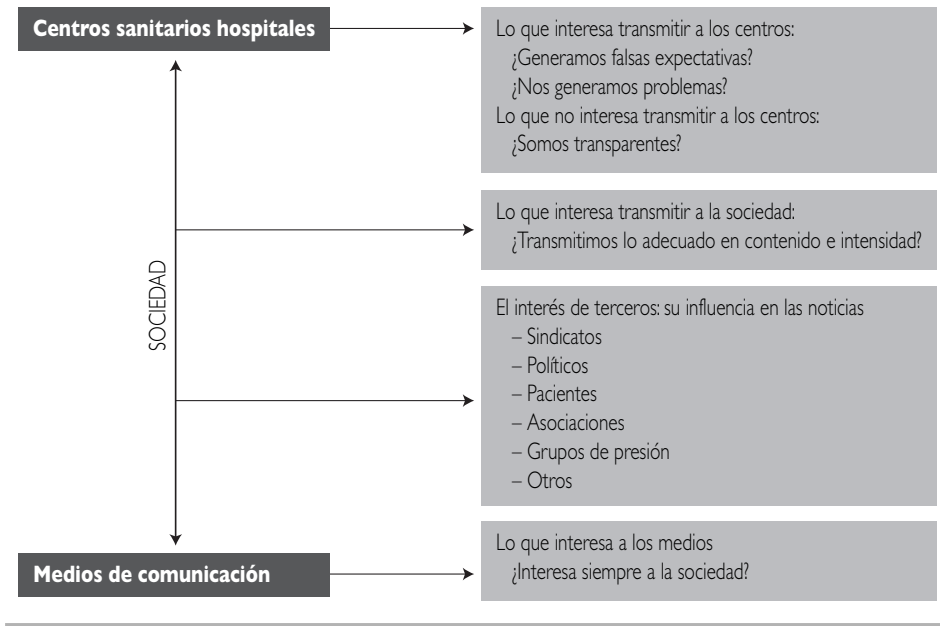


Fig. 1. Encuentros. Centros sanitarios y medios de comunicación

JM. El tema de los hospitales y su relación con los centros sanitarios es un tema amplio. En este punto de encuentro quisimos reunir a una serie de personas que lo conocen, son parte de los medios de comunicación y parte de los hospitales.

Existe la pregunta de si las relaciones sanidad-medios son adecuadas pues hay una serie de intereses diferentes. Los hospitales somos huidizos, solamente respondemos cuando queremos responder, nos escondemos cuando vosotros tenéis un interés en algo y a nosotros no nos interesa. ¿Cómo lo veis? ¿Creéis que las relaciones son adecuadas?

Lo que interesa a los centros:
¿generamos falsas expectativas?
¿Nos generamos problemas?

SR. Las relaciones son adecuadas con los periodistas profesionales. Hay que

distinguirlos de la "prensa que busca dar portadas". Esta prensa da la noticia sin contrastar, sólo busca una noticia para que sea portada.

DA. Son los nuevos periódicos, muchos de ellos gratuitos. Están condicionados por una urgencia mayor que los diarios, que tienen que salir al día siguiente y tienen un mayor impacto.

En un kiosco puede haber un lector reflexivo que decide lo que más le interesa. En este otro caso no hay selección: llega de forma gratuita y simplemente se mira qué aporta de nuevo... y tienen que aportar algo nuevo. No lo justifico, digo que de alguna manera su naturaleza los lleva a conducirse, a comportarse de esa manera.

Revisando un poco la línea que llevan los diarios, ya no las revistas o la prensa especializada, sino El País o El Mun-

do, que destinan a la Sanidad o a la salud noticias con otro peso: las informaciones son largas, documentadas y especializadas. La prensa especializada y los medios audiovisuales carecemos de los problemas que suele generar la urgencia por salir. El sistema hospitalario tiene problemas para responder y documentar esa urgencia porque su urgencia es otra, su urgencia es el paciente. Ellos no están para lo que consideran perder el tiempo en ocasiones con los medios de comunicación.

SR. No es cuestión de perder el tiempo, sino de que tengamos el mínimo tiempo para poder documentar un hecho. El hospital tiene que seguir funcionando pero a veces tienes que paralizarlo todo para responder a un periodista inmediatamente porque no puede esperar un día. Eso requiere sacar a la gente de reuniones, conseguir historias, buscar a la persona que estaba de gusradia el día x para saber qué o cómo ocurrieron las cosas. Y no es tan sencillo. Por ejemplo, unas informaciones que salieron hace algunos años sobre el colapso de las urgencias de La Paz, respondían a que estábamos en un pico no sé si de gripe o a causa de una ola de frío, es una situación coyuntural que se produce durante unos días y sale en todos los periódicos. Las urgencias funcionan correctamente el resto del año pero eso ya no tiene importancia para el medio.

**Lo que interesa a la sociedad:
¿transmitimos lo adecuado
en contenido e intensidad?**

SR. No respondemos igual a cada medio de comunicación. A la televisión, a la radio, a la prensa escrita y a la especializadas. Quizá tenemos más problema con la radio, ya que requiere una información inmediata y mientras no tengamos nosotros como hospital los datos reales del hecho, ellos

están dando la información que tienen aunque no sea correcta. Es muy raro que se espere a tener las dos versiones para difundir una noticia.

Echamos de menos el papel educador o de dar a conocer el entorno que tiene la prensa.

Jesús Rodríguez

MAO. De lo que decís interpreto dos cosas: una es una noticia que no tiene viso de veracidad y otra cosa es la noticia que es real en un momento determinado. Son dos cuestiones sustancialmente diferentes. Una no tiene relación con la realidad, no se ha contrastado, tiene trascendencia social porque incluso puede generar alarma. Es la noticia por la noticia. Hay que vender y que estar ahí. Cuanto más llamativo sea, más morbo tenga, mucho mejor porque vamos a vender más.

La otra es decir lo que realmente está ocurriendo. A veces las noticias se tergiversan y eso puede molestar, pero es peor cuando ni siquiera hay una noticia real detrás de la información difundida.

DA. Nunca he conocido a ningún compañero que se haya inventado una información para dar una noticia.

No sé dónde está el origen de una noticia que termina siendo falsa. Siempre hay un equívoco y una falta de comprobación y por tanto una falta del mecanismo de control, pero nadie que se siente un día en su ordenador y diga: me voy a inventar que hay una fuga radiactiva en el hospital equis. Ahí ha habido una fuga de información. Algo que no ha controlado el sistema informativo hospitalario y que ha llegado de manera muy precipitada o muy pervertida a los medios de comunicación. Eso se ha convertido en noticia por la nece-

sidad de publicar algo y no muy profesional en una noticia de primera plana. Se están divulgando centenares de miles de ejemplares y genera un sentimiento en la opinión pública. Hay una alarma o un motivo para hablar de algo.

Creo que el factor humano, que es importante en todo, lo es también en la comunicación hospitalaria. Siendo los hospitales unos complejos sanitarios increíbles, creo que en su comunicación no están a la altura de aquello que generan y de aquello que pueden dar. De cómo tratar a los medios de comunicación.

Si un hospital, el que fuera, tuviera una buena capacidad de generar información, de aclarar a ese medio que fuera (el 20 minutos o El País) hacia sus adeptos, sería mimado por los medios. Esto lo manejan maravillosamente los aparatos políticos.

Sin embargo, tengo la sensación de que los aparatos de comunicación en los hospitales están subestimados en

personal y en capacidad decisoria dentro del gran trabajo hospitalario. Es verdad que no forman parte del eje fundamental desde el punto de vista de los médicos, de lo que es el trato médico. Sin embargo, a la hora de proyectar la tarea de la salud y de la sanidad de todos que funcionan en su entorno, me parecen capitales. De hecho creo que hay muy poca colaboración con lo que es el aparato médico.

JR. Los que llevamos ya algún tiempo en la gestión sí tenemos la sensación de que las cosas han cambiado mucho en las relaciones con la prensa.

Por diferentes razones: unas porque probablemente la sociedad demanda más información, otra porque se han articulado fórmulas para que se facilite la comunicación entre el hospital y atención primaria y la prensa.

De esto que estamos hablando hoy, hace diez o quince años sería impensable y no digamos si retrocedemos hace veinte, treinta. No obstante, aunque las



Participantes en el punto de encuentro

relaciones son más fluidas que antes, echamos de menos el papel educador y el de dar a conocer el entorno sanitario que tiene la prensa. Me parece fundamental no distorsionar la realidad sanitaria.

No son todos los medios iguales, pero no por que no sean ideológicamente iguales sino porque no están urgidos por las mismas necesidades.

Susana Reverter

Si tenemos un excelente sistema sanitario, esta información debería trasladarse de forma objetiva y sin generar falsas expectativas a los ciudadanos. Sin embargo, generalmente se publican muchas más noticias negativas que noticias positivas, probablemente motivado por la parte implícita de negocio que tiene la prensa y los medios de comunicación en general.

En algún momento habrá que decir que no debería salir a la luz una "información" en determinados programas, o de tal manera. En este caso ni siquiera estoy hablando de hospitales, estoy hablando del derecho a la intimidad de las personas. Éste podría ser un nexo en el que seguramente sería más fácil entendernos.

DA. Yo no sé si nuestra misión es educar. No tengo nunca muy claro si nuestro trabajo es educar. Es muy arriesgado que un medio de comunicación sea el encargado de formar, aunque sea en parte, a las personas.

JR. Digo que tiene un papel educador, no he dicho que sea el encargado fundamental de educar. Pero en mi opinión tiene un papel muy importante, especialmente en determinados momentos, y lo hace magníficamente bien. Por ejemplo, ante una epidemia de gripe, informando sobre medidas

generales que se deben adoptar por los afectados y a qué nivel de atención urgente deben acudir.

Creo también que es diferente un medio estrictamente de ámbito profesional que un medio general.

DA. Los profesionales a lo largo de los años eran "incuestionados" por una población que siempre sería beneficiada por su trabajo. Actualmente se ha introducido una democratización también con sus efectos perversos. Democratización en el uso sanitario, y que produce un despotismo institucional, hospitalario o médico. El paciente que viene a nosotros no conoce si va a ser tratado. Hay momentos en que se pone en duda al médico y provoca la medicina defensiva: la infracción llega a la asociación del paciente: acusaciones de negligencia...

Tenéis que jugar tal y como están hoy establecidas las reglas del juego. No es tanto la realidad sino lo que se percibe en la realidad. Mi impresión es que tenéis que jugarlo con los sistemas de persuasión, de percepción.

Hay muchos aspectos para que el médico, para que el personal sanitario, esté presente y no sólo a través de la noticia (que casi siempre salen las malas noticias). Evidentemente nos interesan las cosas raras, las impactantes. De alguna manera tenéis que saber que estamos ahí para daros una percepción sobre vosotros que no es la verdadera sino la que se percibe:

Médicos quemados por turnos agotadores, deficiencias en las infraestructuras, incapacidad para hacer frente a determinadas crisis sanitarias... Todo eso se manifiesta en noticias que generan una sensación que destroza, como decíamos, ante todo el camino anterior. Cuando miro al responsable de comunicación del hospital lo hago

más como aliado de los aparatos de comunicación que como crítico hacia un aparato de comunicación de un hospital. Necesitan estar pendientes de más frentes y ser capaces de manejar lo malo y de persuadir al medio a través de lo bueno.

Tienen innumerables noticias buenas que contar. Y no es que por ser buenas no tengan nunca eco, es que tienen que ser buenas y a ser posible espectaculares.

MAO. En los sistemas de comunicación de los hospitales tienen que formarse cuadros mediáticos. No solamente tiene que formar aliados dentro del sistema que estén dispuestos a hablar de todo.

Hay gente que es capaz de transmitir buenas ideas de muchas cosas. No hablo solamente de los aparatos de comunicación. Creo que debería estar un poco incentivada la posibilidad de que tengamos gente muy polivalente

para el medio generalista, no para el especializado. Te diría, si tiro de la cadena SER, un Manuel Toaria.

DA. Un profesional que es capaz de decir "yo lo explico, la gente lo entiende" seguramente que no es el hombre más versado en cada una de las materias, pero sabe que es capaz de transmitir un montón de ideas y de hacerlo siempre en positivo.

La función de la comunicación del hospital debería ser constante, con lo que se conseguiría transmitir la realidad del hospital. Si fuera así y hay una mala noticia, probablemente dejaría de contarse si es algo puntual y sin importancia.

Hay muchos centros sanitarios en los que no se sabe con quién hablar y si hay un suceso, ¿qué ocurre?

SR. Inicialmente no había responsables de comunicación hasta creo mediados del 90. Hoy todos los hospitales de la Comunidad de Madrid tienen uno y es



Participantes en el punto de encuentro

un gran avance. Tambi3en es verdad que tenemos una importante carga de trabajo. Un d3a podemos tener en la agenda a un programa como Informe Semanal grabando en el hospital y simult3neamente una radio y otra televisi3n. Esto obliga a estar en varios sitios a la vez en un complejo de edificios enorme y realmente resulta inviable si no tienes los recursos necesarios. En muchos casos es una sola persona la que forma el Gabinete de Comunicaci3n de un hospital.

En los sistemas de comunicaci3n de los hospitales tienen que formarse cuadros medi3ticos. No solamente tiene que formar aliados dentro del sistema que est3n dispuestos a hablar de todo.

Miguel 3ngel Oliver

Para que os hag3is una idea, os doy algunos datos del a3o pasado: De enero al 23 de septiembre tuvimos 631 peticiones de medios de las cuales no pudimos dar respuesta a 71 y por razones muy variadas (no se encuentra el profesional, nadie quiere hablar de ese tema, imposibilidad horaria etc.). De enero a marzo de este a3o llevamos 86 noticias en prensa escrita, 24 en agencias, 107 en Televisi3n, 49 en radio y otros en medios digitales. Estos son los 270 impactos que tenemos contabilizados, sin tener en cuenta la prensa regional, otras televisiones aut3nomicas y otras publicaciones de las que nosotros no podemos hacer seguimiento. El 70 por 100 de las noticias nuestras que salen en medios de comunicaci3n son divulgativas. Para m3 el balance es positivo, con excepci3n quiz3s de alguna prensa gratuita que, como ya hemos se3alado, en muchas ocasiones no confirman la noticia antes de publicarla.

JM. Dentro del hospital, tengo la sensaci3n de que somos huidizos a la

prensa, los m3dicos en general, incluso los directivos

SR. Cuando no est3bamos nosotros o no hab3a gabinetes, la fuente de informaci3n era directamente el m3dico o el profesional sanitario, que no son periodistas y que tampoco ten3an ning3n asesoramiento sobre c3mo tratar a los medios de comunicaci3n.

Esto al final generaba la sensaci3n de que el periodista iba a poner lo que 3l quer3a. Lo cierto es que el peri3dico no te manda el art3culo para que lo corrijas, el periodista lo escribe y al d3a siguiente lo ves publicado te guste o no, pero as3 son las normas y nosotros como periodistas que somos lo comprendemos y se lo hacemos ver. A los m3dicos esto les resulta muy extra3o y es comprensible que prefieran saber c3mo va a quedar publicada la noticia, sobre todo cuando son temas m3s cient3ficos en los que se pueden cometer f3cilmente errores cuando el periodista no est3 especializado en salud. Tambi3n hay ciertas reticencias porque antes cuando sal3 un hospital en un medio lo hac3a con algo negativo y se tiende a identificar la figura del periodista con algo malo. La balanza de noticias buenas y noticias malas estaba invertida.

JM. ¿No te parece que probablemente lo que preguntamos a nuestros m3dicos es diferente si es un medio general o es un medio espec3fico?

SR. Mucho. Un tema de portada o una p3gina completa en Diario M3dico, no la podemos conseguir en la prensa generalista. Recientemente hicimos la presentaci3n mundial de la cirug3a de doble anillo de la v3lvula mitral y la noticia sali3 muy bien cubierta por todos los medios especializados y en televisiones nacionales, pero no sali3 en ning3n peri3dico nacional, ni en los suplementos de salud y resulta extra3o.

¿Realmente, lo que le interesa a los medios es lo que le interesa a la sociedad?

JM. Ése es otro de los temas que quería introducir, es decir,

**¿Es cierto que son los pacientes los que se quejan?,
¿cuál es la influencia de los "steak holders" en la comunicación?**

En los hospitales ocurre muchas veces, y se hace muchas veces, que se utiliza como amenaza: "o haces esto o llamo a la prensa".

SR. Muchos de los problemas saltan a la prensa general por cuestiones laborales. Al final no deja de ser un problema laboral que sus protagonistas convierten en noticia de otro tipo. Una tubería se rompe el 20 de enero y afecta al archivo, la noticia sale publicada el 24 de marzo. ¿Esto le interesa realmente a la sociedad? La Agencia de Protección de Datos le dice al periodista que el hospital no está obligado a llamar a los pacientes para informarles pero la noticia se publica dos meses después sobre esa premisa de no informar a los pacientes. El hecho se ha producido es cierto pero la información tiene sesgos y origina incertidumbre entre los pacientes...

JM. ¿Hasta qué punto la prensa debe entrar en si la noticia es noticia?

DA. Bueno, vamos a ver, también nieva todos los inviernos y cuando nieva se lo contamos en televisión.

Si hubiera dentro del apartado de información general la posibilidad de matizar o de explicar algo más, posiblemente ya se matizaría. Como las fotos de una huelga de limpieza en que se saca la zona más sucia del hospital.

MAO. Yo me refería más bien a ampliar la foto. La información, en ese caso, estaba muy dirigida a hacer daño. Convenía explicarlo. Esta foto se ha tomado en estas condiciones, no estaba el servicio entero así.

DA. Pero nosotros venimos siguiéndole el juego históricamente a los sindicatos de limpieza de los hospitales. La ciudad se ensucia, por supuesto que sí, y el hospital también, pero no con la rapidez con la que de una noche a otra el hospital parece un basurero y sin embargo lo contamos: el hospital está lleno de suciedad por todas partes.

Creo que el factor humano, que es importante en todo, lo es también en la comunicación hospitalaria.

Siendo los hospitales unos complejos sanitarios increíbles, creo que en su comunicación no están a la altura de aquello que generan y de aquello que pueden dar y de cómo tratar a los medios de comunicación.

Daniel Aparicio

No se trata tanto de ver cuál es el origen de la noticia como que si la noticia está ahí. No han ampliado el foco, a lo mejor resulta que ese señor estaba ahí solo y le estaban atendiendo las enfermeras, no lo sé.

SR. En la ocasión de la tubería, facilitamos al periódico toda la información que solicitó e incluso podrían haber hecho fotos del archivo si nos lo hubieran pedido, pero no lo hicieron y publicaron una foto que no se ajustaba a la realidad.

DA. Una parte del enunciado del punto de encuentro de hoy es "qué queremos ocultar, qué quieren ocultar". Por lo general, la colaboración que pueda haber entre medio de comuni-



Participantes en el punto de encuentro

cación y el gabinete de comunicación es muy positiva en muchos aspectos, pero siempre hay una desconfianza intrínseca. El gabinete siempre me va a vender la noticia y yo voy a pensar que no me está contando la verdad, que me está contando una parte de la verdad camuflada.

El gabinete de prensa se debe a su institución y, por tanto, tiene que minimizar los problemas que haya habido en esa institución.

Nosotros, en términos generales, sabemos que tenemos un interlocutor y eso es válido. El mecanismo se ha establecido.

JM. A veces se tiene la sensación de que se da el mismo valor a cualquier interlocutor. Que no siempre interesa la verdad, por decirlo de alguna manera, sino que hay otra serie de intereses.

JR. Mientras la prensa se mueva por índices de audiencia, es lógico que predominen las noticias negativas. Da

igual que hablemos de sanidad o de cualquier otro ámbito: política, sociedad, etc. ¿Qué es lo que más se vende y más se lee habitualmente?, noticias negativas. Ésta es, en mi opinión, una parte fundamental del problema. Y es un punto de difícil solución.

No parece la vía lógica que para solucionar algunos problemas, sea la prensa el medio para solucionarlos. Porque además probablemente es un tema de equilibrios y, al final, solucionas unos pero seguramente, en orden de prioridades, por atender a algo que ha tenido una trascendencia en la prensa muy importante, estás dejando otras cosas.

No se puede gobernar un hospital en función de lo que salga en la prensa, esto es descabellado.

Me parece bien que se hayan democratizado las cosas, no me parece bien en ningún ámbito profesional la prepotencia. Por hablar de dos de las profesiones presentes en este debate:

se decía que sois el cuarto poder. A los médicos antes se nos decía que éramos los descendientes de Dios. Esto no puede ser.

DA. El escenario en el que jugamos es el escenario mediático. ¿Cuáles son las reglas del juego? ¿Cómo podemos mejorarlas? Es verdad que hay una serie de normas y de reglas asumidas por todos que son terribles y pueden ser muy lesivas para cualquier institución.

Has mencionado el tema de la prepotencia, pero el corporativismo todavía sigue. Nada más lejos de lo difícil que, por ejemplo, es ser el defensor del lector. Es muy complicado llegar a un compañero y decirle: "que te has equivocado". Corporativismo en dosis altas en nuestra parte y en la vuestra.

Vosotros venís de ese tiempo en el que erais profesionales con una gran fiabilidad que asumisteis ese papel paternalista. Ha habido por ese proceso de democratización un sinfín de voces (muchas de ellas no expertas pero sí víctimas de algún acto de corporativismo médico) que han encontrado su hueco dentro de los medios de comunicación y que al agruparse se han legitimado como fuente informativa. Creo que hay que tener presente eso, la legitimación como fuente informativa de pequeñas asociaciones. ¿Por qué han tenido tanta penetración estas asociaciones? Las denuncias de colectivos de este tipo tienen una gran difusión.

Como jugáis en escenarios mediáticos, os animo a aprender las normas del juego y a tener gente muy especializada, como ya lo son los gabinetes de publicación. Que sepáis jugar psicológicamente con vuestros consumidores finales, que son los enfermos, los pacientes, pero no solamente en

su acepción de pacientes, sino también de votante, de actor político, de actor mediático, porque cualquiera en cualquier momento se convierte en una fuente de información.

SR. Los grandes hospitales sí tenemos mecanismos de reacción, pero todo el sistema sanitario no lo tiene todo en su conjunto.

JM. El propio hospital intenta difundir las noticias buenas. De hecho estáis en las comisiones de dirección: para que todos se informen de todo lo que se fragua en el hospital, o simplemente "el doctor tal está trabajando sobre qué cosa, háganle una entrevista". Es cierto que eso sale así. Pero refiriéndome a las malas, ¿tenéis algún "feed back" de lo que eso produce? Lo que quiero decir, cuando publicáis algo: ¿tenéis algún mecanismo de ver si ha habido alguna mejora debido a la denuncia?

MAO. Ese momento en el que sale algo en la prensa, aun no siendo especialmente problemático, genera una tensión en el hospital que hace dar una respuesta a esa tensión.

Nos hace dar una respuesta, la que sea, a un problema que a partir de ese momento además tiene una dificultad. Esto es lo que nos pasa en un hospital.

Es el ejemplo de la ola de calor. En España se produce todos los años y es noticia, pero la repercusión en Francia hizo dar respuesta inmediata a los hospitales.

JR. Una anécdota. Puerta de Hierro era el único hospital que, desde hace cuarenta años, tenía aire acondicionado centralizado y todas las habitaciones eran de dos. Es obvio que hoy en día sus estructuras son mejorables.

JM. Este hospital, en estos momentos lógicamente no tiene las medidas de

seguridad con las que se construye hoy, pero se hizo bien cuando se hizo.

DA. Hablo como ciudadano y no como medio de comunicación. Si hace calor, tenemos aire acondicionado; si hace frío, tenemos calefacción; hay un sistema de seguridad. Estamos hablando de hospitales pero podríamos hablar de cualquier cosa, de seguridad en las calles, de lo que fuere. Creo de verdad que, entre todos, hemos hecho de esta sociedad una sociedad paranoica, presa de sus miedos y dispuesta a cualquier cosa. Pero no tiene dinero para hacer cualquier cosa. Debe priorizar y gestionar. No hay dinero para tener el mejor equipo de seguridad, las mejores alarmas, las mejores condiciones... Y si estamos enfermos, se da una situación de vulnerabilidad que todavía nos hace más exigentes.

JM. Todos somos sociedad, pero vosotros sois el altavoz de esa sociedad. De alguna forma, la formación que todos como ciudadanos vamos generando y vamos metiendo en nuestro chip de exigencia está acrisolada por lo que dicen los medios.

MAO. A veces somos agentes generadores de miedo. Estoy de acuerdo con eso. Nosotros también contamos con la ventaja de que somos un medio especialista y nuestro lector sabe mucho más de sanidad que nosotros. Estamos mucho más controlados y tenemos una realidad acotada por el lector.

DA. Últimamente los hospitales y sistemas sanitarios no tienen la capacidad de generar noticias muy positivas, noticias esperanzadoras, nuevos tratamientos, operaciones singulares... La esperanza siempre me parece un elemento positivo, pero hay que diferenciarlo claramente de las falsedades y de los intereses económicos que puede haber detrás.

SR. Siempre se intenta dejar claro que lo que has hecho es un primer paso de un camino del que todavía queda mucho por recorrer. Si no conseguimos dar el mensaje correcto y los periódicos no son objetivos en las noticias, se genera la falsa expectativa.

MAO. Es básico que la confianza hospital-medios vaya mejorando poco a poco.

DA. También ocurre que no hay un buen contraste sobre lo que es nuestro sistema sanitario y los sistemas sanitarios del mundo. El ciudadano no valora nuestro sistema público y la tecnología y excelentes profesionales que tenemos, y valora más, por ejemplo, el sistema americano de sanidad privada.

MAO. En este caso nuestro papel debería ser no solamente informativo, sino educador. El ciudadano, tanto si es famoso como anónimo, tiene perfectamente derecho a irse a EE. UU. o a Austria, pero sin que esto genere una duda que no es razonable sobre la eficacia de nuestro sistema sanitario. No hay razones para esa duda.

Por ejemplo, un tema que tiene enorme complicidad por parte de los medios es el tema del transplante en España. Hay una información que es acorde con la realidad que genera unas expectativas yo creo que razonables y además genera una seguridad y una confianza que deberían exportarse al resto de las actuaciones en sanidad.

Lo que interesa a los medios ¿interesa también a la sociedad?

JM. ¿Existe algún código que diga qué cuestiones determinadas no es bueno socialmente publicarlas?

DA. Salvo aquella linde que establece la ley, en ningún sitio está escrito que no se pueda informar de los sucesos.

Se suicidan miles de personas en España pero hemos decidido que no lo contamos. Podíamos hacer lo mismo con los asesinatos. Los medios de comunicación podemos dar una noticia porque existe un código que nosotros nos hemos inventado. Éste es un debate muy genérico. Desde el punto de vista legal, la sociedad lo tiene muy claro.

JR. ¿Hay que contarlo todo? ¿O no? Creo que nosotros debemos tratar de ser cada vez más transparentes y creo que los medios de comunicación están para contar todo lo que ocurre pero deben poner un límite ético y contrastar más sus informaciones. No se puede ni se debe distorsionar la información, como a veces sucede.

JM. ¿Hasta qué punto un medio de comunicación puede estar cerrando el círculo que hace que la sociedad y los valores sociales evolucionen? Antes decíamos que reflejamos, por el afán de dar una noticia, una sociedad mucho más insegura de lo que realmente es.

DA. Reconozco nuestra perversión y nuestra metodología, pero yo también pienso que las personas tienen un sentido crítico y no deben dejarse llevar por este reflejo de la realidad social.

JM. La medicina tiene unas relaciones que son especialmente complejas, requiere un aprendizaje. Me sorprende por ejemplo lo bien que el ámbito del derecho conoce nuestra actividad. Se dan unos equilibrios que en otros ámbitos son difíciles de abrazar.

Con relación a los medios, la terminología produce problemas de entendimiento entre el que habla y el periodista de ámbito general que cubre sanidad. No se conocen los protocolos habituales de actuación y se tiende a dramatizar muchos hechos que son normales.

MAO. ¡Saturadnos a ofertas! Dadnos tantas buenas noticias de lo que hacéis que no tengamos oportunidad de plantearnos ese tipo de cosas. Es la industria la que más trabajo y empleo genera.

JM. Quiero agradecer la asistencia; para mí ha sido un placer escucharles y los convoqué en el entorno de la Fundación Signo a un nuevo debate. En este caso, tengo ánimo de lucro no interés económico, pero sí del beneficio de nuevos enfoques y soluciones para mejorar el área de la comunicación.

Gracias por vuestra participación.

Economía de la salud: fundamentos

Gimeno JA, Rubio S y Tamayo P (eds)
Editorial Díaz de Santos
Madrid, 2006

El libro *Economía de la Salud: Fundamentos* se incluye dentro de la colección de Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica que han dirigido profesores de la Universidad Nacional de Educación a Distancia y de la Escuela Nacional de Sanidad. El carácter pedagógico del texto recuerda que el material que se publica tiene sus orígenes en el Máster en Dirección Médica y Gestión Clínica y la vinculación de sus autores con la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Los contenidos de los cuatro primeros capítulos introducen en un lenguaje accesible conceptos básicos de las ciencias económicas y en los restantes se profundiza en algunas aplicaciones económicas centradas en el campo de la sanidad.

Mientras que el capítulo cuarto aborda y justifica el intervencionismo público en la oferta sanitaria, trata del principio de la soberanía del consumidor y de los fallos del mercado, en el capítulo quinto se destaca la tendencia global para la reforma de los sistemas sanitarios como consecuencia del alto crecimiento del gasto y se analizan las soluciones basadas en la mejora de la eficiencia, especialmente la que se ha enfocado

en la introducción de la competencia regulada, comentando las experiencias británica y sueca.

Destaca por su actualidad el capítulo que trata sobre el análisis de los comportamientos no saludables, en el que se dedica especial atención al consumo de tabaco, los costes que genera y el análisis de los efectos de los impuestos que gravan su consumo.

Otro de los capítulos de economía aplicada es el que aborda la evolución del gasto farmacéutico y la determinación de los precios. Se tratan las políticas de contención de costes –con atención a medidas como el copago o los precios de referencia– y se repasa la historia de las medidas de contención del gasto farmacéutico en España.

El capítulo final revisa los conceptos de crecimiento y desarrollo económico y glosa el ya clásico informe del Banco Mundial de 1993 que tenía como lema: “invertir en salud” y que incorporó los principales conceptos y mensajes de la primera edición del documento *Prioridades del Control de Enfermedades para los Países en Desarrollo*. La segunda edición de éste ha visto la luz en abril de 2006, por lo que los autores del

libro *Economía de la Salud: Fundamentos* no han tenido la oportunidad de comentarlo en el texto. Las personas interesadas pueden acceder a esta segunda edición en internet (www.dcp2.org/pbs/DCP).

Aunque es cierto que adolece de una bibliografía escasa, el libro *Economía*

de la Salud: Fundamentos proporciona una visión accesible para los profesionales sanitarios sobre los fundamentos de la economía aplicada a la salud y, de acuerdo con su objetivo pedagógico, se incluyen algunas referencias seleccionadas para quien se inicie en esta materia.

Remisión de documentos

Se enviará el manuscrito completo –texto e ilustraciones– en soporte papel y una copia en soporte informático especificando el nombre del archivo y el programa utilizado a:

FUNDACION SIGNO. Sor Ángela de la Cruz 24, esc B, 6-J . 28020-Madrid
Tfno.: 91 579 58 32. Móvil: 629 685 190
E-mail: secretaria@fundacionsigno.com

La revista Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios dará acuse de recibo de los trabajos remitidos que serán revisados por el Comité de Redacción. La remisión de un artículo a la revista para su valoración implica la cesión de derechos de reproducción a la Fundación Signo.

Tipos de artículo

- **Originales:** trabajos de Investigación relacionados con la gestión en el ámbito sanitario.
- **Puntos de encuentro:** reunión entre expertos en un tema con la finalidad de establecer conclusiones, líneas de actuación y “productos” que mejoren la gestión sanitaria.
- **Otras colaboraciones:** reseñas, trabajos de opinión o actualidad que, por el interés de su contenido, deban ser publicados.

Presentación y estructura de los artículos

- **Título:** título completo (en español y en inglés), nombre completo y dos apellidos de los autores, nombre y dirección completa del centro de trabajo (dirección postal, número de teléfono, fax, e-mail).

- **Resumen y palabras clave:** el número de palabras clave oscilará entre tres y cinco.
- **Abstract & key words:** en hoja aparte se escribirán la traducción del resumen y las palabras clave al inglés, incluyendo el título del trabajo.
- **Citas bibliográficas:** las citas bibliográficas se identificarán en el texto mediante números arábigos volados y en orden correlativo. Las comunicaciones personales y los datos no publicados no deberán aparecer en la bibliografía (se pueden citar entre paréntesis en el texto).
- **Tablas:** deberán escribirse a doble espacio en hojas separadas con número arábigo y un título en la parte superior y las notas explicativas al pie. Se admitirá un máximo de seis tablas.
- **Ilustraciones:** bajo este epígrafe se agrupan las fotografías, gráficos y esquemas con una numeración unificada. No contendrán datos repetidos en el texto. La publicación de diapositivas y fotografías será en blanco y negro.

El boletín de suscripción:

1. Permite recibir todas las revistas y suplementos de la revista que editemos durante el año 2006.
 2. Da acceso al **Club Signo** y a todas las actividades actuales y futuras de la Fundación.
- Puede suscribirse tanto personal como institucionalmente con la garantía de que todos los ingresos obtenidos se dedicarán al apoyo de proyectos y actividades que nos ayuden a mejorar la gestión sanitaria. Una vez más, gracias por su colaboración y confianza.

suscripción revista *gestión y evaluación de costes sanitarios club signo*

Nombre y apellidos/Nombre entidad:		DNI/CIF:	
Domicilio:		C.P.:	Población:
Provincia:	E-mail:	Telf.:	Fax:
Centro de trabajo:		Prof./Cargo:	

Sí, deseo recibir la revista y participar en la Fundación Signo (marcar con una cruz donde proceda).

Suscripción personal: 40 euros/año
(1 ejemplar de cada revista
y cada suplemento)

Suscripción institucional:
190 euros/año
(Recibirá 5 suscripciones personales)

Precio por ejemplar: 11 euros

FORMAS DE PAGO

- Transferencia: N.º cuenta Fundación Signo: 0075 1352 15 060 0004061**
- Domiciliación: datos de banco para domiciliación anual:**

Banco:				
Ciudad:				
Datos de c.c.	Entidad	Oficina	D.C.	Cuenta
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Titular:		Ruego que, con cargo a mi cuenta, atienda los recibos presentados por la Fundación Signo.		
		Firma:		

- Tarjeta VISA o similares:**

Titular:		Teléfono de contacto:	
Fecha de caducidad:		Número de tarjeta:	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Autorizo a la Fundación Signo a cobrar la suscripción anual previa comunicación, salvo orden expresa en contrario.		Firma:	

No dude en contactar con nosotros en FUNDACIÓN SIGNO.
C/ Sor Ángela de la Cruz 24, esc A, 4.º E, 28020 Madrid.

Tel.: 91 579 58 32/629 685 190 • www.fundacionsigno.com • e-mail: fundacionsigno@telefonica.net

